

La dimensione territoriale delle cure sanitarie: il principio costituzionale del pluralismo e le politiche comunitarie*

Filippo Pizzolato**

SOMMARIO: 1. Valore e dimensioni della personalizzazione dei servizi sanitari. – 2. Salute e autonomia territoriale nello spazio europeo. – 3. L’apporto del Comitato delle Regioni.

1. Valore e dimensioni della personalizzazione dei servizi sanitari

Nella prospettiva della Costituzione italiana i servizi alla persona sono inseparabili da un contesto curativo che rispecchi e promuova il pluralismo etico-sociale dei cittadini. Entro questa concezione, costituzionalmente fondata, è evidente come «il soddisfacimento di un diritto che interessa la persona globalmente considerata non possa trovare completa realizzazione se l’esercizio del diritto non si può esplicitare anche come pretesa a prestazioni omogenee rispetto alle concezioni proprie e più generali di vita del soggetto»¹. Questo approccio è confermato anche laddove – come per l’istruzione, per la quale è prevista

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco. Il saggio riprende e amplia i contenuti della relazione svolta al XIX Convegno nazionale di diritto sanitario “Salute e sanità nella prospettiva europea. Oltre l’art. 168 TFUE?”, Milano, 5-6 novembre 2021.

** Professore ordinario di Diritto costituzionale nell’Università di Padova, filippo.pizzolato@unipd.it.

¹ A. MATTIONI, *Iniziativa pubblica e iniziativa privata nell’attuazione del servizio sanitario nazionale*, 1977, ora in Id., *Società e istituzioni. Una raccolta di scritti*, Napoli, Jovene, 2005, p. 75. Dello stesso A., vedi anche *La legge-quadro 328/2000: legge di attuazione di principi costituzionali*, in E. BALBONI, B. BARONI, A. MATTIONI, G. PASTORI (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n.328/2000 e provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Milano, 2003, ora ripubblicato nella raccolta richiamata (in particolare, pp. 816-817); A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2014, p. 40.

(art. 33.2 Cost.) l'istituzione obbligatoria di scuole statali di ogni ordine e grado – sembra contraddetto, poiché la scuola statale è indefettibile proprio in quanto “contenitore” che accoglie il più esteso pluralismo educativo, riguardato e salvaguardato sia dal lato dei docenti, sia da quello dei discenti.

Calato, come qui si deve fare, sulla sanità, questo approccio pluralistico è l'espressione costituzionalmente ispirata di un modello, che può avere diverse declinazioni anche organizzative, denominato *Patient-Centered-Care*². Esso non si esaurisce entro un piano filosofico-speculativo, ma esige una traduzione coerente, comprensiva di accorgimenti istituzionali e organizzativi³. Tra questi, restando nel solco tracciato dalla Costituzione, merita una sottolineatura il legame tra tutela della salute e promozione delle autonomie sociali e territoriali, entro cui la persona sviluppa, matura e concretamente vive la *sua* dimensione del pluralismo. L'idea del sistema integrato pubblico-privato, assurto a vero e proprio paradigma dei servizi alla persona, ha questa primaria fondazione e qualità costituzionale. La stessa Corte costituzionale si è, in alcune decisioni particolarmente ispirate (sentenze 215/1987, 167/1999 e 233/2005), spinta fino a riconoscere un rilievo terapeutico alla relazione.

Ciò non toglie che, per la tutela della salute, in misura maggiore rispetto ad esempio ai servizi sociali, questa dimensione etico-sociale sia chiamata a convivere con un'altra componente, marcatamente professionalizzata e soprattutto ad elevata specializzazione tecnica. Le due dimensioni devono coesistere e trovare un punto di equilibrio, per evitare i rischi opposti del sequestro tecnico del paziente⁴ o del “dilettantismo” volontaristico della cura. Il principio, al contempo assiologico e organizzativo, del pluralismo etico-sociale dei servizi alla persona ha conosciuto una fase di celebrato fulgore nella stagione – complessivamente breve – coincisa con la riscoperta della sussidiarietà, nelle sue declinazioni verticale e orizzontale. Quella stagione, nonostante il forte ancoraggio ideale e culturale alla Costituzione, si è però rivelata effimera. Si è assistito, da un lato, al ritorno a una logica di centralizzazione, che si ritiene necessitata e trainata dal crescente condizionamento imposto dallo sviluppo tecnologico; e, dall'altro, più insidiosamente, a una qualche torsione interna alla stessa accezione di pluralismo, nella direzione di non equivalenti visioni della personalizzazione della cura. La concezione personalistica-pluralistica è infatti affiancata e

² Sulle cui varianti e poste in gioco v. S.J. TANENBAUM, *What is Patient-Centered Care? A Typology of Models and Missions*, in *Health Care Analysis*, 2015, sep., pp. 272-287.

³ A. PIOGGIA, *Diritto sanitario*, cit., p. 210.

⁴ R. BALDUZZI, *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia*, in *Corti supreme e salute*, 2/2020, p. 354 ritiene inaccettabile «che le questioni concernenti la salute siano demandate esclusivamente alla competenza tecnico-scientifica e ai decisori politico-amministrativi, non soltanto per una ragione “interna” al sistema dell'assistenza sanitaria (senza il coinvolgimento motivato e operoso dell'interessato gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione perdono drasticamente efficacia, soprattutto nella cosiddetta “società del rischio”), ma altresì per una ragione, per dir così, “esterna”, e cioè che il diritto fondamentale alla tutela della salute è strettamente correlato all'interesse della collettività, di modo che le decisioni che concernono il primo hanno effetti sul secondo e viceversa».

progressivamente sopravanzata da un ripensamento della relazione di cura che enfatizza il valore dell'autonomia individuale del paziente (la sua auto-determinazione) e, come corollario, del suo consenso⁵, contro ogni tipo di "paternalistico" privilegio terapeutico del medico, senza tuttavia che sia accordato il giusto rilievo al contesto sociale e territoriale entro cui la relazione di cura avviene.

