



CONSULTA ONLINE

PERIODICO TELEMATICO ISSN 1971-9892



2021 FASC. III

(ESTRATTO)

ELEONORA RINALDI

**IL PRINCIPIO DI SUSSIDIARIETÀ VERTICALE
ALLA PROVA DELL'EMERGENZA INTERNA**

30 NOVEMBRE 2021

IDEATORE E DIRETTORE RESPONSABILE: PROF. PASQUALE COSTANZO

Eleonora Rinaldi

Il principio di sussidiarietà verticale alla prova dell'emergenza interna* **

Abstract: *This essay, moving from the analysis of methods used by the State to counter the spread of the SARS-Cov-2 virus, deals with the difficulties arose during pandemic in preserving the regional framework, highlighting how these difficulties are imputable, at least in part, to the mechanisms for the protection of unitary needs set by the reform of Title V., p. II of the Constitution.*

Such mechanisms show certain limitations, when the protection of supra-regional interests is imposed as an 'administrative problem', both in ordinary situations and in emergencies.

Therefore, it follows the need to redress not only the compatibility of the solutions identified with the crisis management, but also the political-institutional significance of these solutions which involve, in addition to the pandemic, the future of our form of state.

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. I poteri amministrativi impiegati dallo Stato per affrontare la crisi sanitaria. – 3. Il ruolo delle Regioni nell'attuazione delle misure di contrasto alla diffusione del virus. – 4. Segue. La recrudescenza della pandemia e l'intervento del giudice costituzionale. – 5. L'esigenza di implementazione uniforme delle misure dettate dalla legislazione emergenziale.

1. Premessa.

La tenuta del riparto costituzionale di competenze tra Stato e Regioni costituisce uno dei temi più dibattuti dall'inizio dell'emergenza sanitaria e solleva numerosi problemi, idonei ad alimentare altrettanti itinerari di ricerca¹.

Si rinnova, anzitutto, la riflessione sulla configurazione organizzativa del sistema di protezione del diritto alla salute che, inteso al tempo stesso come posizione soggettiva individuale e interesse della collettività (art. 32 Cost.), rileva nella sua polivalenza strutturale², impone di affrontare in modo conseguente il profilo dell'imputazione soggettiva del dovere di tutela del bene in quanto questo coinvolge ambiti materiali ulteriori rispetto alla voce dell'art. 117, comma 3, Cost. e plurimi titoli competenziali³.

Il concreto atteggiarsi del rapporto tra Stato ed enti territoriali durante la pandemia da *Covid-19* ne rappresenta una concretizzazione emblematica; all'espansione del ruolo del centro (soprattutto del Governo) per fronteggiare la crisi sanitaria in senso stretto si è infatti giustapposta l'azione delle Regioni e degli altri enti territoriali; non solo per gestire l'organizzazione del sistema sanitario ma le misure di confinamento domiciliare, la chiusura per un periodo variabile delle attività produttive, lo svolgimento dell'educazione a distanza⁴.

* Contributo scientifico sottoposto a referaggio.

** Lo scritto costituisce una rielaborazione della relazione "Poteri emergenziali del Governo e riparto territoriale delle competenze: il rapporto tra Stato e Regioni nel contesto pandemico", tenuta al Convegno su "Emergenza pandemica e forma di governo: la verticalizzazione del potere tra tendenze sistemiche e discontinuità", 18 ottobre 2021, Università 'La Sapienza' di Roma.

¹ Per un'analisi recente, v. P. MASALA, *I diritti fra Stato e Regioni nell'emergenza sanitaria, a vent'anni dalla revisione del Titolo V: quali lezioni possono trarsi e quale "ribilanciamento" occorre realizzare, per una più efficace garanzia dell'eguaglianza sostanziale?* in Costituzionalismo.it n. 1/2021, 137 ss.

² Sul diritto alla salute come diritto fondamentale che «nasconde» una pluralità di diritti soggettivi», la dottrina è cospicua e non riassumibile in questa sede; tuttavia, si vedano almeno A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali. Parte generale*, Padova 2003, 95 ss. e 141 ss.; M. LUCIANI, *Salute (Diritto alla salute – Dir. cost.)*, in *Enc. Giur.*, vol. XXVII, 1992, 1 ss. e più di recente IDEM, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei sessant'anni della Corte costituzionale*, in Rivista AIC, n. 3/2016, 1 ss.

³ Così anche D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in Osservatorio costituzionale, n. 1/2018, 29 gennaio 2018, 2.

⁴ Su quest'ultimo profilo, in particolare, v. le riflessioni di R. CALVANO, *L'istruzione, il Covid-19 e le diseguaglianze*, in Costituzionalismo.it, n.3/2020, 57 ss.

Non mi occuperò di ciascuno dei profili rilevanti ma, muovendo dalle modalità dell'intervento statale in funzione di contrasto della pandemia, mi concentrerò su alcune criticità ravvisabili nei meccanismi predisposti per garantire una protezione uniforme del diritto alla salute, evidenziando come le difficoltà di tenuta del nostro Stato regionale si debbano ad attriti e malfunzionamenti da tempo condizionanti l'adeguatezza dei meccanismi di tutela di esigenze unitarie quanto queste si impongono come 'problema amministrativo', tanto in situazioni ordinarie, quanto (*a fortiori*) in contesti emergenziali⁵.

Ne discende l'esigenza di una riflessione riguardante non solo la compatibilità delle soluzioni individuate con la gestione dei momenti di crisi, ma il significato politico-istituzionale delle stesse⁶ che, oltre la pandemia, involge il futuro della nostra forma di Stato⁷.

2. I poteri amministrativi impiegati dallo Stato per affrontare la crisi sanitaria.

È noto ormai che tra i diversi poteri utilizzabili per arginare la diffusione del *virus* si privilegia, nella fase iniziale della pandemia, il potere amministrativo di ordinanza spettante al Ministro della salute «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» (così l'art. 32, comma 1, l. n. 833 del 1978)⁸.

Si tratta di uno strumento estremamente duttile che non caso rimane, anche dopo l'istituzione del *Sistema nazionale di protezione civile* - in varie occasioni riformato -, assai rilevante in caso di epidemie.

Quando il *virus* Sars-Cov-2 inizia a diffondersi, le prime ordinanze sono adottate in questa forma; l'ordinanza del 27 gennaio 2020 che impone la quarantena di 14 giorni a chi faccia rientro dalla Cina; l'ordinanza del 30 gennaio che sospende tutti i collegamenti aerei tra l'Italia e la Cina (dopo i primi due casi di contagio in Lombardia); infine, l'ordinanza del 12 febbraio con cui si assicura la validità dell'anno scolastico 2019-20 agli studenti di ogni ordine e grado che, di ritorno dalle aree a rischio di contagio, si sottopongano a misure di sorveglianza da parte del Dipartimento di prevenzione dell'ASL⁹.

A questi provvedimenti segue, sempre con efficacia sull'intero territorio nazionale, in ragione delle difficoltà di tracciamento territoriale della malattia, l'ordinanza del 21 febbraio 2020, che impone la quarantena obbligatoria con sorveglianza attiva di 14 giorni agli individui che abbiano avuto contatti stretti con casi confermati di Covid-19.

Al 21 febbraio 2020 risale anche la prima ordinanza istitutiva di una 'zona rossa' nei Comuni lombardi interessati da un focolaio di Covid-19; quest'ultima dispone non solo il divieto di entrata ed uscita dal territorio, ma la sospensione di tutte le attività lavorative, ludiche, sociali ed educative ad eccezione dei corsi universitari con frequenza in modalità telematica.

In quanto sicuramente incidente su competenze regionali, l'atto è adottato dal Ministro della salute d'intesa con il Presidente della Regione ed è seguito, il 23 febbraio, da provvedimenti di analogo

⁵ Cfr., F. SORRENTINO, *Riflessioni minime sull'emergenza coronavirus*, in Costituzionalismo.it, n. 1/2020, 130 ss. e più di recente, F. BILANCIA, *Le trasformazioni dei rapporti tra Unione europea e Stati membri negli assetti economico-finanziari di fronte alla crisi pandemica*, in *Dir. pubbl.*, n. 1/2021, 41 ss.

⁶ In questa prospettiva, cfr. F. TRIMARCHI-BANFI, *Sul regionalismo cooperativo*, in *Dir. amm.*, n. 1/2021, 130 ss.

⁷ Su questo aspetto, da ultimo, P. POPELIER, *Federalism. A New Theory for coesion and regional autonomy*, Routledge, 2021, 12 ss.

⁸ Sulla diffusa applicazione del potere di ordinanza in materia sanitaria, anche prima della pandemia, ampiamente, E. C. RAFFIOTTA, *Norme d'ordinanza. Contributo a una teoria delle ordinanze emergenziali come fonti normative*, Bologna, 2019, 93 ss.

⁹ Una ricostruzione puntuale degli interventi di questa prima fase è in M. CAVINO, *Covid-19. Una prima lettura dei provvedimenti adottati dal Governo*, in Federalismi.it, Osservatorio Emergenza Covid-19, Paper del 18 marzo 2020, 2 ss.

contenuto riguardanti i comuni di altre Regioni (Veneto, Piemonte, Emilia-Romagna e Liguria), pure adottati d'intesa con i Presidenti delle rispettive Giunte¹⁰.

L'esercizio dei poteri emergenziali intraprende inoltre altre due strade.

Una di queste, immediatamente collegata alla delibera dello stato di emergenza nazionale del 31 gennaio 2020, attiva il potere di ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile, da questo momento autorizzato ad emanare tutti i provvedimenti necessari a coordinare la realizzazione degli interventi finalizzati a fronteggiare l'epidemia «in deroga ad ogni disposizione vigente, nel rispetto dei principi fondamentali dell'ordinamento giuridico» (art. 25 del *Codice della protezione civile*)¹¹.

Infine, matura l'idea di affrontare la crisi sanitaria attraverso una normativa *ad hoc*.

È approvato così il decreto-legge 23 febbraio 2020, n.6 recante «*Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*» che, nel disciplinare le misure volte ad arginare la pandemia, introduce poteri 'nuovi', funzionali ad affrontare la crisi in modo diverso da quanto sarebbe possibile fare attraverso l'adozione di ordinanze in materia di sanità e di protezione civile.

In particolare, l'attuazione delle norme recanti in astratto le misure di contenimento della diffusione del *virus* è demandata al Presidente del Consiglio dei Ministri che, all'esito di un procedimento delineato dalla fonte superiore, può emanare atti della durata massima di trenta giorni.

Com'è stato ampiamente evidenziato, tale opzione diviene assorbente, sovrapponendosi non solo al potere di ordinanza in materia di protezione civile, funzionalmente riferito ad esigenze diverse, ma a quello in materia sanitaria che, espressione parziale degli interessi coinvolti dalle misure di contenimento, potrà essere esercitato - solo sul presupposto della necessità e urgenza - dal Ministro della salute con efficacia sull'intero territorio nazionale, nonché dai Presidenti delle Regioni e dai Sindaci per rispondere ad esigenze specifiche dei rispettivi territori¹².

