

PNRR e Salute nella dinamica della forma di Stato

*Beatrice Perego**

PNRR AND HEALTH IN THE DYNAMICS OF THE FORM OF STATE

ABSTRACT: This research, through the filter of the “health” subject, intends to investigate the interconnection between technology and autonomy in the State-Region relationship. Due to its nature, technique require uniformity of application, affecting the constitutional division of competences and favouring the phenomenon of the centralisation of powers at State level to the detriment of peripheral ones. This phenomenon, which was highlighted during the Covid-19 pandemic, is confirmed with the recovery plan and resilience. The marginal role accorded to territorial representation in the Plan’s governance system, distances the goal of eliminating territorial disparities, which is a necessary condition for the Country’s effective recovery.

KEYWORDS: Recovery plan and resilience; governance; centralisation; health; territorial disparities

ABSTRACT: La presente ricerca, attraverso il filtro della materia “salute”, intende indagare il rapporto tra tecnologia e autonomia nella relazione tra Stato e Regioni. Per sua natura, la tecnica, richiede uniformità di applicazione andando ad incidere sul riparto costituzionale delle competenze e, in particolare, favorendo il fenomeno della centralizzazione dei poteri a livello statale a discapito di quelli periferici. Questo fenomeno, acuitosi durante la pandemia da Covid-19, trova conferma con il PNRR. Il ruolo marginale affidato alle rappresentanze territoriali nel sistema di governance del Piano, inoltre, allontana il traguardo dell’eliminazione dei divari territoriali, condizione necessaria per un’effettiva ripresa del Paese.

PAROLE CHIAVE: Piano ripresa e resilienza; governance; accentrimento; salute; divari territoriali

SOMMARIO: 1. Brevi cenni introduttivi – 2. Il governo della tecnica nei rapporti tra Stato e autonomie – 3. Governance del PNRR: l’influenza dell’indirizzo politico europeo sui meccanismi di accentramento interni – 4. (Segue) Il difficile raccordo tra Stato, Regioni ed Enti locali: la questione del “Mezzogiorno” – 5. Note conclusive.

* *Dottoranda di ricerca in Scienze Politiche, curriculum Governo e Istituzioni Università degli Studi Roma Tre. Mail: beatrice.perego@uniroma3.it. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.*



1. Brevi cenni introduttivi

La relazione tra scienza e diritto si traduce in un faticoso condizionamento degli assetti istituzionali e delle tradizionali categorie conosciute dall'esperienza giuridica in quanto, ad oggi, sono sempre più frequenti le situazioni in cui l'ordinamento deve confrontarsi con ambiti, come la salute, l'ambiente, e la digitalizzazione, che richiedono un alto grado di expertise, progettualità di lungo periodo e applicazione uniforme.

La presente ricerca intende, dunque, indagare in che modo l' "interdipendenza" tra politica e tecnica e, specificamente, l'adozione di misure e discipline a contenuto tecnico-scientifico influisce sull'assetto costituzionale del riparto di competenze tra i livelli di governo dell'ordinamento.

Come si cercherà di evidenziare, per sua natura, la tecnica, necessitando di specifiche competenze e applicazione unitaria, richiede un intervento quanto più centralizzato, rendendo l'apporto regionale, se non nullo, sicuramente limitato¹.

L'accentramento dei poteri, in parte determinato dalla definizione poco chiara del riparto delle competenze e da interventi giurisprudenziali che hanno reso ancor più fluidi i confini delle stesse², si è acuitizzato in occasione della pandemia da Covid-19³.

La gestione pandemica ha consolidato un modello che, giustificato dalle ragioni di urgenza e uniformità, vede il Governo quale organo protagonista (a partire dalla scelta degli atti normativi da adottare, nella specie decreti-legge e decreti del Presidente del Consiglio dei ministri), con la conseguente marginalizzazione del ruolo, tanto delle Regioni ed enti locali, quanto del Parlamento⁴.

Tale dinamica viene ulteriormente rafforzata dal processo di integrazione europea in cui gli Stati membri assumono il ruolo di meri esecutori delle scelte tecniche dell'UE, come dimostrato dall'attuale esperienza, che vede gli stessi impegnati nell'attuazione dei rispettivi PNRR. La predeterminazione a livello europeo degli obiettivi del Piano sia nell' "an", che nel "quando" e, in parte, nel "quomodo", ha, infatti, inciso significativamente sugli assetti di governance predisposti per la messa in opera dello stesso, confermando l'assoluta centralità dell'esecutivo.

Ora, se da un lato il PNRR (e più in generale il sistema del Next Generation EU) rappresenta una valida opportunità per l'Italia per far fronte e colmare le lacune strutturali di ostacolo allo sviluppo economico, dall'altro, come si cercherà di mettere in luce del corso della trattazione, gli obiettivi di coesione

¹ Si veda A. IANNUZZI, *Il Diritto capovolto. Regolazione a contenuto tecnico-scientifico e Costituzione*, Napoli, 2018, 104-133; Più nello specifico, in materia sanitaria si veda R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in *Quaderni regionali*, 2002. Per un'analisi più specifica sul tema si rimanda al paragrafo 2 del presente contributo.

² S. MANGIAMELI, *Prime considerazioni sulla tecnica del riparto delle competenze legislative nel nuovo disegno di legge costituzionale di revisione del Titolo V*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2003; R. BIN, *L'interesse nazionale dopo la riforma: continuità dei problemi, discontinuità della giurisprudenza costituzionale*, in *Le Regioni* 2001, 1213 ss.

³ F. BILANCIA, *Le trasformazioni dei rapporti tra Unione europea e Stati membri negli assetti economico-finanziari di fronte alla crisi pandemica*, in *Diritto Pubblico*, 2021, 41 ss.

⁴ Sul punto si vedano, tra gli altri, F. BILANCIA, *Le conseguenze giuridico-istituzionali della pandemia sul rapporto Stato/Regioni*, in *Diritto Pubblico*, 2020; F. TORRE, *La Costituzione sotto stress ai tempi del coronavirus*, in *Forum di Biolaw Journal*, 2020; M. LUCIANI, *Il sistema delle fonti del diritto alla prova dell'emergenza*, in *ConsultaOnline*, 2020.



sociale e di riduzione del divario territoriale – particolarmente evidenti in ambito sanitario – non potranno essere raggiunti se non attraverso una reale collaborazione tra i poteri centrali e quelli periferici, nonché recuperando l'essenziale apporto degli organi della rappresentanza.

2. Il governo della tecnica nei rapporti tra Stato e autonomie

Nella società moderna, la tecnica assume un ruolo pregnante nella tutela dei diritti e degli interessi, come la salute, l'ambiente, la sicurezza, ecc., costituzionalmente garantiti. L'effettività dei diritti fondamentali, quindi, è fortemente influenzata dall'adozione di normative a contenuto tecnico-scientifico che, al contempo, incidono inevitabilmente sul normale assetto di riparto delle competenze sia a livello statale che sovranazionale.