Per verso ancora differente, e potenzialmente generatore di maggiori criticità, la personalizzazione è declinata, ormai anche in sanità, come dimensione della cosiddetta *smart city*, e cioè in termini di organizzazione di servizi pubblici personalizzati perché digitalizzati e progettati per sfruttare la messa a sistema dei dati, mediante l'interoperabilità delle infrastrutture tecnologiche e informatiche (*e-Health*)⁶. In questo contesto, non più avveniristico, la personalizzazione può costituire, anche per le cure sanitarie, oltre che naturalmente la possibilità di un monitoraggio continuativo e di interventi più efficaci e tempestivi, la premessa della profilazione dell'utente, secondo logiche senz'altro attrattive per il mercato, assai sensibile alla profittabilità della gestione dei *big data*⁷. Qualche passo, invero molto prudente e consapevole delle criticità, in questa direzione lo ha compiuto anche l'Unione Europea: se ne può cogliere una traccia nelle *Conclusioni del Consiglio su una medicina personalizzata per i pazienti* (2015/C 421/03), che invitano la Commissione a «esaminare, sulla base di uno studio svolto nell'ambito del terzo programma per la salute (2014-2020), come si possa realizzare il potenziale dei megadati, di cui si fa uso nella medicina personalizzata, per contribuire a sistemi sanitari innovativi, efficienti e sostenibili, nel rispetto del diritto alla protezione dei dati personali. Questo studio dovrebbe prendere in considerazione anche gli aspetti etici, giuridici e sociali»⁸.

⁵ Su questo modello, v., ad es., M. CHIODI, M. REICHLIN, *Morale della vita. Bioetica in prospettiva filosofica e teologica*, Brescia, 2017, pp. 382-383; G.U. RESCIGNO, *Dal diritto di rifiutare un determinato trattamento sanitario secondo l'art. 32, co. 2, Cost., al principio di autodeterminazione intorno alla propria vita*, in *Diritto Pubblico*, 2008, p. 111; F. PIZZOLATO, *Autodeterminazione e relazionalità nella tutela della salute*, in *Corti supreme e salute*, 2/2018, p. 429 ss.

⁶ F. BRIA, E. MOROZOV, *Ripensare la smart city*, trad. it., Torino, 2018, pp. 15, 17, 31-32 e 62 (per un'applicazione possibile all'ambito sanitario); un approccio equilibrato e consapevole in M. TOMASI, *Il volto umano della salute digitale nelle città intelligenti*, in G.F. FERRARI (a cura di), *Le smart cities al tempo della resilienza*, Milano-Udine, 2021, p. 529: «l'integrazione dei servizi della medicina digitale nel quadro organizzativo e gestionale delle *smart cities* può contribuire a una funzione di centralizzazione della persona. Questa incontra una doppia declinazione, riguardando, da un lato, la personalizzazione dei servizi e, dall'altro, della realizzazione dell'*empowerment* della persona, termine di difficile traduzione, con il quale si può fare riferimento a un processo virtuoso di crescita ed evoluzione individuale e sociale»; e p. 538.

⁷ Sull'accesso ai servizi sanitari nell'era digitale, v. G. DI FEDERICO, S. NEGRI, *Unione europea e salute*, Milano, 2019, p. 215 ss.; sul legame tra tutela della salute e sviluppi della *smart city*, v. anche M. PIETERSE, *Urban Governance and the Right to a Healthy City*, in *European Yearbook of Constitutional Law 2020. The City in Constitutional Law*, Berlin, 2021, p. 190; S. SICA-B.M. SABATINO, *Algoritmi e salute*, in G.F. FERRARI (a cura di), *Smart city. L'evoluzione di un'idea*, Milano-Udine, 2020, soprattutto p. 566 ss.

⁸ Si v. anche la direttiva 2011/24/UE, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, soprattutto gli articoli 14 e 15.

2. Salute e autonomia territoriale nello spazio europeo

Il legame tra tutela della salute e riconoscimento-valorizzazione delle autonomie sociali e territoriali è inscindibile nella Costituzione. E, invero, a maggior ragione lo dovrebbe essere se si ha riguardo al concetto di salute ricavabile dalla definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità («uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto in un'assenza di malattia»), che abbraccia le dimensioni del benessere psico-fisico, sicché le correlazioni con la qualità complessiva della convivenza diventano essenziali⁹. In effetti, anche sulla scena internazionale, al di là delle formali attribuzioni, si assiste a un'attivazione degli enti locali attorno ad obiettivi, direttamente o indirettamente (i cosiddetti «determinanti sociali»¹⁰), di natura sanitaria¹¹.

Il concreto rispetto di questo legame è questione che andrebbe valutata anzitutto con riguardo all'assetto repubblicano dei servizi sanitari. Nel titolo V, lo spazio dell'autonomia legislativa delle Regioni è avvalorato, tra l'altro, dall'attribuzione allo Stato di una competenza esclusiva in tema di livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, che rivela, *a contrario*, la pertinenza della politicità di Regioni ed enti locali rispetto alla promozione e alla tutela dei diritti stessi. I servizi sanitari, come è noto, sono stati interessati da riforme legislative che hanno riguardato soprattutto la *governance* e anche attualmente lo sono, con riferimento al procedimento in corso verso un regionalismo differenziato. A valle di questa evoluzione, il principio autonomistico nell'organizzazione sanitaria ha però subito significative menomazioni, a danno in particolare del coinvolgimento degli enti locali, che è stato sostanzialmente ritrattato rispetto all'impianto promozionale della l. 833/1978¹². Regionalizzazione ed aziendalizzazione hanno fatto tutt'uno nella riforma del 1992, benché questo esito, anche tutto concedendo alle finalità efficientistiche della riforma, fosse tutt'altro che necessario¹³; non a caso, le successive riforme del 1999

⁹ M. PIETERSE, *Urban Governance*, cit., pp. 192 e 194: «The “healthy cities” and “human rights cities” movements, together with associated collective local government action at various scale, present invaluable opportunities to reorient urban governance and locale government law towards the participatory, bottom-up pursuit of the right to health».

¹⁰ Anche questa definizione deriva dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Si v. L. BUSATTA, *Partecipazione, inclusione e interoperability: l'ottimizzazione dei servizi alla persona nella smart city sostenibile*, in G.F. FERRARI (a cura di), *Le smart cities al tempo della resilienza*, cit., p. 592 ss..

¹¹ Si v., tra le altre, la rete delle città sane, ma anche l'attivazione delle città per l'obiettivo della transizione ambientale. Rinvio alle considerazioni svolte in F. PIZZOLATO, *Economia globale e città: note introduttive su una dialettica centrale per le democrazie del XXI secolo*, in *Economia pubblica*, 1/2020, pp. 110-111.