Le restrizioni imposte si collocano al crocevia di plurimi titoli competenziali ma, in ragione della gravità della situazione, comprimono le prerogative degli enti territoriali.

Il Governo, accantonati i moduli cooperativi ampiamente sperimentati nei settori *protezione civile* e *tutela della salute*, incentrati sul raggiungimento di intese con le Regioni, sceglie infatti di semplificare le modalità di coinvolgimento di queste ultime e dispone che i d.p.c.m. attuativi della fonte primaria siano adottati *sentiti* il Presidente della Conferenza delle Regioni, in caso di provvedimenti riguardanti l'intero territorio nazionale, oppure *sentiti* i Presidenti della Regioni

¹⁰ Ancora M. CAVINO, *Covid-19. Una prima lettura dei provvedimenti adottati dal Governo*, cit., 3.

¹¹ Ai sensi dello stesso articolo, anche il Presidente del Consiglio dei Ministri può adottare ordinanze, in deroga ad ogni disposizione vigente, nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento e del diritto dell'Unione Europea. La delibera dello stato di emergenza di rilievo nazionale del 31 gennaio 2020 indica tuttavia nel Capo del Dipartimento della Protezione civile l'organo che eserciterà il potere di ordinanza. Le ordinanze di protezione civile devono essere specificamente motivate e, per quanto qui rileva, presuppongono anch'esse l'acquisizione dell'intesa con le regioni interessate, dovendo indicare espressamente le principali norme di legge cui intendono derogare. Su questi aspetti, ampiamente, ancora E. RAFFIOTTA, *op. ult. cit.*, 113 ss. e da ultimo, A. SAITTA, [Il codice della protezione civile e l'emergenza pandemica anche alla luce di C. cost. n. 198 del 2021](#), in questa *Rivista*, 2021/III, 841 ss.

¹² Le indicazioni bibliografiche sulla «catena normativa dell'emergenza» sono quantitativamente cospicue e non ne darò conto compiutamente; mi limito a rinviare ai contributi letti durante la fase acuta della crisi sanitaria, in particolare a M. LUCIANI, *Il sistema delle fonti del diritto alla prova dell'emergenza*, in *Diritto costituzionale in trasformazione*, in Liber Amicorum per Pasquale Costanzo, [II. Il diritto pubblico della pandemia](#), Genova, Consulta Online, 2020, 9, (cui si deve anche l'uso del virgolettato); C. PINELLI, *Il precario assetto delle fonti impiegate nell'emergenza sanitaria e gli squilibrati rapporti tra Stato e Regioni*, in [Diritti Comparati](#), n. 2/2020, 45 ss.; F. SORRENTINO, *A proposito dell'emergenza 'coronavirus'*, *Diritto costituzionale in trasformazione*, in Liber Amicorum per Pasquale Costanzo, [II. Il diritto pubblico della pandemia](#), cit., 1 ss. ed alle relazioni su "Gli intrecci talvolta problematici tra fonti primarie e secondarie" e "La questione delle linee-guida" presentate da L. CUOCOLO, A. MANGIA e D. MORANA, C. BOTTARI, C. SGROI, L. VIOLINI, F. SORRENTINO al XVIII Convegno nazionale di diritto sanitario, dedicato a *Le fonti del diritto alla prova della pandemia*, Alessandria, 16-17 ottobre 2020 (al momento disponibili all'indirizzo <https://www.facebook.com/pg/Dirittosanitarioalessandria/posts/>).

competenti, laddove i provvedimenti riguardino esclusivamente una regione o alcune specifiche regioni¹³.

È una scelta chiaramente ispirata dall'esigenza di garantire decisioni uniformi, tempestive ed efficaci; ciononostante, può ancora ritenersi che il d. l. n. 6 attribuisca poteri ampi agli enti territoriali, in quanto inclusi tra le autorità competenti ad adottare ulteriori misure di contenimento e gestione dell'emergenza al fine di prevenire la diffusione dell'epidemia da *Covid-19*, «anche fuori dei casi di cui all'articolo 1, comma 1»¹⁴.

Al tempo stesso, si riconosce ai Presidenti di Regione e ai Sindaci la possibilità di esercitare i poteri di ordinanza contingibili e urgenti attribuiti da leggi preesistenti che consentono di intervenire anche in deroga alla legge; nei casi di estrema necessità e urgenza¹⁵, nelle more dell'adozione dei d.p.c.m. e purché sia comunicata l'adozione del provvedimento al Ministro della salute nelle 24 ore successive, pena la perdita di efficacia dello stesso¹⁶.

Certamente, il concorso temporaneo tra atti statali e regionali evoca una sorta di primazia gerarchica dell'atto statale perché le ordinanze locali non tempestivamente comunicate divengono inefficaci¹⁷; ciononostante, l'intreccio di competenze statali e regionali in materia di protezione civile e tutela della salute, la mancanza di una clausola costituzionale di supremazia statale e il ruolo politico dei presidenti di regione possono dirsi all'origine di una produzione convulsa di ordinanze locali che non alimenta, in prima battuta, un significativo contenzioso giurisdizionale solo in ragione del «sostanziale *agreement*»¹⁸ relativo all'opportunità di desistere, in questo momento storico, dall'intraprendere la via giurisdizionale, benché l'interlocuzione lungo la faglia politica sia spesso aspra¹⁹.

La concentrazione di competenze normative e amministrative in capo al Governo dischiude del resto numerosi problemi, riguardanti la proporzionalità del sacrificio imposto a numerosi diritti costituzionali in nome di una risposta uniforme alla diffusione del virus²⁰ e le modalità prescelte per garantire la concertazione tra Stato ed enti territoriali, in quanto protese a valorizzare sedi

¹³ I moduli cooperativi classici sono già disattesi in occasione della delibera dello stato di emergenza di rilievo nazionale e in fase di adozione delle ordinanze del Capo del Dipartimento della protezione civile. La compressione delle prerogative degli enti territoriali in situazioni di emergenza di rilievo nazionale costituisce peraltro una questione risalente su cui la dottrina costituzionalistica e la stessa giurisprudenza costituzionale si sono già soffermate in numerose occasioni. Sul versante giurisprudenziale, mi sembra tuttavia che, sebbene anteriore alla riforma del Titolo V, p. II della Costituzione, il *leading case* rimanga la sentenza n. 127 del 1995 della Corte costituzionale (con nota di G. U. RESCIGNO, *Sviluppo e problemi nuovi in materia di ordinanze di necessità e urgenza e altre questioni in materia di protezione civile alla luce della sentenza n. 127 del 1995 della Corte costituzionale*, in *Giur. cost.*, 1995, 2189 ss.). In dottrina, con specifico riguardo alle ripercussioni che la legislazione dell'emergenza ha avuto sull'assetto delle competenze statali e regionali, v. invece, F. BILANCIA, *Le conseguenze giuridico-istituzionali della pandemia sul rapporto Stato-Regioni*, in *Dir. pubbl.*, n. 2/2020, 330 ss.

¹⁴ Così l'art. 2, d.l. 23 febbraio 2020, n. 6.

¹⁵ V. l'art. 3, comma 2, d.l. n. 6/2020.

¹⁶ Questa previsione è inserita dalla legge di conversione n. 13/2020.

¹⁷ La comunicazione al Ministro della Salute non risponde al riconoscimento all'organo di vertice dell'ente territoriale di un potere di co-decisione paritario, ma all'esigenza di consentire una sorta di controllo sull'atto dell'autorità periferica, cfr. C. CARUSO, *Cooperare per unire. I raccordi tra Stato e Regioni come metafora del regionalismo incompiuto*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, n. 1/2021, 283 ss.

¹⁸ Il virgolettato è in A. VUOLO, *Il sindacato di legittimità sulle misure di contrasto all'epidemia*, in *Diritti regionali*, n. 2/2020, 86 ss., 90.

¹⁹ Cfr. B. BALDI - S. PROFETI, *Le fatiche della collaborazione. Il rapporto stato-regioni in Italia ai tempi del Covid-19*, in *Riv. it. pol. pubbl.*, n. 3/2020, 277 ss., 290.

²⁰ In realtà, l'adozione delle ordinanze regionali formalmente protese a garantire misure differenziate in ragione del diverso andamento della curva epidemiologica si rivela per lo più dissociato dalla diffusione del virus; paradigmatico il caso della Regione Marche, in cui il 26 febbraio 2020, in assenza di contagi, il Presidente impone misure restrittive di contenuto analogo a quanto previsto nelle c.d. zone rosse. Altre frizioni riguardano la dialettica tra il Governo nazionale e le regioni Lombardia (relativamente all'estensione delle zone rosse), Veneto (per le modalità di somministrazione dei tamponi), Friuli Venezia-Giulia (in cui il Presidente dichiara lo stato di emergenza regionale senza concordarlo con il Governo), cfr. M. DI GIULIO, *Per non sprecare una crisi. L'emergenza COVID-19, i rapporti centro-periferia e le lezioni che dovremmo apprendere*, in *il Mulino*, 23 marzo, 2020.

interregionali di raccordo e momenti di negoziazione con le singole Regioni a discapito di un confronto imperniato sulla Conferenza Stato-Regioni o sulla Conferenza Unificata²¹.

In seguito, il d. l. 25 marzo 2020 n. 19 abroga il decreto n. 6 in ragione dei consistenti (e fondati) rilievi riguardanti la legittimità costituzionale di alcune previsioni che non tipizzano adeguatamente le ipotesi di restrizioni a diritti fondamentali²²; il potere di ordinanza regionale rimane tuttavia confermato dal decreto-legge²³, secondo cui i provvedimenti locali (*recte*: regionali) potranno essere adottati solo «in casi di *estrema necessità e urgenza*» e con efficacia limitata nel tempo, cioè «nelle more dei decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri»²⁴.

Si puntualizza al tempo stesso che le eventuali ordinanze regionali dovranno scegliere le misure di contenimento tra quelle elencate dal decreto-legge²⁵.

Gli incisi «in casi di *estrema necessità e urgenza*» e «*nelle more dei decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri*», (già presenti invero nel decreto-legge n. 6), sollevano entrambi questioni interpretative; per il primo («in casi di *estrema necessità e urgenza*»), la soluzione più convincente circoscrive la possibilità di impiego dei poteri ricordati ai casi in cui la situazione sia divenuta talmente urgente («*estrema*»), da rendere intempestiva perfino l'adozione di un decreto del Presidente del Consiglio, imponendo l'intervento immediato del Ministro della salute ma anche di un Presidente di regione se l'estensione territoriale dell'aggravamento non è sovra-regionale²⁶.

La locuzione «*nelle more dell'adozione dei decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri*», sottende invece i continui mutamenti del quadro epidemiologico, in ragione dei quali gli stessi d.p.c.m. attuativi delle misure emergenziali hanno efficacia temporalmente limitata.