In particolare, per quanto è di interesse al presente contributo, l'uso della tecnica, che per sua natura richiede un'applicazione quanto più uniforme ed è, quindi, insuscettibile di esercizio frazionato, genera problematiche in riferimento al riparto di competenze fra Stato e Regioni incidendo, al contempo, sul sistema delle fonti del diritto. Più nello specifico, l'esigenza di una regolamentazione tecnica omogenea applicabile sull'intero territorio nazionale – come, peraltro, evidenziato dalla Corte costituzionale in più occasioni⁵ – comporta deroghe al riparto costituzionale di competenze a discapito dell'autonomia regionale. La principale sfida che la tecnica pone, quindi, è quella di trovare un punto di raccordo tra uniformità della disciplina e valorizzazione delle specificità territoriali, le quali possono richiedere adattamenti della stessa.

Tuttavia, le esigenze di uniformità sembrano prevalere sulle istanze di diversificazione.

In particolare, per quanto concerne la disciplina in materia di tutela della salute, se da una parte la riforma del 2001 ha consolidato la riunificazione dell'intera materia sanitaria, rafforzando la competenza legislativa regionale⁶, dall'altra non è stata in grado di superare le criticità inerenti la demarcazione delle competenze tra Stato e autonomie: anzitutto, in ragione della clausola di uniformità, spetta allo Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni ex art. 117, co. 2, lett. m); in secondo luogo lo Stato può esercitare il potere sostitutivo di cui all'art. 120, co.2, al fine di garantire l'effettività dei livelli essenziali; infine, sono numerosi gli ambiti di co-regolazione che si intrecciano con la tutela della salute, circostanza che rende evanescenti i confini delle competenze statali e regionali in materia⁷.

Così, anche dopo la riforma del Titolo V, si è registrata una certa tendenza del legislatore statale ad invadere l'area di competenza regionale attraverso l'adozione di regole specifiche ed auto-applicative che coinvolgono tutto il territorio nazionale. Si pensi, ad esempio, alla regolamentazione sul divieto di fumo, al tema di trattamenti sanitari volontari, o ancora, alle disposizioni concernenti l'appropriatezza

⁵ Si vedano, *ex multis*, Corte cost., sent. n. 11/2014, Corte cost. Sent. n. 254/2010 e sent. 182/2006.

⁶ R. BALDUZZI, *op.cit.*, 67.

⁷ M. MONSERRATO, *Considerazioni sul riparto di competenze in materia di sanità delineato dalla legge costituzionale recentemente approvata*, in *federalismi.it*, 2016, 2 e ss.; R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2019, 8-9.



delle pratiche terapeutiche⁸ – ambito nel quale l’invasione di campo viene giustificata dalla giurisprudenza della Corte costituzionale sulla base “dell’interesse unitario” – nonché da diverse norme di carattere organizzativo che vengono ricondotte all’ambito generale della tutela della salute attraverso l’interpretazione di tipo finalistico, ovvero tramite l’utilizzo del criterio della prevalenza⁹.

Più di recente, la pandemia da Covid-19 ha amplificato le dinamiche di accentramento sin qui descritte, alimentando il dibattito circa le modalità di gestione dell’emergenza sanitaria, sebbene esistano normative inerenti al tema¹⁰. Le maggiori criticità sono state rilevate con riferimento alla compatibilità della produzione normativa posta in essere con il sistema di riparto delle competenze delineato in costituzione, nonché al mancato coordinamento tra livelli di governo. Dal canto suo, lo Stato, ha evidenziato la necessità di un governo unitario e uniforme della pandemia. La legittimità dell’azione del governo ha trovato l’avallo della Corte costituzionale, che l’ha giustificata alla luce della competenza legislativa esclusiva statale della profilassi internazionale considerato che, «A fronte di malattie altamente contagiose in grado di diffondersi a livello globale, ragioni logiche, prima che giuridiche (sentenza n. 5 del 2018) radicano nell’ordinamento costituzionale l’esigenza di una disciplina unitaria, di carattere nazionale, idonea a preservare l’uguaglianza delle persone nell’esercizio del fondamentale diritto alla salute e a tutelare contemporaneamente l’interesse della collettività (sentenze n. 169 del 2017, n. 338 del 2003 e n. 282 del 2002)»¹¹. Dall’altro lato, le Regioni, forti di poter tutelare più efficacemente gli interessi territoriali, rivendicavano la loro centralità.

Ora, se la riforma del titolo V aveva inteso irrigidire e definire confini precisi del riparto di competenze tra i poteri, la gestione della pandemia e, nello specifico, la necessità di una regolazione tecnica unitaria, ha reso più fumoso l’assetto della distribuzione delle competenze (tanto quelle legislative, quanto quelle regolamentari) stabilizzando un modello di attribuzione basato, tra gli altri, sui criteri finalistici di sussidiarietà e prevalenza, in presenza di interessi imputabili tanto allo Stato, quanto alle Regioni¹². In particolare, laddove siano coinvolte prescrizioni tecniche, ove non sia ravvisabile la possibilità di ricondurre la materia alla competenza esclusiva dello Stato, l’adozione di atti normativi a contenuto tecnico da parte dello stesso risulta difficilmente giustificabile e comporta il rischio di un’eccessiva dilatazione delle materie ad esso riservate, nonché una riduzione dell’autonomia regionale. Pertanto,

⁸ D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in C. COLAPIETRO, M. ATRIPALDI, G. FARES, A. IANNUZZI (a cura di), *I modelli di welfare sanitario tra qualità e sostenibilità. Esperienze a confronto*, Napoli, 2018, 6 e ss.

⁹ Sul punto si veda la sentenza della Corte cost. n. 207/2010 nella quale si legge che “le norme che disciplinano gli aspetti organizzativi dell’attività sanitaria vanno anch’esse ricondotte alla materia della tutela della salute, quando sono idonee ad incidere sulla salute dei cittadini, costituendo le modalità di organizzazione del servizio sanitario la cornice funzionale ed operativa che garantisce la qualità e l’adeguatezza delle prestazioni erogate”. *Ex multis*, si vedano: Corte cost. sent. n. 422/2006, Corte cost. sent. n. 178/2010, Corte cost., sent. n. 231/2012, Corte cost. sent. n. 255/2013.

¹⁰ F. BILANCIA, *op. cit.*, 333-340.

¹¹ Corte cost. sent. n. 37/2021.

¹² F. BILANCIA, *op. cit.*, 351 e ss.





come già evidenziato in dottrina da A. Iannuzzi e Q. Camerlengo¹³, appare necessario considerare l'opportunità di recuperare il principio del coordinamento tecnico quale criterio di legittimazione dell'intervento normativo statale in deroga al riparto delle competenze ex art. 117 Cost.

Orbene, se la dinamica di accentramento, da una parte, è influenzata dalla necessità di applicazione uniforme delle prescrizioni che si intendono adottare, dall'altra, discende direttamente dai rapporti tra ordinamento interno e Unione europea.