¹² Condivisibile la recente ricostruzione di F. SAITTA, *Autonomie territoriali e governo della sanità*, in *Ist. Fed.*, 3-4/2018, pp. 791-794.

¹³ Sintetico, ma efficace, F. SAITTA, *Autonomie territoriali*, cit., p. 795: «Regionalizzazione ed aziendalizzazione hanno, quindi, comportato un sostanziale svuotamento delle funzioni comunali in sanità, ma se era in certo senso scontato che la scelta tecnocratica fosse la necessaria risposta alle inefficienze delle Usl, non era altrettanto ovvio che alla stessa si accompagnasse una ridefinizione delle funzioni amministrative allocate ai diversi livelli territoriali, ben potendo immaginarsi un modello di governo aziendale che poggiasse sullo stesso impianto di competenze disegnato dal legislatore del 1978».

e del 2012 hanno posto qualche correttivo a questa situazione. Si tratta di un'evoluzione già abbondantemente ricostruita dalla dottrina e, in questa sede, non vi si può aggiungere alcunché.

Peraltro, a ragionare attorno a un dato di attualità, facilmente si verifica che l'importanza del legame con il territorio resta questione fondamentale e irrisolta, tutt'altro che contraddetta dalla recente crisi pandemica¹⁴, che ha evidenziato piuttosto i limiti della carenza di "sensori" capillarmente collocati sul territorio per rilevare tempestivamente bisogni di cura sanitaria e rispondervi. Essa ha tragicamente messo a nudo i limiti di una cura – e a volte di una morte – cui è stata sottratta la forza terapeutica o almeno il sollievo della relazione affettiva. Non a caso, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ha posto, tra gli obiettivi generali, la Missione 6, dedicata alla Salute, declinata in una riforma (la n. 1) che comprende «Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima», il cui investimento (1.1) consiste nella predisposizione di «Case della Comunità»: vi si legge che «l'emergenza pandemica ha evidenziato con chiarezza la necessità di rafforzare la capacità del SSN di fornire servizi adeguati sul territorio. (...) Il progetto di realizzare la Casa della Comunità consente di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. Nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie. La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale»¹⁵. Almeno nella progettualità espressa, la Casa della Comunità dovrebbe essere il luogo dell'integrazione tra servizi sociali e sanitari, in coeren-

¹⁴ Si v., sul piano dell'analisi costituzionalistica, il recente contributo di G. RIVOSECCHI, *Riparto delle competenze e finanziamento delle funzioni tra Stato e Regioni nella tutela del diritto alla salute: dall'emergenza alla stabilizzazione*, in *Diritto e Società*, 2/2021, p. 226 s., che mette in luce l'effetto combinato di accentramento determinato dalle crisi economico-finanziaria e pandemica e insiste sul principio collaborativo; v. anche R. BALDUZZI, *Cinque cose da fare*, cit., pp. 340 e 342, per il quale, più che dei servizi territoriali, la crisi pandemica ha evidenziato la necessità di «più rete tra servizi territoriali ed ospedalieri, così da considerare in modo unitario la complessiva rete dei servizi sanitari e di tutela della salute»; F. SAITTA, *Autonomie territoriali*, cit., p. 812: «le esigenze di contenimento della spesa pubblica ed i vincoli sovranazionali hanno inciso notevolmente sulle relazioni intergovernative, dando vita ad una sorta di dottrina dello stato di eccezione, volta a giustificare macroscopiche violazioni della ripartizione delle competenze per realizzare le politiche di austerità che connotano sul piano finanziario le attuali relazioni tra Stato e Regioni»; v. anche, in questo numero della rivista, G. TARLI BARBIERI, *Alcune osservazioni sparse sull'equità nella salute e nei servizi sanitari*, soprattutto i par. 3 e 4.

¹⁵ Sul punto, prime considerazioni in R. BALDUZZI, *Quale assetto istituzionale del nuovo Ssn tra Stato e Regioni?*, in *L'Arco di Giano*, 108/2021, p. 28 ss., che lamenta una limitata attenzione per l'esigenza di un maggiore coinvolgimento delle amministrazioni comunali e provinciali; più diffusamente, E. ROSSI, *Le "Case della comunità" del PNRR: alcune considerazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata*, in *Corti supreme e salute*, 2/2021, p. 362 ss.; F. PIZZOLATO, *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute*, in *Diritti fondamentali*, 2022, n. 1, pp. 421-446.

za con la visione ampia di salute che si è richiamata, e dunque rappresenta l'occasione di uno strutturale raccordo tra enti locali e Regioni.

Posta la centralità costituzionale della questione del ruolo delle autonomie territoriali e sociali nella tutela della salute, anche il pertinente diritto euro-unitario deve essere confrontato con questo tema, che costituisce un profilo del più ampio rapporto intercorrente tra principi fondamentali della Costituzione e diritti inviolabili (i cosiddetti *controlimiti*), da un lato, e primato del diritto comunitario, dall'altro. La salute è espressamente qualificata dall'art. 32 Cost. quale diritto fondamentale. Tanto più che, per questo ambito dell'ordinamento, le attribuzioni riconosciute all'Unione Europea non autorizzano a parlare di cessione di sovranità. L'UE, spesso accusata di "frigidità" sociale¹⁶, vi si muove con competenze limitate e, come quasi sempre accade in questioni di protezione sociale, deve fare i conti con una forte e radicata eterogeneità dei Paesi membri¹⁷. La mancata considerazione di queste limitate attribuzioni e, in generale, della natura specifica, composita¹⁸, dell'ordinamento comunitario può generare errori di prospettiva¹⁹ e, sul piano politico, alimentare scetticismi verso l'integrazione europea. Sul piano metodologico, occorre dunque partire da questa avvertenza, anche se, a distanza ormai di due decenni, è lecito nutrire una certa delusione (e forse una speranza per il futuro) circa l'utilizzazione complessivamente modesta della Carta europea dei diritti fondamentali, possibile leva di un'integrale politicizzazione e costituzionalizzazione dell'Unione Europea²⁰. La costruzione di un *welfare* europeo deve quindi seguire vie che possono apparire oblique, facendo perno ad esempio sui fenomeni di mobilità transfrontaliera o sulle implicazioni economiche delle prestazioni sociali²¹.

