

Associazione per lo Sviluppo degli Studi di Banca e Borsa

Università Cattolica del Sacro Cuore

OSSERVATORIO MONETARIO 2-2021

A map of Italy where each region is filled with its respective coat of arms. The map is centered on the Italian peninsula, with Sicily and Sardinia shown separately. The background features a large, faint watermark of the University of the Sacred Heart's logo, which consists of a stylized 'U' and 'C' intertwined.

***Il Federalismo alla luce  
della crisi sanitaria***

---





# ***Il federalismo alla luce della crisi sanitaria***

***giugno 2021***

Autori del presente rapporto sono: Angelo Baglioni (Coordinatore),  
Massimo Bordignon, Marco Buso, Francesco Palermo, Gilberto Turati



**Associazione per Sviluppo degli Studi di Banca e Borsa**

**Università Cattolica del Sacro Cuore**

Comitato Scientifico del Laboratorio di Analisi Monetaria:

Marco Lossani (Direttore LAM), Angelo Baglioni, Alberto Banfi, Andrea Boitani, Domenico Delli Gatti, Piero Giarda.

Laboratorio di Analisi Monetaria – Università Cattolica del Sacro Cuore:

Segreteria: Barbara Caprara

Via Necchi, 5 - 20123 Milano

tel. 02-7234.2487 - [laboratorio.monetario@unicatt.it](mailto:laboratorio.monetario@unicatt.it) - [LAM](#)

Associazione per lo Sviluppo degli Studi di Banca e Borsa:

Sede: presso Università Cattolica del Sacro Cuore – Milano, Largo A. Gemelli, 1

Segreteria: presso UBI Banca – Milano, Via Monte di Pietà, 7 – tel. 02-6275.5252 - [www.assbb.it](http://www.assbb.it)



## INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	pag. 1
<b>1. DECENTRAMENTO E TUTELA DELLA SALUTE IN ITALIA: DAGLI ANNI NOVANTA ALLA GESTIONE DELLA PANDEMIA – Gilberto Turati</b>	pag. 3
1. Introduzione	3
2. Sanità e decentramento in Italia: un breve riassunto delle puntate precedenti	7
3. La gestione della pandemia e la questione del decentramento	14
4. Qualche breve osservazione di sintesi	18
<b>2. IL FEDERALISMO IN EMERGENZA? – Francesco Palermo</b>	20
1. Emergenza e centralizzazione	20
2. Un'equazione sbagliata	22
3. Caratteristiche delle risposte degli ordinamenti composti	25
4. Considerazioni di sintesi: la pandemia come acceleratore	27
<b>3. L'UNIONE EUROPEA DI FRONTE ALLA PANDEMIA – Massimo Bordignon e Marco Buso</b>	32
1. La crisi pandemica da Covid-19: le risposte degli SM e dell'UE	34
2. Verso una ridefinizione dell'attribuzione delle competenze tra SM e UE	43



## INTRODUZIONE

Angelo Baglioni<sup>♦</sup>

L'emergenza sanitaria, creata dallo scoppio della pandemia Covid-19, ha messo a dura prova le strutture sanitarie del nostro paese, così come nel resto del mondo. In Italia, la tutela della salute rientra tra le funzioni concorrenti tra Stato e regioni. A livello europeo, la Commissione UE ha giocato un ruolo centrale nell'approvvigionamento dei vaccini e nel coordinamento delle politiche messe in atto dagli Stati membri. Ad entrambi i livelli, nazionale ed europeo, sono emerse criticità: ritardi, difficoltà di coordinamento, confusione sull'attribuzione delle responsabilità. Ciò ha riaperto il dibattito su di un tema già oggetto di discussione negli anni scorsi: il federalismo. Il rapporto tra Stato e regioni e quello tra Europa e singoli paesi dell'Unione dev'essere riesaminato alla luce di quanto è successo nell'ultimo anno e mezzo: la gestione della crisi sanitaria è una formidabile cartina di tornasole per fare emergere eventuali problemi da risolvere. Questo numero di *Osservatorio Monetario* si propone di dare un contributo di analisi in questa direzione.

In estrema sintesi, i messaggi che emergono sono due. Primo: il decentramento, tipico dei sistemi federali, non è il principale responsabile dei problemi osservati durante la crisi sanitaria, posto che gli strumenti per accentrare il potere di gestire un'emergenza esistono. Secondo: la risposta europea alla crisi Covid-19 c'è stata, ma in prospettiva occorre rafforzare i poteri e le risorse a disposizione della UE per prevenire e rispondere alle crisi sanitarie.

Il primo capitolo di OM ricostruisce l'evoluzione dei rapporti tra Stato e regioni nel nostro paese, a partire dagli anni novanta fino alla gestione della

pandemia. Partendo da una distinzione rilevante e spesso trascurata, quella tra decentramento amministrativo, funzionale e fiscale, il capitolo illustra come la riforma del Titolo V della Costituzione abbia rappresentato il punto di arrivo di un processo di decentramento avviato fin dal 1992. I problemi di coordinamento Stato-regioni e le differenze tra regioni, emersi durante la gestione della pandemia, non sono tanto da attribuire alla riforma del Titolo V quanto ad alcune indecisioni del governo centrale. Gli strumenti per centralizzare la direzione durante un'emergenza sanitaria ci sono: la Corte Costituzionale ha chiarito che la gestione delle pandemie rientra nella "profilassi internazionale", una funzione esclusiva dello Stato; la dichiarazione dello stato di emergenza, autorizzata dal Parlamento, va nella stessa direzione attribuendo al governo poteri speciali. Il decentramento funzionale non è quindi, in linea di principio, incompatibile con l'accentramento delle decisioni nei momenti in cui questo si renda necessario.