In primo luogo, si rileva come, ad oggi, l'Unione europea domini la produzione di normazione tecnica fissando la legislazione di principio (e quindi di standard tecnici e principi fondamentali), riservando agli Stati-membri la normativa di attuazione. Così, la regolazione tecnica uniforme ha origine dagli obblighi imposti dalla stessa UE¹⁴. Questo modello si riverbera fatalmente sulla disciplina del riparto di competenze interno tra Stato e Regioni, sebbene il diritto dell'Unione europea, conformemente al principio dell'autonomia istituzionale degli Stati, si professi estraneo e neutrale rispetto alla distribuzione dei poteri tra i diversi livelli di governo all'interno dei singoli ordinamenti¹⁵. Invero, il processo di integrazione europea, lungi dal risolversi nella neutralità dell'ordinamento UE rispetto agli assetti costituzionali interni, favorisce la centralizzazione dei poteri: anzitutto, dal momento che lo Stato è responsabile in modo unitario ed esclusivo dell'attuazione del diritto europeo, esso è titolare di una competenza c.d. di "seconda istanza", la quale legittima l'attribuzione allo Stato di una serie di poteri repressivi, sostitutivi o suppletivi rispetto alle Regioni e le Province autonome¹⁶. Inoltre, in più occasioni il giudice costituzionale ha ribadito come, salvo il rispetto dei principi costituzionali fondamentali e inderogabili, l'attuazione della normativa comunitaria possa legittimamente derogare al riparto costituzionale delle competenze tra Stato e Regioni ove ricorrano esigenze organizzative e di unità specificate dalla stessa normativa dell'Unione¹⁷. Tali modifiche, come emerge dalla giurisprudenza costituzionale, si risolvono, nella totalità dei casi, nel rafforzamento dei poteri statali a discapito di quelli periferici.

Ebbene, quanto sin qui illustrato sembra trovare ulteriore conferma attraverso l'analisi del Piano di Ripresa Nazionale e Resilienza (PNRR), il quale, caratterizzato da un elevato grado di tecnicità, agevola

¹³ Sul tema si veda A. IANNUZZI, *Sull'apparente irrilevanza della tecnica nella giurisprudenza costituzionale più recente*, in *Federalismi.it*, 2012, 13 e ss.; Q. CAMERLENGO, *Il governo della pandemia tra Stato e Regioni: ritorno al coordinamento tecnico*, in *Le Regioni*, 2020.

¹⁴ A. IANNUZZI, *Il Diritto capovolto*, cit., 98 e ss.

¹⁵ Con sent. C. 51-54/ 71 del 15 dicembre 1971 la Corte di Giustizia affermava che «qualora il trattato o i regolamenti attribuiscono poteri o impongono obblighi agli Stati membri, ai fini dell'applicazione del diritto dell'Unione europea, la soluzione del problema relativo al modo in cui l'esercizio di detti poteri e l'adempimento di detti obblighi possono essere affidati dagli Stati a determinati organi interni dipende unicamente dal sistema costituzionale dei singoli Stati».

¹⁶ La legittimità della deroga all'assetto costituzionale del riparto delle competenze è stata sancita dal giudice delle leggi, in primo luogo con la sent. 126/1996, nella quale si affermava che «in deroga a quanto detto circa il rispetto del quadro costituzionale interno delle competenze, le norme comunitarie possono legittimamente prevedere, per esigenze organizzative proprie dell'Unione europea, forme attuative di sé medesime, e quindi normative statali derogatrici di tale quadro della normale distribuzione costituzionale delle competenze interne, salvo il rispetto dei principi costituzionali fondamentali e inderogabili».

¹⁷ Per un'analisi della giurisprudenza costituzionale sul punto, precedente e appena successiva alla riforma costituzionale del 2001, si veda M.P. CHITI, *Regioni ed Unione europea dopo la riforma del titolo V della Costituzione: l'influenza della giurisprudenza costituzionale*, in *Le regioni*, 2002, 1401 e ss.





l'ampiamiento degli spazi di governance dell'UE e, conseguentemente, amplifica le dinamiche di accentramento interne.

3. Governance del PNRR: l'influenza dell'indirizzo politico europeo sui meccanismi di accentramento interni

La struttura del PNRR si articola in sei "Missioni" articolate in 16 componenti, a loro volta suddivise in 48 linee di intervento (investimenti e riforme)¹⁸. L'intero impianto del Piano è rivolto al conseguimento di "priorità trasversali" «relative alle pari opportunità generazionali, di genere e territoriali»¹⁹.

In particolare, le iniziative concernenti le tematiche sociali mirano all'individuazione e attuazione di interventi volti a garantire la parità di genere e colmare il divario territoriale, specialmente tra Nord e Sud Italia. Con riferimento a quest'ultimo punto, il PNRR riserva alle regioni del Mezzogiorno il 40% delle risorse – corrispondenti a circa 82 miliardi – sul valore complessivo dei fondi del Piano pari a 235,6 miliardi di euro²⁰. Come si dirà più approfonditamente nel proseguo della trattazione, la mera allocazione di risorse, tuttavia, non è da sola sufficiente a raggiungere l'obiettivo di coesione territoriale che, al contrario, sembra essere in parte ostacolata dalla «logica delle quote di spesa»²¹, nonché dalla *governance* dello stesso PNRR.

In primo luogo, occorre evidenziare che gli obiettivi generali e trasversali del PNRR sono già predeterminati, tanto nelle modalità attuative quanto nelle tempistiche, particolarmente stringenti, a livello europeo. Tale circostanza si riflette, inevitabilmente, sulle scelte organizzative e attuative interne²².

L'attuazione della governance del Piano, delineata sommariamente nel PNRR²³, trova la sua disciplina completa nel c.d. decreto Semplificazioni (D.l. n.77/2021): dal testo del decreto in esame emerge il

¹⁸ Le 6 Missioni del PNRR sono le seguenti: 1) Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo; 2) Rivoluzione verde e transizione ecologica; 3) Infrastrutture per una mobilità sostenibile; 4) Istruzione e ricerca; 5) Inclusione e coesione; 6) Salute. Per l'analisi completa delle singole Missioni e la loro articolazione si veda il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 87 e ss.

¹⁹ *Ivi.*, 36.

²⁰ *Ivi.*, 267 e ss.

²¹ Sul punto si veda il Rapporto SVIMEZ 2021 disponibile al seguente indirizzo web *Rapporto SVIMEZ 2021. – SVIMEZ*, <http://lnx.svimez.info/svimez/rapporto-svimez-2021-tutti-i-materiali/> (07/08/2022): «Una logica debole per tre motivi. Primo, perché si perpetua nell'errore di guardare alla quantità della spesa da certificare come un «fine» in sé. Secondo, per la complessità del sistema di monitoraggio da predisporre per la verifica del rispetto dei vincoli di destinazione territoriale della spesa fissati con una norma. Terzo, per la mancanza di una ricognizione puntuale dei fabbisogni di investimento sulla quale basare un'allocazione territoriale delle risorse coerente con l'obiettivo di ridurre il divario di cittadinanza di chi vive e fa impresa al Sud».

