



# ***FEDERALISMO FISCALE E SANITA'***

*di Sebastiano Marciante*

*Copyright 2023 Diritto per il Futuro Srls*

*Ottobre 2023*

*ISBN 978-88-31212-35-9*

## Indice

<b>Introduzione.....</b>	<b>1</b>
<b>Capitolo 1: Il federalismo fiscale .....</b>	<b>3</b>
1.1. Breve excursus sul federalismo fiscale .....	3
1.2. La riforma del titolo V della Costituzione .....	5
1.3. Articolo 119 della Costituzione .....	12
1.4. Il federalismo fiscale in Italia .....	13
1.5. La legge 42/2009 .....	16
1.6. I decreti attuativi .....	20
<b>Capitolo 2: Federalismo fiscale e sanità .....</b>	<b>26</b>
2.1. La nascita del Sistema Sanitario Nazionale.....	26
2.2. La legge 229/1999 .....	36
2.3. Decreto Legislativo del 6 maggio 2011, n. 68 .....	38
2.4. Il federalismo regionale .....	39
2.5. Il finanziamento della spesa sanitaria .....	43
2.6. Il ruolo dei LEA .....	44
<b>Capitolo 3: Il bilancio annuale alla luce della situazione pandemica del 2020/2021 .....</b>	<b>48</b>
3.1. L'emergenza sanitaria durante la pandemia da Covid-19 .....	48
3.2. La governance multilivello .....	52
3.3. Dinamica spese, entrate .....	58
<b>Conclusioni.....</b>	<b>62</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>64</b>
<b>Sitografia .....</b>	<b>73</b>

# Introduzione

Il federalismo fiscale è un argomento di stretta attualità ed è da sempre oggetto di notevoli discussioni.

Secondo Oates (1999), il federalismo fiscale è *"comprendere quali tra le competenze e gli strumenti fiscali del Governo dovrebbero essere centralizzate e quali dovrebbero essere poste nella sfera dei livelli decentrati"*. Da questa affermazione si deduce che il decentramento è alla base del sistema federale in quanto la responsabilità delle amministrazioni locali più vicine ai cittadini dovrebbe consentire di soddisfare meglio i loro bisogni e le loro necessità<sup>1</sup>.

In Italia, la storia del federalismo è recente. Infatti, è solo con la riforma del 2001 del Titolo V della Costituzione che entrano a far parte elementi di federalismo all'interno del nostro sistema ordinamentale. Con questa riforma inizia un decennio di riforme che hanno integrato e portato modifiche profonde al quadro normativo di riferimento. L'obiettivo è stato quello di riformare la finanza e la fiscalità locale.

L'approvazione della Legge delega 42/2009 rappresenta per il federalismo un punto fondamentale ed indica un momento sia di avvio che di fine.

Rappresenta un punto di fine poiché nasce con l'aspirazione di attuare quanto previsto dalla riforma costituzionale del 2001 ed è un punto di avvio in quanto riformula i rapporti economici e finanziari tra Stato ed Enti locali con lo scopo di valorizzare le autonomie locali.

Molto importante è anche il passaggio graduale del sistema della "spesa storica" ad un sistema basato sui "costi standard" di ogni prestazione. Si verifica, infatti, il trasferimento di un fabbisogno di spesa, che è ritenuto adeguato per un determinato territorio o servizio specifico, in modo che sia possibile confrontare l'efficienza delle Regioni nell'erogazione dei servizi.

Il qui presente elaborato consta di tre capitoli.

Nel primo, la legge delega 42/2009 si sofferma su contenuti e obiettivi sostanziali: la variazione dalla spesa storica al costo standard, il nesso tra prelievo e beneficio legato alle funzioni fondamentali, la flessibilità e la manovrabilità dei tributi, l'armonia dei

---

1W. E. Oates, *An essay on fiscal federalis* in «Journal of Economic», vol. XXXVII, pp. 1120-1149

bilanci. In tale capitolo si procederà, infine, ad un'analisi dei decreti attuativi che si sono susseguiti alla legge delega. Vista la complessità della norma presa in esame, il Governo ha ritenuto opportuno attuare gradualmente le nuove disposizioni, prevedendo una quinta fase transitoria della durata di tre anni e, a partire dal 2014, una fase a regime.

Il presente lavoro, dunque, porrà attenzione ai tributi, alle addizionali e alle compartecipazioni che compongono questo decreto.

Nel secondo capitolo, si affronta l'argomento della nascita del Sistema Sanitario Nazionale. In particolare viene descritta la legge 229/1999, il decreto legislativo del 6 maggio 2011 n. 68, il federalismo regionale, il finanziamento delle sanità. In particolare vengono descritti i cambiamenti all'interno della sanità con l'attuazione del federalismo fiscale. Infine, sempre nel secondo capitolo, vengono descritti i LEA e il loro ruolo nella sanità.

Il terzo capitolo, infine, affronta il tema dell'emergenza sanitaria durante la pandemia da Covid-19, della governance multilivello e delle dinamiche spese-entrate.

# Capitolo 1: Il federalismo fiscale

## 1.1. Breve excursus sul federalismo fiscale

Il processo di frazionamento delle competenze e delle risorse agli enti locali non ha radici molto profonde in Italia. Ai primi anni degli anni '70 del Novecento risalgono le prime riforme; al 1972 i primi trasferimenti concessi che sono stati ampliati dal d.lgs. 616/77; possiamo, inoltre, ricordare la legge 382/75 e l'assegnazione alle regioni della spesa sanitaria nel 1978. Bisognerà però aspettare altri vent'anni da questa data per riscontrare maggiore avvertenza verso le politiche di autonomia locale<sup>2</sup>.

Il 1997 rappresenta un anno particolare in quanto, da una svolta con l'approvazione delle leggi 59 e 127, conosciute come "Leggi Bassanini". Queste leggi regolamentano il sistema amministrativo dei governi sub-nazionali, trasferendo diverse responsabilità dal Governo centrale alle Regioni.

Si attua per la prima volta il capovolgimento delle competenze che inizialmente venivano citate nello specifico dallo Stato mentre, automaticamente, tutto ciò che non veniva citato era di competenza degli altri enti locali. Dopo le elezioni regionali del 2001 il Federalismo e la sua "questione" diventa un punto da discutere in ambito politico.

Sempre nel 2001 è stata approvata la riforma del titolo V della Costituzione, mediante il referendum del 7 ottobre 2001<sup>3</sup>.

Un segno molto importante e rilevante nella questione del Federalismo risulta essere la modifica della Costituzione, in particolare agli artt. 117 e 119.

Il nuovo articolo 117 ridefinisce e sconvolge il vecchio testo precedente alla riforma.

Nel nuovo articolo 117 si attua un rovesciamento nell'elenco delle competenze; vengono definite le materie che sono di competenza dello Stato e quelle affidate alle Regioni. Il terzo comma di questo articolo costituisce una parte importante che regola le funzioni che sono concorrenti tra Stato e Regioni. Alcune di queste competenze erano già attese nel vecchio articolo, solo che ora l'elenco delle funzioni, a vantaggio delle Regioni, è

---

2L. Antonini (a cura di), *Verso un nuovo federalismo fiscale*, Milano, 2005

3Per la prima volta il Referendum essendo confermativo, non richiedeva il raggiungimento del *quorum*. L'affluenza fu del 33,9% e i voti favorevoli furono il 64%.

incrementato drasticamente. Tra queste vi rientrano, infatti, la sanità, l'istruzione, il coordinamento del sistema finanziario e della finanza pubblica.

Dunque, tutto ciò non espressamente citato è di esclusivo interesse delle Regioni, che possono, sempre, nel rispetto delle fondamentali norme costituzionali, legiferare autonomamente<sup>4</sup>.

Anche l'articolo 119 è stato ampiamente modificato e arricchito nelle sue parti, determinando una sorta di evoluzione nel sistema federale.

Grazie al nuovo articolo alle Regioni viene concessa una piena autonomia finanziaria che riguarda le entrate e le spese; unico limite posto è il ricorso all'indebitamento solo per le spese di investimento. Il vecchio testo, inoltre, conferiva alle Regioni delle "quote di tributi erariali", mentre nel nuovo ci si riferisce ad una compartecipazione di tributi "riferibili al proprio territorio".

Ad un primo sguardo, il vecchio e il nuovo articolo, possono sembrare simili ma con il nuovo testo viene fissata per la prima volta il principio secondo il quale i gettiti dei tributi statali devono affluire alle Regioni a cui il gettito è riferibile, creando così delle nuove regole di distribuzione.

A tal proposito, viene affrontata la questione del fondo perequativo, come sistema fondato sull'accordo e sulla collaborazione, in campo soprattutto ideologico-politico, oltre che sociale, ma non vengono dichiarate quali entrate dovranno essere destinate al fondo, né quale debba essere la percentuale di trasferimento che può essere elargita come sussidio. La questione riguardante il fondo perequativo è ancora irrisolta ed è rimasta invariata anche in seguito all'approvazione della Legge 42/2009.

Secondo Cerniglia (2009), per una maggiore chiarezza e semplificazione, è possibile dividere quest'articolo in tre parti:

- la prima, costituita dai primi quattro commi, afferma l'autonomia finanziaria di Regioni, Province, Comuni e Città metropolitane, definendo le modalità di finanziamento;
- la seconda, relativa al solo quinto comma, introduce il principio solidaristico attraverso cui lo Stato può trasferire risorse aggiuntive per gli Enti con una

---

4 M. Bordignon e F. Cerniglia, I nuovi rapporti finanziari fra Stato ed autonomia locali alla luce della riforma del titolo V della Costituzione. *Rivista di politica economica*, 2004, pp. 89-98.

capacità fiscale minore che appiani le differenze economico-sociali e garantisca il rispetto dei diritti della persona;

- la terza, relativa al sesto e ultimo comma, accorda alle autonomie locali la concessione di contrarre debiti ma solo per spese di investimento, senza, comunque, alcuna garanzia statale<sup>5</sup>.

## **1.2. La riforma del titolo V della Costituzione**

Con le riforme del 1999 e del 2001 si è dato vita al Titolo V della Costituzione. Queste riforme, e in particolar modo quella del 2001, hanno raccolto quelle che erano le esigenze di una massiccia parte della società civile italiana, laddove, soprattutto a partire dagli anni '90, aveva preso piede la richiesta di una maggiore autonomia delle Regioni, in particolar modo di alcune Regioni dell'Italia settentrionale.<sup>6</sup>

Con la Legge Cost. n. 1 del 1999<sup>7</sup>, è stata riconosciuta alle Regioni piena autonomia statutaria, attraverso la sottrazione degli Statuti all'approvazione parlamentare ed è stata introdotta l'elezione diretta del Presidente della Regione.<sup>8</sup>

Con la Legge Cost. n. 3 del 2001 è stata poi compiuta una riforma più incisiva che ha in buona parte recepito e integrato il sistema di federalismo amministrativo delineato con la «Riforma Bassanini», la quale aveva spinto il punto di stabilità tra unità e decentramento ai limiti di quanto fosse consentito in base alla Costituzione vigente, rendendo opportuno un intervento di modifica costituzionale<sup>9</sup>.

---

5Cerniglia F. (2009) La partita aperta del federalismo fiscale. Aggiornamenti sociali n. 7-8 del 2009

6Ciò può essere senz'altro collegato anche a riflessioni concernenti la carenza, nel nostro Paese, dell'etica pubblica e del senso dello Stato, identificati come risorsa fondamentale che deve presiedere alle grandi trasformazioni costituzionali, come avviene nel volume dedicato al federalismo, edito dalla Fondazione Giovanni Agnelli nel 1996 a cura di Marcello Pacini, nel quale la necessità di una riforma dello Stato in senso federale, determinata dalle condizioni economiche, sociali e culturali interne ed esterne al Paese viene collegata ad una ricerca di valori. Per una particolareggiata disamina, si rinvia a M. Pacini (a cura di), Un federalismo dei valori, Edizioni della Fondazione Giovanni Agnelli, Torino, 1996.

7E con l'omologa legge cost. n. 2 del 2001 per le Regioni a statuto speciale.

8Per un'articolata disamina di tale riforma, si rinvia a E. Gianfrancesco, La forma di governo regionale nella recente esperienza italiana, in [www.issirfa.it](http://www.issirfa.it).

9Tale intervento può essere letto come il punto di approdo di un cammino iniziato da lontano, che raccoglie anche i tentativi provenienti dalle commissioni bicamerali del 1992-1994 e del 1997-1998. La prima, c.d. Commissione «De Mita - Iotti», fu istituita nella XI legislatura con due atti monocamerale di indirizzo, approvati nelle sedute del 23 luglio 1992. Essa s'insediò il 9 settembre 1992, non pervenne ad un progetto organico di riforma costituzionale, ma propose la revisione dell'art. 60 Cost., nel senso di portare da cinque

Per ridefinire il sistema federale non fu sufficiente la Riforma del titolo V della Costituzione. Negli anni a seguire molti furono i disegni di legge che vennero presentati per far fronte alle lacune che erano presenti. La prima fu la Legge 131/2003 che riorganizzò il passaggio di competenze e cercò di chiarire i confini delle materie concorrenti.

La Legge 131/2003, che si compone di dodici articoli, chiarisce e delinea quali debbano essere le norme affinché si possano applicare le modifiche introdotte dalla riforma del titolo V, in merito alle nuove funzioni delle Regioni e degli enti locali.

In particolare, questa legge individua quali debbano essere le funzioni fondamentali affinché si abbia il corretto funzionamento delle Province e dei Comuni e si ottenga, come risultato finale, il soddisfacimento dei bisogni primari delle comunità di riferimento.

Inoltre, la citata legge regola quale debba essere la gestione e l'operato delle funzioni amministrative degli Enti e attribuisce potere normativo anche alle Comunità montane e alle unioni di Comuni.

Il testo originario dell'articolo V della Costituzione del 1948 stabiliva che la Repubblica dovesse riconoscere e promuovere le autonomie locali, attuando nei servizi dipendenti dallo Stato un più ampio decentramento amministrativo, lasciava, inoltre, con una disposizione, poi abrogata, alle leggi generali la determinazione dei principi verso cui orientare l'autonomia degli enti locali (art. 128).

L'attuazione di questi principi si è verificata con molto ritardo. Quando le Regioni ordinarie sono state istituite, i Comuni e le Province hanno dovuto vedersela con le Regioni che non volevano conferire ai Comuni le funzioni amministrative nelle materie

---

a quattro anni la durata delle due Camere, e dell'art. 82, riguardante le inchieste parlamentari. La seconda Commissione parlamentare per le riforme costituzionali, meglio nota come «Commissione D'Alema», fu istituita con l. cost. 24 gennaio 1997, n. 1, e concluse i propri lavori presentando alle Camere un progetto di riforma della seconda parte della Costituzione (disegno di legge C. 3931 e S. 2583, presentato contemporaneamente alle due Camere il 30 giugno 1997), che tuttavia fu ritirato il 9 giugno 1998 essendo venute meno le condizioni politiche per la prosecuzione della discussione (il principale partito di opposizione, «Forza Italia» decise infatti di ritirare il suo appoggio in assenza di modifiche ritenute inaccettabili dall'allora maggioranza di centro sinistra). Poco tempo dopo, il 18 marzo 1999, il Presidente del Consiglio dei Ministri Massimo D'Alema (già Presidente della Commissione bicamerale) presentò al Parlamento, insieme al Ministro per le riforme istituzionali, una nuova proposta di legge costituzionale (Atto Camera n. 5830) dal titolo: «Ordinamento federale della Repubblica». Tale proposta, come risulta dalla stessa relazione, fu formulata in considerazione dei lavori della Commissione bicamerale e del dibattito giunto, che aveva coinvolto tutte le forze politiche, ed in chiusura della XIII legislatura fu approvata, seppure tra forti polemiche, e poi confermata dall'esito del referendum costituzionale, e definitivamente formalizzata nella l. cost. 18 ottobre 2001, n. 3.



di loro competenza, provando così a tenere un ruolo preminente ed anche di controllo degli Enti locali.

La modifica è avvenuta con la legge 142/1990, approvata mediante la legislazione ordinaria. Tale legge ha modificato l'ordinamento degli Enti locali, rendendoli più efficienti; ha, inoltre, evidenziato l'esigenza che gli Enti locali fossero dotati di una propria autonomia. La legge ha previsto il passaggio dello Stato italiano, da Stato regionale a Stato tendenzialmente federale.

Con la Riforma Bassanini (L. n. 59/1997; L. N. 127/1997) si parla di "federalismo amministrativo e fiscale a costruzione invariata", poiché essa mette in atto un profondo cambiamento dell'apparato centrale che ha visto come protagonisti le autonomie regionali e locali, alle quali sono state trasferite gran parte delle funzioni amministrative.

Questa riforma ha portato, in seguito, all'emanazione di due importanti leggi costituzionali: la Legge n. 1 del 1999 che ha modificato alcuni articoli presenti nel titolo V della Costituzione; la Legge n. 3 del 2001 che ha modificato gli articoli 114 e seguenti del titolo V.

Il tema della Legge n. 1 del 1999 è l'ordinamento delle Regioni ordinarie. La modifica più importante apportata da questa Legge è quella dell'articolo 123 che riguarda gli Statuti delle Regioni. In particolare, sono state tre le modifiche apportate agli Statuti: la prima riguardante il contenuto che debbano avere; la seconda concernente il procedimento per l'adozione degli stessi; infine, l'ultima concernente la posizione degli stessi nel sistema delle fonti.

Il contenuto dell'art. 123, inizialmente, prevedeva che ogni Regione avesse uno Statuto, il quale stabilisse le norme relative all'organizzazione interna delle Regioni, oggi stabilisce che ciascuna Regione ha uno Statuto che va a determinare la forma di governo e i principi fondamentali di organizzazione e funzionamento. L'articolo 123, inoltre, prevede che lo Statuto possa prevedere norme programmatiche, ossia, norme che indicano nello specifico le questioni a cui si vuole dare priorità.

Inoltre, l'art. 123 prevede che lo Statuto possa essere sottoposto a referendum popolare nel caso in cui, entro tre mesi dalla pubblicazione, venga richiesto da un cinquantesimo degli elettori della Regione o da un quinto dei componenti del Consiglio regionale. In questo caso, lo Statuto sottoposto a referendum non può essere promulgato se prima non viene approvato dalla maggioranza dei voti validi.

La pubblicazione dello Statuto ha una valenza prevalentemente informativa; una volta pubblicato devono decorrere trenta giorni entro i quali il Governo può impugnare lo Statuto, laddove vi siano state delle illegittimità. Attualmente, il procedimento di formazione dello Statuto è un procedimento aggravato che richiede due delibere successive e a maggioranza qualificata trattandosi di un atto fondamentale della Regione. La terza modifica riguarda la collocazione dello Statuto all'interno del sistema delle fonti. Si ritiene infatti che, nel sistema delle fonti, lo Statuto sia una fonte superiore rispetto alle leggi regionali. L'articolo 121 stabilisce che gli organi regionali sono quattro: il Consiglio Regionale, il Presidente della Regione, la Giunta e il Consiglio delle autonomie locali (CAL). I primi tre sono disciplinati dall'art. 121 e seguenti, il CAL, invece, è stato introdotto dalla riforma del titolo V della Costituzione.

Il Consiglio Regionale, in passato, possedeva funzioni legislative, regolamentari e regionali che non erano attribuite ad altri organi. Oggi, invece, il Consiglio Regionale esercita solo le potestà legislative, le quali però, con la riforma del titolo V, sono state incrementate.

La Giunta Regionale, invece, è un organo espressamente esecutivo.

Il Presidente della Regione è anche il Presidente della Giunta. Egli promulga leggi e regolamenti regionali, sceglie i componenti della Giunta e regola le funzioni amministrative delegate dallo Stato alla Regione.

L'art. 122 del testo costituzionale stabilisce, inoltre, che la modalità di elezione del Presidente della Regione sia regolamentata mediante leggi regionali nel rispetto, però, dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi statali. Nello specifico, secondo quanto disposto dal quinto comma di tale articolo, il Presidente della Regione, salvo disposizioni differenti dello Statuto, deve essere eletto direttamente dai cittadini, mediante il suffragio universale diretto.

Dunque, dalla Costituzione emerge la preferenza del Legislatore per l'elezione del Presidente con modalità "diretta", tuttavia viene lasciata alle singole Regioni la possibilità di preferire una modalità differente. Inoltre, è prevista anche la durata che debba avere la legislatura del Presidente della Regione che è fissata a cinque anni. Tuttavia, è previsto che tale incarico possa terminare prima di tale termine nei due casi dettati dall'art. 126 della Cost.:

- il primo comma stabilisce che, con decreto motivato dal Presidente della Repubblica, siano disposti lo scioglimento del Consiglio Regionale e la destituzione del Presidente della Regione in caso di gravi violazioni di legge o atti contrari alla Costituzione o per ragioni di sicurezza nazionale;
- il secondo comma, invece, prevede che il Consiglio Regionale possa “sfiduciare” il Presidente mediante una mozione motivata, che venga sottoscritta da almeno un quinto dei componenti del Consiglio e che venga approvata mediante appello nominale a maggioranza assoluta dei componenti.