Il secondo capitolo allarga l'orizzonte a livello internazionale, ponendo a confronto la reazione di diversi paesi, aventi un'organizzazione federale oppure unitaria, alla pandemia. La principale conclusione dell'analisi è che l'efficienza delle diverse reazioni non dipende dalla presenza o assenza di un assetto federale, ma da altri fattori, come quelli demografici e geografici, nonché dal grado di sviluppo economico. Certo, l'efficienza amministrativa e l'efficacia dei raccordi tra i diversi livelli di governo giocano un ruolo importante. Sotto questo profilo, il nostro paese è caratterizzato per la presenza di rilevanti asimmetrie: alcune Regioni hanno performance amministrative e gestionali migliori, altre peggiori. Non solo: il principale strumento di raccordo tra centro e periferia, la Conferenza Stato-Regioni, è stato largamente sotto-utilizzato nella prima fase

---

<sup>♦</sup>Università Cattolica del Sacro Cuore



della crisi (primavera 2020) mentre è stato maggiormente utilizzato in seguito. L'esperienza ha dimostrato che i sistemi federali, in caso di emergenza, hanno gli strumenti per centralizzare la linea di comando; inoltre sono in grado di farlo attraverso procedure ordinarie, senza derogare all'ordine costituzionale. Rispetto ai sistemi unitari, quelli federali hanno il vantaggio della flessibilità, trovando soluzioni più adatte alle specificità locali. Inoltre, i sistemi federali si giovano di meccanismi di *checks and balances*, limitando i danni di politiche governative sbagliate: questo è accaduto negli USA, in Brasile e in Messico. Nel dibattito corrente, si sottolineano spesso la confusione e la dispersione di responsabilità dovuti alla presenza di più attori nei sistemi federali. Tuttavia, essi danno anche più garanzie di controllo reciproco. Alla fine, è la qualità della cooperazione tra i diversi livelli di governo a fare la differenza tra gli ordinamenti federali che hanno risposto più o meno bene alla crisi sanitaria. L'organizzazione federale non è di per sé un problema, anzi presenta i vantaggi appena ricordati.

Il terzo capitolo esamina, oltre alle iniziative prese a livello nazionale nell'affrontare la pandemia, il ruolo svolto dall'Unione Europea. Quest'ultima, sulla base del Trattato UE, ha competenze limitate in materia sanitaria, volte essenzialmente al sostegno delle politiche nazionali. La Commissione UE ha fatto il possibile con gli strumenti a disposizione, ma la scarsità di questi ne ha notevolmente limitato l'azione. La crisi pandemica ha quindi messo in evidenza la necessità di rafforzare i poteri della UE, necessità già emersa in altri campi (si pensi a quello relativo alla transizione energetica, ad esempio). Nella prima fase della crisi, la Commissione UE ha adottato diverse misure di coordinamento, nel settore dei viaggi-trasporti e in relazione all'approvvigionamento e alla distribuzione di

attrezzature mediche. Il piano della Commissione UE sui vaccini si è proposto di sfruttare le economie di scala negli investimenti in sviluppo, produzione e approvvigionamento dei vaccini. La centralizzazione si giustifica con la presenza di esternalità nel gestire una pandemia, di cui i singoli governi nazionali non tengono conto. Nella fase applicativa il piano ha mostrato alcuni limiti, che sono stati via via superati. Sarebbe stato meglio investire di più sulla produzione interna, anziché solo sugli accordi di acquisto con le case farmaceutiche. A differenza che in altri casi, la risposta europea alla crisi generata dal Covid-19 comunque c'è stata, sia sul piano sanitario sia su quello economico. Tuttavia, vi sono notevoli margini di miglioramento. In particolare, si suggerisce di centralizzare a livello UE la prevenzione e preparazione alle pandemie, l'approvvigionamento di materiale sanitario, la ricerca e l'innovazione in materia sanitaria. Operativamente, sarebbe opportuno creare un'autorità UE per la preparazione e risposta alle emergenze sanitarie, analoga a quella statunitense. Per quanto non facile da percorrere, va considerata l'opportunità di rivedere i Trattati UE al fine di conferire più risorse autonome e più poteri alla UE in materia sanitaria.



## 1. DECENTRAMENTO E TUTELA DELLA SALUTE IN ITALIA: DAGLI ANNI NOVANTA ALLA GESTIONE DELLA PANDEMIA<sup>1</sup>

Gilberto Turati ♦

*Contrariamente a molte delle opinioni correnti, che identificano nella riforma del Titolo V della Costituzione tutte le differenze nella gestione della pandemia e nei conseguenti esiti, la storia del decentramento nell'ambito della tutela della salute è vecchia quanto lo stesso Servizio Sanitario Nazionale, almeno dal punto di vista del decentramento amministrativo. All'attribuzione di autonomia amministrativa alle regioni alle origini del SSN hanno fatto seguito sia il decentramento funzionale (con le riforme dell'inizio degli anni Novanta), sia il decentramento fiscale (con l'Irap e l'Addizionale regionale Irpef dal 1998), riforme avvenute senza alcuna modifica costituzionale. Il modello incentrato sulle regioni che ne è derivato è stato sistematizzato con il D. Lgs. 56/2000, prima della riforma costituzionale del 2001. E' interessante notare che è proprio a partire dalla riforma costituzionale che è aumentata la conflittualità tra Stato e regioni e che, negli anni successivi, proprio alla luce delle sentenze della Corte Costituzionale, quello stesso modello è stato nei fatti smontato. L'incapacità dei governi di risolvere la situazione di stallo si protrae fino alla finta riforma dei costi e dei fabbisogni standard, che si intreccia con un periodo di crisi sul fronte della finanza pubblica e impone al governo un controllo amministrativo maggiore sull'azione delle regioni, con molte incongruenze rispetto alla direzione riformatrice da prendere. E' in un quadro caratterizzato dalla richiesta di una autonomia rafforzata da parte delle regioni e un governo impegnato a definire una legge quadro su questo tema che scoppia la pandemia.*

### 1. Introduzione

Questo capitolo mira a ricostruire l'evoluzione delle relazioni tra Stato e regioni nell'ambito della tutela della salute con l'obiettivo di arrivare a discutere se (e, eventualmente, come) il decentramento abbia giocato un qualche ruolo nella gestione e, soprattutto, negli esiti della pandemia. Prima però di tratteggiare la storia del decentramento regionale nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è bene chiarire che esistono almeno tre definizioni di decentramento che, nel dibattito corrente, vengono spesso usate come sinonimi mentre, chiaramente, non lo sono. Un pasticcio che non fa altro che generare confusione, false aspettative, e discussioni anche

sbagliate sul fronte della gestione della pandemia. Si tratta dei concetti di decentramento amministrativo, decentramento funzionale e decentramento fiscale. L'ordine non è casuale. Gli spazi di autonomia per gli enti sub-nazionali (quello che potremmo chiamare il "grado" di decentramento) aumentano passando dal decentramento amministrativo al decentramento fiscale. Il decentramento amministrativo, il più basso "grado" di decentramento, si realizza quando le funzioni amministrative relative ad un determinato servizio pubblico vengono svolte da un qualche livello di governo sub-nazionale, nell'ambito di norme e regole stabilite a livello centrale. Ad esempio, la legge 833/1978 istitutiva

---

<sup>1</sup> Desidero ringraziare il dott. Luca Gerotto per l'assistenza nella raccolta e nella elaborazione dei dati utilizzati in questo lavoro.