²¹ Fin dal primo decreto-legge, il Governo adotta la prassi di consultare le Regioni attraverso la Conferenza delle Regioni (*recte*: il suo Presidente). Il Presidente della Conferenza diviene dunque co-protagonista di un'interlocuzione diretta e informale con il Governo, con tutto quello che ne deriva sul piano del sacrificio impresso agli interessi delle stesse Regioni e sul versante interno alla forma di governo regionale, visto che la Conferenza delle Regioni è formata esclusivamente dai rappresentanti degli esecutivi, marginalizzando il ruolo dei Consigli. Permangono peraltro, i limiti «classici» della Conferenza delle Regioni come organo di raccordo inter-istituzionale, riferibili sia all'adeguata rappresentazione degli interessi degli enti territoriali che all'attitudine dell'organo ad assolvere ad un'adeguata funzione di governo del sistema autonomistico (sottraendosi a tentazioni settoriali). Gli interessi delle diverse Regioni sono assorbiti e irrigiditi nella posizione comune espressa dal Presidente (stretto tra la volontà di manifestare la volontà complessiva del sistema e quella della Regione che rappresenta), e tende a prevalere una concezione protezionistica e corporativa dell'autonomia, da rivendicare in contrapposizione alle scelte dell'ordinamento complessivo. Su questi aspetti, ampiamente, ancora C. CARUSO, *Cooperare per unire. I raccordi tra Stato e Regioni come metafora del regionalismo incompiuto*, cit., 296 ss.

²² I rilievi critici formulati in questa direzione sono numerosi; oltre agli Autori citati in nota 12, cfr. R. BALDUZZI, *Indicazioni per un'agenda del "dopo"*, Editoriale, in [Corti supreme e salute](#), n. 1/2020, 3; M. BELLETTI, *La "confusione" nel sistema delle fonti ai tempi della gestione dell'emergenza da Covid-19 mette a dura prova gerarchia e legalità*, in [Osservatorio costituzionale](#) n. 3/2020, 28 aprile 2020, 174 ss.; e A. D'ANDREA, *Protezione della salute, restrizioni della libertà personale e caos normativo*, in [Giustizia insieme](#), 24 marzo 2020.

²³ Occorre tuttavia ricordare che la possibilità di adottare ordinanze regionali «*nelle more*» dell'adozione dei d.p.c.m. attuativi di un decreto-legge è temporaneamente esclusa dal d.l. 2 marzo 2020, n. 9 (, che rafforza la centralizzazione adottando misure straordinaria valide (senza deroghe di sorta) per l'intero Paese, così B. BALDI – S. PROFETI, *Le fatiche della collaborazione. Il rapporto stato-regioni in Italia ai tempi del Covid-19*, cit., 289. Allo stesso segue il d.p.c.m. del 9 marzo 2020 che estende all'intero territorio nazionale le misure previste dalla fonte primaria, suscitando le reazioni dei Presidenti di regione che lamentano scarsa informazione e inadeguato coinvolgimento.

²⁴ Sempre il d.l. 25 marzo 2020, n. 19 sottolinea il potere di proposta delle regioni ai fini dell'adozione delle misure contenute nei d.p.c.m., cfr. U. ALLEGRETTI – E. BALBONI, *Autonomismo e centralismo nella lotta contro la pandemia coronavirus*, in [Forum di Quaderni costituzionali](#), n. 1/2020, 537 ss.

²⁵ L'elencazione delle misure utilizzabili contenuta nel d.l. 25 marzo 2020, n. 19 induce a propendere per una qualificazione degli atti di attuazione come *atti necessitati*, piuttosto che ordinanze contingibili e urgenti (così la sentenza della Corte costituzionale n. [198 del 2021](#)), recuperando la nota distinzione di M. S. GIANNINI, *Potere di ordinanza e atti necessitati*, in *Giurisprudenza completa della Corte Suprema di Cassazione, Sezioni Civili*, vol. XXVII, 1948 (I° quadrimestre), ripubbl. in ID., *Scritti*, vol. II, Milano 2002, 949 ss.

²⁶ È l'interpretazione proposta da S. STAIANO, *Né modello né sistema. La produzione del diritto al cospetto della pandemia*, in *Diritto costituzionale in trasformazione*, in Liber Amicorum per Pasquale Costanzo, [II. Il diritto pubblico della pandemia](#), cit., 44.

Sono in proposito suggerite due chiavi di lettura; la prima protesa a preservare l'efficacia dell'ordinanza regionale finché non intervenga una nuova disciplina statale che coinvolga l'intero settore nel quale la Regione, nelle more, ha provveduto ad adottare proprie misure «ulteriormente restrittive» (fra quelle elencate dall'art. 1 del d.l. n. 19); la seconda, formalizzata dall'art. 3 del decreto-legge n.19, che ritenendo vigenti le norme poste dalle autorità periferiche «sino all'implicita abrogazione generata dall'entrata in vigore di norme incompatibili», impone di ritenere il venir meno dell'ordinanza regionale in ogni caso di puntuale incompatibilità con un d.p.c.m. statale.

Al d.l. n. 19/2020 (art. 3, comma 3) si deve infine l'innovazione più rilevante nella sistemazione del potere amministrativo di contrasto della pandemia; in virtù della previsione secondo cui «le disposizioni di cui al presente articolo si applicano agli atti posti in essere per ragioni di sanità in forza dei poteri attribuiti da ogni disposizione di legge previgente», il decreto-legge si abilita infatti come unica fonte sulla produzione di ordinanze contingibili e urgenti, marginalizzando sia il potere disciplinato dall'art. 32, l. n. 833 del 1978, che quello spettante ai sensi degli artt. 117, d. lgs. 112 del 1998 e 50, d. lgs. 267 del 2000 in relazione ad emergenze di carattere esclusivamente locale.

Il quadro istituzionale di fondo può dirsi a questo punto definito; il Governo monopolizza la determinazione e l'attuazione dell'indirizzo politico-amministrativo relativo alla gestione della crisi sanitaria²⁷; con l'adozione, ove occorra, di nuovi decreti - legge e grazie all'accentramento della competenza relativa all'adozione in concreto delle misure di contenimento del rischio pandemico²⁸.

3. *Il ruolo delle Regioni nell'attuazione delle misure di contrasto alla diffusione del virus.*

Al descritto accentramento alcune Regioni reagiscono sin dalle prime settimane dell'emergenza²⁹.

Non impugnano però i decreti - legge recanti «*Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*»; la reazione si cristallizza sull'impiego del potere di ordinanza, potenzialmente idoneo a consentire l'adozione di misure differenziate in ragione del diverso grado di diffusione del *virus* nei territori³⁰.

Le numerose ordinanze regionali della c.d. 'fase 1' della pandemia smentiscono però questa chiave di lettura, in quanto le decisioni dei 'Governatori' sono tendenzialmente dissociate dall'andamento della curva epidemiologica nel Paese.

Studi condotti sulla produzione di tali provvedimenti evidenziano invece due linee di tendenza diverse³¹, la prima delle quali, consistente nell'adozione di provvedimenti regionali meramente *riproduttivi* delle misure già adottate a livello nazionale, è chiaramente ispirata dalle ansie di protagonismo mediatico riconducibili ad alcuni Presidenti³².

²⁷ Sull'accentramento delle competenze come reazione costante degli ordinamenti composti in situazioni di crisi, insiste F. BILANCIA, *Le conseguenze giuridico-istituzionali della pandemia sul rapporto Stato/Regioni*, cit., part. 346 ss.

²⁸ Così anche U. DE SIERVO, *Il contenimento di Covid-19: interpretazioni e Costituzione*, Modena 2021, 40-41.

²⁹ Per un'analisi degli episodi più eclatanti di conflittualità tra provvedimenti statali e regionali, volendo, il mio *Gli interventi extra ordinem del Governo in tempo di pandemia come strumento di tutela dell'interesse nazionale e l'incidenza sul rapporto Stato-Regioni*, in [Rivista italiana per le scienze giuridiche](#), n.11/2020, 147 ss.

³⁰ L'attivismo eccessivo di alcuni Presidenti ma anche dei Sindaci è comprovato da svariate iniziative che, dall'ordinanza del Presidente della Regione Valle d'Aosta, quelle dei Sindaci di Ischia e Messina, sono fatalmente dimentiche del tenore letterale dell'art. 120 Cost.; la volontà di arginare il concreto esercizio del potere di ordinanza si traduce successivamente in una previsione che sancisce per un verso l'inefficacia delle ordinanze dei Sindaci difformi dai d.p.c.m. (con una disciplina temporanea vigente per circa due mesi), riscrivendo, per altro aspetto, il ruolo delle Regioni attraverso i commi 1 e 3 dell'art. 3 del D.L. n. 19.

³¹ Durante i primi sei mesi dell'emergenza COVID-19, il Governo approva 268 provvedimenti; tra gli stessi, i decreti-legge sono 16 e i d.p.c.m. 17; oltre 850 sono le ordinanze regionali e 42 le leggi delle stesse regioni, v. B. BALDI – S. PROFETI, *Le fatiche della leale collaborazione*, 286-287.

³² Su questo aspetto si sofferma subito A. MORELLI, *Il re del piccolo principe ai tempi del coronavirus. Qualche riflessione su ordine istituzionale e principio di ragionevolezza nello stato di emergenza*, in [Diritti regionali](#), n. 1/2020, 518 ss. Sul problematico intreccio fra comunicazione e precauzione, cfr. inoltre S. FRANCA, *Alcuni spunti in tema di esercizio precauzionale della funzione comunicativa*, in [Biolaw Journal-Rivista di BioDiritto](#), 20 marzo 2020, 1 ss.

Le ordinanze del ‘secondo gruppo’ sono invece effettivamente *innovative* e benché dissociate dal grado di diffusione del virus sul territorio, esprimono l’aspirazione ad offrire una tutela ‘anticipata’ alle aree in cui si applicano³³.

In quest’ottica, alcuni Presidenti si attengono all’idea che l’emanazione di ordinanze contingibili e urgenti sia consentita solo per fattispecie non contemplate dai d.p.c.m. attuativi dei decreti - legge, altri ritengono di poter disporre in funzione integrativa o derogatoria rispetto alle misure nazionali già adottate, sia di livello primario che secondario, invocando esigenze specifiche dei propri territori³⁴.

Questa linea di tendenza trova conferma anche in seguito all’entrata in vigore del d.l. 25 marzo 2020, n. 19 che, malgrado la riformulazione di alcune norme del decreto-legge n. 6 finalizzata a chiarire l’ambito di intervento delle ordinanze statali e regionali, non impedisce il susseguirsi di provvedimenti locali protesi a disciplinare in modo contrastante fattispecie già prese in considerazione da un atto dello Stato³⁵.