In ogni caso, sia l’approvazione della mozione di sfiducia, che la rimozione, la morte o le dimissioni volontarie del Presidente della Regione comportano le dimissioni dell’intera Giunta Regionale e altresì lo scioglimento del Consiglio.

Pur ridefinendo gli equilibri fra periferia e centro, la riforma, non cambia l’assetto dello Stato in ordinamento federale, ma ne configura una connotazione caratterizzata da aperture in senso federalistico e da un potenziamento dell’autonomia degli enti territoriali. Questo viene rilevato a partire dalla nuova formulazione dell’art. 114, comma 1, che afferma che la Repubblica è costituita da Comuni, Province, Città metropolitane, Regioni e Stato ed offre un’enunciazione dell’autonomia degli Enti che costituiscono la Repubblica comprendendo in sé i contenuti degli artt. 115 e 128, contestualmente abrogati dalla riforma, tuttavia, non perviene ad un’equiparazione degli stessi ma piuttosto all’idea di un’«edificazione sussidiaria»<sup>10</sup> della Repubblica attraverso di essi, come attesta l’elencazione procedente dall’ente più piccolo.

L’art. 116, nel testo riformato, dispone l’attribuzione di forme e condizioni particolari di autonomia alle Regioni a Statuto Speciale e la motivazione di tale diversità è data dal fatto che si tratta di Regioni di confine o isole in cui vige il bilinguismo o in cui sono tutelati anche i costumi stranieri. Inoltre, l’ultimo comma di tale articolo introduce la possibilità di attribuire, con legge statale, su iniziativa della Regione stessa sentiti gli enti locali, ad altre Regioni «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» nelle materie di cui al terzo comma dell’art.117 Cost. (ovvero le materie che rientrano nella legislazione concorrente) e le materie indicate al secondo comma dello stesso articolo alle

---

<sup>10</sup>G. De Muro, art. 114 Cost., in R. Bifulco, A. Celotto e M. Olivetti (a cura di), Commentario alla Costituzione.

lettere l) (limitatamente all'organizzazione degli uffici del Giudice di Pace), n) (in tema di istruzione) e s) (tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali).

L'art. 117<sup>11</sup> costituisce il pilastro della Riforma e riguarda la potestà legislativa. Quest'articolo è stato completamente riscritto; inizialmente si componeva di due commi e conteneva un elenco tassativo delle materie in cui le Regioni potevano stabilire le regole nei limiti dei principi fondamentali. Il nuovo articolo si articola invece in nove commi e contiene un elenco, che non ammette eccezioni, delle questioni di competenza dello Stato, in quanto la potestà legislativa generale è delle Regioni.

Il primo comma enuncia pari dignità legislativa tra Stato e Regioni ed enuncia i limiti alla potestà legislativa di Stato e Regioni.

Il secondo comma fa un elenco categorico delle discipline in cui lo Stato ha legislazione esclusiva.

Il terzo comma regola la potestà legislativa concorrente, stabilendo che lo Stato debba prevedere i principi fondamentali, mentre le norme specifiche in alcune materie, come la tutela del lavoro, la sanità e la protezione civile, debbano essere emanate dalla legislazione regionale.

Il quarto comma stabilisce che le Regioni hanno potestà legislativa generale, ad eccezione per le discipline in cui allo Stato venga attribuita una legislazione esclusiva e per quelle in cui le Regioni hanno potestà legislativa concorrente.

Il quinto e il nono comma riguardano il tema dell'internazionalizzazione delle Regioni, prevedendo che queste possano concludere accordi con gli Stati.

Il sesto comma riguarda la concorrenza tra potestà regolamentare e potestà legislativa.

Il settimo comma viene definito come "anomalo", in quanto concerne la piena parità tra uomini e donne, nella vita sociale, culturale ed economica.

---

<sup>11</sup>Sul punto, v., tra tutti, c. L. Antonini, Sono ancora legittime le norme statali cedevoli? in [www.associazionedeicostituzionalisti.it](http://www.associazionedeicostituzionalisti.it), 2002.

«Il IV comma dell'art.117 dispone l'inversione del criterio tradizionale della residualità: il limite delle materie, quindi, non risulta più applicabile, com'era nel quadro precedente, alla potestà legislativa regionale, bensì a quella statale. Si tratta di un capovolgimento dei rapporti tra le due legislazioni che attribuisce alla competenza legislativa regionale, destinata ad estendersi su tutte le materie "innominate", una capacità espansiva massima. Da questo rovesciamento si dovrebbe dedurre che l'elenco delle materie riservate alla competenza esclusiva dello Stato costituisca "una deroga al principio generale della competenza regionale", e perciò vada soggetto a stretta interpretazione».

L'articolo 118, invece, regola il passaggio della funzione amministrativa a Province e Comuni. Il vecchio articolo sosteneva che le funzioni amministrative spettassero alle Regioni per le discipline di loro competenza, prevedeva, inoltre, che lo Stato potesse avere la possibilità di attribuire alle Regioni l'esercizio di funzioni amministrative e che, a loro volta, anche queste potessero delegare le proprie funzioni alle Province, ai Comuni o ad altri Enti Locali.

Il nuovo testo dell'art.118 prevede, nel primo comma, che la funzione amministrativa, attribuita ai Comuni, sia conferita a Province, Città metropolitane, Regioni e Stato, sulla base di tre principi:

- Il primo, quello di gerarchia, ha due profili: uno verticale, in quanto le decisioni devono essere prese dal soggetto istituzionale più vicino al cittadino; l'altro orizzontale, in quanto si ritiene che debba essere promossa l'iniziativa dei privati.
- Secondo gli altri due principi, quello di differenziazione e quello di adeguatezza, le funzioni amministrative devono essere svolte in modo diverso sulla base di peculiarità storiche, culturali e artistiche. La riforma del titolo V tende, dunque, ad accentuare l'autonomia delle Regioni.

L'articolo 120 regola il potere sostitutivo dello Stato. Il primo comma fissa il divieto per le Regioni di adottare provvedimenti che limitino la libertà di circolazione. Il comma 2 prevede, invece, che il Governo si possa sostituire a Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni per tre motivi: mancato rispetto delle norme, trattati o normativa comunitaria; pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica; tutela dell'unità giuridica ed economica.

Nel 2001, in sede di riforma del titolo V, il Legislatore ha previsto l'introduzione di un organo di raccordo, il CAL (Consiglio autonomie locali).

L'art. 11 della Legge Costituzionale 3/2001 conclude la Riforma del Titolo V e si compone di due commi.

Il primo comma ha l'obiettivo di mutare il sistema bicamerale in uno in cui sia maggiore la presenza delle Regioni. Infatti, in tale comma viene previsto che nei regolamenti parlamentari possa essere prevista prevedere la partecipazione dei rappresentanti delle Regioni, delle Province autonome e degli Enti locali alla CPQR.

Il secondo comma stabilisce che quando un progetto di legge, riguardante le discipline in regime di competenza legislativa concorrente, ovvero relativo all'autonomia finanziaria

di spese ed entrate, include disposizioni su cui la CPQR abbia espresso parere contrario (o favorevole condizionato all'introduzione di modifiche specifiche), queste parti del progetto possano essere approvate solo se sono state deliberate a maggioranza assoluta dell'assemblea.

Negli anni Novanta sono state molte le riforme introdotte allo scopo di rendere l'Italia uno Stato con una struttura maggiormente federale. Tuttavia, il sistema burocratico e le evidenti differenze interne tra le Regioni hanno costituito un freno per l'evoluzione della decentralizzazione.

Con la legge delega 42/2009, ancora oggi in continua evoluzione, grazie all'approvazione di decreti attuativi, si è cercato di migliorare ulteriormente questo sistema. Tale legge rappresenta la base per l'organizzazione dei rapporti tra Stato ed Enti locali.

### **1.3. Articolo 119 della Costituzione**

L'articolo 119 regola l'autonomia finanziaria delle Regioni.

L'autonomia finanziaria può essere intesa con due diversi significati: il primo in autonomia d'entrata, in questo caso l'ente può scegliere i mezzi necessari per provvedere alle proprie necessità amministrative; il secondo in autonomia di spesa, in quanto l'ente ha piena libertà di scelta sulle modalità e gli strumenti mediante i quali gestire il proprio reddito.

L'ente, che ha piena autonomia finanziaria, impone tributi e spende autonomamente il gettito fiscale. A tal proposito, l'art. 23 della Cost. mette in evidenza come nessuna prestazione personale o patrimoniale sia imposta se non in base alla legge. Sulla base di tale disposizione gli unici Enti che possono obbligare alle imposte sono le Regioni e lo Stato in quanto sono gli unici dotati di potestà legislativa.

Il vecchio testo dell'articolo 119 riconosceva autonomia fiscale solo alle Regioni anche se non beneficiavano di autonomia di entrata. Tra le entrate previste dal vecchio articolo comparivano i tributi propri e le quote erariali che dovevano essere sufficienti alle Regioni per le normali funzioni. Tuttavia, lo Stato poteva conferire loro, con legge, dei tributi speciali.

L'autonomia finanziaria regionale poteva essere esercitata entro certi limiti. Gli anni '80 e '90 si sono caratterizzati per la volontà di riconoscere una maggiore autonomia alle Regioni, sia sotto il profilo amministrativo che finanziario. Nel corso negli anni Novanta, il decreto legislativo 112 del 1998 e le due Leggi Bassanini del 1997, hanno avuto l'obiettivo di espandere gli ambiti di autonomia riconosciuti alle Regioni; inoltre, questi provvedimenti legislativi miravano ad ampliare l'autonomia anche degli Enti locali come Comuni, Province e Centri metropolitani.

Il decreto 56 del 2000, sempre in tema di autonomia finanziaria, introdusse, per la prima volta in Italia, delle regole in tema di federalismo fiscale, regole volte ad aumentare l'autonomia finanziaria delle Regioni e renderle maggiormente autonome e svincolate dallo Stato. Il decreto prevedeva una riduzione dei trasferimenti dallo Stato alle Regioni; un aumento della percentuale dei tributi riscossi a livello regionale e, per la prima volta, l'istituzione del fondo perequativo nazionale. Tale decreto prevedeva, in base alle necessità, la ripartizione di una parte del gettito fiscale tra le Regioni. Il limite di questo fondo perequativo era costituito dal fatto che non erano facilmente oggettivabili i criteri dei bisogni, pertanto, le Regioni accedevano molto agevolmente al fondo. Proprio per questo, nel 2001, fu rivisto l'articolo 119. Il nuovo testo riconosce l'autonomia finanziaria per le entrate e le spese ai Comuni, alle Province, alle Regioni e alle Città metropolitane. L'articolo, inoltre, presume che le Regioni e gli Enti locali abbiano risorse autonome, prevedendo tributi ed entrate proprie ma che, allo stesso tempo, vengano previste risorse aggiuntive ed interventi speciali da parte dello Stato per determinati scopi.

Infine, l'articolo 119 sostituisce il "criterio del bisogno" con il "criterio della capacità fiscale per abitante", cioè, il fondo perequativo è diviso tra le Regioni che hanno minore capacità fiscale in proporzione agli abitanti. Tuttavia il criterio appena enunciato non è efficace, perché in questo modo non si fa altro che distribuire i soldi del fondo perequativo alle Regioni più ricche a discapito delle più povere.

#### **1.4. Il federalismo fiscale in Italia**

I criteri che indicano la perequazione fiscale, dai servizi sociali alla sanità, dai Comuni alle Regioni, non risultano ancora del tutto allineati ai principi costituzionali. Ciò emerge

dall'ultima relazione semestrale della Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale del 15 dicembre 2021. L'attuazione della legge 42/2009 non risulta ancora completata e sui pilastri del decentramento della solidarietà si attua ancora il progetto costituzionale del 2001.

Facendo leva su alcune semplificazioni, la tabella sottostante propone un esercizio, in questa direzione, per Regioni, Comuni, Province e Città metropolitane.

	Grado di implementazione del meccanismo di perequazione standard			Individuazione dei LEP	Grado di autonomia impositiva	Adeguatezza dei meccanismi di perequazione standard			% di implementazione del federalismo fiscale
	<i>Trasferimenti statali standardizzati o fiscalizzati</i>	<i>Completamento del processo di transizione</i>	<i>Coinvolgimento delle autonomie speciali</i>			<i>Stima della capacità fiscale e dei fabbisogni standard</i>	<i>Perequazione della differenza tra Fabbisogni standard e Capacità fiscale</i>	<i>Perequazione in base ai LEP</i>	
Regioni	90% nel 2021 (Totale trasferimenti statali 127 mld di cui 113 sanità)	Completo per la sanità (85% della spesa), 2024 per le altre funzioni (15% della spesa)	Completo per il settore sanitario, assente per le altre funzioni	SI attraverso i LEA in sanità, assenti per le altre funzioni (Istruzione, sociale, TPL)	Debole (possibile deterioramento con la progressiva abolizione dell'IRAP)	Adeguate per la capacità fiscale, non adeguata per i fabbisogni standard (in quanto parametrati solo rispetto alla popolazione residente, assenza di costi standard)	SI per la sanità con struttura verticale (assente per le altre funzioni)	Difficilmente implementabile (fabbisogno standard calcolato in base alla popolazione, assenza dei costi standard)	58%
Province e Città M.	Avvio a partire dal 2022 (presenza di trasferimenti statali negativi per concorso alla finanza pubblica di 1,4 mld, 45% della spesa corrente)	Avvio a partire dal 2022 (processo di transizione non ancora definito)	Assente	No	Assente	Avvio a partire dal 2022 (nuovo meccanismo di perequazione in corso di implementazione, aggiornamento metodologico dei fabbisogni standard e delle capacità fiscali in corso di approvazione nel 2021)			?
Comuni	17% 2021, 43% a regime (totale trasferimenti FSC a regime 4,4 mld, non si considerano 1,6 mld di spettanze non fiscalizzate e non standardizzate)	2030 (39% nel 2022, 45,5% nel 2023, 52,5% nel 2024, 60% nel 2025, 68% nel 2026, 76,5% nel 2027, 85,5% nel 2028, 95% nel 2029, 100% nel 2030)	Stima in via sperimentale dei soli fabbisogni standard per i comuni della Regione Siciliana (assenti per le altre autonomie speciali)	No (ma individuati nel 2021 obiettivi di servizio intermedi per il settore sociale, affinate le normalizzazioni dei driver delle funzioni LEP del Sociale, Istruzione e Asili Nido)	Adeguate (da notare la scelta politica di affievolire il principio del beneficio con l'abolizione della tassazione delle abitazioni principali)	Quasi adeguata per i fabbisogni standard (individuazione dei costi standard per quasi tutte le funzioni LEP), parzialmente adeguata per la capacità fiscale (tax gap IMU riconosciuto solo per il 10%)	SI (struttura dei flussi perequativi mista, orizzontale al 17% nel 2021, 15% a regime, considerando solo i trasferimenti FSC)	Implementabile per le principali funzioni LEP (sono individuati correttamente i costi standard dei servizi sociali, dell'Istruzione, degli asili nido)	66%
TOTALE	67%	68%	67%	67%	57%	52%	81%	18%	59%

Il processo di attuazione del Federalismo fiscale, negli anni successivi al 2009, ha risentito degli effetti della crisi economica; a causa di ciò sono state previste una serie di misure volte al contenimento della spesa. Non è chiaro quindi se l'Italia possa essere considerata un sistema politico di natura federale.

Gli elementi essenziali a classificare uno Stato come “federale” non sono chiari.

Gli aspetti da considerare, prendendo in considerazione l'orientamento di Costantino Mortati<sup>12</sup> (1891-1985), sono differenti: una formazione delle Regioni voluta più dallo Stato che non da accordi internazionali di carattere internazionale; la volontà regionale a

<sup>12</sup>Costituzionalista, accademico annoverato fra i più autorevoli giuristi italiani del XX secolo. Contribuì a creare lo smembramento dello Stato accentrato mediante la creazione delle Regioni con rilevanza costituzionale. Fu fautore di una seconda Camera rappresentativa delle regioni, proposta che, se accolta, avrebbe evitato l'attuale bicameralismo imperfetto ed avrebbe posto le regioni realmente al centro della vita politica italiana.



darsi un proprio ordinamento; la partecipazione delle Regioni all'attività legislativa dello Stato; il riconoscimento di competenze alle Regioni sulla potestà giurisdizionale e l'ordine pubblico.

Da ciò, però, non si evince l'inquadramento del sistema italiano come federale. Se, da una parte, le Regioni presentano un riconoscimento dell'autonomia nel definire il proprio ordinamento secondo i principi costituzionali, con la Riforma del Titolo V del 2001 è stato adottato il criterio secondo cui spettano al legislatore centrale competenze relative a materie enunciate dalla Costituzione, mentre, spetta al legislatore regionale la competenza residuale per ogni materia non menzionata. Dall'altra parte, come sottolinea Mortati, mancano alcuni elementi come l'assenza di ogni forma di bicameralismo volto a rappresentare, in Parlamento, le istanze regionali.

Possiamo raggruppare gli elementi portanti della riforma in quattro gruppi:

- 1-il grado di attuazione del meccanismo di perequazione standard in cui si pone l'attenzione sulla percentuale di trasferimenti statali standardizzati e fiscalizzati;
- 2-l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP);
- 3-il grado di autonomia impositiva;
- 4-l'adeguatezza dei meccanismi di perequazione standard, ponendo l'accento sulle tecniche di stima delle capacità fiscali e dei fabbisogni standard.

Si può, quindi, arrivare a concludere che, nel 2021, il comparto delle Regioni è al 58% dello stato di attuazione, mentre, per i Comuni, è al 66%.

Oltre a non essere stati individualizzati i LEP, vi è una totale assenza di autonomia impositiva. Appare molto promettente l'approvazione delle nuove metodologie dei fabbisogni standard e delle capacità fiscali da parte della Commissione tecnica per i fabbisogni standard che, a partire dal 2022, dovrebbe portare alla definizione di un impianto perequativo conforme ai principi costituzionali.

La pandemia da Covid-19 ha slanciato il completamento dell'impianto costituzionale del 2001 in parte grazie all'allentamento dei vincoli di bilancio a fronte delle risorse e degli obiettivi del piano nazionale di ripresa e resilienza.

Le riforme che accompagnano l'attuazione del Pnrr prevedono:

- l'aggiornamento delle normative vigenti entro dicembre 2022;
- il completamento del processo di fiscalizzazione dei trasferimenti entro dicembre 2022;
- la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni dei fabbisogni standard non sanitari

entro dicembre 2024.

La sfida per i prossimi mesi sarà quella di coordinare i nuovi LEP con i fabbisogni standard già esistenti. Il rischio da evitare è che fabbisogni standard e LEP finiscano per non incontrarsi, come in sanità.

### **1.5. La legge 42/2009**

Il 21 maggio del 2009 entra in vigore, dopo numerose difficoltà, la legge delega sul federalismo, che ha il dichiarato scopo di riconsiderare i limiti dell'autonomia finanziaria. Questa è una legge importante per il federalismo in quanto mette in atto le revisioni costituzionali della riforma del 2001.

La concretizzazione dell'articolo 119 era essenziale per circoscrivere in maniera dettagliata le aree di competenza legislativa e tributaria per gli Enti locali.

Il nuovo disposto federale prevede la rinuncia al criterio della spesa storica per tutti i livelli di Governo, come criterio per calcolare il livello di spesa e il passaggio al costo standard. La spesa storica è un parametro che impartisce le risorse necessarie per un servizio sulla base delle spese effettuate in passato<sup>13</sup>.

La nuova legge fa riferimento ad un lavoro che deve essere una macedonia di efficienza ed utilità, un criterio condiviso da tutto il territorio nazionale.

Da ciò si deduce che l'Ente locale dovrà provvedere a quello che viene chiamato "livello essenziale di prestazione" (LEP); se da una parte lo Stato si impegna a stabilire il costo standard, dall'altra, le Regioni o i Comuni devono riuscire a fornire un criterio di prestazione a quel determinato costo.

L'articolo 117 della Costituzione, evidenzia che si tratta della messa in atto delle competenze specifiche in modo da creare una importante relazione tra i centri di prelievo e quelli di spesa. Queste ultime vengono suddivise in tre categorie differenti: essenziali, non essenziali e speciali<sup>14</sup>.

Le spese essenziali vengono definite LEP e fanno riferimento ai diritti civili e sociali che devono essere garantiti a tutti i cittadini italiani, comprendenti la sanità e l'assistenza. Per

---

13 Dal 1978 lo Stato si impegna a finanziare ogni servizio con la stessa cifra spesa all'epoca (indicizzata annualmente) senza approfondire circa la qualità dei servizi o gli eventuali sprechi. In questo modo, i comuni più virtuosi non riescono ad emergere, avvantaggiando, invece, chi storicamente ha speso di più.