♦Università Cattolica del Sacro Cuore



del Servizio Sanitario Nazionale ha attribuito competenze amministrative ai comuni, che le esercitavano tramite il loro ruolo (soprattutto di influenza politica) nel governo delle Unità Socio Sanitarie Locali (le vecchie USL) molto più di quanto facessero le regioni, alle quali la stessa legge del 1978 aveva peraltro affidato la programmazione e l'organizzazione delle USL stesse. Per una materia come la sanità, un qualche grado di decentramento amministrativo sembra essere imprescindibile, visto che i servizi sanitari rientrano tra i servizi pubblici *locali*.

Il decentramento funzionale aumenta il grado di decentramento e si realizza quando, accanto alle capacità amministrative, lo Stato assegna ad un qualche livello sub-nazionale la possibilità di stabilire norme valide solo nello specifico contesto territoriale (che tuttavia devono risultare coerenti con i principi generali stabiliti dalla norma nazionale). Nel nostro paese, l'ente che può normare in materia di tutela della salute è la regione. Da questo punto di vista è bene precisare fin da subito che, contrariamente a quanto il dibattito corrente potrebbe indurre a credere, il decentramento funzionale si è realizzato nel paese *senza alcuna modifica costituzionale*, ben prima della vituperata riforma del Titolo V della Costituzione, alla quale vengono attribuite molte delle difficoltà riscontrate nella gestione della pandemia. Il riferimento normativo è il D. Lgs. 502/92 che precisa che "spettano alle regioni e alle province autonome, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera" (art. 2, primo comma). La legge peraltro chiarisce che, in particolare, spettano alle regioni "la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute", nonché la determinazione "dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle

aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie" (art. 2, secondo comma). Per una materia come la sanità, le ragioni per decentrare le norme sull'organizzazione dei servizi e sui criteri di finanziamento degli ospedali risiedono nella assenza di economie di scala e di spillover nella produzione della maggior parte dei servizi di cura per malattie non trasmissibili, servizi che costituiscono di gran lunga la parte preponderante della spesa sanitaria. Un discorso a parte merita invece chiaramente la prevenzione, soprattutto per malattie trasmissibili come il Covid-19, visti gli ovvi spillover che si vengono a creare dalle politiche di contenimento. E' altrettanto evidente però che queste ragioni di efficienza possano scontrarsi con questioni di equità a livello nazionale nel momento in cui le scelte organizzative impattano sull'accesso ai servizi (quindi sugli *outcome* di salute dei cittadini). Pensare che le scelte organizzative debbano essere uniformi sul territorio nazionale impone chiaramente di fermarsi al primo stadio del decentramento. Si badi che questo non vuol dire allora che l'accesso ai servizi sarà *necessariamente* uniforme: l'esito dipenderà dalle capacità amministrative dei singoli enti, che differiscono largamente a livello locale (come testimoniato, ad esempio, dalle differenze nei risultati di politiche nazionali inerenti alla funzione giustizia).

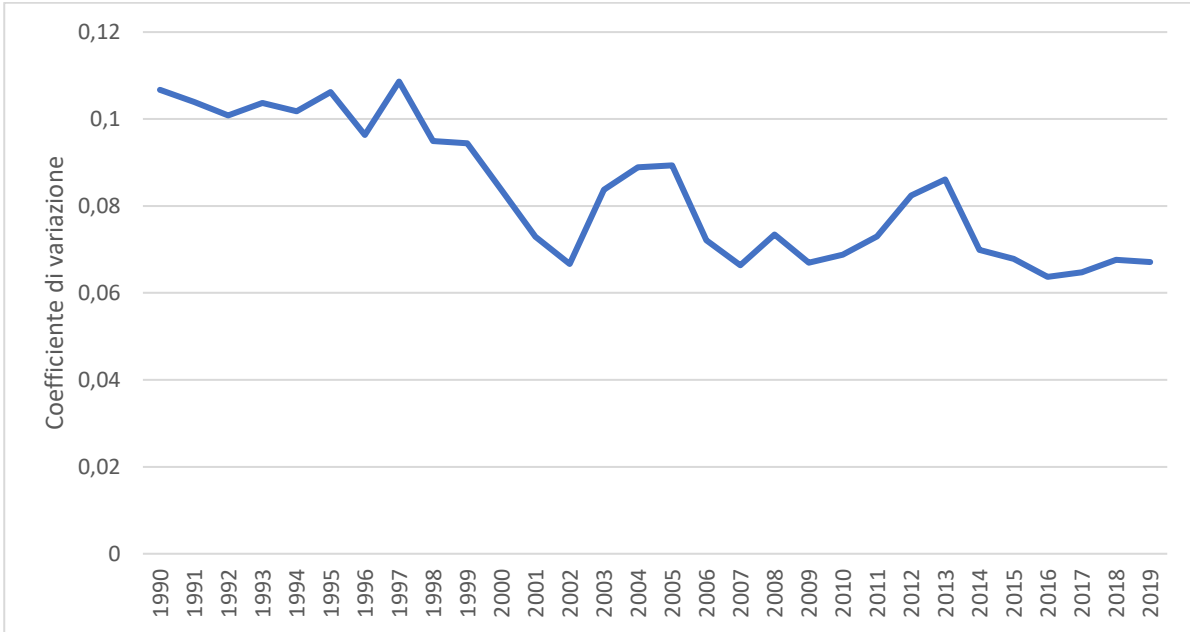
Il terzo stadio di un processo di decentramento è il decentramento fiscale. In questo caso lo Stato assegna una parte del suo potere di imporre coercitivamente ai cittadini il pagamento di un tributo ad un ente sub-nazionale. Ciò impone di individuare quali siano le basi imponibili più adatte ad essere utilizzate per finanziare la spesa a livello sub-nazionale e di definire gli spazi di autonomia

per l'ente sub-nazionale relativamente alla gestione del tributo. Gli anni Novanta hanno accompagnato alla devoluzione delle funzioni anche una rivoluzione nel finanziamento degli enti sub-nazionali che molti pensavano potesse corrispondere al decentramento fiscale. Almeno in via embrionale, almeno fino ad alcuni pronunciamenti della Corte Costituzionale, questo è quello che è davvero avvenuto nel gioco strategico tra governo centrale e governi regionali, il primo che sino ad allora pagava per i servizi e i secondi che decidevano come spendere. Torneremo più avanti su questo punto. Qui giova ricordare che esistono chiare ragioni per giustificare il decentramento fiscale una volta che si proceda con il decentramento funzionale: queste ragioni sono intimamente legate alla responsabilizzazione degli amministratori della spesa che, nel caso ci si fermasse al decentramento funzionale, potrebbero ottenere le rendite politiche associate alla spesa (anche in eccesso rispetto al finanziamento), lasciando allo Stato la "vergogna" di tassare i cittadini. Inutile dire che, in un paese come il nostro caratterizzato da ampie differenze nella disponibilità di basi imponibili fra regioni, il decentramento fiscale abbia creato – e continui a creare – paure sul fronte di un possibile ampliamento delle diseguaglianze e delle differenze. Rispetto alla gamma dei possibili servizi, queste paure devono però essere valutate alla luce di un'ampia copertura garantita a livello costituzionale a tutte le regioni, i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per i quali lo Stato deve garantire il finanziamento in tutti i territori. Ne emerge un quadro in cui, a dispetto della retorica del dibattito corrente, quello che cambia con il decentramento fiscale è

