

I REPORT DEL CESDIRSAN

Comitato scientifico

Beniamino Caravita di Toritto †

Rosario Ferrara

Marcella Gola

Vittorio Manes

Andrea Nicolussi

Alessandra Pioggia

Marco Ruotolo

Maria Alessandra Sandulli

Comitato di redazione

Alessandra Coiante

Nicola Posteraro

Veronica Sordi

IL COMITATO DI RICERCA SI CONFRONTA

atti del II ciclo di Seminari (2022-2023)

a cura di

FLAMINIA APERIO BELLA

NICOLA POSTERARO

MARIA ALESSANDRA SANDULLI

Editoriale Scientifica

Tutti i diritti sono riservati

© 2024 Editoriale Scientifica srl

Via San Biagio dei Librai 39
Palazzo Marigliano
80138 Napoli

www.editorialescientifica.com

ISBN 979-12-5976-894-0

INDICE

<i>Introduzione dei Curatori</i>	7
----------------------------------	---

Diritto costituzionale

DAVIDE DE LUNGO <i>La dimensione costituzionale della salute alla luce del PNRR: prime riflessioni</i>	11
---	----

ADRIANA APOSTOLI <i>La dimensione costituzionale del diritto alla salute tra emergenza pandemica e PNRR</i>	23
--	----

Diritto civile

STEFANO CORSO <i>Trattamento di dati sanitari e tutela della persona. Dal consenso alla volontà</i>	41
--	----

ARIANNA THIENE <i>Divieto di trattamento di dati relativi alla salute, consenso dell'interessato e innovazione tecnologica</i>	75
---	----

Diritto penale

ILARIA GIUGNI

*Altre pratiche lesive della salute sessuale femminile:
l'art. 583 bis c.p.*

115

MARINA DI LELLO FINUOLI

*Sui profili penali della c.d. violenza ostetrica: problemi
e prospettive*

129

Diritto amministrativo

CLAUDIA TUBERTINI

*Equità ed efficienza nel finanziamento del SSN:
la prospettiva giuridica*

157

ALBERTO ZANARDI

Equità ed efficienza nel sistema sanitario nazionale

173

LA DIMENSIONE COSTITUZIONALE DEL DIRITTO ALLA SALUTE TRA EMERGENZA PANDEMICA E PNRR

*Adriana Apostoli**

SOMMARIO: 1. Gli effetti della pandemia sul piano interno e il “nodo”, ancora attuale, del regionalismo differenziato. – 2. L’“eredità” della pandemia nel percorso costituzionale di integrazione europea. – 3. Le ricadute interne del principio di solidarietà emerso a livello sovranazionale. – 4. L’attività sportiva, emblema del legame tra le Missioni n. 5 e n. 6 del PNRR.

1. Gli effetti della pandemia sul piano interno e il “nodo”, ancora attuale, del regionalismo differenziato

La vicenda pandemica impone anche alla scienza costituzionalistica più di una riflessione, che in questa sede credo possa essere offerta attraverso due differenti chiavi di lettura, peraltro non del tutto coincidenti nelle linee politiche.

Da un lato, una considerazione strettamente legata all’ordinamento giuridico interno e che ha riguardo all’effetto della pandemia sulle regole di funzionamento costituzionalmente previste dell’apparato statale.

* Professoressa ordinaria di Diritto costituzionale presso l’Università degli Studi di Brescia.

Dall'altro lato, una notazione istituzionale o esterna, che prende in considerazione l'impatto dell'emergenza sul funzionamento complessivo dell'ordinamento giuridico nazionale e, specialmente, sulle relazioni che intrattiene con quello sovranazionale.

Rispetto al primo punto, la fase pandemica può essere considerata un "anno zero" per l'ordinamento giuridico e, di riflesso, per il diritto costituzionale. Si ragiona, infatti, di un prima e di un dopo la pandemia anche in relazione ai temi più classici di questa scienza giuridica, fra i quali possono essere richiamati le fonti del diritto, la forma di governo e la forma di Stato. Il presupposto da cui muove questa considerazione è che un ordinamento retto da una Costituzione rigida che prevede, accanto all'articolazione dei poteri, un nutrito catalogo di diritti di libertà e di diritti sociali non può, nemmeno di fronte alle situazioni di palese emergenza, rinunciare alla primaria funzione di "proteggere" i cittadini di fronte a un "nemico" esterno, di infondere sicurezza alla propria comunità.