¹⁶ La celebre espressione di G.F. MANCINI, *L'incidenza del diritto comunitario sul diritto del lavoro degli Stati membri*, in *Rivista di diritto europeo*, 1/1989, p. 7.

¹⁷ Rinvio a F. PIZZOLATO, *Il sistema di protezione sociale nel processo di integrazione europea*, Milano, 2002, p. 17 ss.

¹⁸ G. DELLA CANANEA, *L'Unione europea. Un ordinamento composito*, Roma-Bari, 2003.

¹⁹ Errore in cui non ricade G. FARES, *La tutela della salute del cittadino europeo: diritto o libertà?*, in *dirittifondamentali.it*, 2/2019, pp. 41-42, il quale opportunamente distingue, nella tutela della salute, tra i poteri dello Stato nei confronti delle Regioni e i poteri, assai meno incisivi, dell'Unione Europea nei confronti degli Stati membri: «mentre sul piano interno l'ordinamento costituzionale appresta tutti quei mezzi – quali i poteri sostitutivi statali, gli interventi perequativi e, soprattutto, la definizione dei LEA – volti ad assicurare l'unità e l'indivisibilità della Repubblica, a livello sovranazionale quella stessa leva non può essere azionata, stante la carenza dei relativi poteri in capo alle istituzioni europee, cui difetta anche – e in modo significativo – la capacità di organizzare la fornitura di trattamenti e prestazioni di assistenza medica e farmacologica» (p. 41).

²⁰ L'art. 51 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea specifica, al par. 2, che «la presente Carta non introduce competenze nuove o compiti nuovi per la Comunità e per l'Unione, né modifica le competenze e i compiti definiti dai trattati». Su profili particolari di questo tema, v. il recentissimo contributo di A. AMATO, *Disapplicazione giudiziale della legge e Carta di Nizza. Profili costituzionali*, Napoli, 2021, p. 179 ss.

²¹ È la prospettiva realistica e acuta tracciata, sin dal titolo, nei saggi, riferiti soprattutto alla direttiva 2011/24/UE, contenuti in D. MORANA (a cura di), *L'assistenza sanitaria transfrontaliera. Verso un welfare state europeo?*, Napoli, 2018. Della stessa A. si v., ora, in questo stesso fascicolo, *Verso un diritto eurounitario alle cure? La direttiva sull'assistenza transfrontaliera tra obiettivi ambiziosi e debolezze competenziali dell'Unione*.

Non si può però dire che manchino, per un diritto euro-unitario della salute, basi normative, che, pur con i limiti esposti, sono differenti²². In via di sintesi, si può affermare che l'Unione Europea *integri* le politiche sanitarie nazionali, *sostenendo* i sistemi dei singoli Stati membri nel raggiungimento di obiettivi comuni, nella condivisione delle risorse e nel superamento delle sfide comuni. L'art. 6 TUE annovera infatti la tutela e il miglioramento della salute umana tra le competenze di sostegno. In materia, l'UE interviene anche predisponendo e finanziando progetti. I Paesi membri – con le rispettive articolazioni istituzionali interne – restano i principali responsabili dell'organizzazione e della fornitura di servizi sanitari e di assistenza medica.

La debolezza dei poteri normativi non va confusa con indifferenza rispetto ai fini. La tutela della salute è infatti qualificata in termini di obiettivo trasversale, comune a tutte le politiche, dell'Unione Europea (art. 9 TFUE), e ciò potrebbe valere ad attenuare la rigidità del principio di attribuzione²³. In particolare, a proposito di interconnessione tra politiche, su cui dall'origine confida l'integrazione secondo il metodo funzionalistico, l'art. 114 TFUE prevede misure volte al ravvicinamento delle legislazioni degli Stati per l'instaurazione e il funzionamento del mercato interno, con riferimento espresso (par. 3) anche alla sanità²⁴. L'art. 114 va letto e interpretato in connessione con gli articoli 52 e 56 TFUE, in tema di libera circolazione dei servizi, comprensivi – ancora una volta – di quelli sanitari²⁵. Percorrendo interpretativamente queste interdipendenze, la dottrina è pervenuta significativamente a delineare una sorta di «libertà di scelta», di tipo consumeristico, estesa ai servizi sanitari²⁶.

Con l'art. 168 TFUE (introdotto con il Trattato di Amsterdam), la tutela della salute assurge al rango di autonoma politica europea²⁷, non più pertanto in dipendenza dalle esigenze della libera circolazione o della coesione economica e sociale. E tuttavia, il par. 7 dell'art. 168 prevede che «l'azione dell'Unione rispetta le responsabilità degli Stati membri per la definizione della loro politica sanitaria e per l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari e di assistenza medica. Le responsabilità degli Stati membri includono la gestione dei

²² Si rinvia, tra gli altri, a G. FARES, *La tutela della salute*, cit., p. 4 ss.

²³ G. DI FEDERICO-S. NEGRI, *Unione europea e salute*, cit., p. 22.

²⁴ Si v. ad esempio direttiva 2011/24/UE del 9 marzo 2011 che richiama espressamente (anche) questo articolo. Su questa direttiva si è concentrata la giurisprudenza comunitaria in materia.

²⁵ Si v. C. giust., 31 gennaio 1984, C-286/82 e 26/83; 28 aprile 1998, C-158/96; 15 giugno 2010, C-211/08. Sul punto, si v. G. FARES, *La tutela della salute*, cit., pp. 11 ss. e 30, in cui l'A. si chiede se il diritto alla salute, quando supera i confini nazionali, «possa ancora configurarsi come diritto sociale pieno e diretto o se invece si riduca ad una libertà, mediata dalla interposizione delle competenze statali (cfr. art. 35 Carta di Nizza), di ricevere le prestazioni sociali per effetto o quale prodotto del processo di integrazione europea e dell'esercizio delle libertà a sfondo consumeristico nell'ambito del mercato europeo dei servizi»; *ibidem*, pp. 48-49.