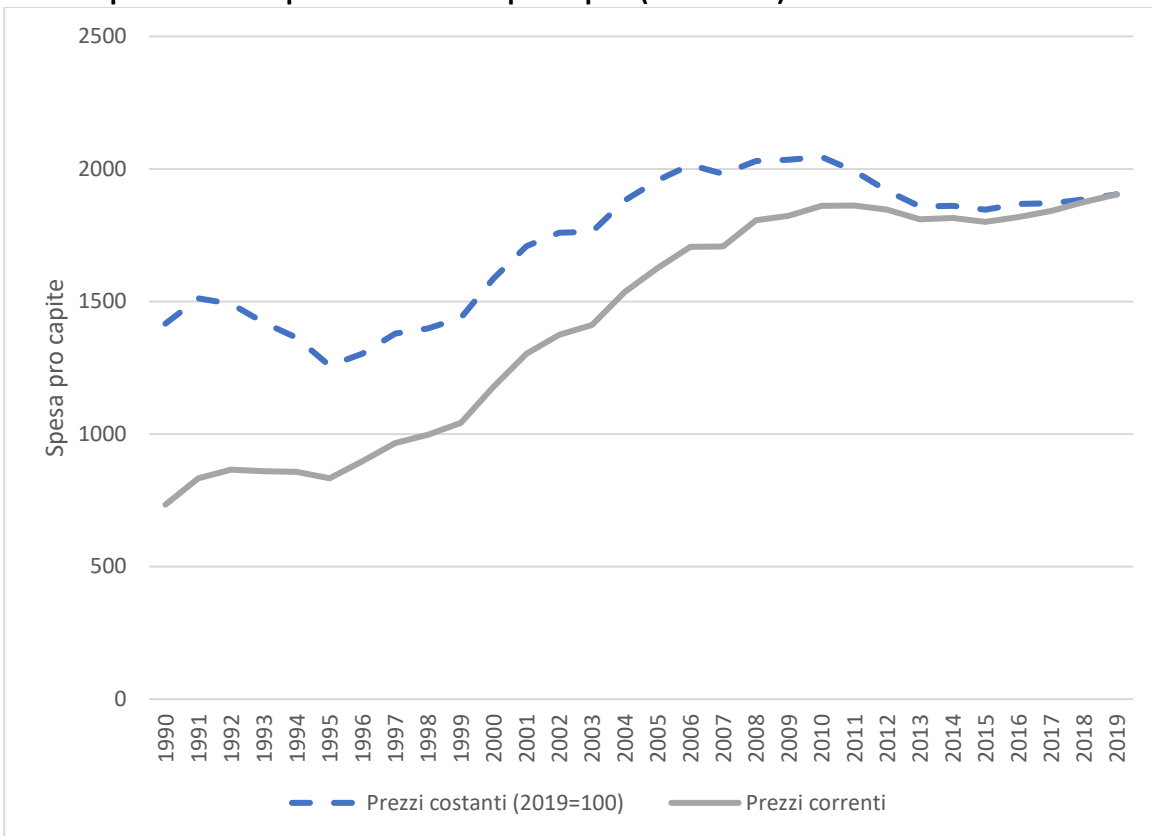
soprattutto la composizione del finanziamento regionale più che la diseguaglianza nella spesa consentita alle diverse regioni. Prova ne è il fatto che il coefficiente di variazione della spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite mostra un trend chiaramente decrescente tra il 1990 e il 2019 (FIG. 1), collocandosi intorno al 6% nell'ultimo anno. Spesa pro-capite che è sempre sostanzialmente aumentata nel periodo, passando da 734 euro correnti nel 1990 a 1904 euro nel 2019, con l'eccezione degli anni successivi alla crisi dei debiti sovrani (tra il 2011 e il 2015) per i quali si registra una flessione complessiva di circa 60 euro (FIG. 2).

E' bene peraltro precisare che c'è un errore concettuale nel mantenere il fuoco sul finanziamento (e sulla spesa): le risorse assegnate ai territori si trasformano in servizi ai cittadini attraverso numerose scelte, dall'acquisto degli input necessari a produrre i servizi alla loro organizzazione nel processo produttivo che poi genera i servizi. Queste considerazioni puntano il dito contro le differenze nelle capacità amministrative delle diverse regioni per spiegare le differenze negli *outcome* sanitari. In altre parole, la principale spiegazione della diseguaglianza negli esiti sembrerebbe non essere nella disponibilità di risorse ma nella capacità di trasformare queste risorse in servizi appropriati ed efficaci per i cittadini tramite la macchina amministrativa.

**FIG. 1 - Variabilità interregionale della spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite (1990-2019)**



**FIG. 2 - Spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite (1990-2019)**



## 2. Sanità e decentramento in Italia: un breve riassunto delle puntate precedenti

### 2.1. *Gli anni Novanta e il decentramento a Costituzione invariata*

Il decentramento regionale in ambito sanitario prende forma negli anni Novanta. La miccia che accende la necessità di riforme è indiscutibilmente la crisi finanziaria che coinvolge il paese nel 1992: il possibile default del debito, che esplose negli anni Ottanta con disavanzi annui costantemente superiori al 10% del Pil, spinge il governo ad incrementare le entrate e ad introdurre riforme miranti a migliorare l'efficienza della spesa. Al di là delle ragioni contingenti, il punto di svolta nella politica economica del governo si realizza anche per effetto delle regole fiscali introdotte dal Trattato di Maastricht, siglato proprio in quell'anno e ratificato l'anno successivo. Sono le regole fiscali che rendono evidente come non si possa continuare a spendere in disavanzo *in tempi normali*.