La messa a fuoco delle problematiche connesse a questi temi rappresenta la cartina di tornasole del *se* e del *come* le regole del costituzionalismo democratico-sociale sono state in grado di far fronte alle sfide complesse e sconosciute a cui sono stati chiamati a rispondere gli ordinamenti statali.

Un'analisi di questo tipo non può verosimilmente limitarsi al contingente perché alcune delle criticità che si sono manifestate nel 2020 hanno origini risalenti che trovano fra l'altro fondamento nelle profonde alterazioni – se non vere e proprie discriminazioni – ormai consolidate all'interno del nostro sistema costi-

tuzionale con particolare riferimento all'effettività del diritto alla salute.

Questo tema rappresenta, com'è noto, una delle possibili espressioni delle evidenti fragilità del livello di governo regionale nella gestione di situazioni complesse (sia sufficiente richiamare il fenomeno del c.d. turismo sanitario, su cui almeno Pinelli 2018, p. 5; Angelini 2019, p. 19; Sandulli 2020, p. 261-262; Tarli Barbieri 2022, p. 305), che nel frangente qui preso in considerazione si è “stirato” a tal punto da porre in aperta tensione il cardine dell'uguaglianza nella sua dimensione spaziale (si ricordi la legge regionale della Valle d'Aosta 9 dicembre 2020, n. 11 che ha previsto la sostituzione del modello statale di gestione dell'emergenza con uno regionale; è noto che la legge valdostana è stata sanzionata dalla sentenza n. 37 del 2021 della Corte costituzionale, su cui almeno Morana 2021, p. 15; Cuocolo, Gallarati 2021, p. 11-16; Mazzola 2021, p. 575-578).

Continuando a riflettere attorno alla tensione che ha colpito il principio di eguaglianza, vale peraltro la pena di ricordare che la “corsa” del coronavirus è iniziata nelle Regioni del nord Italia (Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna) che a partire dal 2017 hanno intrapreso i percorsi di attuazione del c.d. regionalismo differenziato (art. 116, terzo comma, Cost.) mossi, fra l'altro, dalla necessità di mantenere e in qualche modo salvaguardare gli elevati standard dei relativi sistemi sanitari.

È noto che a fronte del dilagare dei contagi quelle Regioni hanno manifestato, in un primo momento, un esplicito riposizionamento politico rispetto alla

volontà di proseguire il percorso della differenziazione, posto che a fronte del “*burnout*” dei propri servizi sanitari si è reso necessario chiedere un sostegno alle realtà regionali confinanti.

Terminata la fase acuta dei contagi, gli stessi livelli di governo intermedi sono tuttavia tornati a manifestare la volontà di riattivare il progetto di attuazione della clausola di asimmetria, forti probabilmente anche del c.d. disegno di legge Calderoli (Staiano 2023, p. X; Mone 2023, p. 197-198) dimostrando una certa indifferenza nei confronti di alcuni dei fondamentali valori del costituzionalismo del Secondo dopoguerra che la pandemia avrebbe potuto portare in primo piano (solidarietà e coesione sociale e territoriale).

Invero, prima di promuovere forme di differenziazione nella soddisfazione, in particolare, dei diritti sociali, sarebbe necessario riuscire a ridistribuire le risorse tra i territori aiutando quelli maggiormente in difficoltà nel produrre reddito (art. 119 Cost.). In assenza di un intervento volto a riequilibrare le differenze esistenti fra le realtà territoriali non sembra costituzionalmente accettabile l’idea di rafforzare realtà locali che già godono di una solida struttura economica e sociale. Sarebbe invece più opportuno procedere a una «*devoluzione al contrario*» retta dal principio di solidarietà, ovvero una «redistribuzione delle risorse in grado di rimuovere gli ostacoli che limitano di fatto la libertà e l’eguaglianza delle persone nei territori svantaggiati» (Azzariti 2023).

La soddisfazione dell’obiettivo indicato dall’art. 116, terzo comma, Cost. nell’ambito del settore sanitario sembra, peraltro, sollevare interrogativi complessi.