Il riferimento a misure regionali «ulteriormente restrittive», sebbene associato alle sole misure già elencate dal decreto-legge e comunque delimitato dalla competenza regionale³⁶, non ferma infatti i ‘Governatori’, sempre più inquieti via via che l’emergenza si protrae scuotendo alle fondamenta un sistema economico-sociale già fragile³⁷.

Né la conflittualità segnalata viene meno in seguito all’entrata in vigore del d. l. 16 maggio 2020 n. 33 che, inaugurando la fase delle ‘riaperture’ (destinata a protrarsi fino all’inizio di novembre 2020), amplia il potere delle Regioni di adottare misure differenziate³⁸.

Pur stabilizzando il precedente assetto delle competenze per l’ipotesi di recrudescenza della pandemia, il d. l. 16 maggio 2020, n. 33 incrementa infatti i poteri locali (art. 1, commi 14 e 15); ripristina l’efficacia del potere di ordinanza dei Sindaci e ammette espressamente che, in considerazione delle esigenze dei territori, le ordinanze regionali possano essere adottate «anche in deroga ai d.p.c.m. statali», sia per adottare misure *ampliative*, che per imporre misure *più restrittive*, purché sia informato preventivamente il Ministro della Salute in relazione all’andamento della situazione epidemiologica³⁹.

Le regioni sono inoltre coinvolte nella gestione della ripresa delle attività economiche, produttive e sociali, che dovranno svolgersi «nel rispetto dei contenuti di protocolli o linee guida idonei a

³³ Ne riferiscono in modo puntuale, B. BALDI – S. PROFETI, *op. ult. cit.*, 290.

³⁴ Cfr. F. MUSELLA, *I poteri di emergenza nella Repubblica dei Presidenti*, in [Diritti regionali](#), n. 2/2020, 109 ss., specie 115 ss.

³⁵ Numerosi esempi di ordinanze regionali in contrasto con d.p.c.m. relativi alle stesse fattispecie, ma anche riproduttive o integrative di previsioni nazionali (e comunque illegittime) sono in M. CAVINO, *Covid-19*, cit., 7, nota 2; e A. VUOLO, *Il sindacato di legittimità sulle misure di contrasto all’epidemia*, cit., 86 ss., specie 92 ss., che si sofferma sul contenzioso giurisdizionale scaturente dai ricorsi promossi da singoli cittadini a tutela dei propri diritti costituzionali.

³⁶ L’art. 3, comma 1, d.l. n. 19/2020 dispone infatti «Nelle more dell’adozione dei decreti del Presidente del Consiglio dei ministri di cui all’articolo 2, comma 1, e con efficacia limitata fino a tale momento, le regioni, in relazione a specifiche situazioni sopravvenute di aggravamento del rischio sanitario verificatesi nel loro territorio o in una parte di esso, possono introdurre misure ulteriormente restrittive rispetto a quelle attualmente vigenti, tra quelle di cui all’articolo 1, comma 2, esclusivamente *nell’ambito delle attività di loro competenza e senza incisione delle attività produttive e di quelle di rilevanza strategica per l’economia nazionale*».

³⁷ Cfr. ampiamente F. MUSELLA, *I poteri di emergenza nella Repubblica dei Presidenti*, cit., 108 ss.

³⁸ Deve ricordarsi altresì che il contenuto del d.l. 16 maggio 2020, n. 33, disciplinante le misure della c.d. ‘ripartenza’ è sostanzialmente concertato con le regioni, coinvolte da aprile nella c.d. cabina di regia istituita appositamente dal Governo ed inclusiva di tre Presidenti indicati dalla Conferenza Stato-Regioni.

³⁹ La formulazione della norma relativa al potere di ordinanza delle Regioni (art. 1, comma 16, d.l. n. 33/2020) presenta invero alcune ambiguità; non solo perché - nell’intento di ampliare il margine di intervento degli organi regionali - si attribuisce al solo Presidente della Regione il potere di adottare misure ampliative (esorbitanti dalla gestione dell’emergenza), ma in quanto - «nelle more di decreti del Presidente del Consiglio e tenuto conto dell’andamento della situazione epidemiologica» - le Regioni sembrano poter decidere senza subire il limite, finora esplicitato dall’art. 3, comma 1, d.l. n. 19/2020, dell’ambito delle attività di competenza regionale. Ovviamente, il limite della competenza regionale non richiedeva di essere ribadito ma la formulazione della norma alimenta la creatività dei Presidenti che intendono ‘cavalcare’ la stagione della ripartenza.

prevenire o ridurre il rischio di contagio nel settore di riferimento o in ambiti analoghi», purché le linee guida o i protocolli dalle stesse adottati (eventualmente tramite la Conferenza delle Regioni), siano rispettosi «dei principi contenuti nei protocolli o nelle linee guida nazionali»⁴⁰.

Durante l'estate pertanto, in seguito alla prima proroga dello stato di emergenza, sopraggiungono numerosi provvedimenti locali che, talora prescrivendo misure meno restrittive⁴¹, talaltra muovendosi in direzione opposta, incrementano la conflittualità preesistente⁴².

In questa seconda fase, l'interlocuzione istituzionale non rimane attestata lungo la faglia politica ma alimenta un consistente contenzioso giurisdizionale, nella definizione del quale il giudice amministrativo assume una posizione prevalente⁴³.

I provvedimenti regionali contrastanti con i d.p.c.m. statali sono spesso impugnati dal Governo e prevedibilmente annullati dai T.a.r. territorialmente competenti⁴⁴; anche se molti di essi potrebbe riferirsi in modo puntuale grazie alla consistente reportistica ormai disponibile, mi sembra sufficiente ricordarne il denominatore comune, consistente (ad avviso di chi scrive) nella pretesa dei Presidenti di ergersi a «difensori delle loro terre», esercitando competenze spettanti allo Stato⁴⁵.

4. Segue. *La recrudescenza della pandemia e l'intervento del giudice costituzionale.*

L'approccio sommariamente ricordato non muta in modo sostanziale nel corso dell'autunno, benché sia introdotto il diverso sistema delle fasce di rischio, tuttora operante con alcune correzioni.

La seconda proroga dello stato di emergenza (disposta con delibera del Consiglio dei Ministri del 7 ottobre 2020, ai sensi dell'art. 24, comma 1 del *Codice della protezione civile*) è recepita dal coevo d. l. 7 ottobre 2020 n. 125⁴⁶, che si segnala per il drastico ridimensionamento della possibilità per le

⁴⁰ Cfr. l'art. 1, comma 14, d.l. 16 maggio 2020, n. 33.

⁴¹ La riapertura dei servizi di ristorazione con servizio al tavolo viene per esempio anticipata con ordinanza della Presidente della regione Calabria e impugnata dal Governo, cfr. T.a.r. Calabria – Sez. I – sent. 9 maggio 2020, n. 841 e, se si vuole, il mio *Sulle ordinanze regionali contingibili e urgenti ai tempi del 'Coronavirus'*, in *Giur. cost.*, n. 5/2020, 2549 ss.

⁴² È, tra i molti, il caso dell'ordinanza del Presidente della regione Sardegna che introduce un obbligo per i viaggiatori in arrivo nella regione consistente nella presentazione del certificato di negatività sierologica al COVID-19, da effettuarsi entro le 48 ore precedenti ovvero successive al viaggio) e in modo diverso, dell'ordinanza del Presidente della regione Sicilia che, nel disporre un ordine di sgombero immediato degli *hotspot* e dei centri di accoglienza dei migranti con contestuale ricollocamento in altri centri fuori dall'isola, motiva con l'impossibilità di mantenere le misure sanitarie precauzionali di prevenzione dei contagi in tali luoghi. Per un'ampia esposizione dei numerosi interventi regionali, v. inoltre il corposo *Dossier* elaborato da *Camera dei deputati, Servizio Studi, Misure sull'emergenza coronavirus*, in <https://temi.camera.it/leg18/provvedimento/iniziativa-per-prevenire-e-contrastare-la-diffusione-del-nuovo-coronavirus.html>.

⁴³ Prevalenza rilevata, già alle soglie della ripartenza, da A. VUOLO, *Il sindacato*, cit., 93.

⁴⁴ L'ordinanza siciliana ricordata in nota 41 è annullata perché lede la competenza dello Stato in materia di organizzazione e gestione del fenomeno migratorio sul territorio italiano, mentre il provvedimento del Presidente della regione Sardegna subisce una sorte analoga in quanto, imponendo obblighi non previsti dalle norme primarie, è in contrasto evidente con la riserva di legge prevista dall'art. 23 Cost.

⁴⁵ Il virgolettato è in F. MUSELLA, *op. cit.*, 127.

⁴⁶ Il decreto-legge che dispone il prolungamento dello stato di emergenza fino al 31 gennaio 2021 è il d.l. 7 ottobre n. 125 in attuazione del quale intervengono il d.p.c.m. 13 ottobre 2020 e, in seguito, i d.p.c.m. del 3 novembre (la durata dei provvedimenti è ora pari a trenta giorni ma può essere estesa ad un massimo di cinquanta ai sensi del d.l. 158 del 2 dicembre 2020). Così può leggersi nel virgolettato contenuto nel Preambolo del decreto-legge ricordato nel testo, conv. con modificazioni dalla l. 27 novembre 2020, n. 159: «i termini di cui all'articolo 1 del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, nella legge 22 maggio 2020, n. 35, all'articolo 3, comma 1, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, nella legge 14 luglio 2020, n. 74 e al decreto-legge 30 luglio 2020, n. 83, convertito, con modificazioni, nella legge 25 settembre 2020, n. 124». Sul valore di garanzia del coinvolgimento del Parlamento scaturente dalla correlazione tra proroghe dello stato di emergenza ed estensione dei termini di efficacia dei decreti-legge disciplinanti le misure di contenimento della diffusione del virus, v. inoltre U. DE SIERVO, *Il contenimento di Covid-19*, cit., 34, e nota 76 (per indicazioni puntuali degli atti di riferimento).

Regioni di adottare misure ampliative, da questo momento ammesse «nei soli casi e nel rispetto dei criteri previsti dai citati decreti e d'intesa con il Ministro della salute»⁴⁷.

Tala scelta è certamente dovuta al peggioramento della situazione epidemiologica, ma anche alla tendenza dei Presidenti di alcune Regioni a riproporre, durante la regressione dell'epidemia, le più varie soluzioni di ampliamento delle facoltà relative alle diverse attività economiche e sociali.

Nuove misure stanno per essere adottate e, attraverso l'inserimento di due controversi commi nell'art. 1 del d. l. n. 33 del 2020, saranno differenziate in ragione della collocazione delle Regioni nelle corrispondenti fasce di rischio.