14 Divisione effettuata da Federalismo Spa, in collaborazione con la Commissione Parlamentare.

queste spese, la Legge delega prevede un finanziamento “integrale in ciascuna Regione” (art. 8), e, quindi, anche il fondo perequativo in caso di insufficienza tra i tributi propri, addizionale IRPEF e la compartecipazione IVA. Tale fondo era già stato previsto dall’art. 13 del D. lgs. 23/2001, ma trova piena applicazione solo con la definizione dei criteri di applicazione.

Lo Stato, dunque, costituisce due fondi: uno per i Comuni e l’altro per le Province e le Città metropolitane. Essi sono sorretti dal gettito IRPEF delle Regioni con una maggiore capacità fiscale. Per le spese residuali non viene applicato il costo standard e non viene neanche prevista la garanzia integrale di finanziamento. La legge stabilisce che vengano rimossi tutti i trasferimenti destinati a far fronte a queste spese e che vengano sostituiti con l’aumento dell’addizionale regionale IRPEF. In caso di gettito non sufficiente, lo Stato si impegna a dislocare delle risorse, ancora attraverso il fondo perequativo, questa volta non gratuitamente come accade per i servizi essenziali. Lo scopo del trasferimento, dunque, non è eliminare ma appianare le differenze tra gettito pro-capite di ogni regione e gettito pro-capite medio nazionale.

Lo schema dei costi standard nasconde, però, quello che Tardiola definisce un paradosso: “se vengono decisi dal centro, sia i livelli di prestazione che i costi a cui riuscire ad offrirli, si svuota completamente il significato di federalismo, inteso come aumento dell'autonomia per gli Enti locali, anche se resta comunque la possibilità di usare un proprio modello gestionale delle risorse. Tra l’altro, i settori in cui verranno applicati questi costi sono la sanità, l’istruzione e i trasporti locali, settori importantissimi che occupano la grande maggioranza delle risorse” (Tardiola 2009).

Tardiola denuncia la possibilità di arrivare, dopo anni di ricerca dell’autonomia per migliorare l’efficienza, ad un ridimensionamento del significato proprio di federalismo. Questo vuol dire che le Regioni, che non saranno in grado di rispettare i vincoli tra costi effettivi e standard, dovranno abbassare i finanziamenti per i servizi non essenziali, oppure aumentare la pressione fiscale. A questo punto, però, le Regioni più ricche e che alimentano maggiormente questo fondo, saranno comunque colpite dalle inefficienze di altre Regioni.

Tra i vari punti della legge delega 42/2009, c’è la massimizzazione dell’efficienza amministrativa che riguarda primariamente l’organizzazione tra tutti i livelli di governo per ottenere gli obiettivi previsti dalla politica di bilancio nazionale.

Il d. lgs. 149/2011 ha definito un sistema di premi e sanzioni che si lega all'individuazione di alcuni indicatori di efficienza e di adeguatezza dei servizi offerti ben specifici. Il riscontro avviene tramite la stesura di un inventario di fine mandato che per i Presidenti di Regione e per i Sindaci è obbligatorio a cui viene associata responsabilità politica. In caso di non conformità degli esiti dell'attività normativa e amministrativa rispetto all'unità economica o giuridica della Repubblica o del principio di trasparenza delle decisioni di entrata e di spesa (art. 1 c.1 d.lgs. 142/2011) sono applicate delle sanzioni. Tuttavia, nelle fattispecie più gravi si dà, invece, possibilità allo Stato di esercitare il potere di sostituzione ai sensi dell'art. 120 della Costituzione (Assonime – note e studi, 14/2011).

Questo sistema ha lo scopo di responsabilizzare maggiormente gli amministratori locali con l'obiettivo (e la speranza) che la loro azione e i servizi da loro offerti possano giovare. A valutare il loro lavoro sono gli stessi contribuenti attraverso il voto; difatti, la frase che è, da sempre, alla base della politica a sostegno del federalismo è: “vedo, pago, voto”.

Un documento molto importante risulta la relazione di fine legislatura che, oltre al bilancio consolidato, deve contenere una descrizione minuziosa delle attività svolte durante il periodo legislativo, con particolare attenzione ai livelli economico-finanziari e ai possibili bilanci in passivo. Essa, inoltre, deve anche precisare le possibili azioni intraprese per contenere le spese e il percorso immaginato al fine di una definizione dei costi standard. La relazione viene redatta da tutti gli enti locali e, cioè, da Regioni, Province e Comuni; spetta al Ministro dell'Economia procedere alla verifica del documento per rilevare potenziali squilibri finanziari. Sono previsti, inoltre, “premi” per gli enti più virtuosi (quelli, cioè, che presentano un rapporto di spesa inferiore all'anno precedente e alla media nazionale dell'anno in considerazione).

L'articolo 26 della legge delega 42/2009 rappresenta un altro punto importante. Con questo articolo si è cercato di dare maggiore peso alla lotta all'evasione fiscale, sempre attraverso meccanismi premiali, concedendo, dopo accertamenti dell'ente locale sui tributi statali, la metà della somma raccolta. Ovviamente, questi possono avvenire dopo segnalazioni al Ministero.

L'intenzione primaria dell'articolo 26 è, quindi, quella di arrivare alla definizione di accordi formali che abbiano l'intenzione di stabilire un programma (di più anni) con

l'obiettivo di contrastare e limitare l'evasione, al fine di far confluire i dati sulla capacità fiscale potenziale a quelli sulla capacità effettiva.

Con il dispositivo finale della legge 42/2009 è caduta l'ipotesi di poter istituire aliquote riservate. Il punto 2 dell'articolo 7 della legge 42/2009 consente di inserire delle modifiche percentuali delle aliquote delle addizionali e di disporre detrazioni entro i limiti fissati dalla legge. È comunque sempre il legislatore a definire i limiti percentuali che le leggi regionali possono applicare.

Per gli enti locali diventano di fondamentale importanza le esenzioni e le detrazioni che riusciranno a concedere per tutelare le famiglie o per rilanciare l'economia, riuscendo così a far emergere i più virtuosi. Ciò diventa anche possibile grazie alla manovra dei tributi che mette fine ai trasferimenti vincolati.

La designazione delle imposte concerne anche l'IRAP. Tale azione potrebbe portare ad un rilancio dell'economia, oltre che aiutare lo sviluppo produttivo. Inoltre, potrebbe eliminare, o abbreviare, l'iter burocratico, senza, quindi, il ricorso al prelievo e alla redistribuzione dal centro. Non si tratta di una novità, poiché le imposte di scopo erano già state introdotte dalla legge 296/2006. Viene, però, ampliato il campo di applicazione alle opere pubbliche e ad eventi particolari, come la mobilità urbana o i flussi turistici.

Ne deriva una fiscalità aggiornata, composta da due livelli: i tributi propri e le compartecipazioni. I decreti attuativi emanati dallo Stato centrale determineranno la loro ampiezza di intervento. L'intento è certamente quello di ottenere una semplificazione burocratica e una riduzione della pressione globale.

Un altro punto di cui vorrei discutere è il patto di stabilità interno che nasce come compartecipazione per raggiungere gli obiettivi di convergenza definiti da Maastricht e sintetizzabili nella stabilità dei prezzi, nei tassi di interesse, nei cambi e nella finanza pubblica. Di conseguenza, ne derivano i due obiettivi del patto interno: la progressiva riduzione del finanziamento in passivo delle spese finali, la riduzione del debito a carico di ciascun ente e del prodotto interno lordo.

Anche se il patto è stato, negli anni, profondamente revisionato, il primo punto permane l'obiettivo primario. Esso viene rinnovato ogni tre anni e dal 2012, è stato inserito un meccanismo che divide la somma agli enti in base a dei criteri di virtuosità. Inoltre, a partire dall'anno successivo, tra gli enti vengono annoverati anche i Comuni minori, con una popolazione compresa tra i 1.001 e i 5.000 abitanti; mentre, dal 2014, tutte le unioni

di comuni, anche quelle con meno di 1.000 abitanti. Questi obiettivi sono determinati dal decreto legge 78/2019.

Nel caso in cui un ente locale non riuscisse ad ottemperare alle richieste, non rispettando, dunque, i limiti di spesa imposti, saranno previste sanzioni. Tra queste: il divieto di ricorrere a nuovi indebitamenti e di assunzione di personale (a qualunque titolo, anche con contratti di servizio con privati), la riduzione del fondo di riequilibrio, la riduzione delle indennità di funzione e dei gettoni di presenza, il limite alle spese correnti che non possono superare la media annuale del precedente triennio.

Successivamente è stata istituita un'apposita commissione UE che ha il compito di stabilire dei programmi di stabilità per gli Stati membri e garantire il coordinamento delle politiche di bilancio all'interno della zona Euro.

## 1.6. I decreti attuativi

La legge 42/2009 presenta otto decreti attuativi.

DECRETO ATTUATIVO	DECRETO DI RIFERIMENTO e DATA DI APPROVAZIONE
Federalismo demaniale	D.l. 28 maggio 2010, n. 85
Roma capitale	D.l. 17 settembre 2010, n. 156
Fabbisogni standard	D.l. 26 novembre 2010, n. 216
Federalismo fiscale municipale	D.l. 14 marzo 2011, n. 23
Autonomia tributari di regioni e province e costi standard nel settore sanitario	D.l. 6 maggio 2011, n. 68
Risorse aggiuntive e di interventi per la rimozione degli squilibri economici e sociali	D.l. 31 maggio 2011, n. 88
Armonizzazione dei sistemi contabili	D.l. 23 giugno 2011, n. 118
Meccanismi sanzionatori e premiali relativi a regioni, province e comuni	D.l. 6 settembre 2011, n. 149

Tabella 1: Riepilogo decreti attuativi

Il primo decreto attuativo è stato quello del federalismo demaniale. Tale decreto attuativo è stato emanato precisamente con il decreto 85/2010 che attua ciò che viene riportato nell'articolo 19 della legge delega. L'articolo precisa che per "federalismo demaniale" si suole intendere quel fenomeno devolutivo, complementare al federalismo fiscale che consta nello spostamento dei beni di proprietà dello Stato agli enti territoriali.

Il decreto consente a Comuni, Province, Città Metropolitane e Regioni di avanzare richiesta per l'eventuale trasferimento di proprietà dei beni statali presenti nel proprio territorio. Essa deve essere accompagnata da una relazione che esponga le modalità di utilizzo di quel bene. I beni non richiesti restano, invece, patrimonio dello Stato e confluiscono in un particolare patrimonio affidato all'Agenzia delle Entrate.

Tra i beni alienabili, comunque, sussistono eccezioni. In particolare le strade ferrate, riserve naturali statali e parchi nazionali, porti e aeroporti, reti energetiche. In generale, tutti gli immobili utilizzati dall'Amministrazione dello Stato (o da altro organo pubblico) per finalità istituzionali (art. 5) fanno parte di questa categoria.

Un aspetto notevole di questo decreto è che il trasferimento di proprietà che ha luogo da Stato ad Ente locale è a titolo gratuito. Ad ogni modo, l'amministrazione decentrata può esercitare qualsiasi diritto sulla proprietà. Possibilmente essa potrebbe procedere anche all'alienazione. Tuttavia, vengono posti dei limiti da parte del decreto: l'ente deve impegnarsi per la valorizzazione dei beni attuativi, e, nel caso di alienazione, la procedura deve essere attestata dall'Agenzia del demanio o dall'Agenzia del territorio.

Nella lista compilata dal Ministero del Tesoro i beni passibili di trasferimento sono quasi undicimila, per un patrimonio stimato di circa 3,25 miliardi di euro. Mentre, per molti sindaci, l'opportunità di usufruire di beni statali si presenta come un'occasione di valorizzazione, altri la confutano. In particolare, Bonelli (2010) ha posto l'attenzione sulla possibilità di un'enorme speculazione edilizia e immobiliare sui beni di importanza culturale; per Settis, invece, i beni potrebbero andare in mano a privati spregiudicati interessati solo al guadagno. Proprio per questo motivo, nel febbraio 2011, è stato siglato un Protocollo d'intesa dal Ministero per i beni e le attività culturali e l'Agenzia del demanio per escludere tutti i beni appartenenti al patrimonio culturale nazionale con l'obiettivo di razionalizzare e valorizzare i patrimoni immobiliare sottoscritti con il d.l. 85/2010 (art. 2, comma 2).

Il terzo decreto attuativo, il d. lgs. 68/2011 è fondamentale poiché dispone norme sull'autonomia di entrata di Province e Regioni. Esso mette fine a tutti i trasferimenti generali. I trasferimenti statali vengono rimpiazzati con una compartecipazione al gettito IRPEF.

Dal 2013, i trasferimenti regionali sono stati sostituiti in favore di una partecipazione congiunta alla tassa automobilistica. Sarà la regione a impegnarsi ad assicurare la partecipazione ai tributi regionali.

Per garantire un equilibrio maggiore, ogni regione deve preparare un “fondo sperimentale di riequilibrio” alimentato dalla tassa automobilistica con una durata di tre anni.

Il decreto attribuisce, inoltre, alcuni tributi alla responsabilità delle Province tutti riguardanti il trasporto su gomma: il 12,5% dell'imposta sulle assicurazioni contro la responsabilità civile sui guidatori di veicoli a motore e l'imposta provinciale di trascrizione (IPT), il tributo che si paga per l'iscrizione, la trascrizione e l'annotazione di un veicolo sul Pubblico Registro Automobilistico.

Inizialmente le nuove entrate regionali prevedono una ridefinizione dell'addizionale IRPEF che va a coprire i tributi soppressi e l'accisa sulla benzina. Ad ogni Regione viene, inoltre, concessa la possibilità di aumentare l'aliquota base sul mezzo punto percentuale. Le Regioni potranno anche inserire delle detrazioni per le famiglie e dei sostegni economici. Una parte dei tributi sarà destinata, invece, alla compartecipazione IVA e all'IRAP. Un'ulteriore ripartizione prevede lo spostamento di alcuni tributi alla regione, come la tassa sulle concessioni regionali. Altra ripartizione prevede le disposizioni sul fondo perequativo. Le prestazioni necessarie sono, invece, attuate attraverso un fondo “verticale” sostenuto dalla compartecipazione IVA. Lo scopo di questo fondo è quello di arrivare alla definizione dei costi standard in quattro anni che verranno finanziati integralmente.

La spesa maggiore per le Regioni è da sempre il settore sanitario è, quindi, importante definire un sistema di costi standard per il settore della sanità pubblica che potrebbe, di fatto, far risparmiare molto denaro. La definizione di questo sistema si presenta, però, più come una sfida che come una soluzione.

L'individuazione dei costi avviene con più passaggi: il primo riguarda l'individuazione dei criteri di qualità ed efficienza che il servizio deve offrire, sarà, poi, compito del Ministero della Salute indicare le cinque Regioni migliori; tra le cinque, successivamente,



ne verranno scelte tre (sud, centro e nord) affinché garantiscano una rappresentanza territoriale equa. La definizione dei costi viene attuata con una media ponderata tra le regioni di riferimento, vagliando tre livelli di assistenza: ospedaliero, distrettuale, collettivo.

Dal 1° luglio 2012, l'Authority per i contratti pubblici ha stabilito i massimali per i dispositivi medici e i farmaci ospedalieri. Le Asl che non considereranno i prezzi definiti dovranno pagare autonomamente la differenza. In questo modo, si cerca di diminuire sensibilmente lo spreco di risorse pubbliche, posto che, in base alla zona geografica, lo stesso farmaco costa anche il +2000%<sup>15</sup>. L'autorità ha, inoltre, fissato il prezzo per la mensa dei degenti, del personale medico e del servizio di lavanderia, così da coprire tutti i costi presenti nelle strutture sanitarie.

Trattandosi di sanità, la questione fondamentale ruota attorno ai livelli di prestazione che devono garantire tempestività e massima efficienza all'intera popolazione. Per questo motivo la questione sociale diventa preminente, passando oltre la questione economica. Definiti gli standard, se i soldi trasferiti non dovessero bastare, l'ente locale sarebbe costretto ad attuare dei tagli, cosa però non possibile in ambito sanitario. Lo Stato dovrebbe, a quel punto, intervenire con una nuova elargizione di capitali generando certamente un precedente.

Il decreto sui fabbisogni standard, entrato in vigore il 18 dicembre 2010, include le linee guida per il superamento della spesa storica e per arrivare ai costi standard. Esso ha rappresentato un punto di svolta del nuovo federalismo che la legge 42/2009 ha cercato di compiere.

La scaletta prevedeva di arrivare nel 2013 alla definizione del fabbisogno per tutte le funzioni svolte dagli enti locali, per poi applicare questi standard in maniera definitiva nel triennio 2014-2017. Il decreto, per quanto riguarda la metodologia, rimanda la questione alla Sose S.P.A. che procede in maniera bottom-up, partendo, cioè, dalla raccolta di informazioni fornire da ogni ente locale vicino al cittadino per poi risalire ad amministrazioni sempre più grandi. I dati raccolti vanno poi analizzati dalla COPAFF che designa un parere entro 15 giorni. Sempre alla Sose tocca il compito di seguire la fase applicativa, partendo da una raccolta di tutti i dati finanziari e strutturali di ogni Comune

---

<sup>15</sup>Classici esempi sono costituiti dall'insulina il cui prezzo, nel nostro paese, varia dai 3 ai 65 centesimi o da inserti tibiali che in alcune regioni, costano 199 euro ed in altre, 2.479 euro.

che determinano il costo massimo di una funzione fornita dall'ente locale, cioè, il tetto massimo di spesa e la percentuale di assegnazione di risorse dal fondo perequativo.

Secondo un'attenta dottrina, oltre all'innovazione data dal superamento del criterio della spesa storica, l'altra caratteristica rivoluzionaria della legge delega del 2009 è l'inversione di una tendenza che non aveva prodotto nemmeno la Costituzione repubblicana. L'autonomia tributaria regionale, prima dell'adozione della legge delega aveva occupato una posizione di confine rispetto a quella degli enti locali, le ragioni si presume siano di origine storica, essendo la Regione "un'invenzione" repubblicana, svalutata nel corso dell'attuazione della Carta Costituzionale.<sup>16</sup> Con la legge delega viene oltrepassato il sistema di finanza derivata. Le Regioni, contemporaneamente, divengono il fulcro del sistema di finanziamento degli enti territoriali, assumendo un ruolo di coordinamento dell'autonomia finanziaria degli enti locali. In particolare, l'articolo dedicato all'autonomia finanziaria regionale è l'art. 7 della legge n. 42 che ha subito, rispetto alla versione originale, delle modifiche nel corso dell'esame parlamentare. Tra le entrate regionali esso assegna un ruolo di rilievo alle compartecipazioni al gettito dei tributi erariali. In modo particolare, al comma 1, lett. a) «in via prioritaria, a quello dell'imposta sul valore aggiunto»<sup>17</sup>, la compartecipazione all'Iva viene gestita e razionalizzata, seguendo il principio della territorialità. Tuttavia, sono state molte le critiche verso questo modello di federalismo fiscale. La dottrina, di contro, rileva alcuni lati positivi sotto il modello applicativo di federalismo fiscale basato su una forte compartecipazione al gettito erariale.<sup>18</sup>

Il sistema della compartecipazione al gettito erariale avrebbe il vantaggio di mantenere le funzioni che sono utili in capo all'amministrazione finanziaria e di poter essere realizzato senza ulteriori costi e sforzi organizzativi. L'attribuzione dell'autonomia tributaria alle Regioni e agli enti locali, invece, comporterebbe, oltre che produrre nuove forme di prelievo in più rispetto a quelle esistenti, grosse difficoltà per enti pubblici territoriali dal punto di vista dei controlli e della riscossione.

---

<sup>16</sup>Cfr. G. Bizioli, *Il federalismo fiscale*, Catanzaro, 2010, p. 81

<sup>17</sup>Art. 7: «Principi e criteri direttivi relativi ai tributi delle regioni e alle compartecipazioni al gettito dei tributi erariali».

<sup>18</sup> Cfr. D. Stevanato, *La questione*, in D. Stevanato, R. Lupi, C. Busana Banterle e M. C. Guerra, *Il federalismo fiscale come trasferimento del gettito nelle aree di produzione*, in *Dialoghi tributari*, n. 4/2008, pp. 25 e ss.

Se analizzata in questi termini, tale questione lascia trapelare una visione alquanto riduttiva dell'autonomia tributaria. Inoltre, va segnalata anche un'altra criticità sul concetto che il tributo proprio diventi, col passare del tempo, sempre più evanescente.

Da una parte vengono indicati i tributi che da statali divengono propri, senza però che venga alterata la loro identità. Ad esempio, i tributi regionali già esistenti, elencati all'art. 8, comma 1, d. lgs. 68/2011 divengono tributi propri regionali. Questi, però, possono essere soppressi da ciascuna regione. Questi tributi non trovano rispondenza all'art. 7, lett. b), della legge delega 42/2009. Questo tipo di tributi propri non riguarda il contenuto del successivo art. 15 del decreto legislativo 68/2011. Inoltre, si stabilisce che per tributi delle regioni si intendono i tributi propri derivati, istituiti e regolati da leggi statali; le addizionali sulle basi imponibili dei tributi erariali; i tributi istituiti dalle regioni con proprie leggi.