L'obiettivo della norma non consiste, invero, nel mero conferimento di maggiore autonomia alle Regioni, ma comporta assegnazioni specifiche delle competenze legislative e amministrative che potrebbero minare il principio di eguaglianza *anche* nel contesto della garanzia e della tutela del diritto alla salute.

I principi di universalità, globalità ed equità che guidano il Sistema sanitario nazionale sono viceversa orientati a ridurre le disuguaglianze fra i territori e, quindi, a minimizzare le differenze di trattamento tra i beneficiari dei relativi servizi. L'attivazione della clausola di differenziazione potrebbe viceversa consolidare tali diversità provocando finanche il peggioramento delle condizioni di salute di alcuni cittadini solo a causa del relativo luogo di residenza e non in ragione di criteri oggettivi (UPP 2022, p. 4-5).

Le argomentazioni che accompagnano le richieste di accesso a forme e condizioni particolari di autonomia sembrano aver riportato indietro le “lancette” dell’attuazione dei principi costituzionali, atteso che la ritenuta necessità di differenziazione non sembra argomentata al fine di approntare un sistema sanitario diverso da quello indicato dalla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale. Pare, piuttosto, riferirsi alla «captazione del gettito fiscale» dimodoché i maggiori contributi delle Regioni “differenziate” restino al loro interno e non siano divisi con quelle considerate meno virtuose dando quindi luogo a un «regionalismo “separatista”» (Azzariti 2023, v. anche Staiano 2020, p. 3-6).

Se questo è l'obiettivo, le preoccupazioni relative alla c.d. autonomia differenziata non sono legate alle

modalità con cui sarebbero gestiti i sistemi sanitari nel Paese, ma ai diversi livelli di protezione che potrebbero essere offerti ai cittadini. Il rischio è, infatti, che emergano diverse interpretazioni del diritto alla salute in relazione ai servizi sanitari regionali e, più a monte, a seconda del modo in cui i legislatori regionali concepiscono il concetto di malattia (Sandulli 2020, p. 258; *contra* Ceffa 2019, p. 21-32).

2. *L'“eredità” della pandemia nel percorso costituzionale di integrazione europea*

Rispetto al secondo punto, ovvero le relazioni che l'ordinamento giuridico italiano intrattiene con quello europeo, si ritiene invece che la necessità di risollevare il Paese da una crisi economica e sociale senza precedenti abbia comportato, in sinergia con il modello di governo dell'economia sovranazionale, l'adozione di un “piano strategico” di ripartenza il cui obiettivo non è limitato a ristabilire lo *status quo ante* perché coglie nella crisi l'occasione per superare alcuni storici divari fra aree del Paese.

Il punto di maggior interesse in questa sede riguarda il deciso cambio di passo dell'istituzione sovranazionale nella gestione delle risorse da destinare agli Stati membri per specifici settori d'intervento, cui è seguita una vera e propria “rivoluzione” nelle relazioni economiche e politiche dell'Unione con i singoli Stati nazione (e fra gli Stati stessi).

L'Unione europea, superando la propria “anima” fortemente economica, ha dato prova del fatto che in

un contesto giuridico, economico e sociale fortemente globalizzato e attraversato da una crisi dalla portata epocale fosse pressoché impossibile immaginare di risolvere le problematiche sociali nella dimensione interna degli ordinamenti nazionali.

Accanto a ciò, la risposta coordinata fra i diversi livelli di governo e, dunque, fra differenti soggetti giuridici per cercare di raggiungere un obiettivo comune, si è realizzata in maniera essenzialmente spontanea nello spazio giuridico sovranazionale, probabilmente perché consapevole che l'intervento autonomo di ogni Stato avrebbe potuto determinare conseguenze ben peggiori rispetto a quelle a tutti note.

La circolazione del virus all'interno degli Stati ha quindi evidenziato la necessità di una risposta coordinata e comune, dapprima da un punto di vista strettamente pratico (gli aiuti nella gestione dei pazienti) e, successivamente, circa la necessità di risollevare ogni ordinamento (e la stessa Unione) dalle difficoltà economiche e sociali. Sono stati così approvati sostegni economici e finanziari che, per la natura e la portata della crisi, non potevano che procedere in una direzione diversa da quella percorsa in passato.