Già l'art. 19-*bis* del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137 (conv. in l. n. 176 del 2020) intitolato «*Misure in materia di salute e sicurezza e altre disposizioni urgenti*» (inserendo il comma 16-*bis* nell'art. 1 del decreto-legge) prevede che il Ministero della salute, con frequenza settimanale, pubblici i risultati del monitoraggio dei dati epidemiologici⁴⁸ e che «con propria ordinanza, sentiti i Presidenti delle regioni interessate, possa individuare «una o più regioni nel cui territorio si manifesta un più elevato rischio epidemiologico e in cui, conseguentemente, si applicano le specifiche misure individuate con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri tra quelle di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, nella legge 22 maggio 2020, n. 35, aggiuntive rispetto a quelle applicabili sull'intero territorio nazionale»⁴⁹.

A questa previsione segue il d.p.c.m. 3 novembre 2020 («*Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemica da COVID-19*») che introduce una serie di indicatori utilizzati come parametri per stabilire il regime da applicare in ciascuna Regione.

Il sistema degli indicatori è funzionale a stabilire, mediante ordinanze del Ministro della Salute fondate sulla valutazione complessiva dei dati raccolti dalle stesse Regioni e da queste trasmesse al centro, in quale delle zone corrispondenti a regimi di diversa intensità ciascuna Regione debba essere collocata per un periodo di almeno quindici giorni, prima di una nuova valutazione⁵⁰.

Alla luce dello stesso, «L'accertamento della permanenza per *quattordici giorni* in un livello di rischio o scenario inferiore a quello che ha determinato le misure restrittive, effettuato ai sensi del comma 16-*bis*, come verificato dalla cabina di regia, comporta l'applicazione, per un ulteriore periodo di quattordici giorni, delle misure relative allo scenario immediatamente inferiore, salvo che la cabina di regia ritenga congruo un periodo inferiore.»⁵¹.

Benché il preambolo del d.p.c.m. 3 novembre 2020 si preoccupi di dar conto dell'avvenuto coinvolgimento regionale attraverso la partecipazione alla cabina di regia di cui al d. m. 30 aprile 2020 e al d. m. 29 maggio 2020 - «nonché dell'*iter* procedimentale che contempla l'adozione da parte del Ministro della salute, delle relative ordinanze, *sentiti* i Presidenti delle Regioni interessate» -, le

⁴⁷ Così l'art. 1, comma 2, lett. *a*) del d.l. 7 ottobre 2020 n. 125.

⁴⁸ La pubblicazione avviene nel sito internet istituzionale del Ministero e i dati sono comunicati ai Presidenti del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati. Il monitoraggio dei dati è a propria volta disciplinato dal decreto del Ministro della salute 30 aprile 2020, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 112 del 2 maggio 2020.

⁴⁹ Si prevede che la collocazione delle Regioni nelle diverse fasce di rischio avvenga «sulla base dei dati in possesso ed elaborati dalla cabina di regia di cui al decreto del Ministro della salute 30 aprile 2020 in coerenza con il documento in materia di '*Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale*', di cui all'allegato 25 al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 novembre 2020», sentito altresì sui dati monitorati il Comitato tecnico scientifico di cui all'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020».

⁵⁰ In particolare, l'articolo 2, comma 1 del d.p.c.m. 3 novembre 2020 dispone che l'ordinanza del Ministro della Salute che decide sulla collocazione di ciascuna Regione nella fascia di rischio di livello alto venga adottata «sentiti i Presidenti delle Regioni interessate», ma «sulla base dei dati elaborati dalla cabina di regia di cui al d. m. 30 aprile 2020 e al d. m. 29 maggio 2020», sentito il Comitato tecnico-scientifico sui dati monitorati.

⁵¹ Cfr. l'art. 1, comma 16-*ter*, del d.l. 16 maggio 2020, n. 33. È infine ammesso che, con ordinanza del Ministro della salute, adottata d'intesa con i Presidenti delle regioni interessate in ragione dell'andamento del rischio epidemiologico, possa essere in ogni momento prevista, in relazione a specifiche parti del territorio regionale, l'esenzione dall'applicazione delle misure di cui al secondo periodo». Accanto alla distinzione 'per colori' del territorio nazionale, si lascia dunque intravedere una possibile modulazione delle misure all'interno della fascia di rischio corrispondente, con tutto quanto può derivarne in termini di differenziazione/adequazione dei provvedimenti adottati, ma anche sul versante del grado di confusione per i cittadini.

nuove disposizioni confermano una gestione centralizzata del rischio sanitario, in virtù della quale le Regioni sono tenute a collaborare con lo Stato attraverso una continua e corretta trasmissione dei dati richiesti dal Ministero della salute e nella gestione delle misure riguardanti la ‘ripartenza’⁵².

Relativamente a queste ultime, risulta confermato anche il potere di indirizzo e coordinamento imputato al Governo dal d.l. 16 maggio 2020, n. 33, per la ripresa delle attività economiche; allo stesso fa capo l’articolato procedimento di approvazione delle linee-guida e protocolli *nazionali* per garantire «lo svolgimento in condizioni di sicurezza delle attività economiche, produttive e sociali», nell’ambito dei quali soltanto possono muoversi i protocolli eventualmente adottati dalla Conferenza delle regioni o dalle singole Regioni⁵³.

La conflittualità inter-istituzionale non cessa pertanto di manifestarsi, benché il processo decisionale prodromico all’adozione di d.p.c.m. e ordinanze del Ministro della salute sia aperto alla partecipazione regionale e all’esigenza di adottare misure differenziate⁵⁴; dopo numerosi interventi del giudice amministrativo, il contenzioso arriva anzi all’attenzione della Corte costituzionale che, grazie al ricorso governativo avente ad oggetto la legge regionale 9 dicembre 2020, n. 11 recante «Misure di contenimento della diffusione del virus SARS-Cov-2 nelle attività sociali ed economiche delle Regione autonoma Valle d’Aosta in relazione allo stato di emergenza», ha finalmente l’occasione di pronunciarsi sul disegno istituzionale retrostante ai dd. ll. nn. 9 e 33 del 2020.

In disparte i profili processuali del giudizio deciso dalla sentenza n. [37 del 2021](#)⁵⁵, l’aspetto più rilevante sul piano del merito risiede infatti nella soluzione indicata per il governo della coesistenza delle attribuzioni statali e regionali nel contesto pandemico, che muove dall’esistenza di un titolo di

⁵² Tali dati riguardano essenzialmente il monitoraggio giornaliero dell’andamento della situazione epidemiologica e l’adeguatezza del sistema sanitario regionale. Si ridimensionano inoltre le ordinanze ampliative, da questo momento consentite solo nel rispetto dei criteri fissati con d.p.c.m., previa intesa con il Ministro della salute, mentre le ordinanze regionali maggiormente restrittive presuppongono l’accertamento circa l’andamento della situazione epidemiologica sul territorio - in applicazione dei criteri «stabiliti con decreto del Ministro della salute del 30 aprile 2020» - e comunque possono essere adottate solo nel periodo che precede l’emanazione di d.p.c.m. nei casi previsti dall’art. 2 del d.l. n. 19/2020 (previa informazione del Ministro della salute).

⁵³ In modo speculare, i d.p.c.m. sono divenuti atti complessi e integrati da una serie di allegati; istituiscono a propria volta sedi di confronto non previste dalla fonte primaria per consentire la partecipazione al processo decisionale di più soggetti istituzionali, sia interni che esterni al Governo (il d.p.c.m. 2 marzo 2021 dispone per es. l’istituzione, presso il Ministero della salute, di un Tavolo tecnico permanente, composto da rappresentanti del Comitato tecnico-scientifico, dell’Istituto superiore di sanità e delle Regioni e Province autonome interessate, cui è affidato il compito di verificare - attraverso il monitoraggio degli effetti dell’allentamento delle misure anti-contagio - il permanere delle condizioni che hanno determinato la classificazione come zona "bianca" e la necessità di adottare eventuali misure intermedie e transitorie).

⁵⁴ Muove in questa fase essenzialmente dalle imprecisioni e ritardi nella raccolta e comunicazione dei dati incidenti sulla decisione in quanto comportino la decisione di applicare ad uno specifico territorio un regime di restrizioni più o meno severe; cfr. l’ordinanza del Presidente della Regione Abruzzo (ordinanza n. 106 dell’11 dicembre 2020) che, dopo la collocazione in ‘zona rossa’, dispone l’inserimento della regione nella fascia di rischio intermedia (arancione), contestando la valutazione dei dati trasmessi al Ministro della salute. L’obiettivo è autorizzare la riapertura di scuole ed esercizi commerciali. Il Presidente del T.a.r. Abruzzo decide in sede cautelare monocratica, di sospendere il provvedimento giacché sussiste «un preciso interesse giuridicamente tutelato delle amministrazioni statali ricorrenti alla sospensione di un provvedimento che lede direttamente una prerogativa esclusivamente spettante alle amministrazioni statali in base a inequivocabili norme di legge». L’Abruzzo ritorna pertanto in zona rossa ma solo per pochi giorni; il Ministro della salute firma infatti, sempre in data 11 dicembre, un’ordinanza che dal 13 dicembre dispone la collocazione in zona arancione della regione in discorso.

⁵⁵ La legge regionale valdostana, in quanto istitutiva di una catena di regolazione parallela a quella statale in modo da paralizzare l’efficacia di difformi provvedimenti dello Stato, infatti, origina la prima decisione della Corte costituzionale finalizzata a sospendere in via cautelare una legge. Per un’analisi di questo profilo, v. almeno E. LAMARQUE, *Sospensione cautelare di una legge regionale da parte della Corte costituzionale (Nota a Corte cost. 14 gennaio 2021 n. 4)*, in [Giustizia insieme](#); E. ROSSI, *Il primo caso di sospensione di una legge (regionale): rilievi procedurali su un istituto al suo esordio*, in [Osservatorio costituzionale](#), n. 2/2021, 154 ss.; e P. VIPIANA, *Sospesa per la prima volta l’efficacia di una legge, a quasi diciotto anni dall’introduzione del potere di sospensiva nei giudizi in via principale*, in [Forum di Quaderni Costituzionali](#), n. 3/2021, 48 ss.

intervento esclusivo in capo allo Stato, la voce *profilassi internazionale*, cui si riconosce carattere prevalente rispetto a tutti altri titoli competenziali⁵⁶.

Ne discende non solo l'ammissibilità di previsioni legislative statali (anche dettagliate) sulle misure di contrasto della diffusione del virus, ma la sicura competenza statale nell'allocazione delle corrispondenti funzioni amministrative attribuibili, ove occorra, al livello di governo centrale - se appaia «secondo il non irragionevole apprezzamento del legislatore statale, inidoneo il frazionamento su base regionale e locale delle attribuzioni» -, o demandate alle amministrazioni regionali vincolate dai criteri fissati dalla normativa statale.

L'auspicato intervento chiarificatore del giudice costituzionale è dunque marcatamente 'centralista'; non solo perché esclude l'ammissibilità di leggi regionali, ma in quanto le competenze amministrative residuano al livello periferico solo se previste dalla legge statale⁵⁷.