²⁶ G. FARES, *La tutela della salute*, cit., p. 31 ss. L'analogia consumeristica è valorizzata dalla ricostruzione di A. ERRANTE PARRINO, *La consumerizzazione del paziente e la Direttiva 2011/24 sull'assistenza sanitaria transfrontaliera*, in *Eur. dir. priv.*, 1/2017, p. 335 ss.

²⁷ A. PAPA, *La tutela multilivello della salute nello spazio europeo: opportunità o illusione?*, in *federalismi.it* 4/2018, p. 91.

servizi sanitari e dell'assistenza medica e l'assegnazione delle risorse loro destinate». Come è stato chiosato, «il paragrafo conclusivo (...) riconosce agli Stati la competenza esclusiva (“responsabilità”, nelle parole del Trattato) relativamente all'organizzazione e all'erogazione dei servizi, delle prestazioni sanitarie e dell'assistenza medica, rilevando, dunque, come sia ancora impensabile un'armonizzazione dei sistemi e delle normative nazionali nella disciplina della sanità pubblica al fine di giungere alla nascita di un sistema sanitario europeo»²⁸.

Complessivamente, come si ricava dalla sintesi, aggiornata agli eventi pandemici, proposta dalla Commissione europea²⁹, le politiche e le azioni dell'Unione Europea in materia di salute pubblica sono intese a proteggere e migliorare la salute dei cittadini dell'UE; sostenere la modernizzazione e la digitalizzazione dei sistemi e delle infrastrutture sanitari; migliorare la resilienza dei sistemi sanitari europei; attrezzare i Paesi membri per prevenire e affrontare meglio le pandemie future.

Se la salute è essenzialmente obiettivo di politiche per le quali l'UE integra l'azione degli Stati, vi è da rilevare un cammino di parziale (e inconclusa) soggettivizzazione euro-unitaria del diritto alla salute, prospettabile dall'art. 35 della Carta di Nizza e, ancor prima, dall'art. 11 della Carta sociale europea, adottata dal Consiglio d'Europa nel 1961 (rivista nel 1996), largamente però ignorata dalla stessa UE che non l'ha nemmeno menzionata nella Carta di Nizza³⁰, e poi ancora dal cosiddetto “Pilastro europeo dei diritti sociali” del 2017. E tuttavia tutte queste potenziali leve di soggettivizzazione del diritto alla salute scontano il limite penalizzante dell'assenza di corrispondenti azioni efficaci.

Un ulteriore canale di influenza comunitaria sulla sanità, non però diretto verso il primato della salute, è la disciplina della stabilità finanziaria, in generale e specificamente declinata in termini di preoccupazione per la *sostenibilità dei sistemi sanitari* (così come di quelli previdenziali), al cospetto di sfide comuni, e dunque per i processi di razionalizzazione dei sistemi stessi avviati dai singoli Paesi³¹.

Posta la limitatezza delle attribuzioni vincolanti e l'eterogeneità degli Stati membri (tanto più a seguito dell'allargamento), risulta pressoché fatale che, in materia sanitaria, il paesaggio appaia tutt'altro che uniforme, tanto meno sul versante, che qui è battuto, dell'accentramento o del decentramento autonomistico. Può essere interessante, a riguardo, analizzare le conclusioni di uno studio del 2012, commissionato dal Comitato delle Regioni, sul tema de «La gestione dei sistemi sanitari negli Stati membri dell'UE. Il ruolo degli enti locali e regionali»³², dal quale si è tratta la conclusione per cui la «organisation of health

²⁸ A. PAPA, *La tutela multilivello*, cit., p. 92.

²⁹ https://ec.europa.eu/health/policies/overview_it

³⁰ A. PAPA, *La tutela multilivello*, cit., p. 89.

³¹ G. DI FEDERICO-S. NEGRI, *Unione europea e salute*, cit., p. 87 ss.

³² <https://cor.europa.eu/en/engage/studies/Documents/health-systems/health-systems-it.pdf>; v. anche, in argomento, F. PALUMBO, *Il contesto europeo del nuovo Patto per la salute. Adegamenti, riforme e sistemi di classificazione dei sistemi*

care services differs widely between countries in the EU. In Greece, Ireland, Luxembourg and France, health care is organised centrally: it's the national government that is responsible for health care expenditure. But in other countries, like Italy, Sweden and Spain, health care expenditure is managed by subnational authorities³³. La differenza attiene ai modelli, ma anche – più prosaicamente – alla loro implementazione. Non sempre, infatti, a un'impostazione ideale corrisponde un coerente dato organizzativo (in Italia *in primis*, come si è detto).

Tale differenziazione presuppone però, entro il contesto europeo, nell'ambito della tutela della salute, una qualche omogeneità³⁴, in termini almeno di riferimento a valori condivisi che, in effetti, sono stati espressamente richiamati, già nel giugno 2006, dal Consiglio dell'Unione Europea, con conclusioni dedicate ai valori e principi comuni dei sistemi sanitari dell'Unione Europea³⁵. Tali conclusioni non giungono a fissare – come condiviso – il criterio della territorialità dell'assistenza. Il documento si limita a stabilire e ad elencare principi di universalità, di accesso a cure di buona qualità, di equità e solidarietà; nonché la preoccupazione per la sostenibilità finanziaria. Si aggiunge però un paragrafo dedicato al «coinvolgimento del paziente. Tutti i sistemi sanitari dell'UE tendono ad avere al centro il paziente. Ciò significa che questi cercano di coinvolgere i pazienti nelle terapie da essi amministrare, di essere trasparenti e di offrire loro, nella misura del possibile, delle scelte, per esempio tra vari prestatori di servizi sanitari. Ciascun sistema mira a offrire ai singoli informazioni sul loro stato di salute e il diritto ad essere pienamente informati sulle cure loro offerte e ad acconsentirvi. Tutti i sistemi dovrebbero inoltre avere una responsabilità verso il pubblico e garantire una buona direzione e la trasparenza».

Alla luce di questo autorevole documento, si può affermare che comune all'approccio dei Paesi europei sia il modello *Patient-Centered-Care*, suscettibile di diverse declinazioni organizzative. Le richiamate conclusioni del Consiglio vanno infatti nella direzione di non ritenere «opportuno cercare di standardizzare i sistemi sanitari». Non si può quindi pretendere di trarre dall'ordinamento comunitario una spinta vincolante nella direzione di un assetto autonomistico dei servizi sanitari, ma nemmeno vi si dovrebbe vedere una minaccia allo stesso.