Senza pretesa di esaustività, l'impressione è che l'Unione europea abbia cambiato "passo" proprio in relazione alla garanzia e alla tutela del più sociale tra i diritti sociali, quello alla salute, che non solo è indicato dai Trattati come una competenza dalla disciplina esclusivamente interna (art. 168 TFUE), ma che si contraddistingue per normative statali profondamente differenti che rendono assai complesso individuare quel "minimo comune denominatore" ben rappresen-

tato in altri ambiti dalle c.d. tradizioni costituzionali comuni.

Ciò nonostante, l'Unione europea si è fatta promotrice di politiche economiche orientate a soddisfare obiettivi diversi rispetto alla tradizione comunitaria; l'impressione è invero che l'ordinamento giuridico sovrastatale abbia lasciato spazio per far emergere un principio pur sancito nei Trattati e tuttavia in qualche modo fino ad ora "intorpidito", quello della solidarietà (art. 2 TFUE).

Se non v'è dubbio che le misure adottate in risposta all'emergenza sanitaria avessero l'obiettivo di risollevare l'"anima" economica dell'Unione, va nondimeno rilevato che verosimilmente sono state guidate dall'obiettivo del c.d. capitalismo sociale. Si tratta, com'è noto, di un tipo di intervento che tende a soddisfare, attraverso le politiche economiche, una crescita sostenibile, simmetrica e attenta alle esigenze di natura sociale; dunque, producendo benefici anche alla dimensione sociale – dal lavoro ai sussidi – delle singole realtà nazionali (Commissione europea 2020; Buzzacchi 2022, *passim*).

Il governo sovranazionale, posto davanti a una recessione che ha colpito in maniera pressoché eguale tutti gli Stati membri, non ha potuto che offrire una soluzione che recasse beneficio a ogni economia domestica. Di conseguenza, ha sospeso alcune procedure e/o meccanismi solitamente impiegati per rispondere alle crisi c.d. asimmetriche e ha adottato un modello economico fondato sulla condivisione del debito e sulla relativa gestione comune (CGUE, sentenza 16 febbraio 2022, C-157/21, *Polonia c. Parlamento euro-*

peo e Consiglio dell'Unione europea, § 264). In questo modo sembra sia stata realizzata quella coesione auspicata da tempo tra l'Europa finanziaria e l'Europa dei diritti, arrivando in qualche modo a precisare che nonostante il *deficit* democratico dell'ordinamento sovranazionale è possibile garantire un nucleo minimo di diritti che devono essere uguali *in* e *fra* tutti gli Stati e che l'Unione è parte attiva per la garanzia di queste posizioni giuridiche (Habermas 2005, p. 103; De Fiores 2008; Bin 2014, p. 3; *contra* Ibrido, Lupo 2018, p. 15 ss.; Cavaggion 2022, p. 226-252).

3. *Le ricadute interne del principio di solidarietà emerso a livello sovranazionale*

Le misure implementate dall'Unione europea per reagire alla crisi sanitaria, economica e sociale sono contenute, com'è noto, nel Regolamento 2021/522/UE del Parlamento europeo e del Consiglio relativo al Programma d'azione dell'Unione in materia di salute per il periodo 2021-2027 (c.d. *EU4Health*) attraverso il quale l'ordinamento giuridico sovranazionale ha dato prova di essere consapevole dell'incompatibilità tra la promozione della salute e le clausole di invarianza finanziaria.

È altrettanto noto che le misure economiche sono contenute nel *Next Generation EU*, tradotto a livello interno nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, il quale vincola l'indirizzo politico alla soddisfazione di "Missioni" senza dubbio orientate al modello di Stato sociale contenuto nella Carta del '48 e che in passato

è stato ostacolato proprio dai vincoli assai austeri imposti dall'ordinamento europeo.

L'attenzione posta sulla Missione n. 6 rubricata "Salute" evidenzia – pur non senza qualche criticità – lo sforzo di rimediare ad alcune storiche disuguaglianze, insieme alla necessità di riparare ai danni economici e sociali della pandemia. L'impressione è che il legislatore abbia colto l'occasione per ribadire che se è vero che nessun principio costituzionale può avere prevalenza assoluta, è anche vero che alcuni "pesano" più di altri e questo vale, in particolare, rispetto al rapporto tra garanzia del diritto alla salute e soddisfazione dell'equilibrio finanziario (per tutti, Corte costituzionale, sentenza n. 275 del 2016).