²² Per un'analisi più approfondita sul tema si vedano, tra gli altri, A. SCIORTINO, *PNRR e riflessi sulla forma di governo italiana. un ritorno all'indirizzo politico «normativo»?*, in *Federalismi.it*, 2021, 251 e ss.; C. COLAPIETRO, *La forma di Stato e Governo italiana alla "prova" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, in *Rivista AIC*, 2022, 3 e ss.; F. BILANCIA, *Indirizzo politico e nuove forme di intervento pubblico nell'economia in attuazione del Recovery and Resilience Facility, tra concorrenza e nuove politiche pubbliche*, in *Costituzionalismo.it*, 2022, 5-6; N. LUPO, *I poteri dello Stato italiano alla luce del PNRR: prime indicazioni*, in *federalismi.it*, 2022, 2-3.

²³ Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 239 e ss.





ruolo centrale del Governo e, in particolare, del Presidente del Consiglio dei Ministri con funzioni generali di coordinamento del Piano e di alcune strutture create ad hoc per l'attuazione dello stesso, le quali, peraltro, sopravviveranno fino al completamento attuativo del PNRR previsto per il 2026²⁴.

In estrema sintesi, il modello di governance disciplinato dal decreto-legge n. 77 prevede, quale organo di natura politica con funzioni di controllo e coordinamento generali, la Cabina di regia, supportata dalla Segreteria tecnica e dal Servizio centrale per il PNRR, presso il Ministero delle Finanze; l'Unità per la razionalizzazione e il miglioramento della regolazione e l'Ufficio per la semplificazione; nonché strumenti e sedi di coordinamento e partecipazione territoriale²⁵, quale il Tavolo permanente per il partenariato economico, sociale e territoriale con funzioni consultive volte ad agevolare la tempistica attuazione degli interventi previsti dal Piano, anche attraverso la segnalazione di eventuali circostanze ostative²⁶.

Ora, le funzioni di coordinamento e controllo dell'attuazione del PNRR affidate alla Cabina di Regia sembrerebbero essere rafforzate (almeno sulla carta) in primo luogo, dalla composizione della stessa – di tipo variabile, *ratione materiae* e aperta all'integrazione territoriale²⁷ – e, in secondo luogo, dalla previsione di cui all'art. 9 del D.l. 77/2021, in base alla quale «Alla realizzazione operativa degli interventi previsti dal PNRR provvedono le Amministrazioni centrali, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali, sulla base delle specifiche competenze istituzionali, ovvero della diversa titolarità degli interventi definita nel PNRR, attraverso le proprie strutture, ovvero avvalendosi di soggetti attuatori esterni individuati nel PNRR, ovvero con le modalità previste dalla normativa nazionale ed europea vigente»²⁸.

²⁴ Sul tema si vedano A. SCIORTINO, *op. cit.*, pp. 236-238; R. CARIDÀ, *Il Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza: la semplificazione normativa nella prospettiva della realizzazione degli investimenti previsti nel Piano, le forme di raccordo con le regioni*, in *Italian Papers on Federalism*, 2022, 42 e ss.

²⁵ Con l'art. 33 del decreto-legge 6 novembre 2021, n. 152 è stato, inoltre, istituito il Nucleo PNRR Stato-Regioni con l'obiettivo di assicurare maggiore supporto tecnico al Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie in relazione all'attuazione degli interventi previsti dal PNRR.

²⁶ Per prendere visione delle funzioni attribuite ad ogni organo si veda il decreto-legge 31 maggio 2021, n.77, artt. Da 2 a 6.

²⁷ La composizione Cabina di Regia è delineata dall'art. 2, commi 1 e 3 del decreto-legge n. 77 del 2021: «È istituita presso la Presidenza del Consiglio dei ministri la Cabina di regia per il Piano nazionale di ripresa e resilienza, presieduta dal Presidente del Consiglio dei ministri, alla quale partecipano i Ministri e i Sottosegretari di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri competenti in ragione delle tematiche affrontate in ciascuna seduta. [...] Alle sedute della Cabina di regia partecipano i Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano quando sono esaminate questioni di competenza di una singola regione o provincia autonoma, ovvero il Presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome, quando sono esaminate questioni che riguardano più regioni o province autonome, ovvero il Presidente dell'Associazione nazionale dei comuni italiani e il Presidente dell'Unione delle province d'Italia quando sono esaminate questioni di interesse locale; in tali casi alla seduta partecipa sempre il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, che può presiederla su delega del Presidente del Consiglio dei ministri. Alle sedute della Cabina di regia possono essere inoltre invitati, in dipendenza della tematica affrontata, i rappresentanti dei soggetti attuatori e dei rispettivi organismi associativi e i referenti o rappresentanti del partenariato economico, sociale e territoriale».

²⁸ U. RONGA, *La Cabina di regia nel procedimento di attuazione del PNRR. Quale modello di raccordo tra Stato e Autonomie?*, in *Italian Papers on Federalism*, 2022, 65 e ss.





Tuttavia, almeno ad oggi, l'effettiva partecipazione e capacità amministrativa delle autonomie risultano marginali rispetto all'intervento governativo e delle strutture centrali: ciò viene giustificato, principalmente, avuto riguardo alla necessità di rispettare i tempi di attuazione del Piano stabiliti dall'UE e, al contempo, della maggior capacità degli organi centrali di individuare in tempi più brevi i possibili ritardi e le difficoltà attuative²⁹. La centralizzazione dell'attuazione del Piano è, inoltre, confermata dalla circostanza per cui, ex art. 12 del decreto legge n. 77/2021,

«In caso di mancato rispetto da parte delle regioni, delle province autonome di Trento e di Bolzano, delle città metropolitane, delle province e dei comuni degli obblighi e impegni finalizzati all'attuazione del PNRR e assunti in qualità di soggetti attuatori, consistenti anche nella mancata adozione di atti e provvedimenti necessari all'avvio dei progetti del Piano, ovvero nel ritardo, inerzia o difformità nell'esecuzione dei progetti,[...] il Consiglio dei ministri individua l'amministrazione, l'ente, l'organo o l'ufficio, ovvero in alternativa nomina uno o più commissari ad acta, ai quali attribuisce, in via sostitutiva, il potere di adottare gli atti o provvedimenti necessari ovvero di provvedere all'esecuzione dei progetti [...]».

L'interesse alla tempestiva e puntuale attuazione delle misure previste dal PNRR discende direttamente dal necessario rispetto degli obiettivi e standard imposti dall'Unione europea e, infatti, le disposizioni di cui al decreto-legge n. 77/2021 sono direttamente attuative degli obblighi assunti in esecuzione del Regolamento UE n. 241/2021. Conseguenza di ciò è l'attribuzione al Governo di una posizione preminente, stante la competenza esclusiva statale in materia di rapporti dello Stato con l'Unione europea ex art. 117, co.2, lett. a) Cost., tra cui rientra, evidentemente, il decreto in esame³⁰. Orbene, come si dirà più approfonditamente nel prossimo paragrafo, l'intervento centrale coinvolge anche dinamiche e procedure riferibili direttamente agli apparati territoriali, sicché, in assenza di un effettivo coinvolgimento delle autonomie nella pianificazione e realizzazione degli interventi del PNRR, la stessa capacità del Governo di intervenire in modo uniforme viene messa in crisi, accentuando così il divario territoriale e, in particolare, tra Nord e Sud Italia.

