

# Dal “sistema Italia” al “caso Calabria”.

## Dal “caso Calabria” al “sistema Italia”. Una riflessione sul principio di leale collaborazione alla luce delle misure di contenimento della pandemia da Covid-19, con uno sguardo alla potestà legislativa concorrente in ambito sanitario

Roberta Pittelli, Sebastian Ciancio, Fenice Valentina Valenti

### ABSTRACT

*La pandemia da Covid-19 ha messo in evidenza le numerose falle all'interno del sistema politico ed economico italiano. Il presente elaborato si prefigge l'obiettivo di porre sotto la lente di ingrandimento il principio di leale collaborazione tra lo Stato e gli enti decentrati, focalizzando l'attenzione nel periodo della crisi pandemica da Covid-19 contraddistinto, come noto, da un'eccessiva proliferazione legislativa che ha coinvolto tutti gli attori istituzionali con il risultato, a volte, di aver svilito il principio di solidarietà istituzionale sovente elevato a valore principale al quale ispirarsi. Enti decentrati che l'emergenza ha certificato continuino a differenziarsi per efficienza ed efficacia dal punto di vista dei rispettivi sistemi sanitari.*

The Covid-19 pandemic has exposed the numerous flaws in the Italian political and economic system. The aim of this paper is to put the principle of loyal cooperation between the State and decentralized entities under the magnifying glass, focusing attention on the period of the Covid-19 pandemic crisis marked, as is well known, by an excessive proliferation of legislation that has involved all the institutional actors with the result, at times, of ha-

ving debased the principle of institutional solidarity often elevated to the status of the main value to be inspired by. Decentralized entities that the emergency has certified continue to differ in efficiency and effectiveness from the point of view of their respective health systems.

### PAROLE CHIAVE

PRINCIPIO DI LEALE COLLABORAZIONE;  
COVID-19; BUROCRAZIA;  
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE;  
RIFORMA TITOLO V COSTITUZIONE ITALIANA;  
DIVARIO TERRITORIALE;  
MIGRAZIONE SANITARIA.

### KEYWORDS

PRINCIPLE OF LOYAL COLLABORATION; COVID-19;  
BUREAUCRACY; NATIONAL HEALTH SERVICE;  
REFORM OF TITLE V ITALIAN CONSTITUTION;  
TERRITORIAL GAP; HEALTH MIGRATION.

**SOMMARIO:** 1. INTRODUZIONE; 2. LE CRITICITÀ DEL “SISTEMA ITALIA”: IL PROBLEMA DELLA BUROCRAZIA; 2.1. IL PRINCIPIO DI LEALE COLLABORAZIONE; 3. INTERVENTI NORMATIVI “FASE 1” E “FASE 2”: LA PROLIFERAZIONE DEGLI ATTI AMMINISTRATIVI; 3.1 (SEGUE) IL “CASO CALABRIA”. BREVI NOTE ALL’ORDINANZA DEL TAR 37/2020; 4. ORIGINI DEL SSN, IMPIANTO NORMATIVO, COMPOSIZIONE E RIPARTIZIONI DELLE COMPETENZE TRA STATO E REGIONE; 5. CRITICITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO

NAZIONALE. FOCUS SUL GAP TRA IL SSR CALABRESE VS SSR LOMBARDO. 6. CONCLUSIONI.

### INTRODUZIONE

**L**a pandemia da Covid-19 ha improvvisamente messo a nudo le debolezze del sistema politico ed economico italiano. Basti pensare all’annoso problema della burocrazia, al rapporto istituzionale Stato-

Regioni, al sistema economico nel suo complesso. Situazioni largamente note che hanno alimentato il dibattito politico e giuridico. In particolare, prima che nel marzo 2021 la Corte costituzionale assegnasse la gestione dell'emergenza sanitaria per intero allo Stato, il livello di governo centrale e quello regionale hanno, sia pure faticosamente, sperimentato forme più o meno efficaci di collaborazione. Interessante soffermarsi sulla potestà legislativa attribuita alle Regioni cercando di risaltarne gli aspetti salienti ed in secondo luogo illustrare, ancorché a grandi linee, il quadro normativo di riferimento durante la pandemia da Covid-19 che ha registrato una proliferazione di atti amministrativi. Questo lavoro, particolare attenzione la dedicherà al "Caso Calabria" ovvero ad un episodio di contrasto normativo, quando il 29 aprile 2020, in vista dell'avvio della cosiddetta fase 2 dell'emergenza, la Presidente della Regione Calabria adottò un'ordinanza per consentire la ripresa delle attività di ristorazione «con somministrazione esclusiva attraverso il servizio con tavoli all'aperto» ed il Governo la impugnò eccependo che il D.P.C.M. del 26 aprile disponesse la sospensione dei servizi di ristorazione, con il TAR Calabria che stabilì che la misura governativa non contrastava con l'art. 41 Cost. (sent. 841/2020). Aspetto non secondario di questo lavoro è il dato inconfutabile che l'esperienza pandemica abbia restituito il quadro di un "Sistema Italia" fallace in più punti. Motivo per cui, dopo un breve excursus-storico sulla nascita e sull'evoluzione del SSN, abbiamo inteso analizzare due modelli di sistema sanitari regionali (SSR Lombardia ed SSR Calabria) per poi confrontarne l'operato durante le prime fasi di contrasto all'epidemia da Covid-19. Tutto ciò si rende necessario per comprendere che uno Stato non possa risultare competitivo se presenta al suo interno due realtà così diverse, nella speranza che non debbano sopraggiungere nuove emergenze, un'altra pandemia, per enfatizzarne i rischi.

## 1. LA CRITICITÀ DEL "SISTEMA ITALIA":

### IL PROBLEMA DELLA BUROCRAZIA

di Roberta Pittelli

Prima di procedere con la disamina di quelle che potrebbero costituire l'insieme delle problematiche connesse al tema della burocrazia, risulta essere necessario nonché doveroso fare un salto nel passato

ricordando, seppur brevemente, una tra le primissime definizioni della stessa offerta dall'economista nonché filosofo e sociologo Marx Weber il quale, in «una forma di esercizio del potere che si strutturava intorno a regole impersonali ed astratte, procedimenti e ruoli definiti ed immutabili dall'individuo che ricopriva temporaneamente una funzione».

Ben presto però, e più precisamente nel corso del XX secolo, ci si rese conto che l'applicazione di detto schema organizzativo, nato per la gestione del settore industriale, risultava inadeguato se veniva applicato in un contesto istituzionale. Sicché, sono emerse quelle che sono state definite le c.d. «conseguenze inattese» della burocrazia<sup>1</sup>, ovvero: la rigidità, la lentezza, l'incapacità di adattamento, l'inefficienza, l'inefficacia, l'accentramento dei poteri gerarchici e le procedure burocratiche con un controllo multilivello.

Per le ragioni *de quibus* nel corso dei decenni, si è cercato di semplificare il complesso delle disposizioni normative che regolavano la gestione dei diversi organi dello Stato dapprima attraverso la legge 7 agosto 1990 n. 241 recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e successivamente con la riforma del Titolo V della Costituzione entrata in vigore l'8 novembre 2001<sup>2</sup>.

Entrando più nel particolare, con le riforme menzionate, il legislatore ha inteso mettere mani al riparto delle funzioni legislative, regolamentari e amministrative tra Stato, Regioni ed Enti locali apportando un radicale cambiamento nel modo di esercitare i poteri all'interno del territorio, promuovendo un modello meno verticistico e centralizzato.

La riforma, infatti, ridisegna i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le autonomie territoriali secondo i principi dello Stato federale a partire dalla riformulazione dell'art. 114 Cost. che evidenzia il ruolo paritario dei Comuni, delle Province, delle Città

1 La paternità è da ricondurre a Robert K. Merton, *Teoria e struttura sociale*, 1959.

2 In estrema sintesi qui basti evidenziare come Titolo V è stato riformato con la l. Cost. 3/2001, che riconosce le autonomie locali quali enti esponenziali preesistenti alla formazione della Repubblica. I Comuni, le Città metropolitane, le Province e le Regioni sono enti esponenziali delle popolazioni residenti in un determinato territorio e tenuti a farsi carico dei loro bisogni. L'azione di governo si svolge a livello inferiore e quanto più vicino ai cittadini, salvo il potere di sostituzione del livello di governo immediatamente superiore in caso di impossibilità o di inadempimento del livello di governo inferiore, il c.d. principio di sussidiarietà verticale. La riforma si è resa necessaria onde dare piena attuazione e copertura costituzionale alla riforma denominata 'Federalismo a Costituzione invariata'. Per approfondimenti, L.M. Petrone, *Costituzione italiana, riforma del titolo V*, in Treccani, 2012.

metropolitane, delle Regioni e dello Stato quali enti costitutivi della Repubblica. Com'è stato autorevolmente evidenziato, però, la rigidità del riparto delle competenze tra Stato e Regioni configurata dal novellato art. 117 della Costituzione, tuttavia, mal si adatta alla complessità dei fenomeni sociali oggetto di disciplina legislativa, essendo molto difficile la riconduzione di una normativa ad un'unica materia<sup>3</sup>. È in tal senso che la dottrina ha posto in rilievo come il riparto tra le competenze non possa tradursi in un sistema di «comparti dissociati» ed ha altresì evidenziato la complessità delle relazioni tra fonti statali e fonti regionali, nel senso che la «*competenza di una fonte non comporta necessariamente una riserva di disciplina alla fonte medesima, potendo la competenza essere compatibile con la concorrenza di altra fonte*»<sup>4</sup>.

Con la Riforma costituzionale n. 3 del 2001, alle Regioni viene così riconosciuta la potestà legislativa concorrente con quella dello Stato nella materia avente ad oggetto i rapporti internazionali e con l'Unione Europea; resta, invece, di competenza esclusiva dello Stato la determinazione degli ordinamenti programmatici e legislativi nazionali, nel rispetto del principio dell'unicità della politica estera italiana.

La riforma ha comportato la modifica di un coacervo di disposizioni, quali: l'art.114, il quale dispone che la «*Repubblica è costituita dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni e dallo Stato. I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni sono enti autonomi con propri statuti, poteri e funzioni secondo i principi fissati dalla Costituzione*»; l'art. 117, il quale enuncia che la «*potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali. Indicando inoltre le materie di cui lo Stato ha il potere esclusivo di legiferare*»; l'art. 118, invece, attribuisce funzioni amministrative ai comuni, alle province, alle città metropolitane, alle regioni e allo Stato sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza; e l'art. 119, definisce per gli enti locali l'autonomia finanziaria e di spesa nel rispetto dei relativi bilanci, e

<sup>3</sup> In tali termini F. Del Prete, *L'attuazione del principio*, cit., p. 72, in quale rinvia a L. Vandelli, *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale*, in A. Pioggia, L. Vandelli (a cura di), *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale. Regioni ed Enti locali dopo la riforma del Titolo V*, Bologna, 2006, p. 41.