La previsione di una Missione dedicata alla salute manifesta l'esigenza di offrire risposte alle difficoltà che sono emerse durante la e successivamente alla pandemia la quale, per la verità, si è perlopiù "limitata" ad accentuare alcune delle criticità che già contraddistinguevano il sistema sanitario nazionale, nonché i profondi divari tra sistemi sanitari regionali.

Gli obiettivi del PNRR si inseriscono, inoltre, nel solco degli orientamenti politici, economici e sociali della maggioranza dei Paesi europei giacché si occupano specialmente di potenziare l'assistenza territoriale e perciò di superare i divari tra i sistemi sanitari regionali.

Questi obiettivi – di civiltà giuridica, prima ancora che di eguaglianza fra territori – mi pare rappresentino un'importante occasione per rafforzare il ruolo delle Regioni anziché dello Stato; per riorganizzare il sistema ospedaliero; per promuovere campagne di

prevenzione delle malattie e per efficientare la ricerca e la formazione del personale con un modello sanitario che possa essere effettivamente eguale su tutto il territorio e che possa lasciare libere alcune realtà di migliorare i servizi offerti alla propria popolazione.

L'auspicio è che la risposta all'evento pandemico sia colta come un'opportunità per ripensare, a livello nazionale e sovranazionale, i rapporti tra l'economia di mercato, la sovranità e la garanzia dei diritti, consapevoli dell'imprescindibile forza del legame sociale (e istituzionale) onde scongiurare alcune involuzioni del modello di Stato sociale.

A tale fine il legislatore nazionale ha optato per articolare la Missione salute secondo due direttrici, l'una relativa alla prossimità; l'altra attinente alla digitalizzazione (ovvero innovazioni e/o riforme di tipo prevalentemente tecnico e amministrativo che non trovano particolare interesse in questa sede, fra i quali possono essere richiamati l'efficientamento del Fascicolo Sanitario Elettronico per garantire la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale delle informazioni sanitarie da parte di assistiti e operatori sanitari e che rappresenta anche uno strumento utile alle realtà ospedaliere per analizzare i dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari; ovvero, potenziare la ricerca e incrementare il capitale umano e le relative competenze).

L'obiettivo di implementare la rete socio-sanitaria di prossimità si lega, per quel che qui più direttamente rileva, al principio di sussidiarietà orizzontale. L'obiettivo è invero realizzare un percorso integrato che parta dalla casa come primo luogo di cura per arrivare alle

“case di comunità” e agli “ospedali di comunità” superando la carenza di coordinamento negli interventi sanitari e socioassistenziali e cercando di far vivere la malattia come una fase della vita (Italia domani; Rossi 2023, p. 363-366). In questo modo dovrebbero essere alterate nel modo meno invasivo possibile le abitudini di vita dei pazienti sul presupposto che il percorso di cura, per essere ottimale, non può più limitarsi alla garanzia del benessere psicofisico, ma esige anche condizioni ambientali favorevoli in cui somministrare la terapia.

Attorno al tema di case della comunità e dell’assistenza domiciliare – che presuppongono un gruppo multidisciplinare di medici di medicina generale e specialisti, pediatri di libera scelta, infermieri di comunità e altri professionisti della salute, nonché assistenti sociali – mi sembra ruoti la Missione n. 5 del PNRR relativa a Inclusione e coesione, dove il ruolo degli enti locali è più marcato giacché si lega a interventi per il sostegno alle persone vulnerabili, alla prevenzione dell’istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, a percorsi di autonomia per persone con disabilità (Razzano 2022, p. 8).

L’istituzione delle “case di comunità” e degli “ospedali di comunità”, mutuando l’esperienza di alcune Regioni italiane, potrebbe completare il progressivo avvicinamento delle strutture sanitarie ai destinatari delle prestazioni di prevenzione e cura onde potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio, migliorandone la qualità.

Benché il PNRR abbia distinto la salute dall’inclusione e dalla coesione, credo che le due Missioni

debbero comunque essere considerate sinergicamente; l'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale è ormai necessaria in molti settori (nella disabilità, nella tossicodipendenza, nella non autosufficienza), pertanto l'attuazione delle Missioni n. 5 e n. 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza dovrebbe avvenire in maniera congiunta.