4. (Segue) Il difficile raccordo tra Stato, Regioni ed enti locali: la questione del "Mezzogiorno"

I profili attuativi del PNRR delineati in precedenza assumono particolare rilievo in relazione alle priorità di coesione sociale e specialmente, per quanto qui è di interesse, al superamento del divario territoriale.

La necessità di un effettivo coordinamento tra i vari livelli di governo dell'ordinamento nella messa in opera delle misure PNRR acquista particolare rilevanza in ambito sanitario, posto che il Piano prevede la realizzazione di progetti inerenti alla medicina territoriale – tele-medicina e tele-monitoraggio – finalizzati all'implementazione di modelli di assistenza domiciliare che richiedono una inevitabile visione e attuazione coesa.

Ora, la questione delle differenze nella qualità dei servizi offerti nelle diverse aree del Paese, tuttavia, non è certo una novità: la varietà di modelli organizzativi dei Servizi Sanitari Regionali (SSR), la riduzione delle risorse pubbliche destinate alla sanità, le misure di contenimento della spesa e il conseguente

²⁹ *Ivi*, 68 e ss.

³⁰ R. CARIDÀ, *op. cit.*, 55-56.



fenomeno della migrazione sanitaria dal Sud al Nord Italia, hanno prodotto risultati differenziali nell'erogazione dei servizi sanitari nei vari territori e, in particolare, con livelli più bassi nel Mezzogiorno³¹.

È proprio nell'ottica di ovviare a tali criticità che vanno, quindi, intesi gli interventi previsti dalla Missione 6 del PNRR. Nello specifico, la materia sanitaria è interessata da tre azioni di riforma volte, in primo luogo, alla definizione di standard strutturali, tecnologici e organizzativi dell'assistenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria in condivisione con le Regioni; in secondo luogo, all'istituzione, attraverso l'approccio "One Health", di un Sistema Nazionale Prevenzione Salute-Ambiente-Clima (SNPS); e, infine, al rafforzamento della governance degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e delle politiche di competenza del Ministero della Salute. Per raggiungere tali risultati la componente 1 della Missione prevede una serie di investimenti orientati allo sviluppo di reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina volte a potenziare i servizi assistenziali territoriali superando la frammentazione e il divario strutturale tra i diversi sistemi sanitari regionali. La seconda componente contiene misure incentrate sulla ricerca, la formazione, l'innovazione e l'ammodernamento delle dotazioni strutturali, tecnologiche e digitali a disposizione del Sistema Sanitario Nazionale³².

Ebbene, se da un lato, il contenuto altamente tecnico delle riforme ed investimenti previsti sembrano giustificare, *prima facie*, un intervento centralizzato dell'esecutivo – specialmente con riguardo all'adozione degli standard richiesti e della disciplina tecnica³³ – dall'altro, occorre evidenziare che, in ragione della complessità degli interventi da attuare e delle specifiche caratteristiche dei territori coinvolti, in assenza di una solida strategia integrata, volta a dotare le articolazioni periferiche delle necessarie competenze e capacità di progettazione, quello della coesione territoriale rimane un obiettivo irraggiungibile³⁴.

Un caso emblematico, in questo senso, è rappresentato dalla recente adozione del c.d. DM 71, decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia, recante il regolamento relativo a «Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale». Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale il 22 giugno 2022, il decreto n.77/2022, sebbene rispetti la tempistica

³¹ Si veda, sul punto, il *Rapporto Svimez 2021*, 39-41: «Dai dati territoriali di fonte ISTAT risultano valori di spesa pro capite mediamente più bassi nelle regioni del Mezzogiorno in tutto il decennio pre-pandemia. La riduzione delle risorse pubbliche in sanità è stata la conseguenza di una serie di misure di contenimento della spesa in tutti i SSR, ma in presenza di vincoli finanziari più stringenti per le Regioni sottoposte a piani di rientro. Il processo di risanamento finanziario che ha interessato le regioni in disavanzo, collocate prevalentemente nel Mezzogiorno, pur confermandosi una relazione positiva tra spesa sanitaria e livello dei servizi erogati (griglia LEA), ha consentito negli anni di "rientro" un progressivo miglioramento, finì al 2018, dei punteggi LEA. Miglioramento che però ha lasciato sostanzialmente inalterati i divari con le regioni che, partendo da migliori condizioni di partenza, hanno avuto relativamente più risorse».

³² *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, 225 e ss.

³³ La preferenza del Governo quale sede deputata all'elaborazione di discipline a contenuto tecnico è spiegata, in dottrina, avuto riguardo alla maggiore capacità dello stesso di disporre dell'insieme di expertise e conoscenze tecniche necessarie alle opportune valutazioni tecnico-scientifiche. Sul Punto si veda A. IANNUZZI, *Il Diritto Capovolto*, cit., 132-133.

³⁴ M. DELLA MORTE, *Il futuro dei territori (e del Sud). Rilanciare rappresentanza e partecipazione per una migliore attuazione del PNRR*, in *Costituzionalismo.it*, 2021, 13-14; L. BIANCHI, C. PETRAGLIA, *Il Piano potrebbe non bastare a ridurre i divari territoriali*, in *Il Sole 24 ore*, 2021.



del 30 giugno 2022³⁵ (riferita al milestone M6C1) è, tuttavia, stato adottato senza l'intesa della Conferenza Stato Regioni: lo schema di DM e i relativi allegati erano stati iscritti all'Ordine del giorno della Conferenza del 16 marzo 2022, sede in cui è stato richiesto il rinvio da parte del Ministero dell'economia e delle finanze. Così, la mancata intesa si è registrata nella seduta della Conferenza Stato Regioni del 30 marzo 2022. Il Consiglio dei ministri, a fronte della reiterazione del voto contrario della Regione Campania³⁶ (impeditivo dell'Intesa), ha ritenuto di adottare la delibera sostitutiva della stessa in data 21 aprile 2022 (pubblicata il successivo 3 maggio) facendo, però, decorrere i 30 giorni previsti dalla normativa vigente per poter procedere senza intesa dal 16 marzo 2022 e ciò, verosimilmente, al fine di rispettare la scadenza del termine di cui al PNRR³⁷. In particolare, la Regione Campania ha ritenuto di non esprimere l'intesa lamentando l'insufficienza delle risorse destinate al personale per le Case della comunità e per gli Ospedali di comunità. Le perplessità del presidente campano sono state da più parti condivise, evidenziando come, alla luce degli standard previsti dall'allegato 2 del D.M., si renderebbero necessari degli investimenti aggiuntivi – individuati nella misura del 25% circa – al fine di coprire il surplus di personale necessario a sostenere le misure di sviluppo e potenziamento della rete

³⁵ Con il comunicato stampa n. 126 del 29 giugno 2022, il Ministero dell'economia e delle finanze ha segnalato il raggiungimento tempestivo di tutti i 45 traguardi e obiettivi indicati dal PNRR per il primo semestre 2022. Il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha, quindi, provveduto ad inviare la richiesta del pagamento della seconda rata dei fondi PNRR, che porterà all'erogazione di 21 miliardi di euro, alla Commissione europea. Gli investimenti e le riforme approvate sono consultabili alla pagina di attuazione del *Piano. Andamento dell'attuazione del piano - Italia Domani*, <https://www.italiadomani.gov.it/it/strumenti/andamento-sull-attuazione-del-piano.html?mission=Salute&orderby=%40jcr%3Acontent%2FyearAndSemesterLabel&sort=desc> (10/08/2022).