Nel caso della sanità si agisce su diversi livelli, ma con un'unica parola d'ordine: occorre rivedere il "sistema di incentivi" per gli attori in campo per efficientare la spesa. A livello micro, la correzione si persegue re-introducendo un po' di quegli incentivi forniti tipicamente dal mercato in un sistema sanitario dove il produttore di servizi è ancora verticalmente integrato con l'assicuratore pubblico e convive con un privato (a scopo di lucro e non), certamente minoritario nell'ambito dei servizi ospedalieri per acuti, che invece supplisce largamente alle deficienze del pubblico sul fronte del sociale. Questa correzione degli incentivi si limita all'attività degli ospedali, che comunque rappresenta più della metà della spesa; e coinvolge i sistemi di pagamento sia per il pubblico sia per il privato, che certamente non incentivano all'efficienza. A livello macro, la correzione degli incentivi passa attraverso una maggior

responsabilizzazione dei gestori della spesa da perseguirsi proprio attraverso il decentramento fiscale, che deve accompagnare il decentramento funzionale come primo passo ulteriore rispetto al decentramento amministrativo già sancito nel 1978.

Per quanto riguarda il livello micro, il modello da cui viene tratta ispirazione è quello dei quasi-mercati, da pochi anni implementato in Olanda e nel Regno Unito. Non ci sono, nel momento in cui viene presa la decisione, evidenze empiriche che possano supportare la scelta del governo (evidenze invece che oggi abbiamo e che ci dicono che gli incentivi all'efficienza funzionano ma i dettagli dello schema regolatorio sono cruciali). Diventa, in quel momento, una sorta di atto di fede nelle capacità degli incentivi di mercato di generare esiti socialmente efficienti. Il modello richiede modifiche di vario tipo, che coinvolgono sia l'organizzazione interna delle aziende, sia la separazione tra assicuratore da un lato e produttore di servizi dall'altro. Sul fronte dell'organizzazione delle aziende si è passati dalle USSL alle ASL, le Aziende Sanitarie Locali, che si dotano di un Direttore Generale, un Direttore Amministrativo e un Direttore Sanitario (decisione che apre il fronte della formazione manageriale dei medici). Nella logica dei quasi-mercati, le ASL diventano l'assicuratore pubblico che acquista i servizi che servono ai cittadini da differenti produttori: sia dai medici di base, con i quali si stipulano accordi di convenzione; sia dagli ospedali, con i quali si fanno contratti e si definiscono prezzi di acquisto ex-ante. E' proprio il prezzo fisso definito ex-ante a fornire gli incentivi all'efficienza prima e al miglioramento della qualità poi. La definizione dei prezzi richiede la definizione di un "catalogo delle prestazioni" (basato sulla classificazione dei pazienti in base a Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi, o DRG nell'acronimo anglosassone, Diagnosis Related

Groups) e un documento amministrativo che certifichi la prestazione (la Scheda di Dimissione Ospedaliera, SDO). Gli ospedali integrati nella vecchia USSL dovrebbero essere separati e trasformati in Aziende Ospedaliere, strutture dotate di autonomia amministrativa con nuovi organi di *governance*, sia per la parte amministrativa sia per quella sanitaria.

Questa riforma, nota anche come “aziendalizzazione” della sanità italiana (un termine che qualcuno utilizza con una accezione spregiata), viene realizzata almeno in parte solo a partire dal 1997. C’è una sola regione in Italia che separa effettivamente le ASL dalle AO, la Lombardia. Questo “eccezionalismo” lombardo, che marca il favore col quale la classe dirigente della regione guarda alle virtù del mercato anche nell’ambito sanitario, è molto più nella retorica politica sostenuta dalla separazione ASL/AO che in altre differenze con realtà regionali sostenute da maggioranze politiche anche differenti. E’ vero per esempio che la Lombardia è tra le prime regioni, nel 1997, a definire un proprio tariffario DRG diverso da quello nazionale; però è altrettanto vero che anche regioni come Emilia Romagna, Umbria e Toscana hanno subito sfruttato questa possibilità. E quando, ben presto, il governo lombardo si accorge che gli incentivi insiti nei prezzi possono spingere i produttori a produrre di più, corre ai ripari fissando budget di spesa per ciascun ospedale per evitare che i conti saltino, come per esempio l’Emilia Romagna aveva fatto fin dall’inizio. E’ vero inoltre che in Lombardia la quota del privato accreditato (for-profit e non-profit) nel settore ospedaliero era (ed è ancora) di un qualche rilievo; però è altrettanto vero che la quota del privato non è dissimile da altre realtà territoriali, quali il Lazio o la stessa Emilia Romagna.

Sul fronte macro, come detto, le riforme degli anni Novanta hanno come obiettivo quello di ridurre il

rapporto tra i trasferimenti (verticali) dal governo centrale rispetto alla spesa sanitaria, lo “sbilanciamento verticale”. Per una gestione efficiente della spesa non basta decentrare alle regioni le competenze amministrative e funzionali; occorre che almeno parte del finanziamento sia di responsabilità dei governi regionali. La responsabilizzazione da ottenere tramite il decentramento fiscale è lo strumento chiave scelto per abbattere i disavanzi che hanno caratterizzato il SSN fin dalle origini e che, con le regole fiscali di Maastricht, diventano insostenibili. Su questo punto, la letteratura economica del tempo era unanime nel riconoscere la necessità, perché i politici locali siano responsabilizzati nella gestione della spesa, di ridurre lo sbilanciamento verticale. (Come si discuterà negli anni successivi, perché gli incentivi insiti nel decentramento fiscale possano dispiegare i loro effetti, serve tuttavia una riduzione *significativa* dello sbilanciamento verticale e serve anche che il meccanismo democratico che sostiene la selezione della classe dirigente locale possa funzionare a dovere; due condizioni che possono contribuire a spiegare perché gli effetti delle riforme degli anni Novanta si siano limitati al centro-nord del paese).

Sulla questione delle fonti di finanziamento, un primo passaggio rilevante si è avuto nel 1992 con l’attribuzione alle Regioni dei contributi di malattia. Il gettito dei contributi verrà sostituito a partire dal 1998 con l’introduzione nell’ordinamento tributario di una nuova imposta, creata appositamente con il D. Lgs. 446/1997 per finanziare la sanità, l’Imposta Regionale sulle Attività Produttive (Irap), cui si accompagna l’Addizionale Regionale all’Irpef. Qui preme sottolineare nuovamente che anche l’introduzione di queste imposte proprie regionali, che nei fatti delineava un sistema di *governance* della spesa sanitaria che vedeva le regioni come

enti di spesa parzialmente responsabili del finanziamento, sia avvenuto a Costituzione invariata. Anzi, questo sistema di *governance* veniva addirittura sancito dal D. Lgs. 56/2000 prima che la Costituzione venisse effettivamente modificata nel 2001.