4. *L'attività sportiva, emblema del legame tra le Missioni n. 5 e n. 6 del PNRR*

Un aspetto che permette di comprendere la volontà di cambiare la direzione, perlomeno delle politiche sociali intraprese sino ad ora, è costituita da quella che ritengo un'effettiva *liaison* tra le due richiamate Missioni. Fra gli altri, questo legame può essere individuato nell'Investimento 3.1 della Missione n. 5 volto a promuovere la riqualificazione delle aree urbane investendo in impianti sportivi già esistenti e creando parchi urbani. L'obiettivo è favorire l'inclusione sociale e l'integrazione nelle aree rurali e/o di degrado sociale, prestando attenzione anche ad ottimizzare le condizioni di salute di ogni consociato (Italia domani, p. 215).

I dati sanitari attestano, fra le altre cose, che la pandemia ha tendenzialmente peggiorato il livello di sedentarietà della popolazione e che sono conseguentemente aumentate le malattie croniche non trasmissibili. È stato anche dimostrato il regresso del livello di salute mentale, in particolare, per quanto riguarda l'insorgenza di stress, stati ansiosi e stati depressivi (Ministero della salute 2021, p. 7).

In considerazione di queste osservazioni, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza si è proposto di migliorare l'offerta di cura e assistenza per la salute e l'inclusione sociale attraverso progetti di riqualificazione urbana che valorizzano l'attività sportiva, ormai considerata una componente imprescindibile per godere di un buono stato di salute (Ministero della salute 2021, p. 9). Già nel 2020, infatti, l'OMS aveva diffuso delle Linee guida dirette a fornire ai decisori politici e agli *stakeholder* indicazioni chiare sull'importanza dello sport, *in primis*, rispetto alla prevenzione delle malattie croniche (OMS 2020).

L'obiettivo di migliorare lo stato di salute della popolazione promuovendo stili di vita differenti necessita nondimeno di strategie integrate che tengano in debito conto i determinanti economici, sociali e culturali (per la verità solo marginalmente legati al settore sanitario) che sono stati inaspriti dalla pandemia. La Missione inclusione e coesione sociale appare allora fondamentale per tale fine giacché si propone di evitare che dalla crisi emergano nuove disuguaglianze, oltre che di affrontare i profondi divari già esistenti per cercare di colmarli.

L'inasprimento delle condizioni sanitarie della popolazione media a causa del blocco della grande maggioranza delle attività indotto dalla pandemia, da un lato, e la presa di coscienza dell'esistenza di delicati ambiti esistenziali nei quali l'assistenza sanitaria spesso si lega a quella sociale, oltre a prevedere una rete sociosanitaria *ad hoc*, si propone di valorizzare il ruolo dello sport in quanto strumento per migliorare le condizioni di salute della popolazione e, soprattutto,

in quanto mezzo in grado di contrastare la – o comunque di proporre un’alternativa alla – marginalizzazione delle persone cosiddette vulnerabili (Italia domani, p. 219-220).

Nell’“abbraccio” tra salute e inclusione e coesione mi pare, infine, possa essere utile l’integrazione delle rispettive funzioni amministrative per evitare “disordine” nella divisione delle competenze, dunque, ritardi e perciò una scarsa effettività delle misure di sostegno implementate (Razzano 2022, p. 8).

Letto attraverso le lenti del principio di solidarietà, l’obiettivo della Missione inclusione e coesione pare non consista semplicemente nell’evitare che si affermino ulteriori disuguaglianze; piuttosto, si propone di superare quelle esistenti, liberare le persone dal bisogno, garantire che, nei limiti delle proprie capacità, ogni consociato abbia la possibilità di sviluppare la propria personalità all’interno delle formazioni sociali, ovvero di partecipare al progresso del Paese.

Se questo è l’obiettivo, risulta tuttora necessario perseguire tenacemente e convintamente una dimensione dei diritti sociali oltre lo Stato ed auspicio che le scelte compiute riescano a percolare nel profondo dell’ordinamento europeo e di quelli nazionali fino a convertirsi in misure strutturali capaci di oltrepassare le logiche puramente economiche facendo leva anche sul principio di solidarietà. Questo potrebbe infatti essere il punto di partenza per affermare un nuovo e più inclusivo concetto di cittadinanza (Covino 2021, p. 185 e Azzariti 2023).