Considerato che alle regioni è data la facoltà di sopprimerli, è verosimile pensare che essi assumano l'aspetto di autonomi tributi propri, fermo restando che questi ultimi sono a tutti gli effetti solo quelli contemplati dall'art. 38 del decreto legislativo.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup>Art. 38 - Tributi previsti dall'articolo 2, comma 2, lettera q), della legge n. 42 del 2009 - 1. Dal 2013 la legge regionale può istituire tributi regionali e locali nonché determinare variazioni delle aliquote o agevolazioni per comuni e province.

## Capitolo 2: Federalismo fiscale e sanità

### 2.1. La nascita del Sistema Sanitario Nazionale

La prima riforma della sanità in Italia si deve alla legge 17 luglio 1890, n. 6972, detta “legge Crispi”, che qualificava l’assistenza sanitaria come attività di pubblico interesse, quantomeno, in merito al soccorso nei confronti delle persone indigenti.

L’art. 32 della Costituzione riconosce il diritto alla salute quale diritto primario e assoluto, afferma che la Repubblica tutela la salute come «fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività», garantendo altresì cure gratuite agli indigenti e che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.<sup>20</sup>

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), costituita nel 1948, pone quale primario obiettivo il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute. Quest’ultima viene definita come “uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale” e non semplicemente “assenza di malattie o infermità”.

Nel 1958 viene istituito il Ministero della Sanità cui furono attribuite tutte le competenze in materia di salute pubblica. Un importante momento è rappresentato dalla riforma ospedaliera, attuata con la legge 12 febbraio 1968 n. 132, che ha avuto lo scopo di giungere alla costituzione dei nuovi enti ospedalieri in sostituzione delle IPAB.

Con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, avviene il superamento del sistema organizzativo incentrato sull’erogazione dell’assistenza a categorie di soggetti da parte degli enti mutualistici. La legge 23 dicembre 1978, n. 833, al terzo comma dell’art. 1, afferma: “Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso di strutture, funzioni, servizi e attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisico-psichica di tutta la popolazione, senza alcuna distinzione riguardo a condizioni individuali o sociali e con modalità che cerchino di assicurare l’uguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio.

Con tale legge lo Stato finanzia e gestisce tutti i servizi sanitari. Si parla, quindi, di integrazione verticale. Inoltre, il finanziamento avviene per quota capitaria pura, legata,

---

<sup>20</sup> Art. 32 Cost.

cioè, al numero di cittadini da assistere. Il Servizio Sanitario Nazionale, tra le sue competenze, ha anche quella di perseguire il superamento di qualsiasi squilibrio territoriale all'interno della penisola, cercando di garantire, nell'ambito delle condizioni socio-economiche, gli stessi servizi, a prescindere delle differenze. Si parla, in questo senso, di equità orizzontale.

La nuova riforma della sanità pubblica avviene con l'emanazione del d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 che conferma i valori di fondo della precedente legge 833/1978 ma introduce profonde innovazioni in ordine ai metodi ed agli strumenti per il raggiungimento degli obiettivi del Sistema sanitario nazionale in un'ottica di aziendalizzazione delle strutture con criteri di efficacia, efficienza ed economicità per il miglioramento dei servizi e contestuale contenimento della spesa sanitaria.

La riforma riguarda aspetti come:

- la personalità giuridica pubblica;
- l'autonomia amministrativa, patrimoniale e contabile;
- la gestione affidata ad un Direttore generale nominato dalla Regione di riferimento;
- la contabilità economico-patrimoniale e la contabilità analitica per centri di costo;
- la possibilità da parte dell'utente di curarsi presso strutture private accreditate dalla Regione;
- la partecipazione del cittadino.

Assume centralità lo strumento della programmazione sanitaria ulteriormente articolato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, la cosiddetta riforma sanitaria "ter", ove Stato, Regioni ed Autonomie locali non sono più in rapporto gerarchico tra loro ma in rapporto di sostanziale pari ordinazione.

Il Decreto legislativo 502/1992, all'art. 1, definisce i Livelli essenziali di assistenza (LEA) come «l'insieme delle prestazioni che vengono garantite dal Servizio Sanitario Nazionale, a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, perché presentano, per specifiche condizioni cliniche ed evidenze scientifiche, un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate»<sup>21</sup>.

Le funzioni di osservazione dei fenomeni sociali, di erogazione delle prestazioni, di consulenza e aiuto professionale si configurano come livello essenziale da erogare, con

---

21 D. Lgs. 502/1992

la previsione, inoltre, che i servizi e gli interventi vadano organizzati su progetti e processi e non più su procedimenti ed atti.

Il sistema sanitario è un complesso di risorse, attori e istituzioni che promuovono e perseguono, come obiettivo, il mantenimento della salute dei cittadini. In particolare, le finalità del sistema riguardano la prevenzione che è volta sia a migliorare che a mantenere stabile il benessere dei cittadini ed evitare l'insorgenza di malattie.

La prevenzione si può classificare in tre tipologie:

- prevenzione primaria, che ha lo scopo di ridurre (o eliminare) le possibili cause che portano all'insorgenza di malattie, ad esempio, potenziando le difese immunitarie dell'organismo o attraverso il ricorso alla vaccinazione;
- prevenzione secondaria, che ha l'obiettivo di individuare le malattie e di preparare il piano terapeutico per le cure, evitando complicazioni relative alla patologia. La diagnosi precoce è lo strumento primario, atto a intervenire sulla malattia e a marginalizzare il decorso;
- prevenzione terziaria, che consiste nella fase riabilitativa, nel recupero delle funzioni che sono state compromesse dalla malattia, e ha lo scopo di re-inserire il paziente nel contesto sociale.

L'obiettivo, attraverso la prevenzione, è dunque quello di assicurare un sistema che tuteli lo stato di salute dei cittadini. Tale stato, in realtà, è influenzato da più fattori che possono incidere sia positivamente che negativamente sulla vita degli individui.

Il sistema sanitario può, proprio in ottica di prevenzione, anche farsi promotore di stili di vita sani con campagne di progresso che pubblicizzino, ad esempio, un'alimentazione più sana ed equilibrata e può, allo stesso tempo, incoraggiare verso l'impiego di "politiche sane" (campagne di sensibilizzazione relative al risparmio energetico, riguardo all'uso di energie rinnovabili, alla produzione e all'uso dei trasporti in campo commerciale, etc.).

Concetti fondamentali, che servono a "misurare" il funzionamento del sistema sanitario sono: l'efficacia, l'efficienza, il costo e l'equità.

Un sistema sanitario può definirsi "efficace" quando le prestazioni fornite portano a un sensibile miglioramento dello stato di salute dei cittadini, "efficiente", quando riesce a garantire le efficaci prestazioni sanitarie con il minor utilizzo delle risorse. Anche il costo, indicatore principale della spesa sanitaria, dovrebbe raggiungere livelli adeguati da consentire l'accesso al sistema a tutti i cittadini, permettendo, quindi, allo stesso sistema

di essere “equo”, concetto che presuppone l’uguaglianza per i cittadini riguardo l’accesso alle cure.

Da un punto di vista operativo, le tipologie di livelli di assistenza sono:

- Servizio di primo livello (definito anche come assistenza primaria o *Primary Health Care*). Questo servizio prevede una serie di interventi mirati a bassa difficoltà specialistica e con un ricorso alle tecniche strumentali di entità modesta. Il *Primary Health Care* è suddiviso in diverse macro-aree: assistenza pediatrica; medico di base; assistenza per la terza età.

Questo tipo di servizio assume un ruolo fondamentale in tutti i paesi e risulta essere un mezzo importante per la promozione e il miglioramento del benessere di una popolazione, anche quando nelle società si raggiungono già livelli molto alti. Certo è che il tenore di vita o la ricchezza globale, non sono sinonimo di alti livelli di assistenza primaria. I principi di equità ed efficacia, spesso, non riducono le discrepanze createsi tra i diversi strati della società. Esempio cardine, in questo senso, è costituito dagli Stati Uniti.

- Servizio sanitario di secondo livello. Con questo tipo di servizio si intendono ricoveri ospedalieri e servizi specialistici orientati all’erogazione di prestazioni con caratteristiche prevalentemente di urgenza o di emergenza se riferite allo stato terminale di una malattia.
- Servizio sanitario di terzo livello. Si tratta di medicina alta specializzazione per la cura di malattie rare, caratterizzata dallo sfruttamento di tecnologie più sofisticate rispetto ai primi due livelli.
- Assistenza farmaceutica. Essa presuppone la distribuzione dei medicinali attraverso le farmacie. I medicinali saranno a carico dello Stato o del cittadino, in base alla loro classificazione. Questo livello di assistenza rappresenta, dunque, a livello di spesa, una componente fondamentale per il paese.

L’evoluzione storica ha portato al sorgere di tre modelli di sistemi sanitari attuali. Essi si differenziano in base alle modalità di finanziamento e alle modalità di erogazione dei servizi. Questi modelli possono essere sintetizzati in:

- modello mutualistico (o Bismarck), conosciuto anche come sistema di assicurazione sanitaria e sociale. Esso si caratterizza per la presenza di assicurazioni sociali obbligatorie. Il finanziamento della sanità è garantito dal versamento di contributi dai cittadini, soprattutto da parte di chi è impiegato.

Il sistema viene garantito attraverso sia l'erogazione pubblica, sia quella privata. Questo modello viene messo in atto in Francia e Germania.

- modello Beveridge, il quale presume un finanziamento del sistema garantito dallo Stato tramite una quota del gettito fiscale. Tale modello è conosciuto come “Sistema Sanitario Nazionale”. La sua caratteristica di base è che il servizio ha una copertura universale. In questo sistema, proprio perché il finanziamento è pubblico, viene a perdersi il legame fra i contributi dei cittadini e gli effettivi utilizzi. In Italia, il sistema pubblico attualmente in uso è di questo tipo, caratterizzato dal principio di equità poiché consente l'accesso ai servizi sanitari in maniera gratuita o dopo il pagamento di un ticket. I destinatari sono tutti i cittadini.
- modello misto. In questo modello vi sono prevalentemente le assicurazioni private e l'ente che eroga i servizi sanitari è per lo più privato. Il finanziamento viene garantito dai contributi dei cittadini ma anche dalla stipula di contratti di assicurazione volontaria. Questo sistema è messo in atto negli Stati Uniti.

I tre modelli hanno caratteri diversi e, di conseguenza, nei paesi dove vengono applicati, la sanità viene erogata con differenti modalità. L'obiettivo principale è far in modo che tutti i cittadini abbiano garantito il diritto alla salute che possa permettere loro non solo un'aspettativa di vita maggiore e un benessere sempre crescente.

Il nostro paese, nonostante sia tra i primi al mondo riguardo alla qualità del servizio sanitario, deve misurarsi con vincoli di bilancio che fanno sì che la spesa si attesti entro un certo livello e con realtà sociali ed economiche molto complesse evidenziate da barriere territoriali e geografiche.

Analizziamo ora nei dettagli come è organizzato il Servizio Sanitario Nazionale Italiano. Il SSN è stato istituito con la Legge del 23 dicembre 1978, n. 833 ai sensi della quale, all'art 1., «il Servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del Servizio Sanitario Nazionale compete allo Stato, alle Regioni e agli Enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini». Questa legge è stata riconosciuta come la prima riforma in ambito sanitario che ha modificato in maniera significativa l'intero sistema con la costituzione delle USL



(Unità Sanitarie Locali) e l'introduzione di un sistema fondato sul principio di eguaglianza ed universalità. Il principio di eguaglianza e il principio di universalità del SSN costituiscono presupposto indefettibile per assicurare la coesione sociale del Paese e per contrastare le conseguenze sulla salute frutto delle disuguaglianze sociali derivanti dalle diverse condizioni socio-economiche dei singoli territori<sup>22</sup>. I principi fondanti del SSN, richiamando l'articolo 32 della Costituzione, sono i seguenti:

- principio di universalità, che stabilisce il diritto rivolto a tutti i cittadini di ricevere prestazioni sanitarie, poiché, la salute è un diritto inalienabile e una risorsa comune;
- principio di uguaglianza, secondo cui tutti i cittadini hanno diritto a ricevere le prestazioni sanitarie senza distinzioni di condizioni individuali, economiche e sociali;
- principio di equità, in virtù del quale a tutti i cittadini si deve garantire l'efficienza, la qualità, la trasparenza del servizio e delle prestazioni. Questo principio ha l'obiettivo di superare le disuguaglianze che si possono avere nell'accesso alle prestazioni sanitarie. L'obiettivo del SSN è la promozione dell'assistenza sanitaria a tutti i cittadini, indipendentemente dal loro reddito e livello sociale di appartenenza. Per perseguire questi obiettivi il SSN è organizzato tramite enti che insieme ricercano il benessere collettivo. L'emanazione della legge ha rappresentato un grande progresso ed è un indice di sviluppo sociale e democratico che ha reso il nostro Paese esempio di assistenza unico nel suo genere in quanto garantisce un'assistenza sanitaria senza distinzioni.

Dal 1978 ad oggi, il sistema sanitario ha subito alcune variazioni che, tuttavia, non hanno mai intaccato i principi fondanti. L'Italia si è ritrovata ad essere alle prime posizioni per la sanità nelle graduatorie stilate dall'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico), detenendo il primato per l'accesso alle cure e il primato per l'elevata qualità dell'assistenza primaria.

Tutto questo ha determinato un'aspettativa di vita media molto alta e, conseguentemente, una popolazione sempre più anziana. Anche in termini di spesa media, il nostro paese si colloca nei primi posti delle graduatorie OCSE, ciò è un fattore positivo in quanto indica che in Italia si spende meno grazie a livelli di prevenzione medio-alti.

Il SSN è organizzato su tre livelli istituzionali, il primo è il governo centrale (Ministero della Salute), il secondo sono i governi regionali ed infine il terzo sono le aziende sanitarie locali (ASL) congiuntamente agli ospedali indipendenti.

---

<sup>22</sup> [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

L'organo principale del SSN è il Ministero della Salute che si occupa di garantire la salute pubblica ed allo stesso tempo che vi sia equità, qualità, efficienza e trasparenza nel sistema, utilizzando anche una comunicazione corretta e adeguata all'intero Paese, sostenendo quindi attività correttive e migliorative.

Il Ministero della salute ha il compito di definire i servizi sanitari essenziali cioè i LEA (Livelli essenziali di Assistenza) che devono essere garantiti sul territorio e forniti ai cittadini gratuitamente o attraverso il pagamento del ticket, cioè, una quota stabilita in base al reddito.

La definizione dei LEA è stata cambiata con il D.P.C.M del 12 gennaio 2017 che ha sostituito il precedente decreto del 29 novembre 2001.

Con il nuovo D.P.C.M. sono stati ridefiniti i confini dei servizi sanitari essenziali. Coerentemente con gli obiettivi del SSN, la Commissione Nazionale ha il compito di mantenere aggiornati e monitorare costantemente i LEA secondo criteri di efficacia.

Il Ministero deve, inoltre, collaborare con le Regioni in modo da poter valutare e migliorare la realtà sanitaria di queste ultime, le quali hanno il compito di erogare i servizi di assistenza sanitaria in modo equo e tramite le ASL.

Le ASL erogano prestazioni sanitarie pubbliche, servizi di assistenza primaria o di assistenza specialistica anche tramite gli ospedali pubblici; servizi domiciliari per anziani e malati gravi; servizi territoriali di consulto, attraverso l'erogazione di consultori familiari, servizi per la salute mentale, SERT, servizi di riabilitazione per disabili, servizi di strutture semiresidenziali e residenziali come residenze per anziani e disabili, centri diurni, case famiglie e comunità terapeutiche.

Nel precedente decreto citato è stato previsto un nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale che ha il compito di introdurre prestazioni tecnologicamente avanzate tra cui, le prestazioni di procreazione medicalmente assistita (PMA) e la consulenza genetica, che abbiano l'obiettivo di eliminare procedure ormai obsolete; un classificatore nuovo per l'assistenza protesica che permette di predisporre degli ausili informatici e di comunicazione (tastiere adattate per persone con gravissime disabilità, apparecchi acustici a tecnologia digitale, mezzi di comunicazione, oggetti d'uso necessari per le abilità e funzionalità motoria, arti artificiali con tecnologie avanzate e sistemi di riconoscimento vocale, etc.).

Per quanto concerne i vaccini, sono stati inclusi quelli che erano previsti dal calendario nazionale 2012-2014 accompagnati dai nuovi vaccini secondo il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2017-2019 tra cui: il vaccino per il meningococco B, il rotavirus e la varicella nei nuovi nati con estensione del vaccino anti-Papillomavirus. Nel biennio 2020-2022 è stato ampliato il Piano Vaccinale con l'inserimento del vaccino contro il Covid-19.

Sui nuovi vaccini, per quanto riguarda l'eventuale pagamento, il discorso è più complesso e dipende dalla Regione. In materia di malattie rare è stato ampliato l'elenco e sono state inserite più di centodieci nuove entità; in materia di malattie croniche sono state inserite nuove patologie come patologie renali croniche e soprattutto l'endometriosi di cui si contano 3 milioni di casi in Italia e si stimano circa 300mila esenzioni; in materia di screening neonatale vengono introdotte le cure per sordità e cataratta congenita ed estese a tutti i nuovi nati le cure per le malattie metaboliche ereditarie.

Infine, il Ministero ha il compito di rimanere sempre aggiornato, anche nel campo innovativo, per riuscire a fronteggiare le diverse insidie che possano intaccare la salute pubblica. Il Ministero, tramite il Piano Sanitario Nazionale, ha il compito di stabilire gli obiettivi generali per il raggiungimento della salute pubblica, compreso l'importo del piano sanitario e il metodo di ripartizione di tale fondo alle Regioni che, tramite le ASL, riescono ad assicurare l'attività sanitaria.

Il Ministero è organizzato in tre dipartimenti. Ogni dipartimento è organizzato in Direzioni generali con l'obiettivo di riuscire a rispondere al meglio alle diverse esigenze dei cittadini in tema di salute. I dipartimenti sono:

- Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione: si occupa delle attività di coordinamento, vigilanza e di diretto intervento sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro, dell'ambiente e delle condizioni di vita delle persone, di promozione e sviluppo della ricerca, di finanziamento e vigilanza sugli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e altri enti nazionali;
- Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale: si occupa di coordinamento e vigilanza e di diretto intervento di spettanza statale in tema di programmazione, sviluppo e monitoraggio di sistemi di garanzia della qualità del SSN, assistenza sanitaria per gli italiani all'estero, sistema informativo e

statistico del SSN, formazione del personale del SSN, organizzazione territoriale dell'assistenza farmaceutica e rischio clinico;

- Dipartimento della sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare e organi collegiali per la tutela della salute: coordina, vigila, interviene su più fronti quali la sanità pubblica veterinaria, nutrizione e sicurezza alimentare, ricerca e sperimentazione, valutazione del rischio in materia di sicurezza alimentare, funzionamento del Consiglio superiore di sanità, farmaci veterinari, farmaci, alimentazione animale.

Insieme al Ministero della Salute, vi sono altri organi che contribuiscono al funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale. Fra questi vi sono:

- Istituto Superiore della Sanità;
  - Consiglio Superiore della Sanità;
  - l'Agenzia Italiana del Farmaco;
  - l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali;
  - il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie;
  - Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.
- L'Agenzia Nazionale per il Farmaco (AIFA) è un ente pubblico che opera sotto il controllo del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia, in termini di trasparenza, economicità ed autonomia. L'Agenzia collabora con le regioni, con l'Istituto Superiore di Sanità, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, le associazioni dei pazienti, i medici e le società scientifiche, tutto il mondo produttivo e distributivo. L'AIFA ha un'ampia categoria di compiti da svolgere: l'autorizzazione all'immissione in commercio dei medicinali (AIC), necessaria per autorizzare l'entrata nel mercato dei farmaci con determinati livelli di qualità, efficacia e sicurezza. Queste attività hanno lo scopo di rendere accessibile l'assistenza farmaceutica in tutta la nazione e di rendere disponibili sia i farmaci innovativi che quelli per le malattie rare. L'AIFA, ogni anno, entro l'1 dicembre, stima la spesa farmaceutica nazionale con riferimento ad ogni Regione determinando così il livello di spesa al quale dovranno attenersi. L'ente ha potere di vigilanza per far in modo che i livelli di spesa farmaceutica siano rispettati, tramite anche dei meccanismi di ripianamento automatico in caso di superamento dei tetti di spesa.
- L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è l'organo tecnico-scientifico di riferimento del SSN e lavora sotto le direttive del Ministero della Sanità. Coopera con le Aziende Sanitarie Locali (ASL) attraverso le Regioni e, su richiesta di esse, funge da ente di consulenza e

portatore di informazioni nei limiti dei propri compiti istituzionali. L'attività di consulenza viene svolta per le Regioni ma anche per il Ministero della Salute e per il Governo. L'Istituto si occupa principalmente di predisporre piani di ricerca, sperimentazione e formazione che siano in linea con gli obiettivi di programmazione sanitaria nazionale e delle iniziative proposte dalle Regioni.