³⁶ Il primo "no" era stato formalizzato alla seduta del 30 marzo 2021 e la mancata intesa è stata formalizzata nella seduta del 30 marzo 2022. Il presidente De Luca, in occasione dell'inaugurazione dei nuovi reparti di terapia intensiva e per la procreazione medico-assistita dell'ospedale di Marigliano aveva ribadito che «Il Governo vuole darci ottocento milioni di euro di fondi europei per realizzare 170 case di comunità e colmare un divario rilevante e storico per la medicina territoriale, ma non ci dice dove prenderanno i fondi per il personale e per i costi connessi. Se resta tale situazione come Regione Campania non daremo l'ok all'intesa in Conferenza Stato-Regioni», in *Regioni.it*, newsletter n. 4278, 19 aprile 2022, disponibile al seguente indirizzo web <http://www.regioni.it/newsletter/n-4278/del-19-04-2022/sanita-de-luca-per-le-case-di-comunita-occorrono-fondi-per-il-personale-24081/> (08/09/2022) Ora, se da una parte è comprensibile l'accelerazione delle tempistiche imposta dallo stesso PNRR, dall'altro, è stato correttamente osservato che se la stessa «non sarà accompagnata da una contestuale accelerazione sul modello assistenziale, per esempio, sulle Case della comunità, potrebbe portare alla realizzazione di contenitori (strutture edilizie ad es.) che saranno allestiti senza poi la possibilità di utilizzarli, in quanto l'organizzazione di molte Asl non si sarà adeguata» F. PALUMBO, *I nuovi standard per l'assistenza territoriale e i rischi della mancata intesa in Stato-regioni*, in *quotidianoanità.it*, 2022.

³⁷ Invero, tanto nelle premesse della delibera sostitutiva, quanto nell'atto di conferenza in cui è stata espressa la mancata intesa (Rep. Atti n. 49/CSR del 21 aprile 2022) si legge, rispettivamente che: «Tenuto conto che l'entrata in vigore del predetto provvedimento costituisce una tappa necessaria, secondo quanto previsto dalla programmazione comunitaria, da raggiungere entro il 30 giugno 2022» e «VISTA la nota del 6 aprile 2002, con la quale il Ministero della salute, in virtù del principio di leale collaborazione nell'interpretazione offertane dalla costante giurisprudenza costituzionale, ha chiesto di valutare l'attivazione di ogni possibile iniziativa di composizione, con l'obiettivo di raggiungere l'unanime intesa in sede di Conferenza, anche alla luce del fatto che l'entrata in vigore del regolamento costituisce una specifica milestone europea del Piano nazionale di ripresa e resilienza e deve avvenire entro la data del 30 giugno 2022». Consiglio dei Ministri, Delibera sostitutiva dell'intesa della Conferenza Stato-regioni, relativa allo schema di decreto del Ministro della salute, concernente il regolamento recante «Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale», 21 aprile 2022, disponibile al seguente link [GU Serie Generale n.102 del 03-05-2022](https://www.governo.it/Documenti/2022/05/03/43810000-0000-4000-8000-000000000000).



dei servizi territoriali³⁸, paventandosi, peraltro, il rischio di una (inaccettabile) privatizzazione dell'assistenza³⁹.

Al di là delle criticità appena menzionate, la vicenda ha dato origine alla discussione in ordine ai profili di illegittimità dell'adozione del decreto in assenza di intesa. Nello specifico, è stato rilevato⁴⁰ come il decreto non si sarebbe formato *secundum legem*, avuto riguardo alla sentenza n. 134 del 5 aprile 2006 con cui la Corte costituzionale statuiva la necessità della preventiva acquisizione dell'intesa sui provvedimenti normativi in cui «sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi», ai fini della loro corretta adozione e, al contempo, qualificava gli standard come specificazioni e integrazioni dei LEA⁴¹.

In secondo luogo, sono state sollevate perplessità in ordine alla scelta dell'atto con cui abilitare un regolamento particolarmente complesso e dettagliato come quello in esame. Come evidenziato da Renato Balduzzi, «La questione si articola sotto due profili principali: quello che attiene al rispetto del principio di legalità sostanziale, nel senso che sarebbero consentite al regolamento ministeriale determinazioni prive di una base legale idonea a circoscrivere il potere normativo secondario, e quello concernente il principio di legalità formale, essendo incerti gli oggetti demandati alla competenza del regolamento stesso⁴²». Invero, «il contesto normativo di cui alla bozza di decreto in esame sembrerebbe richiedere piuttosto un provvedimento legislativo e forse anche una norma quadro statale che ne delimiti i principi e criteri⁴³».

Un tanto condiziona inevitabilmente anche le dinamiche di riparto di competenze tra Stato e Regioni: se è pacifico che la determinazione, tanto dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie, quanto (in parte) dei principi fondamentali sull'organizzazione dei servizi sanitari, rientrino nell'alveo delle

³⁸ Nella relazione al Consiglio dei Ministri del Sottosegretario alla Presidenza Roberto Garofoli del 26 maggio 2022 si legge che: «con l'adozione del c.d. decreto 71 è definito il nuovo modello organizzativo e con la firma degli accordi tra il Ministero della Salute e le Regioni/Province autonome sono approntati gli strumenti che definiscono i requisiti per la nuova assistenza, con la riorganizzazione della medicina territoriale in case della comunità (almeno 1.350), ospedali di comunità (almeno 400) e centrali operative territoriali (almeno 600). L'obiettivo al 2026 è quello di avere queste strutture interconnesse, tecnologicamente attrezzate, completamente operative e funzionanti. Inoltre, entro il 2026 gli strumenti di telemedicina dovranno consentire di fornire assistenza ad almeno 800.000 persone over 65 anni in assistenza domiciliare.». Documento disponibile al seguente indirizzo web: [PNRR - Obiettivi di giugno 2022 - Agenzia per la coesione territoriale \(agenziacoesione.gov.it\)](https://www.agenzia-coesione.gov.it/) (09/09/2022).

³⁹ Sul punto si vedano R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *cortisupremeesalute.it*, 2022, 7 e ss.; F. PALUMBO, M.G. LA FALCE, *Tutte le criticità del "dm 71"*, in *quotidianosanità.it*, 2022.

⁴⁰ R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, cit., 3 e ss.

⁴¹ Il riferimento legislativo per gli standard sanitari territoriali (standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza) si rinviene nell'art. 1, comma 169, della l. 30 dicembre 2004, n. 311, il cui testo originario è stato dichiarato incostituzionale dai giudici di Palazzo della Consulta nella parte in cui prevedeva che i regolamenti in materia, ex art. 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, «devono essere adottati "sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano", anziché "previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano"». Corte Cost., sent. n. 134 del 5 aprile 2006.