Riferimenti bibliografici

- Angelini F., *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei Sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale*, in *federalismi.it*, 15/2019.
- Azzariti G., *Un altro regionalismo è possibile*, in *Volerelaluna.it*, 14 aprile 2023.
- Bin R., *Nuove strategie per lo sviluppo democratico e politico in Europa. Relazione finale*, in *Rivista AIC*, 3/2014.
- Buzzacchi C., *Le condizionalità finanziarie a salvaguardia dello Stato di diritto, o il rule of law a protezione del bilancio?*, in *Bilancio Comunità Persona*, 1/2022.
- Cavaggion G., *Riflessioni sul principio di solidarietà e processo di integrazione europea nella prospettiva della crisi economico-sanitaria*, in *federalismi.it – Il costituzionalismo multilivello nel terzo millennio: scritti in onore di Paola Bilancia*, 4/2022.
- Ceffa C.B., *Regionalismo differenziato e garanzia dei diritti sociali: profili di compatibilità costituzionale e potenziali benefici*, in *dirittifondamentali.it*, 2/2019.
- Commissione Europea, *Comunicazione della Commissione, al Parlamento Europeo, al Consiglio Europeo, al Consiglio, alla Banca Centrale Europea, al Comitato Economico e Sociale Europeo, al Comitato delle Regioni e alla Banca Europea per gli Investimenti. Strategia annuale per la crescita sostenibile 2021*, COM(2020) 575 final, Bruxelles, 17 settembre 2020.
- Covino F., *Matrice economica del principio solidaristico e tensione dell'UE verso la solidarietà politica*, in *Rivista AIC*, 3/2021.
- Cuocolo L., Gallarati F., *La Corte difende la gestione unitaria della pandemia con il bazooka della profilassi internazionale*, in *Corti supreme e salute*, 1/2021.

- De Fiore C., *Il fallimento della Costituzione europea. Note a margine del Trattato di Lisbona*, in *Costituzionalismo.it*, 1/2008.
- Habermas J., *Perché l'Europa ha bisogno di una Costituzione?*, in G. Zagrebelsky (a cura di), *Diritti e Costituzione nell'Unione europea*, Roma-Bari, 2005.
- Ibrido R., Lupo N., *«Forma di governo» e «indirizzo politico»: la loro discussa applicabilità all'Unione europea*, in Id. (a cura di), *Dinamiche della forma di governo tra Unione europea e Stati membri*, Bologna, 2018.
- Italia domani, *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza #nextgenerationitalia*.
- Mazzola A., *Il diritto alla salute tra dimensione individuale e dovere sociale*, in *Consulta Online*, 2021/II.
- Ministero della Salute, *Linee di indirizzo sull'attività fisica, Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie*, 26 aprile 2021.
- Mone D., *Costituzione, regionalismo e coesione territoriale*, Napoli, 2023.
- Morana D., *Ma è davvero tutta profilassi internazionale? Brevi note sul contrasto all'emergenza pandemica tra Stato e regioni, a margine della sent. n. 37/2021*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 2/2021.
- Organizzazione Mondiale della Sanità, *Linee guida su attività fisica e comportamenti sedentari*, 25 novembre 2020.
- Pinelli C., *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti supreme e salute*, 3/2018.
- Razzano G., *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una "transizione formativa" e unità di indirizzo politico e amministrativo*, in *Corti supreme e salute*, 2/2022.
- Rossi E., *Le "Case della comunità" del PNRR: alcune consi-*

- derazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata, in Corti supreme e salute, 2/2021.*
- Sandulli M.A., *Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato: i presidi non rinunciabili della solidarietà e i gravi rischi della competizione, in Corti supreme e salute, 1/2020.*
- Staiano S., *Il regionalismo differenziato dalla terra al mito e ritorno, in Corti supreme e salute, 2/2020.*
- Staiano S., *Salvare il regionalismo dalla differenziazione dissolutiva, in federalismi.it, 7/2023.*
- Tarli Barbieri G., *Alcune osservazioni sparse sull'equità nella salute e nei servizi sanitari, in Corti supreme e salute, 1/2022.*
- Ufficio Parlamentare di Bilancio, *Il PNRR e la sanità: finalità, risorse e primi traguardi, focus 4/2022.*