- Il Consiglio Superiore della Sanità (CSS) è il “massimo organo di consulenza tecnico scientifica del Ministero della Salute”. In particolare, il CSS ha funzione di consulenza per quanto riguarda l'elaborazione delle linee generali della politica sanitaria nazionale e per la determinazione e, in seguito, l'attuazione del piano sanitario nazionale. Il Consiglio ispeziona gli interventi nel campo dell'igiene e della salute pubblica per poi dare il suo parere agli organi decisionali, inoltre, propone progetti organizzativi per la costruzione in specifici luoghi di ospedali, istituti di cura ed altri edifici sanitari.
- Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni a Lavoro (INAIL), si occupa della prevenzione dei rischi lavorativi tutelando i lavoratori per i danni economici e fisici relativi a infortuni. A questo proposito eroga prestazioni economiche e sanitarie ai lavoratori affetti dal danno. Con la legge 122/2010, l'INAIL ha sostituito il precedente ISPESL (istituto per la prevenzione e la sicurezza del lavoro).
- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), svolge funzioni di supporto alle attività regionali, in termini di qualità organizzativa, di efficienza ed efficacia delle prestazioni sanitarie. Si occupa di segnalare eventuali disfunzioni e sprechi nella gestione delle risorse personali e materiali dei sistemi regionali.
- Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), sono enti nazionali autonomi di ricerca nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari. Essi forniscono anche prestazioni di ricovero e cura.
- Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), coordina i rapporti tra il Ministero della Salute e le Regioni per la sorveglianza, la prevenzione e le risposte tempestive ad eventuali emergenze.
- Infine, gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS), coordinati dal Ministero della Salute, sono gli enti tramite i quali sia le Regioni che le Province possono gestire le ricerche riguardanti la sanità veterinaria. Inoltre, elaborano tecnologie innovative per riuscire a controllare gli alimenti di origine animale e, allo stesso tempo, assicurare il continuo aggiornamento dei veterinari e degli altri collaboratori nel campo zootecnico.

Oltre a questi enti, nel 1983, per riuscire ad avere una cooperazione più stretta fra Stato e Regioni è stata costituita una Conferenza Stato-Regioni, alla quale partecipano le due Province autonome e le Regioni per affrontare, insieme al Governo centrale, i temi sulla programmazione, il finanziamento, l'erogazione dei servizi sanitari e dei servizi di assistenza tramite le ASL che, come già abbiamo detto, dipendono in maniera diretta dal Governo della Regione di appartenenza che le finanzia tramite programmi che variano da una Regione all'altra.

## **2.2. La legge 229/1999**

L'ultima grande riforma che il Sistema Sanitario Nazionale ha compiuto dalla sua costituzione è stato il Decreto legislativo 229/1999, conosciuto anche come Riforma Bindi o Riforma-ter. Con questa riforma il SSN ha compiuto un lungo processo di organizzazione e razionalizzazione che è stato necessario per garantire un servizio sanitario quanto più possibile efficace ed efficiente.

Ciò che modifica la Riforma Bindi sono i principi guida della sostenibilità finanziaria del sistema, in base all'appropriatezza, all'economicità e all'evidenza scientifica nelle scelte di utilizzo delle risorse.

Con l'Articolo 1 della Riforma Bindi viene modificata l'impostazione generale del sistema sanitario sancita dal d.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e vengono circoscritti i principi di tutela del diritto alla salute, la programmazione sanitaria e i LEA, cioè, i livelli essenziali ed uniformi di assistenza.

L'articolo 1 sancisce che la tutela della salute è un diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. La salute è garantita nel rispetto di dignità e libertà della persona umana mediante il Servizio Sanitario Nazionale, quale «complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale»<sup>23</sup>.

Il Servizio sanitario nazionale garantisce, in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli artt. 1 e 2 della L. 833/1978, attraverso l'impiego di risorse pubbliche, un accesso

---

23 D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (Riforma Bindi o Riforma-ter)

in cui siano valorizzati i valori di equità, qualità, economicità e appropriatezza per tutti i cittadini italiani.

L'articolo 3 e l'articolo 4 regolano la programmazione dei LEA. Questi articoli non modificano alcuno strumento politico per le risorse economico-finanziarie da destinare al Servizio Sanitario Nazionale. A farlo, tramite il piano sanitario nazionale, è il Decreto di Programmazione economico-finanziario. Tale Piano definisce i livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA) che lo Stato gratuitamente (o dietro pagamento del ticket) assicura ai cittadini. Saranno le regioni a redigere delle proposte per la predisposizione del Piano. Infatti, entro ogni 31 marzo, le Regioni a trasmettono al Ministro della Sanità la relazione annuale sullo stato di realizzazione del Piano sanitario regionale.

Il piano sanitario regionale disegna un piano d'intervento per la salute e il funzionamento dei servizi per la soddisfazione delle esigenze specifiche della popolazione regionale, anche in riferimento agli obiettivi dello stesso.

Entro 150 giorni dal giorno in cui è entrato in vigore il Piano sanitario nazionale, le Regioni hanno dovuto adottare (o adeguare) i Piani sanitari, prevedendo forme di partecipazione da parte delle autonomie locali, organizzazioni sociali private senza scopi di lucro, impegnate nell'assistenza sociale e sanitaria, organizzazioni sindacali di operatori sanitari pubblici e privati e strutture private accreditate dal Servizio sanitario nazionale.

Nell'articolo 4 vengono specificate le modalità di gestione politica della sanità e di governo sanitario a livello regionale in quanto le Regioni hanno titolo legislativo, ad eccezione delle questioni di esclusività dello Stato.

Vengono delineati i limiti economici funzionali dei servizi sanitari impostando una mentalità basata sull'evidenza scientifica (*evidence based medicine*).

A carico del Servizio sanitario vengono affidate tutte le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che mostrano evidentemente un significativo beneficio in termini di salute. Vengono esclusi dai LEA a carico del SSN tutti quei servizi che non prevedono assistenza o che non soddisfino i principi di appropriatezza ed efficacia.

Il piano sanitario nazionale è triennale ed entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente deve essere adottato dal Governo e può essere modificato nel corso del triennio.

### **2.3. Decreto Legislativo del 6 maggio 2011, n. 68**

Il decreto legislativo emanato il 6 maggio 2011, n. 68 fa riferimento dell'autonomia regionale. Tale decreto regola la disposizione sull'autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province. Esso, inoltre, determina costi e fabbisogni standard nel settore sanitario. In primo luogo, disciplina l'autonomia degli enti regionali e provinciali di poter imporre nuove fonti di finanziamento.

Alle Regioni, cita l'art. 4, spetta anche la partecipazione collettiva al gettito IVA che viene calcolata in base alla normativa vigente, se riferita agli anni 2011 e 2012, mentre dall'anno 2013 in misura pari al fabbisogno sanitario. Nell'art. 8, inoltre, viene previsto che, dallo stesso anno, siano trasformati in autonomi tributi propri, che la Regione potrà anche eliminare.

Ciascuna regione avrà il potere di istituire tributi nuovi, in base alla ricchezza regionale o locale che non sia assoggettata a imposizioni statali. Altresì, al fine di incentivare l'attività di contrasto all'evasione fiscale, viene disposto che alle Regioni sia attribuito l'intero gettito derivante dall'attività di recupero fiscale nel proprio territorio, sui tributi propri derivati, nonché, una quota del gettito recuperato in riferimento all'IVA commisurata all'aliquota di compartecipazione come espressa nell'art. 9.

A decorrere dal 2013 viene disciplinato il nuovo sistema di finanziamento delle Regioni per ciascuna delle due categorie di spese:

- quelle relative alle funzioni riconducibili alla garanzia dei "Livelli Essenziali delle Prestazioni" (LEP);
- le altre, come definite nell'art. 14 il quale esplicita la tipologia delle spese regionali.

L'art. 15 elenca le fonti di finanziamento e disciplina il fondo perequativo il quale al c. 5 assicura la copertura integrale delle spese relative ai bisogni essenziali delle prestazioni (art. 9, lett. a della legge delega), individuate, come affermato dall'art. 14, comma 1, nelle spese per la sanità, l'assistenza, l'istruzione e il trasporto pubblico locale (limitatamente alle spese in conto capitale).

La parte del fondo destinata alle spese non attinenti ai livelli essenziali delle prestazioni, è alimentata dal gettito dell'addizionale all'IRPEF. Essa è costruita allo scopo di ridurre le differenze tra le Regioni con diversa capacità fiscale. Le Regioni in cui il gettito pro-



capite risulti maggiore della media nazionale alimentano il fondo; mentre le Regioni in cui il gettito pro-capite dell'addizionale IRPEF risulti al di sotto della media nazionale sono destinatarie delle risorse del fondo secondo quanto espresso nel comma 7, lett. a e b dello stesso art.14.

La distribuzione equitativa servirà a ridurre le differenze tra le diverse Regioni che hanno capacità fiscale non inferiore al 75% e non dovrà alterare l'ordine delle capacità fiscali per abitante dei diversi territori.

## **2.4. Il federalismo regionale**

Prima delle diverse aggiunte e modifiche fatte nella Costituzione, si differenziavano nettamente gli effetti che provenivano dai modelli del centro Europa e dal modello spagnolo del federalismo. Dalla Spagna sono state copiate le modalità di elenco delle competenze che spettano alle Regioni e l'ipotesi di cinque Regioni a statuto speciale (Sicilia, Sardegna, Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia), titolari di competenze differenziate e disciplinate dal rispettivo statuto.

All'assetto mitteleuropeo si deve la categoria delle Regioni ad autonomia ordinaria dotate, allo stesso modo degli Stati membri di uno Stato federale, di identiche assegnazioni come la ripartizione delle competenze tra centro e periferia, regolamentato dalla Costituzione e dagli statuti regionali speciali.

La Costituzione del 1948 ha proposto un nuovo assetto dello Stato, con le regioni intese quali enti territoriali dotati di autonomia legislativa e amministrativa. Allo stesso tempo, dunque, viene riconosciuto il carattere unitario e indivisibile della Repubblica ma vengono promosse anche le autonomie locali e il principio di decentramento.

Le Regioni<sup>24</sup> furono istituite nel 1948 e fanno parte dell'organo costituzionale come autonomie territoriali con un'organizzazione autorizzata dall'elezione e con riconoscimento della titolarità di determinati poteri. Tra i poteri delle Regioni vi è quello

---

<sup>24</sup>La regione è un ente costituzionale dotato di autonomia in diversi ambiti; indipendente, che opera in materia di diritto amministrativo e dispone di potestà pubbliche; un ente ad appartenenza necessaria, dato che tutti i cittadini residenti ne fanno parte.

di approvare, nelle materie elencate dall'articolo 117 della Costituzione, vere e proprie leggi.

Il disegno regionale è caratterizzato da importanti asimmetrie, non solo sotto il profilo delle dimensioni territoriali e demografiche, quanto per gli stessi caratteri giuridici e costituzionali.

Le Regioni a statuto speciale posseggono un'ampia autonomia, soprattutto finanziaria e dispongono di poteri legislativi e amministrativi nei settori scolastici, sanitari, nelle infrastrutture e, di conseguenza, devono provvedere al relativo finanziamento attraverso le proprie risorse; nelle Regioni a statuto ordinario le stesse sono a carico dello Stato.

Gli anni Settanta hanno segnato una tappa fondamentale per il federalismo regionale attribuendo importanti livelli di autonomia territoriale, predisponendo un'inedita articolazione del potere legislativo, diviso tra Parlamento e assemblee regionali e conferendo le funzioni amministrative che precedentemente erano esercitate a livello centrale.

Il processo di decentramento è continuato con la "Riforma Bassanini"<sup>25</sup> e attraverso una rilevante fase che apriva le strade al federalismo municipale.

L'obiettivo era quello di delegare l'attribuzione di funzioni a Regioni ed enti locali relative alla cura degli interessi. Altro obiettivo era quello di attribuire, sempre alle Regioni, tutte le funzioni amministrative individuabili nei territori esercitati da un organo o dall'amministrazione statale tramite enti o altri soggetti pubblici.

Le leggi Bassanini, di fatto, non hanno modificato la Costituzione, ma hanno instradato verso il "federalismo amministrativo a Costituzione invariata". Queste leggi sono in parte state attivate dall'Unione Europea che aveva istituito un sistema di aiuto per le Regioni chiamato "Fondi strutturali". Sono emersi, in questo modo, nuovi criteri e principi non ancora costituzionalizzati tra cui quello di sussidiarietà al quale seguono il meccanismo della completezza delle attribuzioni, della cooperazione e della responsabilità.

Sull'onda delle leggi Bassanini, le riforme che interessano le regioni italiane si articolano sostanzialmente in due parti. La prima riforma nel 1996 è intervenuta su due aspetti molto importanti:

---

<sup>25</sup>Per Riforma Bassanini si intendono quei provvedimenti normativi italiani, ispirati e/o redatti da Franco Bassanini, in materia di pubblica Amministrazione e precisamente la Legge 15 marzo 1997, n. 59, la 2 Legge 15 maggio 1997, n.127 (Bassanini bis), la Legge 16 giugno 1998, n.191 (Bassanini ter) e la Legge 8 marzo 1999, n.50 (Bassanini quater).

- lo statuto regionale ha smesso di essere una legge dello Stato ed è diventato una legge regionale; la fonte giuridica più importante dell'ordinamento regionale.
- la forma di Governo della Regione, cioè, il rapporto tra gli organi di Governo di un ente, cioè, i rapporti tra il Consiglio comunale, la Giunta regionale e il Presidente della Regione, non è più decisa dallo Stato ma rimessa alla libertà di scelta dalla Regione.

L'approvazione della legge costituzionale n. 1 del 1999 ha aperto una nuova fase per le Regioni a statuto ordinario. I contenuti essenziali della nuova legge riguardano la forma di Governo, la funzione amministrativa, il sistema delle fonti, l'organizzazione, i rapporti con le autonomie locali, la società civile e i cittadini.

È con la riforma del titolo V che le Regioni hanno acquisito nuovi compiti e una nuova collocazione nel quadro delle istituzioni repubblicane.

Il nuovo impianto costituzionale ha rilanciato il federalismo regionale sotto vari aspetti: dalle competenze legislative alle materie non espressamente riservate allo Stato dalla Costituzione.

L'impostazione adottata per le funzioni amministrative si basa sui principi di sussidiarietà, differenziazione, adeguatezza con attribuzione delle funzioni amministrative ai Comuni, quali enti più vicini ai cittadini.

Dall'articolo 116 della Costituzione vengono previsti nuovi elementi di flessibilità del sistema regionale, oltre alle peculiarità già individuate per le regioni a statuto speciale. L'articolo prevede la possibilità di un'apertura ad ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia in determinate materie alle Regioni che ne assumono l'iniziativa nel rispetto dei principi che reggono il sistema finanziario.

Un'ulteriore valorizzazione dell'autonomia, estesa anche a Comuni, Province e Città metropolitane, si evidenzia sul piano dei controlli amministrativi e su quello delle risorse. Diventa quindi contemplata un'autonomia basata su tre fonti: tributi ed entrate proprie, compartecipazione al gettito di tributi erariali riferibili al proprio territorio, fondo perequativo per i territori con minore capacità fiscale; nel loro insieme devono garantire le risorse idonee a finanziarie integralmente le funzioni pubbliche attribuite.

La riforma del 2001 è stata articolata in due momenti:

1. Si uniformano i poteri delle Regioni a statuto speciale a quelli delle Regioni ordinarie in materia di forme di governo.

2. Si punta notevolmente sulle spettanze delle Regioni ordinarie aumentandone i poteri.

Il punto centrale, dei diversi punti della riforma del 2001 diventa l'articolo 116 della Costituzione. I punti si possono sintetizzare nel capovolgimento del criterio di divisione delle competenze legislative e in un incremento dei poteri amministrativi con la previsione in Costituzione delle novità introdotte dalle leggi Bassanini.

Alle Regioni a Statuto ordinario è riconosciuta una maggiore autonomia finanziaria (cfr. federalismo fiscale, articolo 119 della Costituzione), sono previsti dei contrappesi per fronteggiare maggiori competenze in mano agli enti ed infine, l'avvenuta equiparazione tra tutti gli enti costitutivi della Repubblica; ciò comporta come principali conseguenze:

- lo Stato diventa uno degli elementi costitutivi della Repubblica;
- gli enti territoriali come elementi costitutivi;
- per primi gli enti più vicini al cittadino, secondo una scala gerarchica.

## 2.5. Il finanziamento della spesa sanitaria

Il finanziamento del fabbisogno sanitario, nella sua componente “indistinta”<sup>26</sup> è costituito da svariati servizi:

- Sistema sanitario nazionale ed entrate: ticket e ricavi derivanti dall’attività al di fuori dell’orario di lavoro dei propri dipendenti in un importo stabilito in un’intesa Stato-Regioni;
- fiscalità generale regionale: costituita da imposte regionali sulle attività produttive (IRAP) e addizionale regionale all’imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF);
- condivisioni delle Regioni che partecipano al finanziamento sanitario, non soddisfatto dagli altri;
- bilancio dello Stato: finanzia il fabbisogno sanitario non coperto da tutte le altre fonti di finanziamento mediante l’erogazione sull’imposta sul valore aggiunto IVA, sulle accise sui carburanti e tramite il Fondo sanitario nazionale.

Per quanto concerne il finanziamento da parte dello Stato è a credito rispetto ai fabbisogni sanitari. I fabbisogni sanitari sono stabiliti in base alle necessità di garantire i LEA determinati con il DPCM del 12 gennaio 2017.

Il finanziamento del SSN è evidenziato ed individuato nei “riparti” (termine con il quale si definiscono le assegnazioni del fabbisogno alle singole regioni), proposti dal Ministero della Salute, sui quali si raggiunge un’intesa tra Stato e Regioni.

Le Regioni, a loro volta, assegnano, in base a molteplici criteri, risorse economiche ad aziende che le utilizzano per assicurare ai cittadini la fornitura di prestazioni di loro competenza previste dai Livelli essenziali di assistenza. Come detto, la legge statale determina ogni anno il fabbisogno sanitario, ossia, il livello totale delle risorse del Servizio sanitario nazionale (SSN) al cui finanziamento concorre lo Stato. Le manovre finanziarie del Governo consentono di modificare i livelli di finanziamento a carico dello Stato. Nella tabella che segue sono riportati gli importi del finanziamento statale del Fondo sanitario nazionale (FSN) negli anni che vanno dal 2011 al 2019.

Finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale a carico dello Stato

---

<sup>26</sup>Per la componente “vincolata” al perseguimento di determinati obiettivi sanitari sono previste altre modalità.

Anno	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Mld. (in €)	106,9	107,96	107	109,9	109,72	111	112,58	113,4	114,47

Fonte: Ragioneria Generale dello Stato

## 2.6. Il ruolo dei LEA

Con il decreto legislativo n. 502 del 1992, nel settore della Sanità viene per la prima volta introdotto il concetto di “livello di assistenza uniforme” su cui si basa il concetto di LEP. Il decreto è basato sul concetto di livello uniforme di tipo finanziario, facendo riferimento alle modalità di distribuzione fra le Regioni del Fondo sanitario nazionale, all’interno del quale vi sono le risorse che finanziano la maggior parte delle spese sanitarie, trascurando quanto previsto dal Piano sanitario nazionale.<sup>27</sup>

Se facciamo riferimento ai termini “essenziale” e “uniforme”, nel concetto dei LEP, ci accorgiamo che vi è una questione ancora aperta, in quanto ci si interroga su quale sia il termine più consono da usare per far riferimento ai diritti fondamentali.

Il Legislatore Nazionale, la Corte costituzionale e la Dottrina hanno opinioni diverse e non sono riusciti a raggiungere una posizione comune. In generale, il concetto prevalente è stato quello che ha evidenziato l’uguaglianza come principio di valutazione della funzione dei diritti sociali e civili.

L’articolo 4 della legge 833/1978 (sulla riforma sanitaria) dispone che con «legge dello Stato sono dettate norme dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale e stabilite le relative sanzioni penali»<sup>28</sup>. Non si usa il termine

---

<sup>27</sup>La prevenzione, cura e riabilitazione e le linee generali di indirizzo del SSN sono stabiliti con il Piano sanitario nazionale, in rispetto della programmazione socio-economica e di tutela della salute individuati a livello internazionale ed in coerenza con l'entità del finanziamento assicurato al Servizio sanitario nazionale. Il Piano sanitario nazionale è predisposto dal Governo, sentite le Commissioni parlamentari permanenti competenti per la materia, che si esprimono entro trenta giorni dalla data di presentazione dell'atto. Il Governo, ove si discosti dal parere delle Commissioni parlamentari, è tenuto a motivare. Il Piano è adottato, ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 gennaio 1991, n. 13, in accordo con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Ove l'intesa con la Conferenza non intervenga entro trenta giorni dalla data di presentazione dell'atto, il Governo provvede direttamente.” D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502.