<sup>4</sup> *Ibidem*.

concorrono ad assicurare l'osservanza dei vincoli economici e finanziari derivanti dall'ordinamento dell'Unione Europea.

È opportuno sottolineare che il principio di sussidiarietà<sup>5</sup> — compendiato oggi nell'art. 118 Cost e al quale si ispira l'intera riforma del Titolo V della Costituzione — conferisce maggiore autonomia in capo alle amministrazioni locali, e favorisce l'implementazione di interventi di politica attiva mirati alle singole realtà regionali e/o provinciali, in un'ottica di sempre maggiore aderenza delle politiche del lavoro e della formazione alle esigenze di un dato territorio e dei suoi abitanti.

Tuttavia, non è possibile scorgere anche l'altro lato della medaglia: il percorso verso la riforma e quello relativo la sua completa attuazione non è stato agevole ed ha determinato numerose frizioni nei rapporti Stato-Regioni che hanno indotto, più e più volte, un intervento della Corte costituzionale in virtù del suo ruolo di “arbitro” nei conflitti di attribuzione.

Difatti, già all'indomani della sua entrata in vigore, il Titolo V è stato da molti commentatori posto sotto le lenti della critica. Con il tempo i rilievi problematici si sono moltiplicati e con la pandemia sono quasi esplosi. Come rilevato in dottrina<sup>6</sup> e volendo operare una sintesi — per questioni di economia espositiva — si può affermare come le principali criticità riguarderebbero il confusionario riparto di competenze legislative; un sistema autonomistico troppo articolato ed eccessivamente disuguale con possibilità di continue fughe in avanti; il fallimento delle politiche di ridisegno del sistema locale; una forma di governo regionale verticistica e fuori controllo e mancanza di strumenti effettivi di garanzia nell'interesse nazionale<sup>7</sup>.

Più nello specifico la carenza di strumenti di reale concertazione e di effettiva condivisione delle scelte politiche che concretano l'unità nazionale attraverso il pluralismo territoriale si ripercuote, inevitabilmente, sulla necessaria cooperazione istituzionale.

<sup>5</sup> Sul tema sono stati scritti fiumi di inchiostro. Sia consentito rinviare a F. Roversi Monaco (a cura di), «*Sussidiarietà e Pubbliche Amministrazioni*», *Atti del Convegno per il 40° della Spisa*, Quaderni della Spisa n. 4, Rimini, Maggioli, 1997; M. Delsol Chantal, *Il principio di sussidiarietà*, Milano, 2003; F. Vecchio, *Declinazioni costituzionali del principio di sussidiarietà*, in *Quad. cost.*, consultabile in [www.forumcostituzionale.it](http://www.forumcostituzionale.it)

<sup>6</sup> A. Poggi, *A vent'anni dalla revisione costituzionale del Titolo V: un bilancio con lo sguardo rivolto al futuro*, in *Ist. del feder.*, 2021, 1, pp. 77-78-79.

<sup>7</sup> *Ibidem*.

## 2. 1 IL PRINCIPIO DELLA LEALE COLLABORAZIONE di Fenice Valentina Valenti

Nel solco di quanto sinora tracciato si inserisce, poi, il principio di leale collaborazione il quale, ove effettivamente attuato e rispettato, potrebbe ricondurre a maggiore unità e chiarezza il riparto delle competenze dello Stato e degli enti. La *ratio* stessa del principio è da rinvenire nella stessa natura ordinamentale. La democrazia pluralista e lo svilupparsi dello Stato sociale, infatti, hanno determinato l'affermarsi di un sistema costituzionale complesso, nel quale i processi decisionali non sempre sono verticistici e lineari, ma vedono coinvolti, circolarmente, centro e periferia, il vertice e la base, e viceversa. Ciascuna istituzione stabilisce relazioni con le altre, secondo modelli di ineludibile interdipendenza, nei quali l'unità del sistema non è realizzata in sé e a priori, ma è un obiettivo cui occorre tendere attraverso l'interazione e l'integrazione tra i vari centri decisionali<sup>8</sup>.

Il principio di leale collaborazione altro non è che il risvolto istituzionale della solidarietà in cui gli attori principali, ossia le istituzioni e la comunità, pongono in essere azione ed energie affinché essi convergano verso un unico, condiviso obiettivo

In linea generale, e senza pretesa di esaustività, esso può essere definito la base valoriale per il dialogo tra le istituzioni repubblicane “in base a cui i diversi livelli di governo devono cooperare fra loro, in quanto, nonostante le diversità di funzione e struttura, essi fanno pur sempre parte del medesimo ordinamento”. Come opportunamente messo in luce in dottrina<sup>9</sup>, già prima della riforma operata dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, la Consulta, in molte pronunce, aveva fatto ricorso al principio di leale collaborazione al fine di realizzare soluzioni coordinate alle questioni poste dai casi di interferenze ed interconnessioni delle attribuzioni costituzionalmente spettanti ai diversi livelli di governo, desumendolo dal tenore dell'articolo 5 della Costituzione<sup>10</sup>. A voler essere precisi, esso è stato oggetto di trattazione da parte della Corte costituzionale sin dal 1958 in cui venne affermato per la

prima volta come, nel nostro sistema delle autonomie, «[la] collaborazione fra lo Stato e la Regione è del tutto normale... sia che si tratti d'attività legislativa, sia che si tratti d'attività amministrativa. In questi campi la legislazione dello Stato, che tenga conto opportunamente della competenza della Regione e della sua legislazione [...] può facilmente superare le difficoltà che derivano dal fatto che due enti diversi esercitano funzioni diverse sullo stesso bene».

La leale collaborazione — nel primo regionalismo italiano — ha rappresentato sin dal 1984 un punto di vista della giurisprudenza costituzionale particolarmente significativo che ha razionalizzato alcune esperienze amministrative, sorte in assenza di disposizioni costituzionali e culminate nell'istituzionalizzazione della Conferenza Stato-Regioni<sup>11</sup>.

Il principio cooperativo non ha avuto una particolare fortuna nella revisione del Titolo V della Costituzione per la scelta, privilegiata dalla riforma costituzionale, di puntare a un sistema di rappresentanza parlamentare delle Regioni e delle autonomie locali. Ciò nonostante, l'esperienza del secondo regionalismo italiano ha segnato una forte ripresa della leale collaborazione ad opera del giudice costituzionale, che ha pervaso l'azione dei soggetti istituzionali sino a un grado tale da rendere questo principio un elemento indefettibile dell'ordinamento concreto<sup>12</sup>.

La riforma del Titolo V alla quale si è fatto espresso riferimento attua l'espresso riconoscimento del “modello di regionalismo cooperativo”. In letteratura<sup>13</sup> se ne individuano i presupposti in più disposizioni costituzionali, alcune delle quali già oggetto di precedente menzione. Il principio *de quo*, infatti, è frutto di una lettura congiunta degli artt. 116, comma 3; 117, comma 5; 118, commi 1 e 3; 119, 132 e 133 e, particolarmente importante, l'art.

11 Il tema è stato oggetto di particolare attenzione in letteratura. Per tale ragione sia consentito segnalare, senza pretesa di esaustività, S. Agosta, *Dall'intesa in senso debole alla leale collaborazione in senso forte? Spunti per una riflessione alla luce della più recente giurisprudenza costituzionale tra (molte) conferme e (qualche) novità*, in *Federalismi*, 18 marzo 2004; A. Anzon, “Leale collaborazione” tra Stato e Regioni, *modalità applicative e controllo di costituzionalità*, in *Giurisprudenza Costituzionale*, 1998; C. Bassu, *La Conferenza Stato-regioni nella riforma costituzionale*, in T. Groppi e P.L. Petrillo (a cura di), *Cittadini, Governo, Autonomie. Quali riforme per la Costituzione?* Milano 2005, p. 144;

12 S. Mangiameli, *Il principio cooperativo nell'esperienza italiana del primo e del secondo regionalismo*, 2008.

13 Si v. C. Salerno, *Note sul principio di leale collaborazione prima e dopo la riforma del titolo v della costituzione*, in *Amm. in cammino*, 2010, 4, pp. 10 ss.

8 C. Bertolino, *Leale collaborazione tra Stato e Regioni a vent'anni dalla Riforma del Titolo V*, in *Federalismi*, 2022, 20, p. 43.

9 F. Del Prete, *L'attuazione del principio di leale collaborazione nella prassi della Conferenza Stato-Regioni*, in *Istit. del fed.*, 2020, 1, pp. 69-71.

10 *Ibidem*.

120, comma 2, cost. nel quale è possibile trovare espressa previsione del principio<sup>14</sup> sinora espresso allorché si statuisce che «il Governo può sostituirsi a organi delle Regioni, delle Città metropolitane, delle Province e dei Comuni nel caso di mancato rispetto di norme e trattati internazionali o della normativa comunitaria oppure di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica, ovvero quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali. La legge definisce le procedure atte a garantire che i poteri sostitutivi siano esercitati nel rispetto del principio di sussidiarietà e del principio di leale collaborazione».

Orbene, il rilievo del principio di leale collaborazione, ancorché abbia portata generale “su tutto l'arco delle relazioni fra Stato e autonomie territoriali”<sup>15</sup>, viene in rilievo ogniqualvolta si trovi innanzi all'interesse unitario di tutelare un bene giuridico, ma risulti una commistione di competenze diverse di cui sono titolari sia lo Stato che le regioni<sup>16</sup>.

Oltre che nelle ipotesi di “concorrenza di competenze”, il principio di leale collaborazione viene richiamato dalla Corte costituzionale anche nei casi di cd. “attrazione in sussidiarietà” — o “chiamata in sussidiarietà” — vale a dire nei casi in cui “allorché sia ravvisabile un'esigenza di esercizio unitario a livello statale di determinate funzioni amministrative, lo Stato è abilitato, oltre che ad accentrare siffatto esercizio ai sensi dell'art. 118 Cost., anche a disciplinarlo per legge, e ciò anche quando quelle stesse funzioni siano riconducibili a materie di legislazione concorrente o residuale”.