Esemplare di questa pluralità di approcci alla centralità del paziente è la direttiva 2011/24/UE, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, tra le cui premesse (al n. 39) si legge che «i flussi di pazienti tra gli Stati membri sono limitati e dovrebbero rimanere tali in quanto la grande maggioranza dei pazienti nell'Unione riceve assistenza sanitaria nel proprio paese e preferisce in questo modo. Tut-

sanitari in Europa, in *Quotidianosanità.it*, 27.3.21; F. MAINO, *La governance della politica sanitaria in Europa tra decentramento e ri-accentramento: alcuni casi a confronto*, in *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, 2/2009, p. 93 ss.

³³ <https://cor.europa.eu/ga/our-work/Pages/EURegionalBarometer-HealthStory.aspx>

³⁴ F. PIZZOLATO, *Il sistema di protezione sociale*, cit., p. 17 ss.

³⁵ 2006/C 146/01.

tavia, in determinate circostanze, i pazienti possono cercare alcune forme di assistenza sanitaria in un altro Stato membro. Esempi in tal senso sono le cure altamente specializzate, o le cure prestate nelle regioni frontaliere nelle quali la struttura idonea più vicina è situata al di là del confine. Inoltre, alcuni pazienti desiderano essere curati all'estero per essere vicini ai loro familiari residenti in un altro Stato membro, o per avere accesso a un metodo di cura diverso da quello previsto nello Stato membro di affiliazione o perché ritengono di ricevere un'assistenza sanitaria qualitativamente migliore in un altro Stato membro»³⁶.

3. L'apporto del Comitato delle Regioni

Vi è uno scarto – non certo nuovo – tra obiettivi e competenze attribuite all'Unione Europea in ordine alla tutela della salute. Questo ricorrente dislivello chiama in causa il principio di sussidiarietà, nelle diverse direzioni in cui questo può orientare le politiche pubbliche. Con riguardo al ruolo delle autonomie territoriali infra-nazionali, merita sottolineare come, in sede di verifica del rispetto del principio di sussidiarietà da parte delle istituzioni europee, le stesse autonomie possano esercitare una funzione di sollecitazione rivolta verso il Parlamento nazionale, secondo quanto prevedono l'articolo 25 della l. 234/2012 e la relativa attuazione regionale, o anche verso il Comitato delle Regioni³⁷. Il Protocollo n. 2 sull'applicazione dei principi di sussidiarietà e di proporzionalità prevede, all'articolo 6, che «spetta a ciascun parlamento nazionale o a ciascuna camera dei parlamenti nazionali consultare all'occorrenza i parlamenti regionali con poteri legislativi»; e, all'articolo 7, che i relativi ricorsi alla Corte di Giustizia «possono essere proposti anche dal Comitato delle regioni avverso atti legislativi per l'adozione dei quali il trattato sul funzionamento dell'Unione europea richiede la sua consultazione». Per questa via³⁸, le autonomie infra-statali possono contribuire a preservare la differenziazione dei sistemi (sanitari) e, laddove sia prevista, la loro articolazione territoriale.

Questa procedura si iscrive come profilo della problematica, più ampia e complessiva, del ruolo e del peso delle autonomie territoriali nell'architettura istituzionale dell'Unione

³⁶ Va quindi condiviso l'approccio di chi sostiene che «è possibile riconoscere diversi tipi di pazienti che ricorrono alla ricerca di assistenza sanitaria oltre i confini nazionali. Questo elenco ricomprende: turisti; studenti; pensionati che si trasferiscono in Paesi con tassazione più bassa; cittadini che ambiscono a prestazioni più innovative o efficaci; cittadini che hanno legami culturali o linguistici con i paesi in cui vanno trattati» (G. FARES, *La tutela della salute*, cit., p. 47).

³⁷ Si veda, ad esempio, la l.r. Lombardia 17/2011, art. 7. In dottrina, sul ruolo del Comitato delle Regioni nell'attuazione del principio di sussidiarietà, v. C. NAPOLITANO, *La coesione territoriale e il Comitato delle Regioni dell'Unione Europea*, in *federalismi.it*, 2/2017, pp. 11-14, che sottolinea il ruolo svolto dal *Subsidiarity monitoring network* – una rete interattiva che connette gli attori regionali e locali in tutta l'UE – di cui il Comitato si avvale per la redazione dei suoi pareri; e quello, minore, svolto dal Comitato stesso nella procedura dell'*Early Warning System* (*ibidem*, 14 ss.); P.L. PORTALURI, *La coesione politico-territoriale: rapporti con l'Europa e coordinamento Stato-autonomie*, in *federalismi.it*, 22/2016, p. 9.

³⁸ Sulla limitata efficacia di questo strumento, v. J. LUTHER, *La sussidiarietà come principio sussidiario del diritto pubblico comune europeo*, in D. CIAFFI, F.M. GIORDANO (a cura di), *Storia, percorsi e politiche della sussidiarietà. Le nuove prospettive in Italia e in Europa*, Bologna, 2020, p. 216.

Europea³⁹. Le autonomie territoriali sono soggetti rappresentati nell'architettura istituzionale composita dell'Unione Europea, anzitutto entro il Comitato delle Regioni, organo con funzioni consultive. Con l'evoluzione dei Trattati, l'organo ha guadagnato una più chiara legittimazione democratica, posto che i suoi membri devono ora essere «rappresentanti delle collettività regionali e locali che sono titolari di un mandato elettorale nell'ambito di una collettività regionale o locale, o politicamente responsabili dinanzi ad un'assemblea eletta» (art. 300, TFUE). Restano però gli Stati membri a definire le modalità di distribuzione dei seggi tra i diversi enti territoriali nazionali. Vi sono poi le norme che disciplinano la possibilità della partecipazione al Consiglio dell'UE di rappresentanti delle autonomie territoriali. Complessivamente, seppur accresciuta negli anni, la cittadinanza comunitaria delle autonomie è rimasta debole e, in ragione delle differenti forme di Stato, condizionata dalla statualità medesima⁴⁰.