<sup>28</sup>Art. 4 della L. 833/1978

‘essenziale’ ma ‘uniforme’ a definire il grado di uniformità della disponibilità del diritto alla salute da parte di tutti i cittadini, in tutto il territorio Italiano. l’espressione ‘essenziale’ si evidenzia nella rubrica dell’articolo 1 del citato decreto legislativo n. 502/1992, ripreso dal decreto legislativo n. 229/1999 che, al comma 3 dell’articolo 1, dispone: “l’individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all’individuazione delle risorse riservate al Servizio sanitario nazionale.

Nel 1999 si pone fine a tale dibattito trovando una soluzione. Il concetto di uniformità si espande grazie all’immissione del riferimento al livello essenziale uniforme di assistenza (i cosiddetti LEA) definito nel Piano sanitario nazionale. Dapprima, i LEA, erano limitati a determinare una percentuale di spesa pro-capite da adottare come nesso per i trasferimenti regionali. A seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, iniziarono a tradursi in prestazioni da garantire ad ogni singolo cittadino. Con l’accordo<sup>29</sup> dell’8 agosto 2001, nel decreto legge n. 347/2001<sup>30</sup>, i LEA sono descritti, sia in positivo che in negativo (ossia come prestazioni “da evitare”), attraverso la stipulazione di elenchi. Le prestazioni garantite dal SSN vengono divise, secondo il DPCM 29 novembre 2001, in tre grandi aree: assistenza sanitaria collettiva, che riguarda tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli cittadini; assistenza distrettuale che interessa la medicina di base, l’assistenza farmaceutica, specialistica e diagnostica, i servizi territoriali consultoriali, i servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari); assistenza ospedaliera.

---

29Attraverso tale accordo, viene ridisegnato il ruolo delle Regioni nel governo della spesa sanitaria, prevedendo un consistente aumento delle risorse finanziarie a disposizione delle Regioni per far fronte a tutte le prestazioni sanitarie previste a favore dei cittadini. In caso di superamento di tali risorse disponibili, non solo le Regioni dovranno farvi fronte con le proprie disponibilità di bilancio, ma non potranno neanche utilizzare integralmente i nuovi finanziamenti integrativi. Si tratta di un perfezionamento del meccanismo punitivo nei confronti delle regioni meno “virtuose”, già previsto dalla legge finanziaria del 2001. Gli impegni più significativi assunti dalle Regioni riguardano (punti 2, 15 e 19 dell’Accordo) in relazione a: 1) anticipazione della verifica degli andamenti della spesa prevista dall’articolo 83 della legge n. 388/2000; 2) adesione alle convenzioni in tema di acquisti di beni e servizi; 3) rispetto degli obblighi informativi sul monitoraggio della spesa; l’adeguamento alle prescrizioni del patto di stabilità interno; 4) mantenimento dell’erogazione delle prestazioni nell’ambito dei livelli essenziali di assistenza, attivando anche un “tavolo tecnico” presso la Conferenza Stato-Regioni per la verifica del rispetto di tali livelli e dei fattori determinanti l’evoluzione della spesa; 5) stabilità della gestione, applicando direttamente misure di contenimento della spesa stessa; 6) quantificazione dei maggiori oneri a loro carico, con l’indicazione dei mezzi di copertura.

30Decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, “Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria”. (GU n.218 del 19-9-2001).

Vengono chiaramente estromesse alcune prestazioni, in quanto non finalizzate alla tutela della salute, o perché la loro efficacia non è sufficientemente provata o, ancora, perché inefficienti rispetto ad altre cure disponibili.

Possiamo sostenere che per la Sanità, la spiegazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il loro finanziamento e le procedure basate sul controllo e sulla verifica della loro effettiva erogazione sul territorio, rappresenta lo sviluppo di una consapevolezza più avanzata.

La distribuzione e il mantenimento dei LEA in tutta Italia ha richiesto, accanto alla esplicita definizione degli stessi, anche l'attivazione di un sistema di monitoraggio per la verifica della loro fornitura. Il DPCM 12 gennaio 2017<sup>31</sup> sostituisce per intero il Decreto del 2001 e raffigura il risultato di un lavoro in simbiosi tra Stato, Regioni, Province autonome e società scientifiche, in attuazione della Legge di stabilità 2016<sup>32</sup>. Con questo decreto vengono esposte le attività, le prestazioni e i servizi da assicurare ai cittadini. Vengono anche aggiornati gli elenchi di malattie rare, croniche e invalidanti che assicurano il diritto all'esenzione.

Per garantire un'innovazione continua dei Livelli Essenziali di Assistenza, basato su regole chiare e criteri scientificamente validi, è stata istituita la Commissione nazionale<sup>33</sup> per l'aggiornamento dei LEA e la promozione delle proprietà nel Servizio Sanitario Nazionale. Inoltre, è stato fondato, presso il Ministero, il Comitato permanente<sup>34</sup> per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Comitato LEA), cui è affidato il compito di verificare l'erogazione dei LEA in condizioni di proprietà e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché, la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale.

Emerge, da quanto analizzato, che per la sanità la descrizione di livello essenziale non ha fatto riferimento esclusivamente alle prestazioni da erogare al singolo cittadino.

---

31DPCM 12 gennaio 2017 – “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’art. 1, comma 7, del D. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502. (GU n.65 del 18 marzo 2017; Suppl. Ordinario n. 15).

32Legge 28 dicembre 2015. La Legge di Stabilità 2016 ha disposto 800 mln € per l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza.

33Commissione istituita dall’articolo 1, comma 556 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di stabilità 2016)

34Con l’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 è stato istituito, presso il Ministero della Salute, il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Comitato LEA), cui è dato il compito di verificare l'erogazione dei LEA. Il Comitato è stato istituito con decreto del Ministro della salute del 21 novembre 2005



L'assistenza sanitaria collettiva riguarda, ad esempio, le attività rivolte alla comunità locale e alla collettività. Oggetto di attenzione, nella sanità, diventano anche i tempi delle prestazioni con il DPCM del 16 aprile 2002<sup>35</sup>. La garanzia dell'erogazione tempestiva delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche viene considerata una componente strutturale del LEA.

Con la legge quadro n. 328 del 2000<sup>36</sup> (articolo 22, comma 2) il concetto di “livello essenziale” viene per la prima volta esteso anche alla materia dell'Assistenza sociale, i cosiddetti LIVEAS.<sup>37</sup> L'iter sulla determinazione dei LEP, nell'ambito dell'assistenza sociale, si è, però, perso su aspetti riguardanti le risorse economiche e le soluzioni fiscali atte a supportare un programma finalizzato a garantire l'esigibilità a livello nazionale di diritti sociali e civili<sup>38</sup>.

---

35DPCM 16 aprile 2002, “Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa”. (GU n. 122 del 27-5-2002).

36L. 8 novembre 2000, n. 328, “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”.

37I LIVEAS garantiscono un sistema di prestazioni e sociali atti a garantire a persone e famiglie pari opportunità e tutela per i soggetti più deboli.

38L'applicazione e definizione dei LIVEAS richiede un forte incremento delle risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali in linea con quanto emerge dal “Libro Bianco” sul Welfare nazionale che prevede che si renda necessario: 1) l'impegno finanziario dello Stato relativo i livelli essenziali di assistenza sociale deve adeguarsi a quella degli altri Stati europei; 2) L'importo destinato al Fondo sopracitato deve essere “aggiustato” relativamente al PIL e al tasso di inflazione vigente.

## **Capitolo 3: Il bilancio annuale alla luce della situazione pandemica del 2020/2021**

### **3.1. L'emergenza sanitaria durante la pandemia da Covid-19**

Il 31 gennaio 2020, il Consiglio dei ministri, ha emanato lo stato di emergenza, per sei mesi dalla data del provvedimento stesso, a causa della pandemia provocata al COVID-19.

In deroga ad ogni disposizione vigente, il Consiglio dei ministri ha statuito lo stanziamento di fondi per le misure precauzionali.

Il provvedimento è stato prorogato sino al 31 dicembre 2021 dall'art. 6 del d. l. 105/2021, convertito con la legge 16 settembre 2021 n. 126 che fissa urgenti misure per contrastare l'emergenza dell'epidemia da Covid-19, oltre che la messa in sicurezza di attività economiche e sociali.

Poiché gran parte della popolazione ha contestato l'adozione di tale provvedimento ritenendolo illegittimo, unito al vuoto normativo della Carta Costituzionale, alcuni autori hanno ritenuto che il provvedimento non possa superare i due anni di validità e quindi, terminare il 30 gennaio 2022.

La citata legge n. 126/2021 ha dato luogo a numerose manifestazioni spesso violente e non autorizzate.

Al riguardo, si ritiene che il principio sancito dall'art. 32 Cost.<sup>39</sup> ha portato all'adozione di eccezionali accorgimenti, necessari a combattere la pandemia. In una situazione di emergenza epidemiologica, le limitazioni alla libertà e ai diritti inviolabili sembrano giustificate ed accettabili per garantire la salute pubblica.

L'emergenza epidemica è stata affrontata mediante provvedimenti di varia natura giuridica. L'intervento del Governo è avvenuto con l'emanazione del decreto legge, del DPCM, dell'ordinanza ministeriale e di quella del Dipartimento di Protezione Civile e con una serie di atti e provvedimenti amministrativi che hanno inciso l'intero ordinamento.

---

<sup>39</sup>Secondo l'art. 32 Cost. «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti».

Tutti gli enti (Regioni in primis) hanno adottato iniziative autonome approvando una serie di ordinanze urgenti, anche di indubbia validità o palesemente illegali.

Difatti, l'incrementare dei provvedimenti atti a contrastare l'emergenza è stato, negli ultimi anni, notevole condizionando notevolmente la vita delle persone con limitazione delle libertà costituzionali.

La gravità della situazione venutasi a creare a causa dell'epidemia provocata dal Covid-19 ha imposto a Stato e Regioni un enorme sforzo congiunto, con implicazioni di enorme rilievo sulla ripartenza ed ha inevitabilmente riaperto il dibattito sul federalismo asimmetrico o differenziato, in una situazione in cui l'attuazione dell'art. 116, comma 3 della Costituzione sembrava ormai prossima.

Si è quindi riaperto il dibattito sul federalismo italiano “tout court” e sul suo ripensamento<sup>40</sup>.

Questa è una criticità che si era verificata già in tempi ordinari diventando limitante e particolarmente grave in tempi di emergenza.

L'esperienza federalistica italiana, dopo un avvio fortemente in ritardo, ha conosciuto un'attuazione del Titolo V Cost. non conforme alle primarie intenzioni dei Costituenti. Sul finire degli anni Novanta si sono registrate delle tendenze “centrifughe”<sup>41</sup>, culminate nella riforma del Titolo V Cost. del 2001<sup>42</sup>, a cui hanno fatto da contraltare le opposte tendenze “centripete” affermatesi prima nella giurisprudenza costituzionale e poi anche attraverso la riforma costituzionale Boschi-Renzi. Dopo la bocciatura del referendum del dicembre 2016, è nata una tendenza opposta, un nuovo momento del federalismo, che nel periodo post-Covid sembra comunque ricco di incertezze, privo di una vera identità.

L'emergenza dovuta alla pandemia ha dato luce alle molte criticità del sistema italiano; tra queste criticità emerge certamente l'incertezza e la debolezza del federalismo, sviluppatosi in modo confuso, secondo vicende e prospettive mutevoli, prima in senso federalistico, poi in senso esattamente opposto<sup>43</sup>.

---

40A. Morelli, Il re del Piccolo principe ai tempi del coronavirus. Qualche riflessione su ordine istituzionale e principio di ragionevolezza nello stato di emergenza, in *Diritti regionali*, n.1/2020, 11; ID., Le relazioni istituzionali, in *Rivista Aic*, 3/2019, 114 e ss.

41Il termine indica la tendenza di alcune forze politiche a intercettare istanze di autogoverno che provenivano da territori del Nord Italia, prevedendo l'affermazione di una politica regionalista per l'organizzazione dell'ordinamento nazionale.

42A. Morelli, Le autonomie della Repubblica: c'è un ordine nel caos?, n. 2/2018

43G. Tarli Barbieri, Verso un regionalismo differenziato o verso un regionalismo confuso? Appunti sulla (presunta) attuazione dell'art. 116, comma 3, cost., in *Osservatorio sulle fonti*, n. 2/2019

In tale contesto si trova la spiegazione dell'estrema confusione del quadro normativo e istituzionale attuale, provocata anche dall'epidemia<sup>44</sup>.

La crisi sanitaria ha reso necessaria, in tempi molto rapidi, l'adozione di eccezionali provvedimenti sull'intero territorio nazionale: ricordiamo la chiusura obbligatoria delle scuole, delle attività produttive, le misure in materia fiscale, finanziaria e creditizia, le deroghe sui mutui, le norme per l'assunzione di personale sanitario, le restrizioni a libertà fondamentali come quella di movimento, le norme in tema di sussidi straordinari, l'emanazione di ammortizzatori sociali. Come è stato osservato<sup>45</sup>, un intervento così massiccio su così tanti terreni contestualmente non avrebbe potuto essere dispiegato che dallo Stato, magari con una più ampia interlocuzione con le Regioni, ma certamente non da ciascuna di esse singolarmente. Già allo stato attuale, le Regioni hanno opposto resistenza rispetto alla gestione unitaria dell'emergenza, possiamo immaginare che se la pandemia fosse arrivata dopo la realizzazione del federalismo differenziato probabilmente i contrasti tra Governo centrale e governi regionali, che nella fase iniziale della crisi si sono ostacolati e sovrapposti, sarebbero stati sicuramente più accesi e difficili da superare.

L'emergenza sanitaria ha mostrato l'incoerenza dell'art. 116 Cost., comma 3, che richiamando l'art. 117 Cost., consente l'attribuzione di competenze alle Regioni ordinarie anche in materie che non hanno, in realtà, una attitudine prettamente regionale, ma che sono portatrici di interessi dal carattere tendenzialmente unitario e richiedono, quindi, la necessaria azione unitaria statale.

Di tutto quello che è avvenuto in questi vent'anni dalla Riforma del Titolo V della Costituzione si deve necessariamente tenere conto nel momento in cui si vuole attuare l'art. 116, comma 3 Cost., nella consapevolezza che *“ampliare la competenza delle Regioni in materie in cui è assente la dimensione solo regionale dell'interesse è un'operazione che accentuerebbe l'irragionevolezza di quel riparto di competenze cui con fatica la Corte costituzionale ha dovuto farsi carico, con la conseguenza di attribuire nuovamente un potere delicatissimo al giudice delle leggi che sarebbe chiamato, ancora*

---

44V. Baldini, Riflessioni sparse sul caso (o sul caos....) normativo al tempo dell'emergenza costituzionale, n. 1/2020, 2 aprile 2020, 985

45C. Buzzacchi, Coronavirus e territori: il regionalismo differenziato coincide con la zona “gialla”, in laCostituzione.info, 2 marzo 2020

*una volta, a riordinare un quadro ordinamentale che riforme maldestre inesorabilmente confondono*<sup>46</sup>.

Le congiunture sociali hanno dimostrato che occorre differenziare tra le varie fasi della Repubblica, perché ciò che potrebbe sembrare preferibile nelle fasi ordinarie, in nome dell'efficacia ed efficienza dell'azione, potrebbe, in fasi straordinarie, porre problematiche di difficile gestione da parte della singola Regione, situazioni in cui è, invece, fondamentale la direzione nazionale. Occorre tenere conto anche di questa situazione differente nella definizione delle risorse necessarie per assumere la responsabilità di materie rilevanti.

I contrasti registrati tra Stato e Regioni, durante la crisi da Covid-19, uniti alla confusione e al disordine prodotto fra i cittadini dall'enorme quantità di norme emanate a tutti i livelli governativi (decreti-legge, DPCM, ordinanze di Ministri, Presidenti di Regione e Sindaci) che hanno disposto divieti e vincoli spesso in contrasto tra di loro ha posto l'esigenza di riformare (e semplificare) la normativa sulla gestione delle emergenze sanitarie. È pur vero che, però, ha fatto sì che sia d'attualità l'idea di modificare la Costituzione e di indirizzare un nuovo ciclo politico-istituzionale. Difatti, i temi del federalismo appaiono destinati a perdere terreno a vantaggio di un forte recupero in capo allo Stato di numerose competenze sinora decentrate. Si è parlato di ricentralizzare integralmente il sistema sanitario, nonostante alcuni pareri negativi, come quello di R. Bin<sup>47</sup>, nonché, di introdurre una "clausola di supremazia"<sup>48</sup> per consentire allo Stato d'intervenire in materie non riservategli in esclusiva quando richiesto dall'esigenza di tutela dell'interesse nazionale<sup>49</sup>. Secondo G. Silvestri, l'intervento dello Stato dovrebbe essere necessario, soprattutto attraverso una legge contenente principi generali volti alla tutela della salute. L'assenza di una normativa ben precisa e strutturata sarebbe da rimandare alle lacune in materia di competenze tra Stato e regioni<sup>50</sup>.

---

46C. Iannello, Regionalismo differenziato: disarticolazione dello Stato e lesione del principio di uguaglianza, n.17/2019, p. 4

47R. Bin, Caro Orlando, il vero problema della sanità è al centro, non in periferia, in *laCostituzione.info*, 3 aprile 2020. Secondo Bin occorrerebbe «ricordare l'inefficienza del sistema centralizzato che precedeva la riforma del 1978»

48Clausola non approvata dal referendum costituzionale del 4 dicembre 2016.

49A. Morelli, op. cit., p. 15.

50G. Silvestri, Covid-19 e Costituzione, disponibile in <http://www.sossanita.org/archives/9895>

In base a ciò, sembra lecito ripensare l'art. 116, comma 3. Molto più complicato sembra un nuovo intervento sul testo costituzionale. Già dal 2001 è in atto una revisione costituzionale in risposta all'ampliamento delle competenze regionali: il vigente art. 120 Cost., infatti, permette al Governo di sostituirsi agli enti locali, tra cui le Regioni, soprattutto per il contrasto di un'epidemia. Esso, infatti, ha il potere di prendere la responsabilità di una decisione. L'art. 120 Cost., così, porta ad una centralizzazione delle competenze che sia idonea a contrastare la pandemia.

Il vero e più grande limite del federalismo italiano risiede probabilmente proprio nell'incapacità di evolvere verso il modello del federalismo cooperativo.

Senza dubbio, la maggiore lacuna del sistema dei rapporti tra livelli territoriali di Governo, disegnato dalla riforma del 2001, è la mancata presenza di meccanismi di intesa e di collegamento tra Stato ed Enti territoriali. Infatti, ciò non favorisce una netta e chiara ripartizione, nell'esercizio delle competenze e di conseguenza rende necessario un reciproco coinvolgimento istituzionale ed un coordinamento dei diversi livelli di Governo<sup>51</sup>.

In altre parole, pertanto, sarebbe necessario prevedere un piano diretto a favorire un dialogo e una mediazione collaborativa tra Stato ed enti territoriali, così che possa essere raggiunto il tanto atteso risultato dell'asimmetria regionale<sup>52</sup>, sia in relazione al riparto delle competenze legislative, attualmente previsto a svantaggio delle Regioni a causa delle ripetute impugnazioni da parte dello Stato; sia in ordine al conferimento delle funzioni amministrative, nelle quali attualmente è prevalsa la scelta per una legislazione uniforme, trascurando così il rispetto dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza; tanto più, infine, in relazione all'autonomia finanziaria, fortemente ridimensionata nel tempo dai vincoli di bilancio discendenti dalla normativa europea ed oggi anche costituzionale<sup>53</sup>.

---

51 Si tratta di un'esigenza avvertita già molto prima della Riforma del 2001

52 F. Pastore, Brevi considerazioni su unità e indivisibilità della Repubblica italiana, in *Dirittifondamentali.it*, 17 maggio 2019, 18 e ss.

53 G. Luchena, Vincoli finanziari europei e ruolo dello Stato nell'economia, in *Euro-Balkan Law and Economics Review*- n. 1/2020, 59 e ss.

### 3.2. La governance multilivello

Recentemente, la crisi sanitaria da “Covid-19”, per molti aspetti non ancora risolta, sta generando una crisi economica senza precedenti che, secondo i maggiori organismi economici sovranazionali porterà ad una diffusa recessione nell'Eurozona e nel mondo Occidentale.

Secondo il Fondo Monetario Internazionale (FMI), nell'anno 2020, sono stati previsti tassi negativi di crescita del PIL di oltre il 10% per l'Eurozona e dell'8% per gli USA<sup>54</sup>, e la BCE ha previsto, a sua volta, un tasso negativo del -8,7% per l'area euro<sup>55</sup>.