L'obbligo di apprestare garanzie procedurali in favore delle Regioni è escluso inoltre 'a monte' e tramutato in mera facoltà; l'effetto è una compressione strutturale delle prerogative regionali, benché le stesse potessero essere circoscritte solo in ragione di quanto richiesto dalla situazione emergenziale.

Questa scelta radicale è certamente dovuta alle caratteristiche della pandemia, che spingono a privilegiare la competenza esclusiva del legislatore statale in luogo della potestà concorrente in materia di *tutela della salute*⁵⁸, cui pure le misure adottate avrebbero potuto essere ricondotte, perché rispondenti alla fondamentale esigenza di salvaguardare il diritto alla salute dei cittadini e in quanto immediatamente connesse all'efficiente erogazione delle prestazioni assistenziali in ambito sanitario.

La Corte costituzionale sceglie tuttavia di applicare il criterio di prevalenza 'a vantaggio' della *profilassi internazionale*, probabilmente in ragione della necessità di giustificare le norme statali allocative delle competenze attuative delle misure di contenimento del rischio pandemico⁵⁹.

Oltre il carattere dettagliato della disciplina approvata dal Governo, rileva cioè la difficoltà di legittimare la 'catena di comando' dell'emergenza (decreti del Presidente del Consiglio dei ministri - ordinanze del Ministro della Salute - residualmente ordinanze regionali), perché la distribuzione del potere amministrativo nelle materie di potestà concorrente dovrebbe avvenire con legge regionale.

In questo caso, una norma di legge statale è infatti ammissibile solo se attuativa del principio di sussidiarietà verticale, in virtù del quale l'attrazione al centro di funzioni amministrative richiedenti un esercizio unitario 'trascina verso l'alto' il potere legislativo di disciplina di quelle funzioni.

⁵⁶ Relativamente al merito, i rilievi critici alla pronuncia non mancano, cfr. G. BOGGERO, *In pandemia nessuna concorrenza di competenze. La Corte costituzionale promuove un ritorno al "regionalismo della separazione"*, in [Forum di Quaderni Costituzionali](#), n. 3/2021, 102 ss.; L. CUOCOLO - F. GALLARATI, *La Corte difende la gestione unitaria della pandemia con il bazooka della profilassi internazionale*, in [Corti Supreme e salute](#), n. 1/2021, 1 ss.; D. MORANA, *Ma è davvero tutta profilassi internazionale? Brevi note sul contrasto all'emergenza pandemica tra Stato e regioni, a margine della sent. n. 37/2021*, in [Forum di Quaderni Costituzionali](#), n. 2/2021, 10 ss.; A. POGGI - G. SOBRINO, *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale e restringe la leale collaborazione (ma con qu possibili effetti?) (nota a Corte Cost., sentenza n. 37/2021)*, in [Osservatorio costituzionale](#), n. 4/2021, 231 ss.

⁵⁷ Sulla «duplice esclusività» della fonte statale da un lato e di quella regionale dall'altro, v. già M. MAZZIOTTI DI CELSO, *Sulla potestà legislativa delle Regioni*, Milano 1961, 65 ss.

⁵⁸ Vale oltre tutto la pena di ricordare che non troppo tempo fa un profilo specifico quale l'imposizione dell'obbligo vaccinale è stato ricondotto alla materia concorrente *tutela della salute* (Corte costituzionale, [sentenza n. 5/2018](#)) e che in questa direzione si sono mossi in tempo di pandemia anche i giudici amministrativi pronunciatisi sulle ordinanze regionali confliggenti con d.p.c.m.

⁵⁹ La scelta di una voce di potestà concorrente a sostegno dell'intervento legislativo statale avrebbe imposto peraltro di ri-perimetrare la nozione di principio fondamentale in ragione delle prescrizioni statali dettagliate sulle misure di contenimento. Da tempo, tuttavia, la giurisprudenza costituzionale accoglie una declinazione funzionale dei principi fondamentali, alla luce della quale previsioni dettagliate in rapporto «di coesistenzialità e necessaria integrazione» con le norme di principio possono essere ricondotte alla sfera di competenza dello Stato, se non altro perché la nozione di principio fondamentale non può essere cristallizzata ma dev'essere adeguata al contesto e alle peculiarità della materia. In questa direzione, cfr. la sentenza della Corte costituzionale, n. [336 del 2005](#).

La legislazione emergenziale concretamente approvata non prevede però la conclusione di un'intesa con le Regioni⁶⁰, benché questa sia richiesta da una consolidata giurisprudenza costituzionale nei casi di ri-accentramento sussidiario di determinate competenze amministrative⁶¹; è questa probabilmente la ragione ispiratrice della sentenza n. [37 del 2021](#) che, al fine di escludere l'obbligo di prevedere procedimenti cooperativi adeguati, opta per il carattere prevalente del titolo *profilassi internazionale* e accoglie il ricorso del Governo.

Su questa premessa, la conformità a Costituzione del modello di regolazione introdotto per affrontare la pandemia è del resto ribadita dalla successiva sentenza n. [198](#) che, escluso il monopolio in tale ambito della legislazione in materia di protezione civile, espressamente giustappone a quest'ultima le «nuove risposte normative e provvedimenti»⁶².

Non darò conto dei profili affrontati dalla pronuncia più recente, in quanto in parte eccentrici alle riflessioni svolte in questa sede; per quanto qui rileva, è sufficiente ricordare che le previsioni del Codice della protezione civile e le garanzie partecipative accordate agli enti territoriali in situazioni di emergenza di rilievo nazionale non sono ritenute la sola attuazione possibile del disegno costituzionale e che allo stesso si ritengono conformi anche le più celeri soluzioni disciplinate dai decreti-legge della pandemia.

5. *L'esigenza di implementazione uniforme delle misure dettate dalla legislazione emergenziale.*

Le conseguenze scaturenti dall'applicazione del criterio di prevalenza disvelano i limiti della soluzione adottata; non tanto perché si riconosce l'adeguatezza del coinvolgimento regionale in rapporto «all'ampiezza del fascio di competenze regionali raggiunte dalle misure di contrasto alla pandemia», ma per la «circostanza obiettiva per la quale lo Stato, per lo meno ove non ricorra al potere sostitutivo previsto dall'art. 120 Cost., è tenuto a valersi della organizzazione sanitaria regionale, al fine di attuare le proprie misure profilattiche»⁶³.

Soluzione quest'ultima destinata a far emergere il problema di fondo conseguente all'accentramento di competenze in capo al Governo nazionale e cioè la difficoltà di garantire la direzione politica uniforme dell'attività di attuazione di decisioni politiche prese dal livello di governo centrale.

⁶⁰ In particolare, il modello scelto dai d.d. l.l. nn. 19 e 33 del 2020 per la gestione delle misure di contenimento della diffusione del virus conferma l'allontanamento, già emerso nel periodo precedente la pandemia, dai raccordi cooperativi classici e dal 'sistema delle Conferenze', in ragione delle inadeguatezze di quest'ultimo e del carattere eccessivamente gravoso del procedimento prescritto in caso di ri-accentramento sussidiario di determinate competenze allo Stato. Invero, durante l'emergenza anche le norme del *Codice della protezione civile* sono applicate in assenza di un'intesa raggiunta in sede di Conferenza Stato-Regioni; della stessa non si fa menzione nella prima delibera dello stato di emergenza di rilievo nazionale, né in molte ordinanze del Capo del Dipartimento della protezione civile, emanate 'sentito' il Presidente delle Regioni.

⁶¹ Sempre secondo la sentenza n. [303 del 2003](#), le leggi statali disciplinanti le competenze attratte in sussidiarietà sono infatti sottoposte ad uno scrutinio stretto di costituzionalità per verificare «che la valutazione dell'interesse pubblico sottostante all'assunzione di funzioni regionali da parte dello Stato sia proporzionata, e sia oggetto di un accordo stipulato con la Regione interessata».

⁶² Cfr. il par. 8.1.1. del *Considerato in diritto*, in cui il giudice costituzionale, richiamando la pronuncia precedente, si esprime in questi termini: « nel riconoscere che la competenza legislativa per il contenimento della pandemia spetta in esclusiva allo Stato giacché attinente alla «profilassi internazionale» ex art. 117, secondo comma, lettera q), Cost., questa Corte ha osservato che il modello tradizionale di gestione delle emergenze affidato alle ordinanze contingibili e urgenti, culminato nell'emanazione del codice della protezione civile, «se da un lato appare conforme al disegno costituzionale, dall'altro non ne costituisce l'unica attuazione possibile», essendo «ipotizzabile che il legislatore statale, se posto a confronto con un'emergenza sanitaria dai tratti del tutto peculiari, scelga di introdurre nuove risposte normative e provvedimenti tarate su quest'ultima», come appunto accaduto «a seguito della diffusione del COVID-19, il quale, a causa della rapidità e della imprevedibilità con cui il contagio si spande, ha imposto l'impiego di strumenti capaci di adattarsi alle pieghe di una situazione di crisi in costante divenire» ([sentenza n. 37 del 2021](#))»

⁶³ Cfr. la sentenza della Corte costituzionale n. [37 del 2021](#), par. 12 del *Considerato in diritto*.

Né soccorre in questo senso il carattere assorbente della voce *profilassi internazionale*, perché l'interferenza tra attribuzioni statali e regionali, negata al livello di legislazione, riemerge negli strumenti attuativi predisposti dal legislatore, imponendo al Governo nazionale di confrontarsi con gli organi di vertice degli enti territoriali che, in virtù della propria, diretta legittimazione elettiva e del modello di amministrazione implicitamente accolto dal Titolo V, p. II della Costituzione⁶⁴, rivendicano autonomia di indirizzo in questa fase, benché la disciplina dettata dallo Stato sottenda un'attività di esecuzione puntuale⁶⁵.

Da questo punto di vista, la ricordata conflittualità tra ordinanze statali e regionali costituisce anzi la cassa di risonanza di un problema più ampio, in quanto l'autonomia di indirizzo rivendicata nella fase attuativa delle misure di contenimento da molti Presidenti di Regione si esprime attraverso l'organizzazione dell'apparato che, formalizzata da leggi e atti amministrativi preesistenti, condiziona l'implementazione uniforme delle misure (profilattiche) genericamente richiamate nella pronuncia⁶⁶.

Constatazione da cui discende l'esigenza di una riflessione più ampia che, andando oltre le modalità dell'intervento statale durante l'emergenza da *Covid-19*, riguardi immediatamente le scelte operate in fase di riforma del Titolo V, p. II della Costituzione e l'attuazione dei principi costituzionali rilevanti nella disciplina del rapporto tra legislazione e amministrazione.