Sul D. Lgs. 56/2000 bene spendere qualche parola in più perché è stata una riforma ambiziosa, che però non fu mai realmente attuata. La riforma voleva sistematizzare due questioni simultaneamente, quella delle fonti di finanziamento della sanità (e non solo) e quella del riparto delle risorse. Sul fronte delle fonti di finanziamento si anticipava di nuovo la riforma costituzionale: a quelle che venivano rappresentate come imposte proprie regionali (Irap, Addizionale Irpef e Accise sulla benzina) si dovevano accompagnare i trasferimenti da un fondo perequativo a favore delle regioni con minor capacità fiscale (sostanzialmente le regioni del sud); il fondo perequativo doveva essere alimentato dalla compartecipazione regionale all'Iva in base ad una percentuale fissata ex-ante per più anni. In altre parole, il meccanismo non doveva essere soggetto a continue negoziazioni tra Stato e regioni: il finanziamento statale si modificava in base all'andamento dei consumi e questo avrebbe imposto alle regioni di intervenire con risorse proprie. Sul fronte del riparto, la riforma partiva dal presupposto che le regioni (che nel frattempo avevano compiuto trent'anni) fossero sufficientemente mature; questo presupposto giustificava l'abolizione dei trasferimenti vincolati (quindi il Fondo Sanitario Nazionale e il Fondo Nazionale Trasporti) e, come risultato dell'abolizione, un riparto delle risorse (statali) basato su tre fattori: i fabbisogni sanitari (misurati in base ai consumi sanitari, quello che nel dibattito corrente viene riconosciuta come la correzione per classi di età), le diseconomie di scala nella produzione di servizi diversi dalla sanità

(per aiutare le piccole regioni) e, ovviamente, le capacità fiscali dei territori. Su questo punto si mischiano i temi del finanziamento con i temi del riparto: alle quote del fondo perequativo (verticale, cioè regolato dal governo centrale) si affianca infatti il gettito delle imposte proprie regionali. E' la somma di queste due componenti a definire il finanziamento di ciascuna regione; e a generare i timori di un possibile incremento delle diseguaglianze (che non si è verificato, come testimonia anche la FIG. 1). Siccome il meccanismo di finanziamento, fino ad allora, era sostanzialmente basato sulla spesa storica, il D. Lgs. 56/2000 prevedeva anche un lungo percorso di adattamento che avrebbe visto il passaggio integrale al nuovo sistema solo nel 2013. Come spesso accade per le riforme in Italia, questo meccanismo, in realtà, non entrò mai in funzione. Anzi, l'intera costruzione basata sul decentramento regionale sarebbe stata di lì a poco interamente smontata; senza peraltro riuscire a costruire una alternativa.

## *2.2. Gli anni Duemila e la stagione dei ripensamenti*

La riforma del Titolo V ha sancito il punto di arrivo del processo riformista avviato nel 1992, dando rilievo costituzionale alle modifiche che si erano fin lì introdotte nel rapporto tra lo Stato e le regioni. La riforma ha definito sia le funzioni attribuite a ciascun livello di governo (art. 117) sia le fonti di finanziamento della spesa locale (art. 119). La "tutela della salute" è rientrata tra le funzioni concorrenti tra Stato e regioni, con l'idea che la normativa regionale si debba inserire nell'alveo di una legislazione quadro nazionale che fissa i principi e limita i reali spazi di autonomia regionali. Le fonti di finanziamento prevedono espressamente risorse autonome per gli enti sub-nazionali accanto alle compartecipazioni al gettito dei tributi erariali e l'accesso alle quote del fondo

perequativo pensato per i territori con minore capacità fiscale per abitante. Questa tensione tra efficienza e solidarietà nazionale derivante dal decentramento fiscale ha trovato soluzione nell'attribuzione, tra le funzioni esclusive dello Stato, anche della definizione dei livelli essenziali delle prestazioni relative ai diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (art. 117, lettera m), che diventa così la garanzia costituzionale dell'eguaglianza delle opportunità (anche in virtù del disposto dell'art. 119 che impone il finanziamento integrale delle funzioni attribuite alle regioni). Per la sanità, questa disposizione equivale alla definizione dei LEA.

Questo nuovo assetto (e la narrazione che ne consegue) ha portato, non sorprendentemente, le regioni a sperimentare in ambito legislativo per testare i confini della propria autonomia, inevitabilmente aumentando la conflittualità istituzionale. Sembra del resto evidente che lo spazio di autonomia regionale e i compiti dello Stato dentro la "tutela della salute" non potranno mai essere definiti ex-ante in una Costituzione, che resta un contratto sociale incompleto che fissa principi e non definisce una possibile soluzione per tutte le possibili contingenze di fronte alle quali si potranno trovare in futuro le regioni e lo Stato. L'arbitro, in questi casi, è chiaramente la Corte Costituzionale, che è chiamata a dirimere i conflitti costituzionali che si vengono a creare. Tra i tanti, tre sono i quesiti chiave ai quali la giurisprudenza della Corte ha dato risposta negli anni successivi alla riforma del Titolo V: che cosa significhi che la "tutela della salute" è materia concorrente, che cosa siano le imposte proprie e se il D. Lgs. 56/2000 sia o meno compatibile con i livelli essenziali delle prestazioni. Le risposte a questi tre quesiti hanno chiarito molti dei dubbi ma, soprattutto, hanno smontato *nei fatti* il modello basato sul regionalismo che era stato costruito

negli anni Novanta. Sul fronte della "tutela della salute" si è chiarito che è lo Stato che fissa i principi (ad esempio, un sistema di pagamento degli ospedali basato su tariffe determinate ex-ante per ogni DRG oppure gli standard in termini di posti letto ospedalieri in rapporto alla popolazione), mentre la legge regionale è chiamata a declinare questi principi attraverso l'amministrazione e l'erogazione del servizio sul territorio (ad esempio, a decidere quali ospedali mantenere in attività in modo da garantire il rispetto dei principi costituzionali, ad organizzare l'attività degli ospedali, quali dipartimenti in quali ospedali, a quali produttori ricorrere eventualmente nell'ambito del privato).