⁴² R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, cit., 4-5.

⁴³ F. PALUMBO, M.G. LA FALCE, *op. cit.* Sul punto, si veda anche E. JORIO, *Il DM 71 e i dubbi di legittimità costituzionale sulla scelta del Governo di "procedere" in assenza di Intesa*, in *Il sole 24 ore*, 2022.



competenze esclusive statali, è altrettanto vero che l'assenza di precise indicazioni circa gli oggetti riservati alla normazione secondaria⁴⁴ possono comportare possibili conflitti di attribuzione. Nel caso in esame il problema si pone con riferimento alla distinzione, operata nell'allegato tecnico del D.M. 71, tra componenti prescrittive (Allegato 2 "Ricognizioni Standard") e componenti descrittive (allegato 1 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale") e, più precisamente rispetto alla circostanza per cui alcuni standard, sono stati indicati nelle parti "descrittive" sollevando dubbi circa la natura cogente o meramente orientativa⁴⁵. La carenza di precise prescrizioni, in *primis*, alimenta le perplessità circa la suscettibilità di tali materie ad essere oggetto di disciplina regolamentare⁴⁶ e, in secondo luogo, rappresenta un ostacolo alla costruzione di una rete territoriale effettivamente omogenea e al superamento delle disparità esistenti nell'erogazione dei servizi tra regioni.

Ebbene le criticità sin qui emerse si aggiungono alla circostanza per cui, poiché Regioni ed Enti locali, come già evidenziato, sono responsabili della realizzazione di una parte significativa degli investimenti previsti dal Piano, la scarsa capacità progettuale che caratterizza, in particolare, le amministrazioni del Mezzogiorno, espone le stesse al rischio del mancato assorbimento di tali investimenti, tenuto conto, in *primis*, che gli stessi vengono distribuiti tra le amministrazioni beneficiarie attraverso procedure selettive e, in secondo luogo, avuto riguardo alla circostanza che le amministrazioni locali dovranno sostenere uno sforzo di spesa che va ad aggiungersi alla spesa per la politica di coesione⁴⁷.

Il rischio conseguente all'assenza di progetti in grado di ottemperare ai criteri e alle tempistiche pre-determinate e quindi, il mancato assorbimento degli investimenti nel meridione, è quello del trasferimento dei progetti in altri territori del Paese – verosimilmente, al Centro-Nord⁴⁸: tali meccanismi, evidentemente finalizzati a scongiurare la restituzione dei fondi all'UE⁴⁹, allontanano il raggiungimento degli obiettivi di coesione territoriale.

Dunque, in ragione dell'elevata quantità di risorse messe a disposizione delle regioni del Sud, appare necessaria «l'elaborazione di strategie complesse di progettualità e spesa che si muovano nel verso

⁴⁴ Sul punto F. PALUMBO, M.G. LA FALCE, *op. cit.*: «Alla luce di quanto sopra una prima riflessione a seguito della lettura della bozza di decreto concerne la necessità di operare una distinzione tra gli standard direttamente collegati all'erogazione delle prestazioni di cui al vigente DPCM Lea 2017 e quelli che invece sono gli aspetti organizzativi legati ai requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici minimi per l'esercizio di attività sanitarie come nel caso di ospedale di comunità case della famiglia, che in qualche modo attengono alla competenza concorrente delle Regioni».

⁴⁵ Così, ad esempio, non vengono previste come prescrittive le indicazioni per i Distretti, l'Infermiere di Famiglia o Comunità e i Sistemi Informativi e Qualità.

⁴⁶ R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, cit., 6 e ss.

⁴⁷ V. *Rapporto SVIMEZ 2021*, 57 e ss. Nello specifico, «Per il completamento del ciclo 2014-2020, reso ancora più sfidante dalle assegnazioni di REACT-EU, dovranno essere attuati e spesi, in base agli obiettivi di spesa fissati al 2023, oltre 37 miliardi di euro in poco più di 2 anni. La fase conclusiva del ciclo 2014-2020, inoltre, si sovrappone con l'avvio del periodo di programmazione 2021-2027, che assegna all'Italia complessivamente 83 miliardi di euro da utilizzare entro il 2030», cit. p.62. Si veda anche S. MANGIAMELI, *Covid-19 e Unione europea. La risposta alla crisi sanitaria come via per riprendere il processo di integrazione europea*, in *dirittifondamenti.it*, 2021.

⁴⁸ *Ivi*, 63.

⁴⁹ Sul funzionamento del *Recovery Fund*, le dinamiche di prestito e restituzione dei fondi all'Unione, si veda F. SALMONI, *Recovery Fund: vincolo esterno, obblighi sovranazionali inderogabili e sanzionabili. Attività di indirizzo politico o discrezionalità amministrativa?*, in *Rivista AIC*, 2022, 2-4.



della complementarità delle misure e delle azioni necessita dell'apporto degli organi della rappresentanza, nazionale, regionale e [...] locale⁵⁰», affinché siano garantiti, in primo luogo, l'allocazione dei fondi in coerenza con l'obiettivo di ridurre il divario territoriale; in secondo luogo, l'assorbimento efficace degli stessi da parte delle amministrazioni beneficiarie; e, infine, che le risorse erogate non vengano distratte dalla loro destinazione. Ora, la (necessaria) componente democratico partecipativa sembra difettare nella struttura della Governance delineata dal già menzionato D.l. n. 77/2021 ove, specie nella fase attuativa, gli organismi centrali – in primis, la Cabina di Regia – operano in autonomia. Invero, come efficacemente rilevato da C. Colapietro, «Le Regioni [...] avrebbero dovuto essere coinvolte attraverso lo strumento dell'intesa e non avere il ruolo, poi inveratosi nella prassi attuativa del Piano, di meri destinatari di flussi informativi. A tal proposito, si parla di un «federalismo di mera esecuzione», in cui gli enti dell'autonomia del territorio sono meri fautori di politiche decise “lontano” dagli organismi politici esponenziali delle realtà a cui si riferiscono»⁵¹. Di fatto, gli strumenti predisposti per il coordinamento e la partecipazione territoriale si sono rivelati insufficienti a garantire un'effettiva partecipazione di tutti gli attori coinvolti nell'attuazione e monitoraggio del PNRR. Anzitutto, si rileva che nelle uniche due occasioni in cui si è riunita la Cabina di Regia, «non risultano interventi dei rappresentanti degli enti locali: il dato contribuisce a dare conto di un coinvolgimento piuttosto marginale delle Regioni, almeno per il tramite della Cabina di regia⁵²». Questo coinvolgimento è in parte recuperato con il Tavolo permanente, che in ragione della sua composizione, favorisce le dinamiche negoziali tra gli attori e portatori di interesse coinvolti dal Piano ma che, al contempo, rappresenta «una sede e uno snodo in cui si realizza di fatto una sorta “spoliticizzazione” del processo, ciò a svantaggio delle ipotesi di integrazione politica, anche lungo il versante centro-periferia» e in cui «il contributo delle autonomie, di per sé già limitato, è acquisito senza specifica distinzione o “legittimazione” rispetto a quello di stakeholders e di attori ulteriori⁵³».