La crisi sanitaria, economica e sociale scaturente dal *Covid-19*, infatti, non solo drammatizza gli effetti scaturenti dalla scelta di eliminare dal nuovo Titolo V, p. II della Costituzione ogni riferimento espresso all'*interesse nazionale* - sia se inteso come limite di legittimità nelle materie di competenza regionale, quanto se declinato come limite di merito «di portata generale, valevole cioè per tutti i tipi di potestà legislativa regionale»⁶⁷ -, ma chiede di rimeditare i meccanismi elaborati in via giurisprudenziale per consentirne la surrettizia re-introduzione al fine di tutelare interessi sovraregionali nei casi in cui non sia possibile individuare una materia di competenza esclusiva dello Stato cui ricondurre gli stessi⁶⁸.

Nel sistema costituzionale originario, invero, la difficoltà di garantire tutela ad un interesse di dimensione nazionale in materie regionali, veniva risolta attraverso la sostanziale trasformazione di quest'ultimo da limite generale di legittimità di tutte le competenze regionali in presupposto giustificativo dell'intervento legislativo statale.

Con il prevedibile effetto di relativizzare - in un assetto ispirato alla competenza legislativa generale dello Stato e al principio di parallelismo tra funzione legislativa e funzione amministrativa -, il riparto di potestà legislativa, giustificando la riappropriazione totale o parziale di alcuni settori da parte dello Stato, in base all'esistenza di interessi sovra-regionali, anche in assenza di un riferimento espresso agli stessi nelle materie di potestà concorrente⁶⁹.

⁶⁴ Su cui cfr. già M. DOGLIANI, *Riserva di amministrazione?* in *Dir. pubbl.*, 2000, 696 ss.

⁶⁵ A mero titolo di esempio, possiamo ricordare che l'implementazione differenziata della campagna vaccinale ha attirato le critiche del Presidente del Consiglio (in data 24 marzo 2021), e che queste sono state seguite da un'ordinanza del Commissario straordinario (adottata il 6 aprile 2021) che ha specificato l'ordine di priorità da seguire tra le diverse categorie di cittadini nella somministrazione dei vaccini.

⁶⁶ Le vicende conseguenti all'attuazione dell'obbligo vaccinale per il personale sanitario (*ex art. 4 del d.l. 1° aprile 2021, n. 44*) sono da questo punto di vista emblematiche, in quanto la scelta di perseguire la diffusione del vaccino anti-*Covid-19* attraverso la tecnica dell'obbligo incide sulla discrezionalità regionale nell'organizzazione del servizio sanitario, in particolare sulla determinazione delle modalità d'impiego di quanti, pur obbligati, decidano di non vaccinarsi (sull'autonomia regionale nella disciplina dei procedimenti sanzionatori connessi all'inadempimento dell'obbligo, cfr. la sentenza della Corte costituzionale n. [137/2019](#)).

⁶⁷ Cfr. A. ANZON, *I poteri delle Regioni nella transizione dal modello originario al nuovo assetto costituzionale*, Torino 2003, 96 ss.

⁶⁸ Nel senso di ritenere che il problema non risieda nell'abrogazione del limite dell'interesse nazionale, in quanto questo «non valeva ad integrare ambiti della potestà legislativa dello Stato», v. però, F. TRIMARCHI-BANFI, *Sul regionalismo*, cit. 132.

⁶⁹ Sul controllo di legittimità costituzionale in riferimento all'interesse nazionale, rinvio ancora ad A. ANZON, *op. ult. cit.*, 100 ss.

All'indomani della riforma costituzionale del Titolo V, p. II della Costituzione, questa modalità di tutela, ispirata dal ritaglio di funzioni amministrative in capo allo Stato, sopravvive attraverso l'art. 118, comma 1, Cost. che, ferma la competenza amministrativa residuale del Comune, consente la ri-allocazione al centro di determinate competenze in nome dell'esercizio unitario della funzione, anche se riguardanti materie attribuite al legislatore regionale (con il noto effetto di trascinamento della potestà legislativa allo Stato)⁷⁰.

Per evitare la totale de-costituzionalizzazione del riparto di competenze amministrative, la giurisprudenza costituzionale impone tuttavia una ri-lettura peculiare del principio di sussidiarietà verticale, in virtù della quale la valutazione dell'interesse pubblico sottostante all'intervento statale deve svolgersi in un procedimento aperto a tutti gli attori istituzionali interessati dal riparto di competenze che deve concludersi con un'intesa tra Stato e Regioni⁷¹.

Ne deriva non solo la creazione di una potestà legislativa ulteriore rispetto ai tipi contemplati dall'art. 117 Cost., ma la necessità di un accordo tra Stato e Regioni in ogni procedimento funzionale a spostare le competenze dal livello comunale ad un livello superiore.

Gli attriti politico-istituzionali scaturenti da questa chiave di lettura sono intuibili e risultano anche di recente confermati; non solo in ragione della tendenziale conflittualità tra rilettura 'dispositiva' del principio di sussidiarietà verticale e principio costituzionale di buon andamento dell'amministrazione⁷², ma delle conseguenze che la soluzione indicata comporta sul versante della forma di governo regionale, riformata nel 1999 e incentrata sulla diretta investitura popolare dell'Esecutivo (confermata da tutti gli Statuti regionali di 'seconda generazione').

Il ri-accentramento sussidiario della funzione amministrativa tende, infatti, a collidere con il potere di direzione politica dell'apparato rivendicato dagli organi di governo regionali e, in particolare nel settore della sanità - in cui il nesso specifico tra scelte organizzative e autonomia di indirizzo politico-amministrativo è negli anni particolarmente valorizzato -, condiziona l'implementazione uniforme delle decisioni politiche adottate dal livello di governo centrale⁷³.

Né può dirsi che il Governo muova da differenti premesse; della differenziazione organizzativa regionale anzi tiene conto in modo evidente, tanto che, intervenendo con numerose misure protese a rafforzare l'assistenza sanitaria non dispone, salvo alcune eccezioni, l'accentramento sussidiario allo Stato di competenze amministrative puntuali.

La legislazione emergenziale contiene invero una disciplina provvisoria, finalizzata per un verso ad immettere nel sistema un'ingente quantità di risorse finanziarie⁷⁴, agevolando per altro aspetto il potenziamento dei sistemi sanitari regionali grazie alle numerose possibilità di deroga alla legislazione previgente (per esempio, in materia di accreditamento delle strutture sanitarie, di assunzione di nuovo personale, di acquisto della strumentazione necessaria)⁷⁵.

⁷⁰ Così la sentenza della Corte costituzionale n. [303 del 2003](#).

⁷¹ In senso critico su questa evoluzione, cfr. almeno A. D'ATENA, *Diritto regionale*, IV ed. Torino, 2019, 202-203.

⁷² È ancora A. D'ATENA, *Diritto regionale*, cit., 203 a parlare di lettura *dispositiva* del principio di sussidiarietà verticale, in quanto questa dota le Regioni del potere di interdire la riallocazione al centro di determinate competenze.

⁷³ Eppure, l'art. 1, comma 3, della l. n. 833 del 1978 significativamente richiamato dalla sentenza n. [37 del 2021](#), precisa che il Servizio sanitario *nazionale* è «costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività» [dello Stato, delle Regioni e degli enti territoriali], destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica».

⁷⁴ Sulle criticità emerse nei diversi servizi sanitari regionali durante l'emergenza, in quanto dovute al cronico sottofinanziamento del sistema nel suo complesso, insistono F. TARONI – C. GIORGI, *I regionalismi sanitari nel contesto internazionale: lezioni dalla pandemia*, in [Costituzionalismo.it](#), n. 2/2020, 37 ss., 52.

⁷⁵ Gli interventi si traducono anzitutto in ripetuti incrementi del fabbisogno nazionale *standard* (con lo stanziamento di ingenti risorse finanziarie); poi nell'accentramento di diversi compiti amministrativi in capo al Dipartimento della protezione civile e al Commissario straordinario per l'emergenza da Covid-19, in particolare per consentire gli acquisti di dispositivi medici, dispositivi di protezione individuale, nonché di quanto necessario per contrastare e affrontare la crisi epidemiologica, anche in deroga alle procedure di acquisto e pagamento normalmente previste (per l'attuazione di tali provvedimenti, i Presidenti di Regione sono nominati soggetti attuatori). Allo stesso fine, sono approvate norme finalizzate ad agevolare il reclutamento del personale sanitario (a tempo determinato), ad ampliare la capacità ricettiva delle strutture ospedaliere (specialmente - ma non solo - i reparti di terapia intensiva), a semplificare le procedure necessarie per l'accreditamento delle strutture realizzate *ad hoc* per la gestione dell'emergenza. È attivato, sempre con

Ne discende, in modo del tutto prevedibile, una risposta diversificata a livello locale; con alcune Regioni che, pur storicamente contraddistinte da un alto grado di efficienza nella prestazione dei servizi sanitari, valorizzano in modo inadeguato le soluzioni messe a disposizione⁷⁶, mettendo il Governo di fronte ad una frammentazione che compromette l'attuazione uniforme delle misure decise a livello statale⁷⁷.

Nella c.d. 'fase 2' della pandemia, l'uniformità dell'assistenza sanitaria è dunque perseguita in modo diretto, attraverso previsioni di carattere organizzativo finalizzate a rafforzare la rete ospedaliera del SSN per l'ipotesi di nuovi picchi pandemici⁷⁸, e guardando all'esigenza di potenziare e riorganizzare la rete dell'assistenza territoriale secondo *criteri uniformi*⁷⁹.

Con riguardo a quest'ultimo profilo, l'idea retrostante è indirizzare per gli anni a venire le scelte organizzative regionali, in quanto immediatamente condizionanti l'attività di erogazione delle prestazioni sanitarie⁸⁰; ciò emerge da varie disposizioni, da quella riguardante (a) il potenziamento delle azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare per «rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata» anche per i «soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità»; a quella sulla (b) sperimentazione delle 'strutture di prossimità' sulla base di un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, avviare la sperimentazione (per il biennio 2020-21)⁸¹; (c) trova infine un momento centrale nell'approvazione in Conferenza

riferimento all'assistenza ospedaliera, un modello di cooperazione interregionale coordinato a livello nazionale (con il coinvolgimento delle strutture pubbliche e private accreditate) che, valorizzando l'interdipendenza dei sistemi sanitari regionali, è pensato per consentire la redistribuzione del personale che si renda necessaria. Infine, il d.l. 8 aprile 2020, n. 23 (c.d. decreto *Liquidità*), disciplina infine procedure semplificate per le pratiche relative alle attrezzature medico-radiologiche; l'obiettivo è accelerare gli adempimenti amministrativi che le strutture sanitarie devono svolgere per l'utilizzo di nuove attrezzature radiologiche, in specie quando interessino le strutture sanitarie e le aree temporanee di emergenza.

⁷⁶ Un'analisi accurata di questo profilo, sebbene specificamente riferita alle regioni Lombardia, Veneto, Piemonte ed Emilia-Romagna, è in M. CASULA – A. TERLIZZI – F. TOTH, *I servizi sanitari regionali alla prova del COVID-19*, in *Riv. it. Pol. Pubbl.*, n. 3/2020, 307 ss.