Sul fronte delle risorse autonome, la Corte ha avuto modo di chiarire che l'Irap, l'architrave dell'autonomia fiscale regionale dal 1998, in realtà non è un'imposta propria secondo quanto stabilito dall'art. 119 della Costituzione. Lo ha fatto per esempio con la Sentenza 296/2003 che risponde ad un ricorso dello Stato contro la Legge Regionale del Piemonte che esenta l'Agenzia per lo svolgimento dei giochi olimpici 2006 dal pagamento dell'Irap. L'argomento giuridico che sottende questa affermazione si basa sull'idea che l'Irap, per quanto imposta regionale, non è stata introdotta nell'ordinamento tributario da legge regionale, bensì da una norma nazionale; e tanto basta per configurarla come tributo erariale. Sul fronte del D. Lgs. 56/2000 non si arriva ad una sentenza ma, davanti al possibile ricorso da parte di alcune regioni, si evidenzia il conflitto tra la necessità da parte dello Stato di finanziare integralmente i LEA stabiliti costituzionalmente e la concreta possibilità che l'applicazione delle regole del decreto possa portare ad una riduzione futura del finanziamento in alcuni territori. Tanto basta per sostenere la tesi che una riduzione del finanziamento corrente non consente di finanziare integralmente i LEA e per prospettare una



bocciatura per incostituzionalità che ha bloccato tutto nel primo anno di applicazione del nuovo decreto (tanto è vero che il 5% del finanziamento che nel 2002 doveva essere ripartito in base alle nuove regole del D.Lgs. 56/2000 è rimasto bloccato fino al 2004 sul conto corrente di tesoreria; cfr. Goretti e Mercuri, 2005).

La giurisprudenza della Corte post-riforma del Titolo V ha creato quindi una situazione di stallo, con il governo incapace di reagire rispetto alla necessità di legiferare per ridefinire il modello di decentramento su base regionale, il finanziamento di questo modello con imposte (anche giuridicamente) regionali e il riparto delle risorse coerente con il dettato costituzionale circa il finanziamento dei LEA. Peraltro, questi problemi sono ancora quelli che abbiamo di fronte visto che, come si argomenterà più avanti, la sbandierata riforma dei costi e dei fabbisogni standard del 2009 ha sì cambiato tutto, ma per non cambiare niente; e, forse, questo era davvero l'unico equilibrio politico possibile in un paese polarizzato tra i sostenitori dell'efficienza e quelli della solidarietà. In ogni caso, è per superare il blocco del meccanismo di riparto che si è inaugurata la stagione dei Patti per la Salute, con il richiamo a intese da raggiungersi in sede di Conferenza Stato-Regioni contenuto sia nell'art. 8 c. 6 della Legge 131/2003, sia nell'art. 173 della Legge Finanziaria per il 2005 (Legge 311/2004). Inutile aggiungere che gli accordi previsti dai Patti per la salute, soprattutto in termini di finanziamento, sono stati spesso disattesi dai governi che si sono succeduti alla guida del paese.

L'orientamento verso il decentramento ha vissuto momenti alterni in questi anni, mostrando come detto una polarizzazione delle posizioni in campo piuttosto marcata: da un lato, i fautori del decentramento e dell'efficienza, del superamento di criteri di riparto basati sulla spesa storica; dall'altro, i fautori dell'accentramento e

dell'equità, di una ricerca dell'eguaglianza dei finanziamenti più che degli esiti di salute. Il rilancio del decentramento si è avuto in corrispondenza di un primo referendum costituzionale per la riforma del Titolo V, nel 2006, che prospettava la fine del bicameralismo, la creazione di un senato federale e il decentramento regionale della funzione "istruzione". Il no alla riforma è stato votato da più del 60% dei partecipanti, con una quota di votanti superiore al 50% degli aventi diritto. Di segno completamente opposto all'iniziativa referendaria e in linea con gli esiti del voto è stata invece l'introduzione dello strumento dei Piani di Rientro nel 2007. Si tratta di uno strumento di controllo amministrativo da parte dello Stato sia per risanare i conti delle regioni con disavanzi importanti sia per migliorare la performance in tema di erogazione dei LEA. Le analisi fin qui disponibili suggeriscono che i Piani di Rientro hanno sostanzialmente ridotto (quando non azzerato) i disavanzi, senza effetti evidenti in termini di restrizioni all'accesso ai servizi o sulla salute dei cittadini (Bordignon, Coretti, Turati, 2019).

L'uso dei Piani di Rientro ha certificato l'abbandono da parte del governo dell'idea del decentramento fiscale e degli incentivi impliciti in questa forma di decentramento; quegli incentivi che avrebbero dovuto rendere più efficiente la spesa e che, al contrario, nella retorica corrente della stampa italiana, ha portato ad un peggioramento degli esiti quando non addirittura ad un aumento della corruzione in sanità; una retorica peraltro che si scontra con i risultati prodotti invece dalla letteratura accademica (p.e., Piacenza e Turati, 2014; Cavalieri e Ferranti, 2016; Di Novi, Piacenza, Robone, Turati, 2019). L'abbandono del decentramento fiscale lascia inattuato l'art. 119 della Costituzione laddove parla di entrate autonome per gli enti sub-nazionali. Certo non è stato (e non è tuttora)

nell'agenda dei governi che si sono succeduti alla guida del paese lo studio di una possibile soluzione su questo fronte: perché il tema è fortemente divisivo dal punto di vista politico. E' vero però che, a complicare terribilmente la faccenda in quegli anni, sia arrivata anche la crisi finanziaria internazionale dei mutui *sub-prime*: come in altri paesi, i problemi di bilancio del governo centrale si sono scaricati, in prima battuta, sui trasferimenti a regioni ed enti locali, acuendo le tensioni e gli spazi di intrusione del governo centrale nelle faccende regionali.

### 2.3. La crisi finanziaria e le bugie della legge delega 42/2009

La crisi finanziaria internazionale non sarà l'unica cattiva notizia di quegli anni. A quella crisi che ha coinvolto le banche e gli altri intermediari finanziari si è intrecciata, infatti, qualche anno dopo, la crisi del debito greco; una crisi continentale che – mettendo in discussione l'esistenza stessa dell'Unione Europea – ha aumentato rapidamente il rischio di default dei paesi maggiormente indebitati come il nostro. In questo quadro finanziario reso estremamente complicato dagli effetti di due crisi, la sintesi politica sul tema dei rapporti tra lo Stato e le regioni (e, più in generale, gli enti locali) è in una Legge delega, la 42/2009, fondata sui due concetti di *costo standard* e *fabbisogno standard* quali strumenti imprescindibili per il superamento del criterio della spesa storica nel riparto dei fondi tra enti sub-nazionali.