Peraltro, per configurare tale deroga agli ordinari criteri di riparto delle competenze legislative “è necessario – stante la rilevanza dei valori in gioco – per un verso, che la valutazione dell'interesse unitario sottostante all'assunzione di funzioni regionali da parte dello Stato sia proporzionata e risponden-

te a ragionevolezza alla stregua di uno scrutinio stretto; per altro verso, che siano previste adeguate forme di coinvolgimento delle Regioni interessate nello svolgimento delle funzioni allocate in capo agli organi centrali, in modo da contemperare le ragioni dell'esercizio unitario di date competenze e la garanzia delle funzioni costituzionalmente attribuite alle Regioni stesse”<sup>17</sup>.

Quanto sinora affermato è, a parere di chi scrive, una premessa indispensabile in quanto proprio il decentramento amministrativo e il “sistema delle autonomie” — nati, invero, sotto i più fausti presagi — sono stati protagonisti di una costante incertezza giuridica.

Tuttavia, nonostante gli sforzi legislativi profusi nel corso degli anni la gestione della pandemia da Covid-19 ha messo in luce, oggi più che mai, uno dei problemi maggiormente sentiti e sedimentati, ossia l'assetto istituzionale della Repubblica italiana che, con specifico riferimento al ruolo assunto dalle Regioni, ha reso difficile una strategia unitaria sotto il profilo economico, sanitario e sociale.

Al tal fine è utile riportare l'estratto del comunicato stampa della Corte costituzionale del 28 aprile 2020 il cui già solo il titolo, invero, è ampiamente esaustivo: “la leale collaborazione tra le istituzioni è la chiave per affrontare l'emergenza”. Un passaggio, fondamentale, della relazione della Consulta merita di essere evidenziato, ed è il seguente: “La piena attuazione della Costituzione richiede un impegno corale, con l'attiva, leale collaborazione di tutte le Istituzioni, compresi Parlamento, Governo, Regioni, Giudici. Questa cooperazione è anche la chiave per affrontare l'emergenza. La Costituzione, infatti, non contempla un diritto speciale per i tempi eccezionali, e ciò per una scelta consapevole, ma offre la bussola anche per “navigare per l'alto mare aperto” nei tempi di crisi, a cominciare proprio dalla leale collaborazione fra le istituzioni, che è la proiezione istituzionale della solidarietà tra i cittadini”<sup>18</sup>.

Per una maggiore comprensione di quanto sinora affermato è necessario soffermarsi sugli strumenti giuridici “messi in campo” dal Governo per gestire la crisi emergenziale del Coronavirus.

17 Cfr sentenza n. 261 del 2015; nello stesso *ex plurimis*, sentenze n. 179 e n. 163 del 2012, n. 232 del 2011, sentenze n. 374 e n. 88 del 2007, n. 303 del 2003. Per approfondimenti si v. il dossier n. 275 degli studi del Senato della Repubblica, raggiungibile al seguente link [www.senato.it](http://www.senato.it)

18 *cf.* comunicato stampa Corte cost., 28 aprile 2020, disponibile al seguente link [www.cortecostituzionale.it](http://www.cortecostituzionale.it)

14 I. Ruggiu, *Il principio di leale collaborazione tra «blindatura» delle competenze e organi di rappresentanza territoriale*, in M. Scudiero (a cura di), *Le autonomie al centro*, tomo I, Napoli, 2007, pp. 100 ss.; P. CARROZZA, *Principio di collaborazione e sistema delle garanzie procedurali (la via italiana al regionalismo cooperativo)*, in *Le Regioni*, 1989, p. 477.

15 In questi termini Corte cost., sentenze n. 66, 68 e 178 del 2018 e n. 86 del 2019.

16 G. Ferraiuolo, *Diritti e modelli di regionalismo*, in *Forum cost.*, consultabile in [www.forumcostituzionale.it](http://www.forumcostituzionale.it)

Doveroso, allora, offrire il quadro normativo di riferimento, quale *fil rouge* di quanto oggetto di trattazione.

### 3. GLI INTERVENTI NORMATIVI “FASE 1” E “FASE 2”: LA PROLIFERAZIONE DEGLI ATTI AMMINISTRATIVI di Fenice Valentina Valenti

Il 30 gennaio 2020 l’Organizzazione Mondiale della Sanità — d’ora in poi OMS

— ha elevato l’epidemia di coronavirus scoppiata in Cina come “emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale”<sup>19</sup>. Il giorno successivo il Governo italiano, in virtù del carattere particolarmente diffusivo dell’epidemia e dopo aver adottato i primi provvedimenti cautelativi a partire dal 22 gennaio, ha proclamato lo stato di emergenza e messo in atto le prime misure contenimento del contagio sull’intero territorio nazionale<sup>20</sup>.

I primi segni della diffusione del *virus* in Italia si sono avuti il 31 gennaio 2020 con due casi positivi a Roma; il 21 febbraio con sedici casi confermati in Lombardia e due ulteriori casi confermati in Veneto il che ha portato il governo ad emanare il decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6 recante “Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19 con restrizioni in alcuni comuni della Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Marche”.

Successivamente sono stati emanati ulteriori decreti attuativi<sup>21</sup> e tra i più importanti merita di essere segnalato il DPCM 4 marzo 2020 contenente “Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020 n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza

epidemiologica da COVID-19, applicabili sull’intero territorio nazionale”, con il quale il Governo italiano ha ordinato la chiusura completa di tutte le scuole e università di ogni ordine e grado a livello nazionale; tutti i principali eventi sportivi, comprese le partite di calcio di Serie A, si sarebbero dovute tenere a porte chiuse fino ad aprile salvo, poi, la sospensione completa di tutte le attività sportive avvenuto il 9 marzo.

Con il DPCM 11 marzo 2020 il Presidente del Consiglio ha ordinato ancora più stringenti misure di confinamento della popolazione, e l’interruzione di numerose attività produttive, commerciali e professionali, ad eccezione del settore agro-alimentare, sanitario, servizi essenziali e altre attività di necessarie al loro funzionamento. Allo stesso tempo, sono state attivate dapprima nella pubblica amministrazione, poi anche nelle imprese private di pubblico interesse — quali le banche — e nelle imprese e negli uffici sia pubblici che privati, regole di lavoro agile per ogni attività che consentisse tali modalità di lavoro;

A ciò, si sono aggiunte ulteriori restrizioni — con cadenza ogni dieci giorni circa

— che hanno portato una maggiore limitazione nei trasferimenti delle persone fisiche e ad una significativa limitazione dell’attività di impresa<sup>22</sup>.

Solo in data 26 aprile 2020 è stato emanato il DPCM che ha dato avvio alla c.d. “fase due”, ossia la progressiva riduzione delle misure di contenimento della fase epidemica che hanno caratterizzato la prima parte della produzione legislativa.

In particolare, il DPCM 26 aprile 2020 ha previsto una lenta riapertura in sicurezza di alcune attività

<sup>19</sup> Cfr. [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

<sup>20</sup> L’Italia ha bloccato il 30 gennaio con un’ordinanza del Ministro della Salute, tutti i voli da e per la Cina per 90 giorni, oltre a quelli provenienti da Wuhan, già sospesi dalle autorità cinesi; il 31 gennaio è stato dichiarato lo Stato di emergenza, stanziato i primi fondi ed è stato nominato Commissario straordinario per l’emergenza il Capo della protezione civile Angelo Borrelli; con il decreto del Capo del Dipartimento della protezione civile del 5 febbraio 2020 è stato istituito un Comitato tecnico-scientifico per fronteggiare emergenza, poi ampliato con ordinanza del 18 aprile 2020. Come previsto dal Decreto-legge 18 del 2020, il Presidente del Consiglio dei ministri ha nominato Domenico Arcuri Commissario straordinario per l’attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e contrasto dell’emergenza epidemiologica Covid-19.

<sup>21</sup> il DPCM 25 febbraio 2020; il DPCM 1° marzo 2020; il DPCM 8 marzo 2020, #Iorestoacasa;

<sup>22</sup> Si fa riferimento, in particolare, DPCM 22 marzo 2020 nuove ulteriori misure in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull’intero territorio nazionale. Il provvedimento prevedeva la chiusura delle attività produttive non essenziali o strategiche. Restano aperti alimentari, farmacie, negozi di generi di prima necessità e i servizi essenziali. Tra le misure adottate l’ordinanza 22 marzo 2020, firmata congiuntamente dal Ministro della Salute e dal Ministro dell’Interno, che vietava a tutte le persone fisiche di trasferirsi o spostarsi con mezzi di trasporto pubblici o privati un comune diverso da quello in cui si trovano, salvo che per comprovate esigenze lavorative, di assoluta urgenza ovvero per motivi di salute; con il DPCM 1° aprile 2020, tutte le misure per contrastare il diffondersi del contagio da coronavirus sono state prorogate fino al 13 aprile 2020. Il decreto entrato in vigore il 4 aprile sospende anche le sedute di allenamento degli atleti, professionisti e non professionisti, il DPCM 10 aprile 2020 tutte le misure sono state prorogate fino al 3 maggio. Il Decreto ha permesso la riapertura dal 14 aprile dei negozi per neonati e bambini, librerie e cartolibrerie all’interno degli impianti sportivi di ogni tipo.

produttive su tutto il territorio nazionale sulla base di una lista presente all'interno di suddetto decreto<sup>23</sup>.

La fase due è durata fino al 14 giugno 2020<sup>24</sup>, alla quale ha fatto seguito la “fase 3” per il periodo intercorrente dal 15 giugno al 7 ottobre 2020.

Ebbene, come già accennato, la linea governativa non ha trovato un accoglimento unanime non solo in politica, ma anche tra i giuristi.

Infatti, il DPCM, strumento normativo cui il Governo ha fatto largo uso, ha una natura “ibrida” in quanto la sua qualificazione giuridica muta in base alle prescrizioni in esso contenute. Più nel particolare, e per una maggiore comprensione, si tenga presente che il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri può essere un atto amministrativo o di Alta amministrazione<sup>25</sup> ma soprattutto, può essere anche un vero e proprio atto a contenuto normativo, estrinsecazione di un “atipico” potere regolamentare del Presidente del Consiglio dei ministri<sup>26</sup>.

Per quel che in questa sede interessa, basti qui ricordare che la qualifica giuridica di “provvedimento amministrativo”, con espresso riferimento ai DPCM, la si ricava dalla sentenza della Corte costituzionale n. 198 del 2021 nella cui circostanza è stata esclusa, per l'appunto, la natura di fonte secondaria<sup>27</sup>.

23 Le disposizioni del decreto avevano una durata prestabilita: dal 4 maggio 2020 al 17 maggio 2020, eccezion fatta per le attività di imprese la cui riapertura è stata prevista sin dal 27 aprile 2020.