⁷⁷ Sul rapporto tra funzione di organizzazione e scelte di indirizzo dell'attività, mi sembra che rimangano valide le riflessioni formulate da M. NIGRO, *Studi sulla funzione organizzatrice della pubblica amministrazione*, Milano, 1966, specie 117: «Come complesso di mezzi per la cura degli interessi generali, l'organizzazione è «modellata» sugli interessi che deve curare, e quindi necessariamente dipende, nella sua concreta configurazione, dal tipo di interessi che sono considerati (che valgono) come generali».

⁷⁸ Sulla base dell'art. 2 del d.l. n. 34 del 2020 (c.d. decreto *Rilancio*), lo stanziamento necessario al potenziamento dell'assistenza ospedaliera è trasferito al Commissario straordinario per il contrasto del Covid-19 che, allo scopo di garantire la massima celerità negli interventi di potenziamento della rete ospedaliera, è autorizzato a delegare i propri poteri ai Presidenti delle regioni e province autonome, in qualità di commissari delegati, a titolo gratuito, nel rispetto delle direttive impartite e delle tempistiche stabilite dallo stesso Commissario. Le Linee-guida dettate dal Ministro della salute forniscono in quest'ottica criteri puntuali (per la redazione dei piani regionali di riorganizzazione delle reti ospedaliere) e danno indicazioni sulle procedure di approvazione e monitoraggio di ciascun Piano di riorganizzazione, nonché sulla sua redazione, prevedendo, in particolare, ai sensi dei commi 1 e 8 del citato art. 2, che le Regioni e le Province autonome sottopongano all'approvazione del Ministero della Salute specifici piani di riorganizzazione della rete ospedaliera a tal fine redatti. Il Governo sceglie di indirizzare l'azione delle Regioni attraverso linee-guida del Ministro della salute e prevede l'approvazione dei *piani regionali di riorganizzazione* nel rispetto di quelle stesse, in modo da garantire una rimodulazione della risposta assistenziale in caso di aumento della domanda nelle fasi successive di gestione della situazione epidemiologica correlata al virus Sars-CoV-2.

⁷⁹ Questo profilo dell'assistenza sanitaria si rivela essenziale nell'azione di contrasto del COVID-19, che dilaga a partire dalle strutture ospedaliere. Le Regioni che adottano un approccio incentrato sull'assistenza territoriale, valorizzando la rete preesistente ma anche predisponendo strutture *ad hoc* (e chiudendo al tempo stesso gli ospedali a rischio), riescono infatti a contenere meglio la diffusione del virus, anche rispondendo all'esigenza di tracciamento territoriale dei contagi, così A. PIOGGIA, *Il decreto Rilancio. Sanità e sicurezza*, in *Giorn. dir. amm.*, n. 2/2020, 560 ss., 561; nonché M. CASULA - A. TERLIZZI - F. TOTH, *op. cit.*, 331-332.

⁸⁰ Sull'incidenza esplicita dalle scelte organizzative sul «modo di concepire il servizio sanitario, l'individuo bisognoso di salute e persino la società e il suo benessere», ampiamente, A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e dis-eguaglianza*, in *Istituzioni del federalismo*, n. 1/2020, 37 ss.

⁸¹ Tali criteri impegnano le Regioni ad istituire strutture 'di prossimità' in cui vengono coinvolte tutte le istituzioni presenti sul territorio unitamente al volontariato e ad enti del terzo settore *no profit*, ed ispirate al principio della piena

Stato-Regioni (avvenuta il 6 agosto 2020) del *Piano nazionale di prevenzione 2020-2025*, che punta sul coordinamento e l'integrazione tra ospedale e territorio⁸².

Certamente, la ripermetrazione dell'autonomia organizzativa regionale in materia sanitaria non è di immediata concretizzazione⁸³, ma queste scelte, in quanto esemplificano un'inversione di tendenza nel segno dell'uniformità, promuovono una riflessione sull'assetto istituzionale consolidatosi anteriormente alla crisi e sulla sostenibilità del nostro regionalismo, intesa come idoneità a garantire un livello omogeneo di tutela dei diritti fondamentali⁸⁴.

L'ispirazione complessiva della legislazione emergenziale muove infatti dall'esigenza di affrontare limiti preesistenti; in parte connessi alla declinazione procedimental-dispositiva del principio di sussidiarietà verticale⁸⁵, per altro aspetto scaturenti dall'incompatibilità emersa tra differenziazione organizzativa regionale e carattere *nazionale* Servizio sanitario, che impone l'approvazione di misure volte a correggere gli approdi autonomistici maggiormente contrastanti con l'esigenza di garantire un'assistenza adeguata sull'intero territorio nazionale.

L'impianto istituzionale di fondo della legislazione emergenziale non stupisce ovviamente; né sorprendono le conclusioni raggiunte dalle sentenze della Corte costituzionale n. [37](#) e [198 del 2021](#), in quanto legittimanti un modello «alternativo» di gestione dell'emergenza in ragione dei «tratti del tutto peculiari» di quest'ultima⁸⁶.

Dalle soluzioni previste per la ri-organizzazione del Servizio sanitario nazionale vengono però spunti significativi di riflessione, in quanto la gestione amministrativa uniforme della pandemia sembra aver indotto il Governo a 'riscoprire' le potenzialità insite nell'art. 121, comma 4, Cost. che, con specifico riguardo alla disciplina delle funzioni amministrative, prevede che il Presidente della Giunta *diriga le funzioni amministrative delegate dallo Stato alla Regione, conformandosi alle istruzioni del Governo della Repubblica*.

Questa previsione, introdotta dalla l. cost. n. 1/1999 e in armonia con il vecchio testo dell'art. 118, comma 2 Cost. che contemplava la delega amministrativa dallo Stato alla Regione appare invero difficilmente conciliabile con la costituzionalizzazione del principio di sussidiarietà verticale⁸⁷; in

integrazione sociosanitaria e chiamate a ridurre le logiche dell'istituzionalizzazione a favore della domiciliarità). L'obiettivo è rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria a livello territoriale, attraverso l'adozione di piani per garantire l'organizzazione del coordinamento tra i presidi esistenti a livello territoriale, affinché vengano collegati i dipartimenti di prevenzione con i medici di medicina generale e le unità speciali di continuità assistenziale (USCA). Secondo il d.l. n. 34 cit., infine, non solo le Unità speciali di continuità assistenziale istituite durante la fase acuta della pandemia potranno essere confermate dopo la cessazione dell'emergenza, ma per affrontare la convivenza con il virus se ne prevede l'assoggettamento ad uno *standard* nazionale indicato in una unità ogni cinquantamila abitanti.

⁸² All'approvazione del Piano ha fatto seguito istituita una Piattaforma digitale in cui le Regioni potranno inserire i propri piani attuativi relativi all'assistenza territoriale per consentire il previsto monitoraggio ministeriale.

⁸³ In prima battuta, per esempio, il potenziamento dei posti in terapia intensiva disposto dal decreto 'Rilancio' non ha avuto gli approdi sperati (a causa della negligente attuazione da parte delle Regioni che pure erano state orientate in modo puntuale).

La forte crescita degli accantonamenti regionali nel corso dell'anno 2020 evidenziata dal *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2021*, elaborato a cura della Corte dei Conti e consultabile in www.cortedeiconti.it, dimostra inoltre che malgrado l'inversione di rotta registrabile sul versante del finanziamento del *fabbisogno nazionale standard*, anche durante la 'ripartenza' la risposta regionale non risulta sempre adeguata, in quanto gli enti territoriali continuano a rispondere alla crisi sanitaria puntando sulle opzioni immediatamente disponibili alla luce delle condizioni di partenza dei propri apparati, depotenziando gli effetti imputabili ad un approccio rinnovato e maggiormente concentrato sull'interesse pubblico ai trattamenti di prevenzione nonché all'erogazione, se possibile, di forme di assistenza direttamente svolte sul territorio.

⁸⁴ Sul rapporto tra distribuzione delle competenze in materia di organizzazione della sanità ed eguale tutela del diritto fondamentale alla salute nel contesto pandemico, cfr., di recente, F. GIGLIONI, *L'organizzazione territoriale per il presidio del diritto alla salute*, in Costituzionalismo.it, n. 2/2020, 99 ss.

⁸⁵ Mi riferisco in particolare alla 'fuga dal sistema delle Conferenze' cui ho accennato nel par. II di questo scritto (cui rinvio per le relative indicazioni bibliografiche).

⁸⁶ Cfr. la sentenza della Corte costituzionale n. [198 del 2021](#), par. 8.1.1. del *Considerato in diritto*.

⁸⁷ Si sottolinea infatti che, in caso di ri-accentramento sussidiario di funzioni, la delega alle Regioni non è utilizzabile perché in contrasto con l'esigenza di esercizio unitario che ha legittimato l'applicazione dell'art. 118, comma 1, Cost., cfr. A. D'ATENA, *Diritto regionale*, cit., 195.

quest'occasione però sembra aver ispirato l'accentramento in capo al Governo dei compiti di *indirizzo e coordinamento* di determinate funzioni, lasciandone la gestione alle Regioni.

È una soluzione le cui conseguenze politico-istituzionali sono intuibili e, sebbene accettabili 'in tempo di guerra', impongono di guardare alle situazioni ordinarie, giacché ogni eventuale riposizionamento dello Stato sottende la disciplina di sedi e meccanismi di dialogo funzionali all'inserimento di interessi localmente situati in un sostrato di valori comuni⁸⁸

Si tratta di un obiettivo più ampio rispetto a quello prefigurato dagli interventi legislativi sommariamente ricordati e sottende un'analisi del regionalismo 'post-pandemia' alla luce dei limiti finora emersi nei meccanismi di conciliazione tra unità e autonomia.

A vent'anni dall'entrata in vigore della legge costituzionale n. 3/2001, occorre insomma ritornare sul metodo di governo della coesistenza delle attribuzioni statali e regionali prefigurato dal nuovo Titolo V; con l'impegno di tutti, degli studiosi nel campo del diritto costituzionale e degli attori politico-istituzionali chiamati a concretizzare il modello.

⁸⁸ Le stesse discontinuità individuate nelle norme statali che valorizzano la pianificazione regionale in materia di organizzazione della sanità (per garantire una programmazione delle modalità di soddisfazione dei bisogni di salute nel dopo emergenza) ed in quelle che prevedono un monitoraggio statale su tali scelte, anche se in molti casi a scopo conoscitivo, non esimono da una riflessione su questo profilo. L'investimento nello strumento pianificatorio profila infatti l'auspicata ripresa di attenzione del livello nazionale per il coordinamento nell'organizzazione della sanità, con una riscoperta del ruolo dei principi fondamentali in materia di tutela della salute al fine di circoscrivere l'autonomia di indirizzo politico-amministrativo delle Regioni.