È noto come le crisi economiche, soprattutto quelle di portata epocale come quella in corso, passano portare a delle vere e proprie crisi costituzionali, in conseguenza della loro attitudine a impattare trasversalmente plurimi ambiti dell'ordinamento.<sup>56</sup>

Per avere un'idea generale della potenziale interferenza che si potrebbe venire a creare tra crisi economica e quadro costituzionale, basti pensare alle conseguenze che ha portato la crisi economico-finanziaria globale del 2008 che, in Italia, ha prodotto, in primo luogo, un abbassamento diffuso dei livelli di tutela dei diritti fondamentali, soprattutto economici e sociali e un sensibile aumento delle diseguaglianze<sup>57</sup>, in secondo luogo, un inasprimento della crisi della rappresentanza democratica e quindi una crisi nel rapporto tra cittadini e istituzioni<sup>58</sup>, in terzo luogo, un deterioramento della coesione sociale e della cosiddetta “Solidarietà intergenerazionale”<sup>59</sup> che ha colpito la forma di Stato nel suo complesso.

La necessità di far fronte alle conseguenze della crisi economica ha favorito la revisione della Costituzione attraverso la ratifica del trattato cosiddetto “Fiscal compact”. In particolar modo, tale revisione ha interessato gli articoli 81,97,117,119 della Costituzione italiana. La crisi sanitaria ed economica causata dalla pandemia da “Covid-19”, sotto

---

54FMI, Latest World Economic Outlook Growth Projections, giugno 2020.

55BCE, Eurosystem staff macroeconomic projections for the euro area, giugno 2020.

56F. Angelini, M. Benvenuti (a cura di), Il diritto costituzionale alla prova della crisi economica, Napoli, Jovene, 2012

57D. Tega, I diritti sociali nella dimensione multilivello tra tutele giuridiche e crisi economica, in E. Cavasino, G. Scala, G. Verde (a cura di), I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia, Napoli, Editoriale Scientifica, 2013.

58P. Bilancia, Crisi nella democrazia rappresentativa e aperture a nuove istanze di partecipazione democratica, in Federalismi.it, n. speciale 1, 2017, 8 e ss.

59A. D'Aloia, Generazioni future (diritto costituzionale), in Enciclopedia del diritto, Annali IX, Milano, Giuffrè, 2016

questo punto di vista non fa eccezione e le interferenze tra crisi e Costituzione hanno interessato i livelli di tutela dei diritti fondamentali<sup>60</sup>, il sistema delle fonti, la disciplina costituzionale dell'emergenza, il funzionamento del circuito della rappresentanza, il rapporto e la divisione delle competenze tra Stato e Regioni<sup>61</sup>.

Se si condivide il punto di vista per cui l'Unione europea sta vivendo un processo di progressiva "costituzionalizzazione"<sup>62</sup> appare interessante chiedersi quali possono essere gli effetti della crisi economico-sanitaria in corso sull'ordinamento eurounitario. Il tema appare rilevante se si considera, a maggior ragione, che le conseguenze della crisi economico-sanitaria sugli ordinamenti comunitari sembrano assumere connotati maggiori di quelli della crisi economico-finanziaria del 2008. È evidente, quindi, una maggiore disponibilità degli Stati UE ad attuare degli interventi contro la crisi e le deleterie conseguenze che la pandemia ha generato in tutto il continente.

La crisi da "Covid-19" ha prodotto conseguenze diverse da Paese a Paese a seconda delle condizioni economiche diverse pregresse, dunque, gli Stati membri che vantavano una migliore stabilità sono stati in grado di mitigare con maggior successo gli effetti negativi della crisi rispetto a quelli caratterizzati da una situazione meno stabile; vero è anche che nessuno Stato membro è rimasto immune alla pandemia, conseguentemente, era forte il bisogno di interventi sovranazionali di comune accordo per l'UE. Di fatto, la crisi attuale, per via della sua dimensione "pandemica", ha raccolto molta più solidarietà tra gli Stati membri rispetto alla crisi del 2008.

Per contrastare gli effetti della crisi economico-sanitaria, lo strumento principale che è stato messo in atto dall'Unione europea è stato il "Next Generation EU", considerato notevole per la ripresa, anche in ottica bilancio UE. Esso mira a raccogliere circa 750 mld di €, nel triennio 2021-2024, destinati a combattere gli effetti pandemici e, di fatto, a rilanciare le economie del mercato unico europeo. Per accogliere questo strumento l'Italia ha attivato il "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza"; tale piano rende l'Italia un Paese più equo, verde e incluso, con un'economia più dinamica. Il Piano ha portato ad una serie

---

60A. Cofelice, Coronavirus: stress test per lo stato di diritto in Europa, in Centro Studi sul Federalismo, n. 176, 15 aprile 2020.

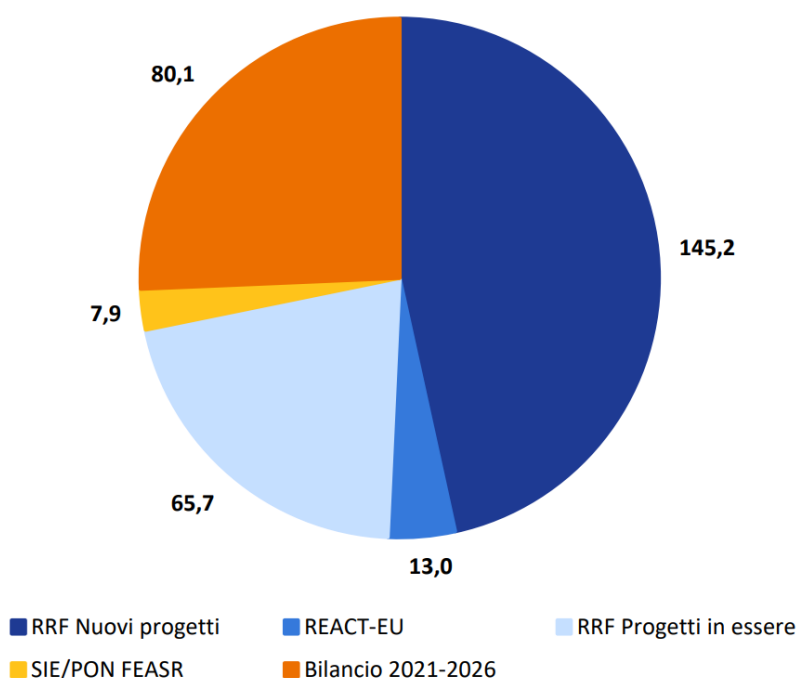
61A. D'Aloia, L'art. 120 Cost., la libertà di circolazione e l'insostenibile ipotesi delle ordinanze regionali di chiusura dei propri confini, in Dirittifondamentali.it, 2020

62P. Bilancia, The dynamics of the EU integration and the impact on the national constitutional law. The European Union after the Lisbon treaties, Milano, Giuffrè, 2012



di interventi mirati che contrastino gli impatti socio-economici della pandemia, in particolare sui temi relativi all'ambiente, alla tecnologia, oltre che alla società odierna. Questi obiettivi hanno mosso nel nostro paese notevoli capitali (circa 300 mld di €), di cui più di 2/3 sono impiegati nel programma “Next Generation Ue”, integrato dai fondi di bilancio 2021-2016. Gli obiettivi contestuali sono la ripresa dell'occupazione, la coesione territoriale, il miglioramento della qualità del lavoro e dei servizi per i cittadini e, non ultimo, lo sviluppo verso una transizione ecologica.

**FIGURA 1.1: RIPARTIZIONE RISORSE DEL PIANO PER COMPONENTE FINANZIARIA (311,9 miliardi)**



#### Risorse del piano per componente finanziaria

L'azione di rilancio è collegata a tre priorità strategiche cruciali per l'Italia concordate a livello europeo:

- digitalizzazione e innovazione;
- transizione ecologica;
- inclusione sociale.

Il PNRR è intervenuto su alcuni temi fondamentali attraverso un approccio “orizzontale” il cui scopo è il contrasto alle discriminazioni di genere, l'empowerment femminile,

l'accrescimento delle competenze e delle prospettive occupazionali dei giovani, specie nel Mezzogiorno.

Sempre nell'ambito del "Next Generation Eu", il Piano comprende, oltre ai 196.5 miliardi previsti per l'Italia e utilizzati integralmente, i 13,5 miliardi di "React Eu" e gli 1,2 miliardi del "Just Transition Fund".

Sempre nell'ambito del Piano, sono stati integrati fondi nazionali dedicati alla Coesione e Sviluppo, che hanno portato all'incremento degli investimenti pubblici del PNRR. Obiettivo trasversale è quello di rafforzare, soprattutto con interventi nel Sud Italia, il riequilibrio territoriale, in particolare relativamente a servizi pubblici essenziali (sanità e scuola), oltre che infrastrutture.

I capisaldi del Piano si sono concentrati su investimenti e riforme. In virtù del loro effetto moltiplicativo sulla produzione e sull'occupazione sono cresciute ulteriormente le risorse destinate agli investimenti pubblici, superiori al 70% del totale.

Il PNRR è costituito da sei missioni che contengono sedici componenti con 48 linee di intervento e progetti selezionati che portano ad impatti economici e lavorativi positivi.

Dopo una lunga trattativa, che ha coinvolto gli Stati membri e le istituzioni europee, lo strumento del "Next Generation EU" è stato approvato al Consiglio europeo del 17-21 luglio 2020. I 750 miliardi di euro che lo strumento ha previsto e che sono stati raccolti dalla Commissione per conto dell'Unione europea sono stati utilizzati per sussidi, per i quali sono stati destinati 390 miliardi, o prestiti, nella misura di 360 miliardi.

L'evidenza di questo strumento si rileva sicuramente sul piano economico e anche sul piano politico-costituzionale, considerato il fatto che nel momento in cui esso è entrato in regime, la Commissione è diventata a tutti gli effetti il maggior emittente sovranazionale di debito in Europa.

Gli Stati membri hanno acconsentito, per la prima volta e in via eccezionale, di mettere in comune il proprio debito, limitatamente, però, al finanziamento futuro.

Un altro strumento messo in campo dall'Unione Europea è stato il *Support to mitigate Unemployment Risks in an Emergency* (SURE). Lo strumento è un'iniziativa di sostegno temporaneo, finalizzata ad attenuare i rischi di disoccupazione nell'ambito dell'emergenza sanitaria. Sono stati stanziati 100 miliardi di euro, raccolti attraverso

l'emissione di obbligazioni sui mercati finanziari da parte della Commissione e sostenuti da uno stanziamento di 25 mld. degli Stati membri<sup>63</sup>.

Lo strumento SURE è stato accolto con il regolamento europeo 2020/672. Ciò ha portato ad un sostegno fondamentale, ad esempio, riguardo agli ammortizzatori sociali del mondo del lavoro (es. la “cassa integrazione” in Italia).

La Banca Europea, attraverso degli interventi (BEI), ha messo in atto delle iniziative per mitigare gli effetti della crisi economico-sanitaria. La proposta dei BEI è stata quella di concedere un credito di 200 miliardi di euro, approvata dall'Eurogruppo, che si è aggiunta alla linea di 40 miliardi di euro già attiva. I fondi sono stati utilizzati per attivare “prestiti ponte”, a lunga scadenza, per le imprese colpite dalla crisi e saranno assicurati dai bilanci nazionali degli stati membri<sup>64</sup>.

Altro strumento molto importante che è stato attuato è quello dell'apertura di una linea di credito nell'ambito del Meccanismo Europeo di Stabilità (MES). La somma si attesta sui 240 miliardi di euro totali ed ha l'obiettivo di accogliere domande fino al 2% del PIL nazionale. Teoricamente l'accesso a tali fondi è slegato da qualsiasi tipo di condizionalità. Altro mezzo importante è il Pandemic Emergency Purchase Programme (PEPP) varato dalla BCE che aveva previsto un investimento di 750 miliardi di euro (fino alla fine del 2020), per fronteggiare gli effetti della crisi economico-finanziaria del 2008<sup>65</sup>. Le misure sinora descritte si sono aggiunte al quadro delle risorse che già vengono erogate dall'UE tramite fondi strutturali in ottica del Quadro finanziario pluriennale.

Di uguale importanza è stato il Solvency Support Instrument (SSI) di 300 miliardi di euro nell'ambito del Fondo europeo per gli investimenti strategici (FEIS) che, affiancando l'azione degli Stati membri, ha sostenuto alcune imprese ritenute “strategiche” per il futuro europeo, a patto che, prima della crisi da emergenza sanitaria, non versassero in situazione di crisi.

Oltre a queste risorse europee sono stati messe in campo altre azioni che hanno “allentato” i vincoli, consentendo una maggiore elasticità della spesa pubblica, volta a contrastare la situazione di emergenza e a rilanciare l'economia nazionale. In particolare, è stato

---

63O. Fontana, Sure: l'Unione europea vicina ai lavoratori, in Centro Studi sul Federalismo – Commenti, n. 179, 19 maggio 2020.

64Sul ruolo della BEI cfr O. Fontana, Banca europea per gli investimenti: una Climate Bank per l'Unione, in Centro Studi sul Federalismo – Commenti, n. 185, 16 luglio 2020.

65Il Quantitative Easing (QE) è attualmente attivo. Esso porta, dunque, il compito totale degli stanziamenti BCE a oltre 1700 mld. di €.

sospeso il Patto di Stabilità e Crescita, mediante l'attivazione della clausola di salvaguardia, approvata a marzo 2020 dal Consiglio UE.

### 3.3. Dinamica spese, entrate

Il decreto legge 9 marzo 2020 prevede misure straordinarie per l'assunzione di medici, infermieri e personale sanitario, volta al potenziamento del Servizio sanitario nazionale. Vengono istituite, inoltre, unità speciali di assistenza per le persone positive al Covid-19 non ricoverate in ospedale ed ancora una continuità assistenziale per le persone con disabilità.

Le misure straordinarie sono state rese attuative mediante lo stanziamento di 845 milioni di € per il solo anno 2020<sup>66</sup>.

La pandemia da Covid-19 ha avuto ripercussioni soprattutto sul Sistema Sanitario Nazionale anche in termini di spesa. Il Def del 2021, approvato dal Parlamento, ha redatto un'analisi della spesa sanitaria per gli anni 2020 e 2021 e ha fatto delle previsioni per quanto riguarda il biennio 2022-2024.

L'impennata maggiore c'è stata nel 2020 con un'incidenza della spesa sanitaria sul Pil del 7,5% apportata soprattutto dai finanziamenti per l'emergenza Covid, oltre che al contestuale calo del Pil. Poi l'incidenza è scesa al 7,3% nel 2021, al 6,7% nel 2022, e passerà al 6,6% nel 2023 fino al 6,3% nel 2024.

Nell'anno 2020, la spesa sanitaria è risultata pari a 123,474 milioni, riportando un tasso di incremento, rispetto al 2019, del 6,7 %.

<b>TABELLA III.3-1 SPESA SANITARIA 2017 – 2020</b>				
	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<b>Spesa Sanitaria</b>	<b>112.185</b>	<b>114.318</b>	<b>115.710</b>	<b>123.474</b>
In % di PIL	6,5%	6,5%	6,5%	7,5%
Tasso di variazione in %		1,9%	1,2%	6,7%

Il Def ha evidenziato che la spesa per i redditi da lavoro subordinato è pari a 37,206 milioni, aumentato dell'1,4% rispetto al 2019. Questo incremento tiene conto della

<sup>66</sup>Ripartiti in un 80% per il personale e in un 20% per l'acquisto di apparecchiature per la terapia intensiva.

presenza degli arretrati per il rinnovo contrattuale della dirigenza sanitaria medica e non medica relativa al triennio 2016-2018.

Al netto di questi oneri, la crescita sarebbe stata di quasi 2 punti percentuali più elevata e sarebbe stata fondamentale per due motivi:

- il primo riguarda le risorse previste dalle normative nel 2020 per il personale sanitario impiegato a contrastare la pandemia da Covid-19, sia in termini di nuove assunzioni che di erogazione di prestazioni;
- il secondo concerne gli oneri concessi, per il triennio 2016-2018, con il rinnovo contrattuale della direzione amministrativa, professionale e tecnica.

La spesa per i consumi intermedi è pari a 39,734 milioni, in crescita del 12,7% rispetto al 2019. L'incremento è dovuto alla dinamica di spesa per l'acquisto di prodotti farmaceutici che hanno subito un incremento del 5,4% per il quale è previsto il *payback*, cioè, un meccanismo automatico di riparo nel caso di superamento di una data soglia.

La parte più consistente dell'aumento è dovuta alla restante parte dei consumi intermedi che è incrementata del 16,3%, soprattutto per le spese necessarie per contrastare l'emergenza sanitaria da Covid-19.

Le spese per prestazioni sociali in natura, corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market, è pari a 41,611 milioni, in aumento rispetto al 2019 del 3%.

La spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata è pari a 7,311 milioni, con un decremento rispetto al 2019 del 3,6%.

La spesa per l'assistenza medico-generica è pari a 7,501 milioni, con l'incremento del 12,7% rispetto al 2019.

La spesa per altre prestazioni sociali (specialistiche, riabilitative, ospedaliere, integrative e altra assistenza) acquistate da produttori market è pari a 26.799 milioni. Un dato, questo, in aumento, poiché le spese serviranno a fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Altre componenti di spesa ammontano a 4.923 milioni, con un incremento del 47% rispetto al 2019.

Le previsioni sono realizzate in base alle vigenti leggi e al periodo di riferimento (dal 2019 al 2021), oltre che dati dagli eccezionali impegni economici utilizzati per fronteggiare l'emergenza sanitaria dovuta al diffondersi del virus Covid-19.

<b>TABELLA III.3-2 PREVISIONE DELLA SPESA SANITARIA 2021 – 2024</b>				
	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
<b>Spesa sanitaria</b>	<b>127.138</b>	<b>123.622</b>	<b>126.231</b>	<b>124.410</b>
In % di PIL	7,3%	6,7%	6,6%	6,3%
Tasso di variazione in %	3,0%	-2,8%	2,1%	-1,4%

La spesa sanitaria che era stata stimata per il 2021 è stata di 127.138 milioni, con un incremento del 3% rispetto all'anno precedente.

In maniera più dettagliata la stima prevedeva:

- 42,265 milioni per le spese intermedie, con un incremento della spesa del 6,4% rispetto al valore del 2020. L'aumento è dato dalla crescita (più del 3%) delle spese di prodotti farmaceutici, dovuta alle esigenze connesse al Covid-19, soprattutto in riferimento all'acquisto di farmaci e vaccini da parte del Commissario di cui all'art. 122 del decreto-legge n. 18/2020. Questo incremento è calmierato da due motivi: il primo riguarda la sterilizzazione del 2021 delle spese sostenute nel 2020 dal Commissario di cui all'art. n. 122 del decreto-legge n. 18/2020 e della protezione civile; il secondo riguarda i costi legati al Covid-19 che sono maggiori rispetto alle pressioni manifestate nel 2020.
- 41,932 milioni previsti per le prestazioni sociali corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market.
- 38,924 milioni per i redditi da lavoro dipendente. Le spese previste erano destinate alla quantificazione del personale impiegato a contrastare l'emergenza epidemiologica.
- 7,415 milioni per l'assistenza farmaceutica convenzionata, in leggera crescita dopo il calo registrato nel 2020 dovuto, probabilmente, al minor ricorso alle farmacie in ragione alle restrizioni imposte per via del Covid-19.
- 7,652 milioni per l'assistenza medico-generica per far fronte all'emergenza epidemiologica. L'incremento è dato dalla presenza degli arretrati relativi triennio 2016-2018.
- 6,866 milioni previsti per le prestazioni sociali come: prestazioni ospedaliere, riabilitative, integrative ed altre tipologie di assistenza. Per questo componente di spesa l'incremento registrato risente della sterilizzazione dei costi sostenuti nel 2020 dal Commissario di cui all'art. 122 del decreto-legge n. 18/2020 e della protezione civile. L'aumento nel 2021, al netto di tale previsione, risulta di gran

lunga superiore; anche in considerazione dei potenziali effetti delle disposizioni programmate in materia.

- 4,017 milioni per le altre componenti di spesa. La diminuzione sostanziale rispetto all'anno precedente è giustificata dalla possibile crescita della produzione di servizi.

Nel triennio 2022-2024, la spesa sanitaria prevista dovrebbe decrescere con un livello del tasso medio annuo dello 0,7%, nello stesso periodo il PIL nominale dovrebbe crescere in media del 4,2%; di conseguenza il rapporto tra la spesa sanitaria e il PIL decresce e si attesta ad un livello pari al 6,3% alla fine dell'arco temporale considerato.

Il venir meno, nel 2022, di buona parte dei costi programmati per contrastare l'emergenza sanitario e degli effetti indotti dal rinnovo dei contratti e delle convenzioni del personale del SSN per il triennio 2019-2021 ha determinato un andamento altalenante della spesa.

## Conclusioni

Alla luce di quanto emerso nel corso di questo lavoro si vuole delineare il difficile processo di attuazione del federalismo fiscale con particolare attenzione al rapporto tra quest'ultimo e il comparto sanitario, nell'ordinamento italiano.