24 In tale arco temporale vanno ricompresi i seguenti provvedimenti governativi: il Decreto legge 33 del 2020 disciplina la fine delle limitazioni agli spostamenti e la riapertura delle attività produttive, commerciali, sociali a partire dal 18 maggio e fino al 31 luglio; con il DPCM 17 maggio 2020 vengono definite le misure di prevenzione e contenimento per la convivenza con il coronavirus; il DPCM 11 giugno 2020 autorizza la ripresa di ulteriori attività e definisce altre misure di prevenzione e contenimento per la convivenza con il coronavirus; il DPCM 14 luglio 2020 proroga al 31 luglio 2020 le misure del DPCM 11 giugno 2020. Sono inoltre confermate e restano in vigore, sino a tale data, le disposizioni contenute nell'ordinanza del 30 giugno 2020 e nell'ordinanza del 9 luglio 2020 del Ministro della salute; con l'ordinanza 16 luglio 2020 il Ministro della Salute ha indicato ulteriori limitazioni in materia di ingresso nel territorio nazionale.

25 Essi attingono alle scelte fondanti l'attività amministrativa e rappresentano il raccordo tra la funzione di governo e la funzione amministrativa, ai sensi dell'art. 95 Cost. Gli atti *de quibus* in

26 A. Arcuri, *La Corte costituzionale salva i dpcm e la gestione della pandemia. Riflessioni e interrogativi a margine della sent. n. 198/2021*, in Giust. Insieme, 2022, consultabile in [www.giustiziainsieme.it](http://www.giustiziainsieme.it)

27 Ibidem. L'autore offre una spiegazione estremamente lineare del ragionamento operato dal giudice delle leggi e per tale ragione se ne riporta testualmente l'estratto: “[la] spiegazione che ruota tutto attorno alla tipizzazione delle misure e alla natura “esecutiva” del potere esercitato tramite i dpcm. Al

Nelle fasi considerate — soprattutto nella seconda fase — un ruolo importante è stato riconosciuto alle regioni, le quali non sempre si sono mostrate d'accordo con la linea governativa.

Del resto, gli ultimi due anni sono stati un esempio plastico di come l'autonomia decentrata abbia richiesto a gran voce un ruolo in primo piano. Un biennio, invero, in cui i cittadini hanno assistito ad un proliferare caotico di ordinanze locali<sup>28</sup> — a volte allentando le restrizioni, a volte legiferando *in pejus* — con una inevitabile ripercussione sull'efficacia delle misure di contenimento pandemico.

### 3.1 (SEGUE) IL “CASO CALABRIA”. BREVI NOTE ALL'ORDINANZA DEL TAR 37/2020 di Sebastian Ciancio

Quanto lumeggiato nelle pagine precedenti, ci consente qualche considerazione sul “caso Calabria” e, nello specifico, sull'ordinanza 29 aprile 2020, n. 37, con la quale il Presidente della Regione Calabria ha disposto «ulteriori misure per la nell'attività amministrativa poiché ad essa sono vincolati; sono sottoposti al vaglio giurisdizionale. In questa macrocategoria nozionale possono ricomprendersi, ad esempio l'approvazione dei regolamenti, le nomine dell'alta dirigenza, dei funzionari o, ancora le decisioni dei Comitati interministeriali. Per maggiori approfondimenti si v. R. Chieppa, R. Giovagnoli (a cura di) *Manuale di diritto amministrativo*, VII ed., Giuffrè, Milano, 2022, pp. 479-481. *prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da*

fatto cioè, che il decreto-legge si limita ad autorizzarlo a dare esecuzione ad una serie di misure nominate e tipizzate nel contenuto (punto 6.3 del considerato in diritto). Il punto però è questo: non avvertendo l'esigenza di approfondire il percorso che ha condotto da questi due elementi alla natura amministrativa della discrezionalità esercitata, la Corte sembra aver sfumato in modo davvero eccessivo (secondo qualcuno perfino escluso[12]) la distinguibilità tra norme e atti amministrativi, posto che è assolutamente comune (anche se non inevitabile[13]) che il potere regolamentare sia funzionalmente predisposto all'attuazione e all'esecuzione di rinvii contenuti in fonti primarie. Certo, rimane l'elemento della tipizzazione, ma fondare solo sul quantum di questa variazione la natura dell'atto è davvero estremamente problematico, posto che la tipizzazione del contenuto e la conseguente riduzione dello spazio normativo attribuito alla fonte secondaria è connotato tipico della sua posizione esecutiva (così è, infatti, per i c.d. regolamenti di esecuzione e, ancora più chiaramente, per quelli definiti di “stretta” esecuzione).”

28 È il caso, ad esempio, della Regione Campania che, come riporta “Il Sole24ore” nel periodo, 24 febbraio 19 aprile 2020 ha pubblicato 33 ordinanze.

COVID-2019<sup>29</sup>». Attraverso il ricorso a detto provvedimento la Regione Calabria ha inteso allentare la maglia delle restrizioni imposte dai provvedimenti statali consentendo una parziale ripresa delle attività dedite alla ristorazione attraverso il servizio di asporto o tramite somministrazione esclusivamente all'aperto. Le prescrizioni de quibus ovviamente si ponevano in netto contrasto con la trilogia di provvedimenti governativi e, nello specifico, con i DPCM dell'8 marzo 2020, del 11 marzo 2020 e del 20 marzo 2020<sup>30</sup>.

Per tale ragione il Consiglio dei Ministri ha così proposto ricorso innanzi al TAR Catanzaro avverso l'ordinanza del Presidente della Regione Calabria, poiché in contrasto con gli artt. 2 e 3 del D.L. 25 marzo 2020, n. 19 i quali attribuivano al Presidente del Consiglio dei Ministri la competenza ad adottare le misure urgenti per evitare la diffusione del Covid-19 e le ulteriori misure di gestione dell'emergenza mediante l'emanazione di propri decreti, previo adempimento degli oneri di consultazione ivi specificati.

Sotto questo profilo, dunque, particolare menzione necessitano le motivazioni riversate nel prov-

29 In ossequio a doveri di completezza ed esaustività si segnalano le ulteriori ordinanze emanate dalla Regione Calabria nella gestione dell'emergenza covid: l'Ordinanza del Presidente della regione n. 07 del 14 marzo 2020 contenente provvedimenti relativi all'ingresso di persone fisiche nel territorio regionale - quarantena obbligatoria per soggetti rientrati nel territorio regionale; chiusura dei parchi pubblici e similari; l'Ordinanza del presidente della regione n. 08 del 16 marzo 2020 avente ad oggetto la costituzione di una task force a supporto dell'unità di crisi regionale - costituzione e individuazione task force covid-19; il decreto del presidente della regione n. 21 del 17 marzo 2020 avente come obiettivo l'istituzione task-force regionale a sostegno del settore economico produttivo calabrese - emergenza covid-19 - istituzione task force a sostegno del settore economico produttivo Calabrese; l'Ordinanza del presidente della regione n. 20 del 27 marzo 2020 contenente «ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da covid-19»: attività di screening covid-19 operatori sanitari e monitoraggio strutture residenziali - attività di screening su tutti gli operatori sanitari, delle strutture pubbliche e delle strutture residenziali (RSA, RMS, case protette, case di riposo, etc...); il Decreto del presidente della regione n. 25 del 29 marzo 2020 avente come finalità l'istituzione delle unità speciali di continuità assistenziale presso le aziende sanitarie provinciali del SSR della regione Calabria - istituzione delle unità speciali di continuità assistenziale.

30 Sono i punti 5 e 6 dell'ordinanza a destare sospetti di violazione di legge e di eccesso di potere: nel primo caso, in relazione al DPCM del 10 aprile 2020; nel secondo, rispetto a quanto previsto dal D.L.n.19/2020. Punto 5. È consentita la ripresa delle attività di ristoranti, pizzerie, rosticcerie per la preparazione dei relativi prodotti da effettuarsi a mezzo asporto; punto 6. È consentita la ripresa delle attività di Bar, Pasticcerie, Ristoranti, Pizzerie, Agriturismo con somministrazione esclusiva attraverso il servizio con tavoli all'aperto.

vedimento del Tribunale Amministrativo Regionale, poiché si inseriscono in maniera precisa nella *querelle* delle competenze Stato-Regioni e, dunque, consentono di cogliere *ictu oculi* i risvolti “pratici” del principio di leale collaborazione.

I giudici amministrativi, accogliendo il ricorso, hanno annullato l'ordinanza regionale n. 37 del 29 aprile 2020, ponendo in luce l'aspetto per il quale «spetta al Presidente del Consiglio dei ministri individuare le misure necessarie a contrastare la diffusione del virus Covid-19, mentre alle Regioni è dato intervenire solo nei limiti delineati dall'art. 3 del suddetto decreto-legge che vieta in buona sostanza agli amministratori di emettere provvedimenti in deroga alle misure di sicurezza emanate dal governo. Sottoponendo ad un attento scrutinio la decisione in esame va osservato, anzitutto, l'accoglimento del primo motivo di ricorso, con cui il Presidente del Consiglio ha dedotto la violazione, da parte dell'ordinanza regionale ricordata, degli artt. 2 comma 1 e 3 comma 1 del d.l. n. 19/2020 ed il vizio di «carenza di potere per incompetenza assoluta» della Regione Calabria a disporre la riapertura dei ristoranti, con servizio all'aperto, nel suo territorio.

La motivazione ivi attenzionata – nel rappresentare il “fulcro” della sentenza in commento – suscita interesse, e si presta ad essere discussa, soprattutto laddove individua il fondamento costituzionale della competenza dello Stato — e, per esso, del Governo — a disciplinare le misure volte al contrasto del *Coronavirus* e le procedure per la loro adozione, con efficacia cogente su tutto il territorio nazionale quindi anche nei confronti delle autonomie regionali.

Sotto questo profilo il giudice catanzarese non può non soffermarsi sul contenuto del d.l. n. 19/2020. Esso rappresenta, infatti, la fonte di rango primario sulla base della quale il Presidente del Consiglio ha vietato l'esercizio dell'attività di ristorazione “*in loco*” su tutto il territorio nazionale<sup>31</sup>.

In particolare, il T.A.R. ricorda — e lo farà anche in seguito — come l'art. 3, comma 3, del d.l. n.19/2020 stabilisca che le disposizioni relative alle procedure ed ai presupposti per l'adozione delle “misure di contenimento” del virus Covid- 19 da parte delle Regioni e degli Enti locali si applicano anche «agli atti posti in essere per ragioni di sanità» sulla base di «poteri attribuiti [a tali Enti] da ogni di-

31 DPCM del 26 aprile 2020.



sposizione di legge previgente»<sup>32</sup>. Il principio, dunque, vale e si estende in virtù dell'art. 32 comma 3 l. 833/1978<sup>33</sup>, anche all'ordinanza emanata dalla Presidente della Regione Calabria.