In definitiva, affinché quello dell'eliminazione del divario territoriale e della conseguente eguale tutela dei diritti costituzionalmente garantiti – tra cui quello alla salute – su tutto il territorio nazionale non rimanga un traguardo utopistico, come è stato efficacemente osservato dal Professore Della Morte, è necessario «recuperare l'apporto del Parlamento, specie sul piano strategico, e garantire percorsi partecipativi finalizzati al monitoraggio democratico degli interventi. [...] Recuperare una connessione tra luoghi della rappresentanza (Consigli) e movimenti civici operativi nelle diverse realtà territoriali (associazioni, comitati ecc.) consentirebbe, infatti, la formazione di domande aggregate più rispondenti ai reali interessi della popolazione, che potrebbero, a loro volta, incidere sull'efficacia delle politiche⁵⁴».

⁵⁰ M. DELLA MORTE, *op. cit.*, 12.

⁵¹ C. COLAPIETRO, *op. cit.*, 334; F. PALUMBO, *op. cit.*

⁵² U. RONGA, *op. cit.*, 73-75.

⁵³ *Ivi*, 76.

⁵⁴ M. DELLA MORTE, *op. cit.*, 15.



5. Note Conclusive

La recente esperienza della crisi pandemica da Covid-19 ha drammaticamente evidenziato i punti deboli del Paese, primo fra tutti, l'organizzazione sanitaria e, conseguentemente, la necessità di adottare misure uniformi – specialmente di natura tecnica, orientate alla digitalizzazione – finalizzate a migliorare l'equità ed efficienza dei servizi erogati ai cittadini, superando i divari economico-sociali, così da garantire una ripresa e uno sviluppo effettivo del sistema Paese⁵⁵.

Da un lato, il complesso sistema del Next Generation EU (NGEU) ha il pregio, non solo di porsi come utile strumento per la ripresa degli Stati membri afflitti dalla pandemia, ma di rappresentare «un progetto con un significato politico molto importante, poiché si impegnerebbe anche per una ripresa basata sui valori dell'UE e sui diritti fondamentali, compresi i diritti sociali, e per garantire una presenza più forte dell'Europa nel mondo⁵⁶»; dall'altro lato, tuttavia, non è privo di debolezze⁵⁷.

In particolare, il rigore dei vincoli esterni derivanti dal complesso normativo del NGEU⁵⁸, e, in particolare dei traguardi ed obiettivi contenuti nei PNRR – da cui dipende l'erogazione dei sostegni finanziari – ha evidenti ricadute sulle dinamiche istituzionali nazionali.

Come si è cercato di mettere in luce nel corso della trattazione, gli obblighi di risultato imposti dall'UE, unitamente alla natura tecnica della maggior parte delle misure previste dal piano, hanno acuitizzato il fenomeno dell'accentramento dei poteri nelle mani dell'esecutivo, marginalizzando progressivamente, tanto il ruolo delle autonomie, quanto quello degli organi rappresentativi. Detta dinamica, risulta particolarmente evidente in tema di sanità, materia che ha fatto esperienza, e continua a vedere, frequenti travalicamenti dei poteri dello Stato a discapito delle competenze regionali. Le scelte di gestione della pandemia e, da ultimo, l'organizzazione predisposta per l'attuazione del PNRR, evidenziano una governance sbilanciata verso l'esecutivo, cavalcando l'onda del modello basato sull'«interesse unitario», consolidatosi già dopo la riforma del Titolo V della Costituzione.

Se è condivisibile, ed anzi auspicabile, l'applicazione uniforme di discipline e misure che consentano, in modo eguale, su tutto il territorio nazionale, il godimento dei diritti costituzionalmente garantiti – tra cui, evidentemente, quello alla salute – allo stesso tempo, il raggiungimento di simili obiettivi non

⁵⁵ Si legge nello stesso PNRR come «La pandemia ha evidenziato la vulnerabilità dei sistemi sanitari di fronte a tassi di contagio elevati e altre debolezze strutturali. La crisi economica ha ridotto la capacità degli Stati membri di crescere, e ha esacerbato gli squilibri e le disparità territoriali. Si deve pertanto puntare a rafforzare le catene di approvvigionamento e le infrastrutture industriali e sanitarie», la stessa, in particolare, «ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale [...]. Vi sono: (i) significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio; (ii) un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali; (iii) tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni; (iv) una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari». V. *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, 13, 225-226.

⁵⁶ S. MANGIAMELI, *op. cit.*, 579. Si veda anche L. CHIEFFI, *Una nuova stagione per i diritti sociali? La spinta offerta dal Recovery Fund per il rilancio dei welfare sanitari*, in *BioLaw Journal*, 2021, 3 ss.

⁵⁷ Sul punto si vedano in generale, S. MANGIAMELI, *op. cit.*; F. SALMONI, *op. cit.*; A. SCIORTINO, *op. cit.*, C. COLAPIETRO, *op. cit.*; F. BILANCIA, *Indirizzo politico e nuove forme di intervento pubblico nell'economia in attuazione del Recovery and Resilience Facility*, cit., 36 e ss.

⁵⁸ F. SALMONI, *op. cit.*, 5 e ss.



può prescindere da un effettivo coordinamento e collaborazione tra i diversi livelli di governo⁵⁹. Solo valorizzando le specificità territoriali attraverso percorsi partecipativi e democratici⁶⁰ nonché dotando (tutte) le amministrazioni degli strumenti necessari per partecipare attivamente alla ripresa, in ossequio al principio di leale collaborazione, è possibile pensare di raggiungere gli obiettivi delineati nel PNRR, specie in tema di coesione tra le aree del Nord e Sud Italia.

⁵⁹ C. COLAPIETRO, *op. cit.*, 333: «Il fenomeno della coesione, nato dal principio solidaristico di cui all'art. 2 Cost., non può che essere il mezzo più idoneo a fondare un sistema pluralista, aggregante e rappresentativo degli interessi in un sistema democratico. Si dà pertanto vita a quello che può essere definito un sistema multidimensionale, se si considera il profilo prettamente territoriale della coesione, fondato sul principio di sussidiarietà verticale e orizzontale quale canone di attribuzione delle competenze concorrenti. Si potrebbe dire, con le parole di Amorth, che, in questo contesto, le Regioni e le politiche attuative ispirate al principio di sussidiarietà debbano essere, pertanto, presidi dell'unitarietà come difesa dell'uguaglianza sostanziale».

⁶⁰ Così, ad esempio, il *Plan de recuperación transformación y resiliencia* spagnolo, collega direttamente l'attività dell'esecutivo a strumenti partecipativi e, in particolare, a sistemi di dialogo e consultazione con le «Comunidades Autónomas, con gli enti locali, con Foros e Consigli consultivi». M. DELLA MORTE, *op. cit.*, 16 e 17.