Dopo aver chiarito che con l'espressione federalismo fiscale si intende ciò che l'art. 119 Cost. definisce come autonomia finanziaria si sono delineati gli aspetti innovativi e fondamentali della riforma del Titolo V della Costituzione. Si è evidenziato, a tal proposito, come la Carta costituzionale sia stata modificata, affinché gli Enti territoriali potessero beneficiare di uno status eguale a quello dello Stato, superando definitivamente una concezione stato-centrica.

I principi contenuti nel testo "a maglie larghe" dell'art. 119 Cost. e recepiti nelle disposizioni della legge delega n. 42/2009, attraverso otto decreti attuativi, provocano ancora diverse controversie interpretative. Tutto ciò ha prodotto un sistema tributario molto complesso composto da un sistema tributario statale, uno regionale, uno locale. Il tema più difficile nel processo di attuazione della delega è la quantificazione del finanziamento necessario alle Regioni per coprire le loro prestazioni. Il metodo della spesa storica non premia l'efficienza ma neanche i costi standard assicurano la piena efficienza nell'erogazione dei servizi. Diventa, quindi, molto complicato capire e rispondere alle esigenze delle singole Regioni (soprattutto perché queste sono diverse).

L'introduzione del federalismo fiscale può mettere a rischio il mantenimento del carattere nazionale del servizio sanitario, con le regioni intese come "laboratori" per avviare dei cambiamenti tesi a favorire l'espansione dei consumi sanitari. Questo perché la spesa sanitaria copre circa l'80% dei bilanci regionali.

La parte centrale dell'elaborato tratta la nascita del SSN, istituito con la L. 833/1978, prima vera riforma in ambito sanitario del nostro Paese. Il capitolo cerca di approfondire la questione relativa ai caratteri di equità, qualità, efficienza e trasparenza nel sistema nazionale per tutti i cittadini.

Prima di terminare il lavoro, la terza parte di questo si è occupata di chiarire il bilancio annuale alla luce della situazione pandemica causata dal Covid-19. La situazione



pandemica, infatti, ha riaperto il dibattito sul federalismo producendo disparate conseguenze in tutto il mondo.

La valenza del comparto sanitario sul federalismo fiscale è, dunque, notevole. È verosimile, infatti, che nel nostro ordinamento, questo sia stato il primo modello per la gestione di servizi pubblici, un vero e proprio laboratorio di federalismo. Dopo oltre un decennio di politiche sanitarie, rimangono aperte numerose questioni, come ad esempio le modalità per la definizione dei fabbisogni e dei costi standard. L'obiettivo del federalismo fiscale sarebbe quello di avvicinare, al livello locale, le decisioni su come reperire e utilizzare il denaro pubblico. Uno scopo fondamentale è quello di non allargare i divari territoriali attraverso dei meccanismi di perequazione, strumenti fondamentali per la responsabilizzazione nell'uso e nella gestione delle risorse dei territori "a minore capacità fiscale per abitante". Contestualmente, si cercherà di favorire e promuovere lo sviluppo economico, la solidarietà sociale e di combattere gli squilibri economico-sociali. In questo senso, a mio avviso, uno dei problemi più importanti del passaggio al federalismo fiscale è l'eccessiva centralità delle imposte indirette e di quelle che gravano sui meccanismi di compartecipazione. Questo infatti potrebbe creare dei nuovi deficit anche in presenza di appropriate e adeguate prestazioni sanitarie.

Il federalismo fiscale si inserisce in un contesto molto rigido, regolato dall'art. 32 Cost e dall'art. 117 Cost., che assicurano le prestazioni concernenti i diritti civili e sociali a tutto il territorio. Ciò comporta, più che un'uguaglianza di risorse o di denaro a disposizione, un'uguaglianza di risultati. Infatti, la possibilità di accedere a determinati livelli di prestazione sanitaria non implica di per sé una parità di risultati. I cittadini desiderano un'uguaglianza di risultati su tutto il territorio nazionale, il federalismo non sembra purtroppo in grado al momento di poterla assicurare.

## Bibliografia

AA.VV., *Le parole-chiave del federalismo fiscale*, Istituto di studi sui sistemi regionali federali e sulle autonomie “Massimo Severo Giannini” – ISSIRFA, 2009

Ancilotti F., *Il coordinamento dei diversi livelli di governo e il patto di convergenza* in “La legge delega sul federalismo fiscale”, Giorn. dir. amm., 2009

Angelini F., Benvenuti M. (a cura di), *Il diritto costituzionale alla prova della crisi economica*, Napoli, Jovene, 2012

Angiolillo L. C., *L'autonomia tributaria degli enti locali: dall'inquadramento dogmatico-normativo alle problematiche interpretative ed attuative alla luce della riforma del Titolo V della Costituzione*, in Fin. loc., 1-2/2008

Antonini L., *I principi di coordinamento del federalismo fiscale*, in L. Antonini (a cura di), “Verso un nuovo federalismo fiscale”, Milano, 2005

Antonini L., *L'attuazione del federalismo fiscale*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), 2016

Antonini L., *Sono ancora legittime le norme statali cedevoli?*, in [www.associazionedeicostituzionalisti.it](http://www.associazionedeicostituzionalisti.it), 2002

Antonini L., *Sussidiarietà verticale e orizzontale nelle prospettive di sviluppo della legge n. 42 del 2009*, in AA.VV., “Sussidiarietà orizzontale e verticale: profili fiscali, IRER”, 2010

Atripaldi V., Bifulco R. (a cura di), *Federalismi fiscali e Costituzioni*, Torino, 2001

Aulenta M., *Entrate regionali: tributi, partecipazioni e perequazioni*, in Fin. loc., 11/2006

Balboni E., *Il concetto di “livelli essenziali e uniformi” come garanzia in materia di diritti sociali* in “Le Istituzioni del Federalismo”, 2001, p. 1109.

Baldi B., *I “numeri” del federalismo fiscale: un confronto tra regioni*, “Le Istituzioni del federalismo”, n. 5-6, 2010, pp. 495-515.

Baldini V., *Riflessioni sparse sul caso (o sul caos....) normativo al tempo dell'emergenza costituzionale*, n. 1/2020, 2 aprile 2020, p. 985

Baldoni E., Pastori G., *Il governo regionale e locale*, in G. Amato e A. Barbera (a cura di), *Manuale di diritto pubblico*, Bologna, 1997

Balduzzi R., *L'impatto della devolution sul Servizio sanitario nazionale*, in [www.cosmopolisonline.it](http://www.cosmopolisonline.it)

Barbero M., *Il disegno di legge governativo per l'attuazione dell'articolo 119 della Costituzione: considerazioni a prima lettura*, in “Ist. fed.”, 5/2007

Bassanini F., *Il “modello federale” e il federalismo fiscale*, Astrid, 2008

Bassanini F., *Principi e vincoli costituzionali in materia di finanza regionale e locale nel nuovo articolo 119 della Costituzione*, in [www.astrid-online.it](http://www.astrid-online.it)

BCE, *Eurosystem staff macroeconomic projections for the Euro area*, giugno 2020

Bertolissi M., *L'autonomia finanziaria delle Regioni ordinarie*, in “Regioni”, 2/3 2004

Bifulco R., *Osservazioni sulla legge n. 42 del 2009 in materia di federalismo fiscale*, Astrid, 2011

Bilancia P., *Crisi nella democrazia rappresentativa e aperture a nuove istanze di partecipazione democratica*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), n. speciale 1, 2017, 8 e ss.

Bilancia P., *Il grave impatto del Covid-19 sull'esercizio dei diritti sociali*, p. 79.

Bilancia P., *La nuova governance dell'Eurozona e i "riflessi" sugli ordinamenti nazionali*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), n. 23, 2012.

Bilancia P., *The dynamics of the EU integration and the impact on the national constitutional law*, *The European Union after the Lisbon treaties*, Milano, Giuffrè, 2012

Bin R., *Caro Orlando, il vero problema della sanità è al centro, non in periferia*, in [www.laCostituzione.info](http://www.laCostituzione.info), 3 aprile 2020

Bizioli G., *Il federalismo fiscale. Luci e ombre della legge delega 42 del 2009* in [www.benecomune.net](http://www.benecomune.net), 2009

Bizioli G., *Il federalismo fiscale*, Catanzaro, 2010

Bordignon M., *Alcune tesi sul federalismo fiscale all'italiana. Rivista economica del Mezzogiorno*, 2005

Bordignon M. e Cerniglia F., *I nuovi rapporti finanziari fra Stato ed autonomia locali alla luce della riforma del titolo V della Costituzione* in "Rivista di politica economica", 2004

Brunetta R., *A che punto siamo con l'attuazione del federalismo fiscale* in Dossier di Free Foundation, 2012

Buzzacchi C., *Coronavirus e territori: il regionalismo differenziato coincide con la zona "gialla"*, in [www.laCostituzione.info](http://www.laCostituzione.info), 2 marzo 2020

Cabras D., *Il processo di attuazione della legge delega in materia di federalismo fiscale: il ruolo del Parlamento*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it)

Caramelli V., *Federalismo e costi: contraddizioni di un approccio*, in L. Antonini (a cura di), "Verso un nuovo federalismo fiscale", Milano, 2005

Caravita B. (2019), Un doppio binario per l'approvazione del regionalismo differenziato?, su [www.federasilmi.it](http://www.federasilmi.it), n. 13/2019.

Carinci A., *Autonomia tributaria delle Regioni e vincoli del Trattato dell'Unione europea*, in "Rass. trib.", 2004

Ceriani V., *Federalismo, perequazione e tributi*, in "Rass. Trib.", 2002

Ceriani V., *I fabbisogni standard per Comuni e Province: metodologia di stima e ruolo di SOSE*, in "Atlantide", 1/2011

Cerniglia F., *La partita aperta del federalismo fiscale* in "Aggiornamenti sociali" n. 7-8 del 2009.

Cociani S. F., *Le basi della perequazione nel federalismo fiscale*, in "Rass. Trib.", 1/2011

Cofelice A. *Coronavirus: stress test per lo stato di diritto in Europa* in "Centro Studi sul Federalismo", n. 176, 15 aprile 2020

Costa G, Landriscina T., Marinacci C., Petrelli A., Vannoni F., *I determinanti del fabbisogno di salute e di assistenza* in "Quaderni di monitor", n. 3, dicembre 2008.

D'Aloia A., *Generazioni future (diritto costituzionale)*, in "Enciclopedia del diritto", Annali IX, Milano, Giuffrè, 2016

D'Aloia A., *L'art. 120 Cost., la libertà di circolazione e l'insostenibile ipotesi delle ordinanze regionali di chiusura dei propri confini* in [www.dirittifondamentali.it](http://www.dirittifondamentali.it), 2020

D'Andrea A., *Lo statuto regionale nel sistema delle fonti e le scelte organizzative delle regioni dopo la modifica dell'art. 123 Cost.*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it)

De Ioanna P., *L'autonomia finanziaria: una ipotesi di ricostruzione interpretativa tra diritti di cittadinanza e federalismo possibile*, 10 ottobre 2002, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it)

De Martin G. C., *Sull'attuazione dell'art. 119 Cost. in materia di federalismo fiscale* (Audizioni dei professori Vincenzo Cerulli Irelli, Tania Groppi e Gian Candido De Martin nell'ambito dell'indagine conoscitiva sui disegni di legge di attuazione dell'articolo 119 della Costituzione in materia di federalismo fiscale - Commissioni riunite Affari costituzionali, Bilancio e Finanze, Senato della Repubblica 12 novembre 2008-), in [www.amministrazioneincammino.it](http://www.amministrazioneincammino.it)

De Muro G., *Art. 114 Cost.*, in R. Bifulco, A. Celotto e M. Olivetti (a cura di) "Comm. cost.", Torino, 2006

De Vincenti C., *LEA e costi standard: come uscire dalla "nebulosa", "Nel merito"*, giornale elettronico, 19 novembre 2008.

Della Cananea G., *Autonomie e perequazione nell'articolo 119 della Costituzione*, in "Ist. fed.", 1/2005

Di Todaro, *I dettagli della campagna vaccinale*, Fondazione Veronesi, 2020

Dogliani M., *Quer pasticciaccio brutto del regionalismo italiano* in "Il Piemonte delle Autonomie", 8 febbraio 2019

Fedele A., *Federalismo fiscale e riserva di legge*, in "Rass. trib.", 6/2010

Fedele A., *La potestà normativa degli enti locali*, in "Fin. loc.", 1998

Fedele M., *Né uniti né divisi. Le due anime del federalismo all'italiana*, Roma, 2010

Ferrari G. F. (a cura di), *Federalismo, sistema fiscale, autonomie. Modelli giuridici comparati*, Roma, 2010

Ficari V., *Prime note sull'autonomia tributaria delle Regioni a Statuto speciale (e della Sardegna, in particolare)*, in "Rass. trib.", 2001

Ficari V., *Scintille di autonomia tributaria regionale e limiti interni e comunitari* in "Rass. trib.", 2002

Fichera F., *Federalismo fiscale e Unione europea*, in "Rass. trib.", 6/2010

Fiorentino L., *I profili organizzativi* in "La legge delega sul federalismo fiscale" Giorn. Dir. amm., VIII, 2009

FMI, *Latest World Economic Outlook Growth Projections*, giugno 2020

Fontana O., *Banca europea per gli investimenti: una Climate Bank per l'Unione* in "Centro Studi nel Federalismo", Commenti, n. 185, 16 luglio 2020

Fontana O., *Sure: l'Unione europea vicina ai lavoratori* in "Centro Studi sul Federalismo", Commenti, n. 179, 19 maggio 2020

Formez, *I livelli essenziali delle prestazioni. Questioni preliminari e ipotesi di definizione*, Quaderni n. 46, giugno 2006.

Fransoni G., *Il presupposto dei tributi regionali e locali. Dal precetto costituzionale alla legge delega* in "Riv. dir. trib.", 3/2011

Giarda D.P., *Federalismo fiscale* in "Enc. Novecento", Treccani, Roma, 2004

Giarda D.P., *Il sistema italiano di federalismo fiscale*, Treccani, Roma, 2009

Giarda D.P., *L'esperienza italiana di federalismo fiscale*, Il Mulino, Bologna, 2005

Giarda D.P., *Regioni e federalismo fiscale*, Il Mulino, Bologna, 1995

Giglioni F., *I servizi sanitari* in “Welfare e federalismo”, Il Mulino, Bologna, 2005

Giordano A., Imbesi M. G., *La riforma federalista e le problematiche fiscali alla luce della Finanziaria*, in “Rass. trib.”, n. 3/2008

Groppi T., *Il federalismo fiscale nel quadro costituzionale*, Audizione nell'ambito dell'indagine conoscitiva sui disegni di legge di attuazione dell'articolo 119 della Costituzione in materia di federalismo fiscale – Commissioni riunite Affari costituzionali, Bilancio e Finanze, Senato della Repubblica, 12 novembre 2008

Groppi T., *Il federalismo*, Laterza, Bari-Roma, 2004

Guazzarotti A., *Diritti fondamentali e Regioni: il nuovo Titolo V alla prova della giurisprudenza costituzionale* in “Ist. fed.”, 5/2008

Guerra M.C., *Federalismo, in gioco il finanziamento dei Lep* in “Guida agli enti locali”, 2008

Iannello C., *Regionalismo differenziato: disarticolazione dello Stato e lesione del principio di uguaglianza*, n. 17/2019

Iozzo A., Masini F., *A green deal for European Cities. Rethinking the Role of the European Stability Mechanism* in “Centro Studi sul Federalismo”, Polici Paper, maggio 2020

Jorio E., *Un primo esame del d. lgs. 68/2011 sul federalismo regionale e provinciale, nonché sul finanziamento della sanità (... cinque dubbi di incostituzionalità)*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it)



Luchena G. *Vincoli finanziari europei e ruolo dello Stato nell'economia* in “Euro-Balkan Law and Economics Review”, n. 1/2020

Luciani M., *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni* in “Sanità Pubblica”, 2002

Majocchi A., *Next Generation EU: verso una fiscalità federale* in “Centro Studi sul Federalismo”, Commenti, n. 180, 29 maggio 2020

Majocchi A., Muraro G., *Verso l'attuazione del federalismo fiscale*, in “Riv. dir. fin.”, 2006

Mangia A., *Mes. L'Europa e il Trattato impossibile*, Brescia, Scholé, 2020

Mapelli V., *Una proposta di ripartizione del fondo sanitario tra le regioni*, in “Politiche sanitarie”, n. 1, 2007

Merloni F., *Riflessioni sull'autonomia normativa degli enti locali* in “Regioni”, 2008

Morelli A., *Il re del Piccolo principe ai tempi del coronavirus. Qualche riflessione su ordine istituzionale e principio di ragionevolezza nello stato di emergenza* in “Diritti regionali”, n.1/2020, 11; ID., *Le relazioni istituzionali*, in Rivista Aic, 3/2019

Morelli A., *Le autonomie della Repubblica: c'è un ordine nel caos?*, n. 2/2018

Morrone A., *La potestà tributaria degli enti locali nell'ordinamento costituzionale* in “Tributi loc. reg.”, 1, 2005

Musolino S., *I rapporti Stato – Regioni nel nuovo titolo V alla luce dell'interpretazione della Corte Costituzionale*, Milano, 2007

Nicotra V., Pizzetti F. e Scozzese S. (a cura di), *Il federalismo fiscale*, Roma, 2009

Oates W. E., *An essay on fiscal federalis* in “Journal of Economic”, vol. XXXVII, 1999

Orsi Battaglini A., *Le autonomie locali nell'ordinamento regionale*, Milano, 1974

Osculati F., *Commento al disegno di legge “Disposizioni di attuazione dell'articolo 119 della Costituzione” – nota per il Gruppo di lavoro sul federalismo fiscale*, 10 luglio 2007, in [www.astrid-online.it](http://www.astrid-online.it)

Pajno S., *Il regionalismo differenziato tra principio unitario e principio autonomista: tre problemi*, pubblicato in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), fascicoli n. 5/2020

Pica F., *L'ordinamento finanziario dei Comuni e la riforma del Titolo V della Costituzione*, Torino, 2003

Pinto F., *Il nuovo regionalismo nel sistema delle fonti*, Torino, 2004

Scheggi M., *Costi standard e livelli essenziali di assistenza: problemi applicativi del federalismo nel settore sanitario*, Mimeo, 2009

Stevanato D., *La questione*, in D. Stevanato, R. Lupi, C. Busana Banterle e M.C. Guerra, *Il federalismo fiscale come trasferimento del gettito nelle aree di produzione* in “Dialoghi tributari”, n. 4/2008

Tardiola A., *Il ruolo del costo standard nella riforma federalista del welfare* in “Rivista di politiche sociali”, n. 3, 2009

Tarli Barbieri G., *Verso un regionalismo differenziato o verso un regionalismo confuso? Appunti sulla (presunta) attuazione dell'art. 116, comma 3, Cost.* in “Osservatorio sulle fonti”, n. 2/2019

Tega D., *I diritti sociali nella dimensione multilivello tra tutele giuridiche e crisi economica* in E. Cavasino, G. Scala, G. Verde (a cura di), *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2013

## Sitografia

Causi M., *Lo schema di decreto sui fabbisogni standard: osservazioni critiche*, in [www.astrid-online.it](http://www.astrid-online.it)

Fransoni G., *La territorialità dei tributi regionali e degli enti locali* in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it)

Gentilucci P., *Green pass e profili di legittimità costituzionale*, in [www.diritto.it](http://www.diritto.it), 2021

Gentilucci P., *La possibile rilevanza penale e disciplinare del comportamento degli operatori sanitari “no-vax*, in [www.diritto.it](http://www.diritto.it), 2021.

Giulimodi F., *È legittima la proroga dello stato di emergenza?*, in [www.labparlamento.it](http://www.labparlamento.it), 2021.

Grandi F., *L’art. 32 nella pandemia: sbilanciamento di un diritto o “recrudescenza” di un dovere?*, in [www.costituzionalismo.it](http://www.costituzionalismo.it), 2021.

Il Sistema Sanitario Nazionale – La riforma-Ter, la 229/1999: la riforma Bindi, in [www.dimensioneinfermiere.it](http://www.dimensioneinfermiere.it)

Muraro G., *Alla ricerca del costo standard*, in [www.lavoce.info](http://www.lavoce.info)

Pastore F. *Brevi considerazioni su unità e indivisibilità della Repubblica italiana* in [www.dirittifondamentali.it](http://www.dirittifondamentali.it), 17 maggio 2019

Redazione, *Stato di emergenza legato al Covid-19 e il supporto normativo*, in [www.professionegiustizia.it](http://www.professionegiustizia.it), 2020

Scuola Nazionale dell’Amministrazione, *Il federalismo regionale*, in [www.sna.gov.it](http://www.sna.gov.it)

Silvestri G., *Covid-19 e Costituzione*, disponibile in  
<http://www.sossanita.org/archives/9895>