In secondo luogo, il giudicante si confronta con le censure di incostituzionalità dello stesso d.l. n. 19/2020 avanzate dalla Regione resistente e da alcuni intervenienti *ad opponendum* nel giudizio, dichiarandole manifestamente infondate e “legittimando”, al contempo, l'operato del Governo nella fase più acuta dell’“emergenza Covid”.

Si afferma, altresì, come l'attività di ristorazione con servizio al tavolo all'aperto, oggetto di controversia, rientri nella libertà di iniziativa economica tutelata dall'art. 41 Cost. Sebbene la disposizione costituzionale non preveda «una riserva di legge in ordine alle prescrizioni da imporre all'imprenditore allo scopo di assicurare che l'iniziativa economica non sia di pregiudizio per la salute pubblica», non di meno tali prescrizioni possono essere imposte anche con un atto di natura amministrativa così come avvenuto, di fatto, con il d.l. 19/2020, in relazione al quale il T.A.R. ha ritenuto adeguatamente predeterminato il contenuto delle prescrizioni.

Sotto questo profilo, oltretutto, il Tribunale non manca di confrontarsi in ordine all'aspetto maggiormente dibattuto: la potestà legislativa. In sentenza si riconosce la potestà esclusiva dello Stato, *ex art.* 117 Cost., in ordine alle citate misure di contrasto del *Coronavirus* ed alle procedure per la loro adozione, a livello sia statale che territoriale. Sicché nessuna censura in ordine ai profili di illegittimità può trovare asilo.

32 TAR CALABRIA, Catanzaro, Sez. 1<sup>^</sup> – 9 maggio 2020, n. 841.

33 La legge in esame rubricata “Istituzione del servizio sanitario nazionale” prevede all'art. 32 rinominato “Funzioni di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria” che «Il Ministro della sanità può emettere ordinanze di carattere contingibile e urgente, in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria, con efficacia estesa all'intero territorio nazionale o a parte di esso comprendente più regioni. La legge regionale stabilisce norme per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica, di vigilanza sulle farmacie e di polizia veterinaria, ivi comprese quelle già esercitate dagli uffici del medico provinciale e del veterinario provinciale e dagli ufficiali sanitari e veterinari comunali o consortili e disciplina il trasferimento dei beni e del personale relativi. Nelle medesime materie sono emesse dal presidente della giunta regionale o dal sindaco ordinanze di carattere contingibile e urgente, con efficacia estesa rispettivamente alla regione o a parte del suo territorio comprendente più comuni e al territorio comunale. (COMMA ABROGATO DAL D.LGS. 15 MARZO 2010, N. 66)). Sono altresì fatti salvi i poteri degli organi dello Stato preposti in base alle leggi vigenti alla tutela dell'ordine pubblico».

Del resto, è oramai noto in ogni latitudine come la “profilassi internazionale” sia di potestà statale in via esclusiva ai sensi dell'art. 117 comma 2, lett. q), Cost; diversamente, invece, da quanto avviene in tema di tutela della salute e della protezione civile, in ordine alle quali sussiste la potestà legislativa concorrente Stato- Regioni.

Tuttavia, soffermandoci sulle *materie de quibus*, il T.A.R. precisa come il potere conferito — per il tramite del d.l. n. 19/2020 — al Presidente del Consiglio onde

«individuare in concreto le misure necessarie ad affrontare un'emergenza sanitaria trova giustificazione [anche] nell'art. 118, comma 1 Cost., in quanto il principio di sussidiarietà impone che, trattandosi di emergenza a carattere internazionale, l'individuazione delle misure precauzionali sia operata al livello amministrativo unitario»<sup>34</sup>.

Se, allora, è costituzionalmente obbligatoria — nonché consentita — l'attribuzione allo Stato e, più specificamente, al Presidente del Consiglio dei ministri della funzione amministrativa consistente nell'ordinare ai cittadini ed a tutti i soggetti pubblici e privati le misure necessarie a contrastare la diffusione del *Coronavirus*, allora — chiosa il T.A.R. — è giustificata anche «l'attrazione in capo allo Stato della competenza legislativa, pur in materie concorrenti quali la tutela della salute e la protezione civile».

Il tema è stato affrontato ripetutamente nella giurisprudenza costituzionale e ordinanza amministrativa opera un rinvio a dette pronunzie. Il richiamo, nello specifico, attiene alla teoria della c.d. “chiamata in sussidiarietà”, precisando inoltre che, nel caso in esame, il d.l. n. 19/2020 ha previsto un adeguato coinvolgimento delle Regioni, attuato mediante la richiesta del parere preliminare all'adozione dei D.P.C.M.

Tali considerazioni, nel rappresentare il fondamento costituzionale del d.l. n. 19/2020 e del D.P.C.M. del 26 aprile 2020, consente di trarre, infine, due conseguenze.

In primo luogo, il d.l. in questione non si pone in contrasto con l'art. 120 Cost — sebbene eccepito da alcune parti in causa — poiché la procedura di adozione delle concrete misure “emergenziali” non configura un intervento sostitutivo dello Stato nei confronti delle Regioni, ma «un'avocazione

34 TAR CALABRIA, Catanzaro, Sez. 1<sup>^</sup> – 9 maggio 2020, n. 841.

delle funzioni amministrative in ragione del principio di sussidiarietà, accompagnata dalla chiamata in sussidiarietà della funzione legislativa».

La seconda, doverosa, conseguenza è che nel caso in esame — così come correttamente dedotto dalla Presidenza del Consiglio — la Regione Calabria ha esercitato un potere che non le spettava per due ragioni: anzitutto, ordinare misure specifiche relative alla situazione di emergenza sanitaria è attribuito dalla fonte primaria al Presidente del Consiglio; in secondo luogo, si poneva al di fuori dei limiti imposti alle Regioni, la cui potestà legislativa è limitata dal verificarsi di situazioni di «aggravamento del rischio sanitario» sopravvenute all'entrata in vigore dei D.P.C.M.; misure «ulteriormente restrittive» rispetto a quelle dei D.P.C.M.; efficacia delle misure temporalmente limitata fino alla data di entrata in vigore di un nuovo D.P.C.M.)<sup>35</sup>.

#### 4 ORIGINI SSN, IMPIANTO NORMATIVO, COMPOSIZIONE E RIPARTIZIONI DELLE COMPETENZE TRA STATO E REGIONI di Roberta Pittelli

Prima di procedere con l'analisi delle problematiche poc'anzi brevemente accennate, si reputa necessario fare un passo indietro al fine di ricordare, molto sinteticamente, la nascita e l'evoluzione storica del SSN il quale, realizza a pieno il precetto costituzionale di cui all'art. 32, secondo il quale: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana»<sup>36</sup>.

Sulla base di tale precetto costituzionale attraverso la l. n.833 del 1978<sup>37</sup> venne istituito il Servizio

35 G. Sobrino, *Misure "anti-Covid" e Costituzione: il T.A.R. Calabria promuove "a pieni voti" il Governo ed esalta le esigenze di unità nella gestione dell'emergenza sanitaria*, Osservatorio Costituzionale, 5, 2020, pp.197-199.

36 *Articolo 32 Costituzione Italiana*.

37 *Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Serie generale n. 360 del 28.12.1978*, all'art. 1 co. 1 -2 -3, nel rispetto del principio costituzionale garantito di cui all'art. 32, dispone che «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il servizio sanitario nazionale è costituito dal com-

Sanitario Nazionale il cui obiettivo sarà quello di garantire la salute pubblica quale bene collettivo, mediante l'individuazione di tutta una serie di diritti fondamentali della persona umana cui tale istituto non può in alcun modo prescindere:

- libertà di scelta del luogo di cura;
- diritto a essere informato sulla malattia;
- diritto a essere informato sulla terapia e opporsi o dare il consenso (consenso informato);
- diritto del paziente di «essere preso in carico» dal medico o dall'équipe sanitaria durante tutto il percorso terapeutico;
- diritto alla riservatezza;
- dovere della programmazione sanitaria di anteporre la tutela della salute dei cittadini (che rappresenta il motivo principale dell'istituzione del SSN) a tutte le scelte, compatibilmente alle risorse economiche disponibili.

Il Servizio Sanitario Nazionale si compone dal complesso delle funzioni, delle strutture dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione secondo le modalità che assicurino l'eguaglianza tra i cittadini. L'idea della sicurezza sociale trova attuazione mediante un complesso sistema di interventi attraverso i quali la pubblica amministrazione, o altri enti pubblici, realizzano una solidarietà generale consistente nell'erogazione di beni e servizi ai cittadini italiani, comunitari, stranieri, profughi e apolidi che si trovano in condizioni di bisogno.

Per raggiungere tale obiettivo, si è reso necessario individuare tre principi cardine sui quali ruota l'intero istituto del SSN, si pensi:

1. Universalità: in osservanza al nuovo concetto di salute introdotto dalla legge n. 833 del 78' se-

plso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini». Nel capo II ne definisce gli obiettivi e le strutture; nel Capo III le prestazioni e le funzioni e nel Capo IV il personale. All'interno del Capo V, ultimo del titolo I, il legislatore si preoccupa di definire le modalità di controllo, di contabilità e di programmazione. Attraverso il titolo II il legislatore delinea procedure di programmazione e di attuazione del SSN mentre nel Titolo III le norme transitorie e finali.

condo cui la salute è intesa non soltanto come bene individuale ma anche e soprattutto collettivo. Pertanto l'universalità attiene all'estensione di tutte le prestazioni sanitarie a chiunque ne abbia bisogno, senza distinzione alcuna.

1. Uguaglianza: i cittadini devono essere messi nelle condizioni di accedere alle prestazioni sanitarie nonché di ricevere parità di trattamento senza nessuna distinzione relativamente alle condizioni individuali, sociali ed economiche.
1. Equità: a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute.

Per la sua applicazione è necessario garantire a tutti i richiedenti qualità, efficienza, appropriatezza e trasparenza del servizio e in particolare delle prestazioni fornite, da parte di tutto il personale sanitario, nonché una corretta comunicazione sulla prestazione sanitaria necessaria nel caso specifico, che sia adeguata al grado di istruzione e comprensione del paziente (es: consenso informato, presa in carico).