Occorre dedicare un riferimento alla Carta europea delle autonomie locali, adottata dai Paesi aderenti al Consiglio d'Europa, che, soprattutto nel preambolo, riconosce un legame stretto tra democraticità e autonomie territoriali, ma la cui effettività è pregiudicata, o almeno fortemente depotenziata, da diversi fattori: «facoltà di ratifica parziale e clausole di *opting out*; giustiziabilità rimessa ai soli giudici domestici; grande quantità di rinvii alla legge; declamazione di principi programmatici»⁴¹.

Nel complessivo e articolato compito di coordinamento e sostegno dell'UE in ambito sanitario, un ruolo è dunque svolto dal Comitato delle Regioni, che deve essere consultato in sede di elaborazione di normative importanti, tra cui quelle in materia di trasporti e di reti trans-europee (artt. 91, 100 e 171 TFUE), di politiche occupazionali (artt. 149-149 TFUE), di politiche sociali (artt. 153 e 164 TFUE), di incentivazione all'istruzione, alla formazione ed alla cultura (artt. 165, 166, 167 TFUE), di ambiente ed energia (artt. 192 e 194 TFUE), di politiche di coesione economico-sociale (artt. 175 e 177 TFUE), di Fondo di Sviluppo Regionale (art. 178 TFUE) e – appunto – di salute (art. 168 TFUE).

³⁹ Su questo tema, cfr. O. CHESSA, *L'Europa delle Regioni: illusioni e delusioni*, in *federalismi.it*, 7/2020; C. PERATHONER, *Le "Regioni" nel diritto dell'Unione europea: limiti, potenzialità e visioni*, in *federalismi.it*, 7/2020; M. TOMASI, *Autonomie regionali e identità costituzionale degli Stati membri nell'orizzonte sovranazionale europeo*, in *federalismi.it*, 5/2020, p. 232 ss., C. DRIGO, *Multilevel Governance dell'Unione europea: autonomie territoriali e processi europei di produzione normativa*, in *federalismi.it*, 15/2018; G. RIVOCCHI, *Le autonomie territoriali nell'architettura istituzionale dell'Unione europea*, in *Diritti regionali*, 1/2018, p. 308 ss.; F. PIZZOLATO, P. COSTA, *Le autonomie territoriali fra principi europei e tradizioni costituzionali comuni*, in *L'Europa dei tre disincanti. Liber Amicorum per Giovanni Cocco*, a cura di P. CARNEVALE, E. CASTORINA, G. GRASSO e R. MANFRELOTTO, Napoli, 2021, p. 711 ss.

⁴⁰ Si v. il giudizio (comprensivo di criticità) cui perviene l'articolata analisi di M. TOMASI, *Autonomie regionali*, cit., pp. 287-288.

⁴¹ P. COSTA, *La Carta europea dell'autonomia locale tra postdemocrazia e iperdemocrazia. Appunti per una rilettura giuridica, alla luce della giurisprudenza costituzionale*, in *Rivista italiana di diritto pubblico comunitario*, 1/2018, p. 65, il quale, però, si spinge oltre, sino ad elaborare una spiegazione più profonda – e convincente – della difficoltà di conciliare i contenuti di questa Carta con il tradizionale dispositivo della democrazia rappresentativa (*ibidem*, 82-83); cfr. ora anche F. CORVAJA, *Un'autonomia à la carte? La Carta europea dell'autonomia locale nell'ordinamento italiano, tra vincolo giuridico e interpretazioni riduttive*, in F. PIZZOLATO-G. RIVOCCHI-A. SCALONE (a cura di), *La città oltre lo Stato*, Torino, 2022, p. 141 ss.

Il Comitato delle Regioni ha in effetti emesso su questioni sanitarie numerosi pareri e raccomandazioni, con riferimento specifico da ultimo alla crisi pandemica. Non è certamente possibile ripercorrerli compiutamente, ma può essere utile tentare di ricavare qualche orientamento di fondo dal posizionamento di questo organo in occasione di snodi significativi, coinvolgenti il diritto alla salute.

In sede programmatica, il Comitato ha espresso un ordine di priorità per il periodo 2020-2025, la cui cifra riassuntiva può essere colta nella centralità del principio di coesione, «quale valore fondamentale di tutte le politiche e di tutti i programmi dell'UE»⁴². Tale valore trova declinazione e riscontro più puntuale negli obiettivi e, in particolare, nella priorità numero 3, dedicata a «la coesione, il nostro valore fondamentale: politiche dell'UE basate sul territorio», con la quale si intenderebbe «garantire la promozione e il rispetto della coesione economica, sociale e territoriale in tutte le politiche dell'Unione che hanno un impatto sulle persone e sui luoghi in cui esse vivono (politiche basate sul territorio). Essa metterà in evidenza il valore aggiunto della coesione non solo come politica, ma anche come valore fondamentale che deve ispirare tutte le politiche dell'UE». Se ne deduce un orientamento caratterizzante, per il quale la coesione è l'angolo prospettico privilegiato delle politiche comunitarie, anziché una politica settoriale.

Più immediatamente in ambito sanitario, vi è il posizionamento del Comitato sul *programma Eu4Health*⁴³. Nel parere sul pacchetto di sostegno ai sistemi sanitari, il Comitato delle regioni ha criticato i governi nazionali per la riduzione del bilancio proposto. Il Comitato ha sottolineato che i servizi sanitari, che vengono gestiti a livello locale e regionale in molti Stati membri dell'UE, hanno bisogno di investimenti e di innovazione per ridurre le disuguaglianze sanitarie e far fronte all'invecchiamento della popolazione. Ha inoltre raccomandato il coinvolgimento degli enti locali e regionali nella gestione dei sistemi sanitari, così come nella definizione delle priorità e nell'attuazione del programma, in considerazione del loro ruolo essenziale in materia di salute, prevenzione e sostegno.

In questa specifica area tematica, un severo banco di prova è naturalmente rappresentato dalle strategie adottate in contrasto alla pandemia da Covid-19. Intervenendo sull'argomento, il Comitato (per il tramite della *Commission for Territorial Cohesion Policy and EU Budget* – COTER) ha sottolineato, leggendo la vicenda pandemica nel prisma della

⁴² <https://cor.europa.eu/it/our-work/Pages/cor-priorities.aspx>. Sul rilievo e sull'efficacia del Comitato delle Regioni nelle politiche di coesione si v. lo studio analitico di F. SPERA, *Il Comitato delle Regioni quale guardiano degli interessi regionali nell'Unione europea: analisi sull'impatto dei pareri del Comitato nel dibattito sul Quadro finanziario pluriennale 2021-2027 e la Politica di coesione*, in *Rivista giuridica del Mezzogiorno*, 3-4/2020, soprattutto pp. 766-767.