Così come disposto dall'articolo 117 della Costituzione<sup>38</sup>, attraverso il Piano sanitario nazionale

38 Al netto di quanto appena affermato è fondamentale ricordare la modifica del titolo V della Costituzione avvenuta attraverso *Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, Gazzetta Ufficiale n. 248 del 24 ottobre 2001* contenente modifiche all'assetto gerarchico e di interdipendenza tra lo Stato e gli enti territoriali. Nella fattispecie l'enunciato normativo, in osservanza dell'articolo 5 della costituzione e sotto una prospettiva di ampliamento del rispetto del principio di sussidiarietà, viene ripartito l'ambito di ripartizione delle competenze tra governo centrale e locale, conferendo di fatto, maggiore autonomia legislativa alle regioni. Si configura un riassetto organizzativo inerente tra gli altri, la tutela della salute, la quale diviene materia di legislazione concorrente tra stato e regioni assieme all'istruzione e alla protezione civile mentre continuano a far parte delle competenze esclusive dello stato, la difesa, l'ordine pubblico, la sicurezza. Tuttavia, nonostante le attribuzioni risultanti dalla modifica del titolo V, sono previste delle modalità di intervento da parte dello stato in materia di competenza concorrente, laddove le regioni non agiscano nel rispetto delle disposizioni normative prodotte dal legislatore centrale. Si pensi all'articolo 117 co. 1 lett. q. della costituzione relativamente al settore della profilassi internazionale o ancora all'art. 120 co. 2 secondo cui «Il Governo può sostituirsi a organi delle Regioni, delle Città metropolitane, delle Province e dei Comuni nel caso di mancato rispetto di norme e trattati internazionali o della normativa comunitaria oppure di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica, ovvero quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali. La legge definisce le procedure atte a garantire che i poteri sostitutivi siano esercitati nel rispetto del principio di sussidiarietà e del principio di leale collaborazione.» Difficoltà oggettive nell'applicazione dei principi poc'anzi citati, sono emersi con forza durante la gestione pandemica nella sua prima fase. Non si può pertanto

approvato dal Parlamento, il ministero definisce degli obiettivi generali da raggiungere per la salute pubblica, l'importo del fondo sanitario, il metodo di ripartizione di tale fondo tra le Regioni, le quali si avvalgono di una rete di Aziende Unità Sanitarie Locali (ASL). Le ASL intese come il complesso dei presidi di ricovero, cura e riabilitazione, adempiono ai compiti del SSN in un determinato ambito territoriale.

Il ministero definisce inoltre i criteri generali per l'erogazione di tali servizi, le linee guida per la formazione e l'aggiornamento di medici, infermieri e tecnici, nonché i sistemi di controllo e verifica dei risultati raggiunti. Risulta quindi piuttosto chiaro che il precetto costituzionale sancisca competenze legislative specifiche dello Stato e delle Regioni, tuttavia, con compiti ed ambiti di applicazione diversi: ad esempio, tra le altre cose lo Stato, determina i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)<sup>39</sup> quali strumenti che devono necessariamente essere garantiti e rispettati su tutto il territorio nazionale. Pertanto, le Regioni sono chiamate a programmare e gestire in piena autonomia la sanità nell'ambito territoriale di loro competenza, individuando la filiera dei soggetti pubblici deputati a erogare le prestazioni, definendone il ruolo e la struttura di governo o ancora disciplinano le procedure di accreditamento degli erogatori privati di prestazioni.

Sulla base dell'enunciato normativo di cui all'articolo 117 della Costituzione, si richiede che lo Stato e le Regioni collaborino tra loro sulla base del principio di leale collaborazione, con l'obiettivo di assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi su tutto il territorio nazionale e livelli delle prestazioni sanitarie accettabili e appropriate per tutti i

non fare un riferimento al c.d. caso Calabria e all'intervento posto in essere dal legislatore al fine di ristabilire chiarezza a seguito di un intervento improprio posto in essere dalla giunta regionale calabrese.

39 Il DPCM 29 novembre 2001, G.U. Serie Generale n. 33 del 08 febbraio 2001, all'interno dell'allegato 1,2 e 3, definisce i livelli essenziali di assistenza inquadrando nel merito della legislazione esclusiva dello stato. Con il DPCM 12 gennaio 2017, G.U. Serie Generale n.65 del 18 marzo 2017, il legislatore, in attuazione della Legge di stabilità 2016, che ha vincolato 800 milioni di euro per l'aggiornamento dei LEA, ha inteso ridefinire le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini; ridefinire e aggiornare gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che determinano, in capo all'interessato, il sorgere del diritto all'esenzione dal ticket; per ultimo, ma non per importanza, innova i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo prestazioni obsolete.

cittadini. Come già si è detto la sanità rappresenta una funzione delegata alle regioni, le quali la esercitano servendosi delle ASL nell'ambito del Piano Sanitario Nazionale che fissa i LEA, il quale indica in maniera dettagliata le prestazioni, le modalità organizzative e i riferimenti normativi per tre macroaree: Assistenza sanitaria in ambiente di lavoro – Assistenza distrettuale (di base, specialistica, farmaceutica, ambulatoriale) – Assistenza ospedaliera. I principi fondamentali del SSN vengono affiancati così ai principi organizzativi essenziali al fine di garantire un'adeguata programmazione sanitaria; si ricorda tra i più importanti:

1. la Centralità della persona;
1. la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute;
1. la collaborazione tra i livelli di governo del SSN;
1. la valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari;
1. l'integrazione sociosanitaria.

Oltre agli organi su menzionati, vi sono altri organi e istituti, alle dipendenze del ministero, che offrono il loro contributo per il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale, si pensi ad esempio all'Istituto Superiore di Sanità. Quest'ultimo rappresenta l'organo tecnico-scientifico di riferimento del SSN e lavora alle strette dipendenze del ministero. Si occupa principalmente di approntare piani di ricerca, sperimentazione e formazione; il suo ruolo è determinante nella preparazione dei piani sanitari nazionali, nella promozione di sperimentazioni cliniche di nuovi farmaci o metodi di cura, nella possibilità di produzione o utilizzo pubblico di materiali nocivi per la salute.

O ancora al Consiglio Superiore della Sanità, composto da membri designati dal ministero, esperti tecnico-scientifici e due magistrati, esamina gli interventi nel campo dell'igiene e della salute pubblica, dando poi il suo parere agli organi decisionali. Fondamentale è il suo giudizio riguardo alle regolamentazioni, alle convenzioni da stipulare con altri paesi, alle norme relative a lavori pericolosi e alla tutela ambientale; esso ha infine diritto alla revoca di farmaci sul mercato e può impedire l'approvazione di quelli nuovi. Si pensi ancora all'Agenzia italiana del farmaco, istituzione di recente introduzione, aassolve a diversi compiti nonché

riunisce competenze disperse ai vari livelli di governo. sostiene altresì il confronto tra i farmaci in uso e quelli proposti come innovativi tant'è vero che, oltre a prevedere al suo interno un rapido sistema di registrazione dei c.d. "farmaci nuovi", dispone di un fondo destinato esclusivamente allo studio delle malattie rare. Responsabilità dell'Agenzia è anche la comunicazione e il sistema di informazione sui farmaci alla popolazione.

Altro organo di fondamentale importanza è l'Istituto per la prevenzione e la sicurezza del lavoro tutela la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro; questo organo tecnico-scientifico collabora direttamente con enti pubblici e privati. Oltre a fornire consulenza al ministero nella stesura dei piani sanitari, l'ISPESL si occupa dell'ideazione di metodologie e criteri standard per valutare i rischi a cui può essere soggetta la salute dei lavoratori e formulare proposte atte a migliorare la sicurezza. Rientra, per esempio, nella sua competenza la certificazione, negli ospedali e nelle ASL, della conformità alle norme di sicurezza di apparecchiature tecniche e diagnostiche. Ed infine, ma chiaramente non per importanza, vi sono gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, coordinati dal Ministero della Salute, rappresentano gli strumenti grazie ai quali le Regioni e le Province possono condurre ricerche in merito all'igiene e alla conformità degli allevamenti e delle produzioni zootecniche e, in generale, sulla sanità veterinaria. Riguardo agli alimenti di origine animale, il loro compito è quello di sviluppare tecnologie e metodi di controllo e di assicurare il costante aggiornamento di veterinari e altri operatori del settore zootecnico.

A seguito di un breve excursus in merito agli organi che compongono il Servizio Sanitario Nazionale nonché sulle modalità di ripartizione delle competenze tra Stato ed enti territoriali, è ora possibile presentare sviscerare la modalità di finanziamento dello stesso partendo da una breve, seppur necessaria descrizione dei diversi modelli sanitari universalmente riconosciuti. Per ciò che attiene l'aspetto di natura economica è opportuno evidenziare che il servizio sanitario italiano è un servizio pubblico a copertura universale, sostanzialmente finanziato dalla fiscalità generale (il c.d. modello *Beveridge*). Tenuto conto di tale affermazione è necessario porre in evidenza che, in linea di massima, il mondo accademico distingue tra tre principali

modelli sanitari sulla base del grado di intervento pubblico, ovvero il sistema *tax-financed*, (modello Beveridge), il *social health insurance SHI* (cd. modello Bismarck) ed il sistema c.d. misto. Molto brevemente il sistema Beveridge si è sviluppato in Inghilterra intorno alla prima metà del Novecento a seguito della presentazione del Rapporto Beveridge da parte del primo ministro, avente come obiettivo il superamento del modello Bismarck e la nascita di un Servizio sanitario nazionale che portò alla nazionalizzazione della sanità britannica. Diversamente dallo schema precedente il nuovo modello sanitario è strutturato in modo tale che lo stato assuma un ruolo centrale nel finanziamento e nella fornitura delle cure sanitarie della popolazione in cui le prestazioni sanitarie sono garantite a tutti i cittadini e sono finanziate con imposte generali a carico della collettività. Allo stato attuale sono diversi i paesi che adottano il modello Beveridge il Regno Unito, l'Italia, la Spagna, la Danimarca, la Norvegia, la Finlandia, la Svezia e l'Islanda.

Al contrario il modello Bismarck, che prese il nome dal suo ideatore ovvero il primo ministro tedesco Otto Van Bismarck che, si diffuse intorno alla fine dell'Ottocento in buona parte d'Europa, era un sistema fondato sui principi della solidarietà, sussidiarietà e corporativismo finanziato interamente dalla contribuzione privata in cui di conseguenza, le assicurazioni sociali, ricoprivano un ruolo determinante.

Nella fattispecie distinguiamo 3 diverse modalità di finanziamento che avvengono rispettivamente attraverso il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) – attraverso imposte e contributi – nonché mediante la contribuzione diretta del cittadino (ticket) attraverso 4 schemi organizzativi:

- Pubblico: secondo cui tutti i cittadini hanno diritto ad usufruire di prestazioni sanitarie al cui finanziamento concorrono con imposte generali;
- Privato: bisogni sono soddisfatti sul mercato, eventualmente mediante assicurazioni di tipo volontario;
- Rimborso: prevede un'Assicurazione obbligatoria, finanziata con contributi sociali a favore di organismi senza finalità di lucro, che stipulano convenzioni con strutture pubbliche o private che offrono i servizi. Larga possibilità di scelta da parte del cittadino, che paga i servizi

e viene rimborsato dall'assicurazione sulla base di tariffe standard;

- Integrato: è quello che maggiormente si avvicina al modello pubblico puro. Il cittadino usufruisce di prestazioni gratuite offerte da strutture principalmente pubbliche e/o private convenzionate.

Per ciò che attiene il fondo sanitario nazionale, quest'ultimo viene determinato dalla legge di bilancio sulla base dei vincoli di finanza pubblica correlati ovviamente al PIL, nel rispetto dei criteri essenziali dei LEA nonché la ripartizione del fabbisogno economico in capo alle regioni verrà calcolato sulla base di due indicatori che spiegheremo più avanti nel dettaglio, ossia il saldo di mobilità passiva ed il saldo di mobilità attiva.

#### 5 CRITICITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. FOCUS SUL GAP TRA IL SSR CALABRESE VS SSR LOMBARDO di Roberta Pittelli

L'Italia è stato uno dei paesi europei maggiormente colpiti dalla crisi dei mutui subprime del 2007, non tanto in relazione al sistema bancario salvatosi grazie all'attitudine al risparmio degli italiani, ma dal palesarsi nel 2011 della crisi dei debiti sovrani dell'eurozona che ha costretto l'Unione Europea ad imporre tali su citate ferree misure in relazione anzitutto al pareggio di bilancio dei conti pubblici. A seguito di questa politica a partire dal 2008 l'Italia non è stata più capace di crescere ed è iniziato un lungo periodo d'impoverimento alternando periodi di stagnazione a veri e propri periodi di recessione. Sebbene il sistema finanziario italiano fosse sostanzialmente uscito indenne dal terremoto che aveva colpito la finanza mondiale vista la scarsa internazionalizzate delle banche aventi in portafoglio una modesta quantità di titoli tossici, subì un duro colpo dalla conseguente crisi delle economie reali di molti paesi occidentali che rappresentavano importanti mercati di sbocco per le nostre esportazioni.

Oltretutto l'Italia giacché paese aderente al patto di stabilità, non ha potuto agire immediatamente mediate l'attuazione di una politica economica espansiva concernente l'aumento della spesa pub-

blica e la riduzione delle tasse ma al contrario, al fine del contenimento del deficit e della riduzione del debito si è trovata costretta ad attuare una politica fiscale restrittiva che ha determinato nel breve periodo la chiusura di circa 82 mila imprese.

Altresì il Servizio Sanitario Nazionale italiano nel corso dei decenni ha subito diversi ed innumerevoli tagli rispetto al piano di finanziamento il che ha generato molteplici falle all'interno del sistema: si è proceduti con un processo di *spending review* attraverso un ricalcolo della spesa sanitaria delle singole regioni al fine di ridurne la spesa sia in termini di prestazioni, che in termini di strutture ospedaliere effettivamente operanti sul territorio, nonché uno stop alle assunzioni e al turn over del personale medico- infermieristico.

Ad oggi, le aziende ospedaliere attive sul territorio nazionale sono 53 di cui 36 presenti al centro-nord e 17 nel sud e nelle isole, mentre si contano circa 329 ospedali a gestione diretta: 235 al centro-nord e 178 nel sud-isole. Ciò ha generato lo sviluppo di un SSN differenziato tra regioni del nord e del sud rispetto al grado di accessibilità e di qualità del servizio erogato. Per tutte queste ragioni il legislatore ha dapprima inteso mettere mano all'insieme delle norme che regolano di fatto la gestione del SSN introducendo il c.d. "federalismo sanitario" attraverso il quale si è cercato di creare 21 sistemi sanitari diversi attribuendo, anche attraverso la riforma del titolo V della costituzione, maggiore autonomia alla regioni moltiplicando di fatto, così come vedremo successivamente, le disuguaglianze tra territori lungo l'asse Nord Sud penalizzando l'area Sud e Isole.

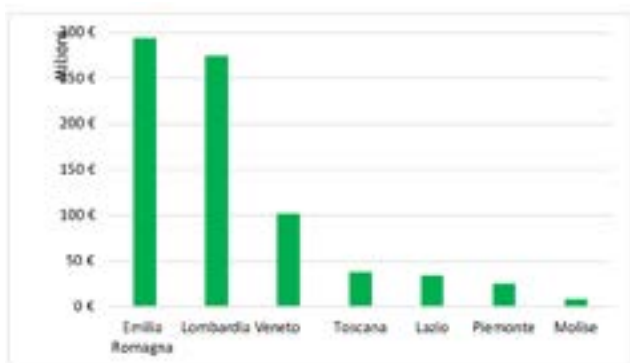
Come già si è detto, nel corso dei decenni il Servizio Sanitario Nazionale è stato oggetto di innumerevoli tagli sia in termini di capitale umano sia in relazione agli investimenti in capo alle strutture, all'attrezzatura e quindi all'offerta. Tutto ciò ha determinato un disallineamento tra domanda e offerta che risulta avere una maggiore incidenza nelle regioni del sud Italia.

Nella fattispecie nelle regioni del nord Italia si è assistito ad una radicale privatizzazione del SSN sorta a seguito della progressiva e costante sottrazione di risorse alla sanità pubblica che dal 2010 al 2019 ha visto perdere 37 miliardi di finanziamenti a fronte di una crescita del fabbisogno nazionale di 8,8 miliardi. Lo stesso trend

si osserva analizzando il rapporto tra spesa sanitaria e PIL, che si ridurrà dal 6,6% del periodo 2019-2020 al 6,5 nel 2021 e al 6,4 nel 2022. Basti pensare che il 69% di chi rinuncia alle cure si trova nel sud e nelle isole forse perché, solo per fare un esempio, le liste d'attesa più lunghe si riscontrano sempre nel Sud e nelle Isole. Tale condizione di disparità non fa altro che incentivare e dare linfa al c.d. fenomeno della "migrazione sanitaria" il quale racchiude in sé, tutte una serie di prestazioni erogate fuori regione, delle quali i pazienti fanno richiesta a strutture appartenenti alla sanità pubblica o privata accreditata poiché risultano attrattive per servizi e efficienza. È chiaro quindi che tale condizione sia espressione della ormai nota questione del divario nord/sud che non afferisce esclusivamente al settore economico ma anche a quello relativo ai servizi offerti dalle pubbliche amministrazioni in termini di qualità del servizio e di capacità di risposta.

Il fenomeno della mobilità sanitaria in Italia per l'anno 2021 vale circa 4,6 miliardi di euro. Prima di procedere con l'analisi dei dati riportati nel grafico successivo, è necessario porre una distinzione tra mobilità attiva, ossia l'indice di attrazione di una regione attraverso l'identificazione di prestazioni sanitarie offerte a cittadini non residenti; e la mobilità passiva, ovverosia l'indice di fuga da una regione misurato attraverso una valutazione delle prestazioni sanitarie erogate ai cittadini al di fuori della regione di residenza. Il confronto tra l'indice di attrazione e quello di fuga fornisce un quadro sull'efficacia e sull'efficienza di ogni Servizio sanitario regionale nella capacità di rispondere ai bisogni di salute della popolazione residente. Attraverso il grafico successivo, si inteso studiare il livello di convergenza dell'offerta rispetto alla domanda mediante l'analisi dei dati forniti dal Ministero della salute, relativamente al saldo di mobilità attivo e passivo delle 14 regioni italiane "più significative".

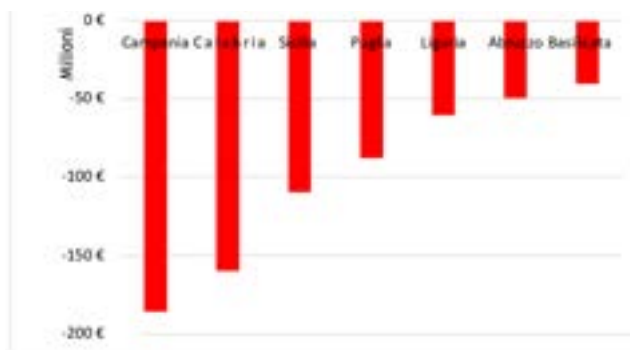
Grafico1: mobilità attiva in Italia per l'anno 2021 espressa in milioni di euro.



Fonte: elaborazione propria su dati AGENAS.

Nella fattispecie è emerso che le sette regioni italiane aventi maggiori capacità di attrazione nel 2021, ovverosia Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto, Toscana, Lazio, Piemonte e Molise che vantano crediti superiori a 776 milioni di euro. In testa vi è l'Emilia-Romagna che vanta crediti per oltre 293 milioni di euro, seguita dalla Lombardia con oltre 274 milioni di euro di crediti sanitari in bilancio, dal Veneto con oltre 102 milioni di euro di crediti; Toscana con circa 38 milioni; Lazio con poco più di 34 milioni; Piemonte quasi 25 milioni e Molise circa 8 milioni e 700 mila.

Grafico 2: mobilità passiva in Italia per l'anno 2021 espressa in milioni di euro.



Fonte: elaborazione propria su dati AGENAS.