⁴³ Il programma è istituito con Regolamento UE 2021/522 del Parlamento europeo e del Consiglio del 24.3.2021, fondato sull'art. 168, par. 5, TFUE. Per il parere del CdR (Cor-2020-02917-00-00), si v. GU C 440 del 18.12.2020. Una sintesi del parere è contenuta nello stesso sito del Comitato: <https://cor.europa.eu/it/news/Pages/eu-s-regions-and-cities-call-on-national-governments-to-increase-eu-health-package-.aspx>. Si v. sullo stesso programma il parere del Comitato Economico e Sociale sulla «Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo all'istituzione di un programma d'azione dell'Unione in materia di salute per il periodo 2021-2027 e che abroga il regolamento (UE) n. 282/2014 ("programma UE per la salute") (EU4Health)» COM(2020) 405 final – 2020/0102 (COD).

coesione, come la crisi abbia aggravato le disuguaglianze esistenti, anche nel settore sanitario. Il Comitato delle Regioni ha argomentato la necessità di una risposta locale alla crisi, come conseguenza logica della natura asimmetrica dell'impatto della pandemia⁴⁴. I membri del Comitato delle Regioni hanno cioè, da un lato, espresso sostegno per un ruolo più incisivo dell'Unione Europea in materia di sanità, rivolgendo ai governi nazionali richieste affinché questi concordino un più robusto pacchetto di sostegno finanziario ai sistemi sanitari; dall'altro, in una serie di raccomandazioni adottate nella sessione plenaria del 7, 8 e 9 maggio 2021, hanno sostenuto che i piani europei volti a fronteggiare le crisi sanitarie sono compromessi da un'insufficiente considerazione dell'importanza degli enti locali e regionali, che costituiscono un caposaldo dei sistemi sanitari in due terzi dei Paesi dell'UE⁴⁵.

Le raccomandazioni del Comitato delle Regioni vanno inoltre nella direzione di rafforzare l'interlocuzione tra le agenzie specializzate dell'UE (Agenzia europea per i medicinali e Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie) e le autonomie territoriali, nonché della creazione di una rete di ospedali di riferimento, specializzati nello studio e nel trattamento delle malattie infettive.

Un elemento di riflessione, apportato al dibattito da rappresentanti del Comitato, riguarda l'importanza dell'assistenza sanitaria transfrontaliera nell'emergenza Covid-19, grazie alla quale è stato possibile effettuare il trasferimento di pazienti da un Paese all'altro per beneficiare di prestazioni sanitarie, soprattutto durante la prima ondata della pandemia. Ambientando nuovamente le osservazioni nel contesto valoriale della coesione, il Comitato mostra di combinare le ragioni dell'autonomia con quelle della solidarietà, contraddicendo così possibili interpretazioni disgregative dell'autonomia territoriale.

Recente e interessante è il parere reso sull'«Attuazione del dispositivo per la ripresa e la resilienza», assunto nella sessione plenaria del 1° e 2 dicembre 2021⁴⁶. In esso, il Comitato lamenta che, nonostante il ribadito ruolo «in prima linea» delle autonomie territoriali nella lotta alla pandemia, «gli enti locali e regionali non sono stati sufficientemente coinvolti nel processo di preparazione dei piani nazionali di ripresa e resilienza, e che nella maggior parte dei casi la misura in cui il contributo degli enti locali e regionali è stato integrato nei piani è impossibile da determinare; si rammarica altresì del fatto che nella maggior parte degli Stati membri l'elaborazione dei PNRR sia stata un processo dall'alto verso il basso, il

⁴⁴ «...in short: Asymmetric impact, local response. It is clear that the COVID-19 crisis in the EU is a crisis at the regional level. Health care in many EU countries is governed at the regional and local level, especially in some of the harder hit countries like Spain and Italy. The pandemic hit some EU regions very hard, with excess mortality of more than 100 % in some of them, and others hardly experiencing any impact, with big differences even within countries. On top of that comes the health infrastructure and available health care workers, which also show high variability between regions. Looking ahead, the asymmetric impact of the COVID-19 crisis on regions' healthcare systems shows the need for place-sensitive responses in the EU» (<https://cor.europa.eu/cs/our-work/Pages/EURegionalBarometer-HealthStory.aspx>).

⁴⁵ Cfr. <https://cor.europa.eu/it/news/Pages/eu-must-work-more-with-regions-and-cities-on-health-matters.aspx>.

⁴⁶ Cor-2021-03682-00-00, rel. Jonkman.

che comporta un rischio di centralizzazione di importanti investimenti pubblici e pregiudica l'esito finale del dispositivo per la ripresa e la resilienza». Tale critica può essere estesa alle ricadute interne al nostro ordinamento⁴⁷.

Riemerge così il problema cruciale e più generale del rapporto tra autonomie territoriali ed Unione Europea: quello cioè di interventi europei, a carattere prevalentemente finanziario, che certamente supportano le funzioni degli enti locali e regionali, ma senza riconoscere loro maggiore autonomia, in conseguenza del carattere *top down* che ancora connota in negativo l'azione comunitaria⁴⁸. La riproposizione di questo limite, in conclusione, riaffaccia concretamente il pericolo, nell'ordinamento composito euro-unitario, di autonomie "usate" nella fase di implementazione delle politiche e dunque di un coinvolgimento limitato alla produzione di *output* delle politiche stesse, anziché alla loro progettazione partecipata.

⁴⁷ S. CAMPOSTRINI, M. DEGNI, A. FERRI, *Introduzione: le sfide per i comuni e le "gambe" per sostenerle*, in M. DEGNI (a cura di), *Rapporto Ca' Foscari sui comuni 2021 La risposta dei comuni alla crisi pandemica*, Roma, 2021, p. 13 ss.

⁴⁸ Autonomie come *policy-takers*, anziché *policy-makers*, secondo la distinzione di K. KOESSLER, A. KRESS, *European Cities Between Self-government and Subordination: Their Role as Policy-Takers and Policy-Makers*, in *European Yearbook*, cit., p. 274.