Le sette regioni con maggiore indice di fuga generano debiti per oltre 693 milioni di euro. In primis vi è la regione Campania con un saldo di mobilità passiva di - 186,76 mln di euro, seguita dalla Calabria con oltre -159 mln di euro, dalla Sicilia con oltre -109 mln di euro debiti, dalla Puglia con -87,61 mln di euro, dalla Liguria con -60,74 mln di

euro, Abruzzo -49,51 mln di euro e dalla Basilicata - 40,35 mln di euro. Se si intendesse andare più a fondo alla questione, sarebbe interessante porre a confronto l'operato della regione Calabria con quello della regione Lombardia durante le prime fasi di contrasto all'epidemia da Covid-19. In tale condizione di stress salta all'occhio le difficoltà di gestione di una regione la cui sanità è commissariata da oltre 10 anni, che ha avuto 6 commissari e che nonostante i grossi sacrifici il deficit finanziario è stato ridotto solo di 6,2 milioni di euro partendo da un disavanzo che nel 2009 ammontava circa a 104.304 milioni di euro si è passati ad un deficit che nell'ultima rilevazione del 2019 si attestava a 98.013 milioni di euro. L'esempio relativo le diversità del SSR calabrese rispetto a quello lombardo riportato all'interno del lavoro, è importante al fine di comprendere come uno Stato non possa essere competitivo se presenta al suo interno due realtà così diverse: mi preme sottolineare al riguardo che "per fortuna" i primi casi di infezione da Covid-19 si ebbero in Lombardia, una tra regioni italiane maggiormente sviluppate e dal punto di vista economico e dal punto di vista sanitario. Solo per avere un'idea sulla distribuzione effettiva del SS all'interno del territorio nazionale basta analizzare la distribuzione numero di strutture sanitarie pubbliche in Italia sono 10.576 di cui 1080 in Lombardia contro i 353 della regione Calabria, e private accreditate di cui in Italia 14.831 in Lombardia 2463 contro i 359 regione Calabria. Altro dato interessante attiene al personale dipendente del SSN costituito dal personale delle Aziende Sanitarie Locali, compreso quello degli istituti di cura a gestione diretta, dal personale delle Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere integrate con il Servizio Sanitario Nazionale e dal personale delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università. Nel 2020 tale personale ammonta a 617.466 unità e risulta così ripartito: il 72,3% ruolo sanitario, il 17,8% ruolo tecnico, il 9,7% ruolo amministrativo e lo 0,2% ruolo professionale<sup>40</sup>. Se volessimo andare più a fondo alla questione ci accorgeremo che dei 617.466 dipendenti del SSN, 446.327 ruolo sanitario, 1.348 ruolo professionale,

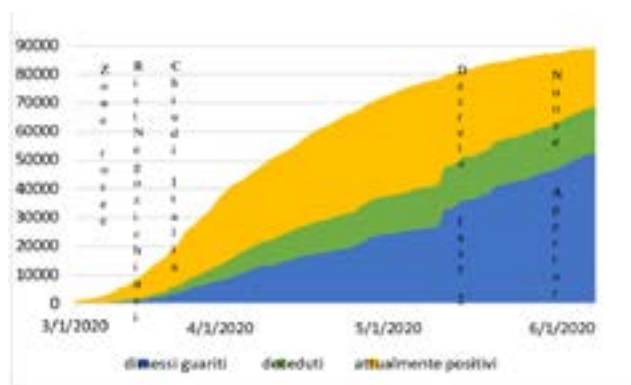
40 *Annuario statistico del servizio sanitario nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN*, 2020. PP. 83. Nell'ambito del ruolo sanitario, il personale medico è costituito da 103.092 unità e quello infermieristico da 264.686 unità; il rapporto fra infermieri e medici, a livello nazionale, si attesta sul valore di 2,6 infermieri per ogni medico. Rispetto all'anno 2019 il personale risulta aumentato di 13.610 unità pari al 2,3%.

109.814 ruolo tecnico 59.784 ruolo amministrativo. Nella fattispecie, all'interno del territorio italiano vi sono 617.466 dipendenti del SSN di cui 479.053 al centro-nord e 138.393 al sud e nelle isole. Il numero dei medici presenti sul territorio su un totale di 41.707 in Lombardia 5.984 in Calabria 1.494.

In Calabria quindi, sono impiegate in strutture sanitarie in media 9,6 persone ogni mille abitanti; il blocco del turnover ha determinato l'aumento dell'età media degli operatori sanitari in tutte le ASP calabresi: oltre il 60 per cento degli impiegati supera i 50 anni di età. Negli ultimi anni nel sud e nelle isole sono stati chiusi 42 piccoli centri ospedalieri, di cui 4 solo in Calabria.

Ciò, ovviamente ha generato un maggior carico di lavoro sulle strutture sanitarie rimaste aperte, senza però che venisse rimodulato l'assetto organizzativo di queste strutture. Anzi a questi ospedali è stata imposta una riduzione dei posti letto (in Calabria si è passati da 4,47 posti letto ogni mille abitanti a 2,98). Tant'è vero che durante i primi due anni di emergenza Covid, su un totale di 235.255 posti letto Covid presenti sul territorio nazionale, il 32,1% si trova in Lombardia mentre il solo 5,2% in Calabria. Al contrario osservando i grafici successivi relativi la prima ondata di Covid-19 in Italia, è facile immaginare cosa sarebbe potuto succedere in termini di numero di decessi, se l'epidemia fosse comparsa con la stessa prepotenza in una regione come la Calabria.

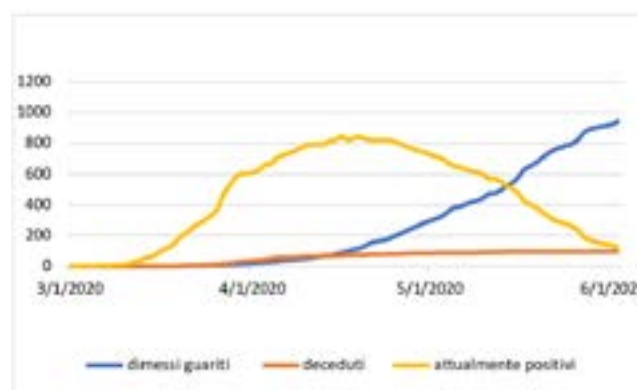
Grafico 3: numeri complessivi regione Lombardia osservati su scala giornaliera dal 01/03/2020 al 02/06/2020.



Fonte: elaborazione propria su dati della Protezione civile.

Il grafico 3 mostra un trend dell'indicatore attualmente positivi il cui andamento risulta essere costante e crescente fino ai primi giorni del mese di maggio e nello specifico al 5 maggio in cui i positivi risultavano essere 37.092 raggiungendo così il picco più alto. Su un totale di circa 89.205 casi di positività attestati nell'arco temporale preso ad esame, 16.143 sono i casi di pazienti deceduti.

Grafico 4: numeri complessivi Regione Calabria osservati su scala giornaliera dal 01/03/2020 al 02/06/2020.



Fonte: elaborazione propria su dati della Protezione civile.

Nel grafico n. 4 dai dati in possesso, l'indicatore attualmente positivi indica una crescita esponenziale dei casi dalla fine del mese di marzo e per tutto il mese di aprile per poi decrescere progressivamente nel mese di maggio. La curva raggiunge il suo punto più alto alla data del 16 aprile indicando 847 casi positivi. Tuttavia, a confronto con la Lombardia, su un totale di 1158 casi di positività, il numero di decessi alla data del 2 giugno 2020 risulta essere di 97.<sup>41</sup> Mediante un'attenta lettura dei suddetti grafici è facile comprendere come il SS della regione Calabria si sia trovato impreparato a gestire un evento di tale portata non soltanto a causa della presenza di personale amministrativo non adeguatamente qualificato che opera all'interno delle ASL o delle USL, ma anche a causa dell'annosa mancanza di personale sanitario, o ancora a causa della limitata disponibilità in termini di attrezzature, di posti letto, di sale rianimazione: basti pensare che se la Lombardia al 2 giugno 2020 ha elaborato 766.122

41 *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi. 2020. PP 13.*



tamponi, alla stessa data la Calabria ne riuscì ad effettuare solo 71.617.

## 6 CONCLUSIONI

Giunti a questo punto è possibile offrire al lettore qualche considerazione su quanto fin qui confluì. Il modello della gestione pandemica è stato sicuramente contraddistinto da una stratificazione normativa imponente che ha alimentato polemiche, anche di legittimità costituzionale circa lo strumento legislativo adoperato.

A ciò bisogna aggiungere, però, che la gestione emergenziale — a lungo tempo prospettata solo a livello teorico — ha “colto di sorpresa” l'apparato istituzionale trovando sfornito degli strumenti idonei per farvi fronte.

Si può affermare, senza paura di smentita, che la pandemia Covid-19 se da un lato ha rappresentato la chiave di svolta in alcuni settori pubblici “critici” — si pensi alla digitalizzazione nel comparto Giustizia — dall'altra ha messo in rilievo il difficile rapporto istituzionale.

L'intensa produzione legislativa dello Stato, delle regioni ordinarie, di quelle a statuto speciale e delle province autonome sicuramente ha indotto una profonda incertezza sociale che si è tradotta, inevitabilmente, in un depotenziamento delle misure proposte.

La ragione potrebbe rinversi nella tecnica legislativa adoperata dal Governo, non sempre lineare e di facile intuizione. La bassa qualità legislativa si ripercuote, inevitabilmente, anche sugli enti periferici, i quali hanno contribuito — e non poco — alla confusione normativa.

Il principio di leale collaborazione, alla quale anche la Presidente della Corte costituzionale ha fatto richiamo, ha vissuto una fase altalenante in quanto diretta espressione del dialogo tra il Governo e le Regioni.

Il caso della Regione Calabria, ad esempio, mostra come il valore solidaristico tra le istituzioni abbia subito una “battuta d'arresto” e come l'attività legislativa regionale sia rientrata solo ricorrendo all'autorità giudiziaria amministrativa.

Le argomentazioni in esame, però, sono ampiamente estensibili al più generale rapporto enti centrali e periferici.

La recente — e ancora attuale — esperienza pandemica dimostra come soltanto la ricerca di punti di comune convergenza e di efficace condivisione tra i diversi livelli di governo in un rapporto di leale e reciproca collaborazione, pur nella distinta assunzione delle responsabilità, può consentire di superare gravi crisi per l'intera collettività.

Tuttavia, i principi *de quibus*, ancorché indicati come imprescindibili per le istituzioni della Repubblica per superare l'emergenza sanitaria, non sempre sono stati rispettati e forse tale *vulnus* nel dialogo istituzionale, in virtù del contesto che lo ha originato, meriterebbe maggiore considerazione e riflessione dal legislatore.

*Roberta Pittelli*

*Dottoranda di ricerca in Economia Pubblica – Imprese, mercati ed istituzioni dell'Unione Europea presso l'Università degli Studi “Magna Graecia” di Catanzaro*

roberta.pittelli@unicz.it

*Sebastian Ciancio*

*Avvocato e dottorando di ricerca in “Ordine giuridico ed economico europeo” presso l'Università degli Studi “Magna Graecia” di Catanzaro*

ciancio@unicz.it

*Fenice Valentina Valenti*

*Avvocato e dottoranda di ricerca in “Diritto della società digitale e dell'innovazione tecnologica” presso l'Università degli Studi “Magna Graecia” di Catanzaro*

fenicevalentina.valenti@studenti.unicz.it