A parole, e considerando una definizione rigorosa di costo standard, la riforma sembrava promettere un cambio di passo importante sul fronte del riparto delle risorse tra territori. Il costo standard, infatti, dovrebbe identificare un costo efficiente di produzione di un determinato servizio (un *benchmark*). Definito un costo standard, si potrebbe pensare – seguendo un approccio

*bottom-up* – di ricostruire la spesa (e quindi il finanziamento) efficiente per ciascun territorio. Da questo punto di vista, le tariffe DRG avrebbero potuto essere interpretate come costi standard per la produzione di servizi ospedalieri: è nella logica dei sistemi di pagamento a prezzo fisso definire un prezzo coerente con i costi di produzione delle imprese più efficienti; proprio in questo risiede il potere incentivante della tariffa. Ma per le regioni non fu fatta questa scelta, scelta che comunque avrebbe lasciato scoperta una parte dei servizi, quelli territoriali (anche se la Regione Lombardia, promuovendo la sperimentazione dei Chronic Related Groups, CReG, con la tanto discussa riforma del 2015, avrebbe provato ad estendere la logica del prezzo fisso e dei quasi-mercati anche a questo ambito). La normativa di riferimento regionale si ritrova nel D. Lgs. 68/2011, che all'art. 27 c. 4 stabilisce che il fabbisogno sanitario standard delle regioni (a statuto ordinario) è cumulativamente pari al fabbisogno sanitario nazionale standard; questo viene determinato applicando alle regioni i valori di costo rilevati nelle regioni di riferimento. Due precisazioni: la prima è che il costo standard deve essere calcolato per ciascuno dei tre macro-livelli di finanziamento (assistenza sanitaria collettiva, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera). La seconda è che le regioni di riferimento sono quelle che garantiscono l'erogazione dei LEA nel rispetto del vincolo di bilancio. Questa definizione di regioni di riferimento ci informa sul concetto di efficienza alla base della norma: efficienti sono quelle regioni che, non spendendo di più del finanziamento ricevuto, riescono a garantire i servizi ai cittadini così come "misurati" dalla griglia LEA.

Quando dalle enunciazioni di principio si scende ai dettagli, la realtà si mostra ben lontana da un serio *benchmarking*. Innanzitutto, il costo standard è in realtà un costo medio pro-capite pesato per

ciascun macro-livello di assistenza. In secondo luogo, la norma prevede una rappresentanza territoriale e dimensionale (almeno una regione per ogni macro-area, almeno una regione di piccole dimensioni); ma, fin dal biennio 2013-14, nessuna regione del mezzogiorno ha potuto essere considerata fra quelle di riferimento. Infine, e ancora più importante, il costo medio pro-capite pesato (o costo standard nella definizione che ne dà il D. Lgs. 68/2011) non svolge alcun ruolo effettivo, perché si utilizza sia per pesare il fabbisogno nazionale standard, sia per pesare il fabbisogno regionale standard, cioè denominatore e numeratore della medesima frazione. Quello che resta è dunque un fabbisogno standard determinato in base ai bisogni di ogni regione, bisogni che vengono valutati assegnando dei pesi crescenti al crescere dell'età, né più né meno della solita formula di riparto. Si riconosce, insomma (almeno in parte visto che la correzione per classi di età pesa per meno del 50% delle risorse), che territori con più anziani sono anche territori con i maggiori fabbisogni.

La bugia dei costi standard ha consentito al governo di sventolare la bandiera politica dell'efficienza senza che ci fossero proteste da parte delle regioni che più avevano avuto preoccupazioni in termini di equità durante gli anni del decentramento fiscale. Ma, come tutte le bugie, lascia i problemi e le incertezze normative totalmente irrisolte. E' in questo quadro che si inserisce il tentativo da parte del governo centrale, di ri-accentrare, non tanto sul fronte fiscale (visto che la Corte Costituzionale aveva già derubricato l'Irap a imposta erariale), quanto sul fronte funzionale. La proposta di riforma costituzionale Renzi-Boschi del 2016 andava in questa direzione, attraverso l'introduzione di una "clausola di supremazia" a favore dello Stato e il superamento delle competenze concorrenti fra Stato e regioni. Su questo fronte, in particolare, la riforma lasciava

alle regioni la competenza esclusiva sulla "programmazione e organizzazione dei servizi sanitari". Anche questo referendum, tuttavia, ha avuto esito negativo sul fronte riformista: il 60% dei votanti si è espresso contro la riforma, con un tasso di partecipazione di poco superiore al 65%. Anche in questo caso, accanto al ri-accentramento, la riforma prevedeva l'introduzione di un senato degli enti locali, una istituzione che ancora manca nel nostro ordinamento come camera di compensazione delle tensioni tra centro, regioni ed enti locali (e che avrebbe potuto essere utile durante la pandemia).

La risposta di alcune regioni al fallimento della riforma costituzionale si è concretizzata in un rilancio delle istanze di autonomia, questa volta invocando l'art. 116, terzo comma, della Costituzione, che prevede forme e condizioni particolari di autonomia per le regioni a statuto ordinario (regionalismo "differenziato" o "asimmetrico"). Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna sono state le prime tre regioni a chiedere un rafforzamento in tal senso del decentramento funzionale, una richiesta al governo suffragata anche dagli esiti di una consultazione popolare per le prime due regioni. Dopo la stesura di accordi iniziali con queste tre regioni, il perimetro delle richieste si allarga però sostanzialmente a tutte le regioni a statuto ordinario (visto che per le regioni a statuto speciale la faccenda è già regolata con accordi specifici tra Stato e singola regione). L'anno 2019 si chiude quindi sul progetto di legge quadro per il federalismo differenziato annunciato dal Ministro Boccia per rispondere con regole chiare a queste richieste da parte delle amministrazioni regionali. Nessuno certamente si aspettava quello che stava per arrivare.

### 3. La gestione della pandemia e la questione del decentramento

#### 3.1. La prima ondata

La storia è ormai purtroppo nota: il 31 dicembre 2019 arrivava da Wuhan la notizia di una nuova forma di polmonite virale; ma nessuno all'inizio, nemmeno all'Organizzazione Mondiale della Sanità, è sembrato prendere la notizia troppo sul serio. A metà gennaio, quando il nuovo virus Sars-Cov-2 già circolava in Lombardia e nelle regioni limitrofe, i giornali italiani riportavano ancora di una epidemia misteriosa causata da un microorganismo della famiglia della Sars e della Mers che aveva contagiato sessanta persone in Cina. Il 31 gennaio 2020, il governo Conte dichiarava - un po' distrattamente - lo "stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario" per 6 mesi, in risposta alla dichiarazione di "emergenza di sanità pubblica internazionale" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del giorno prima. Dovrà passare ancora un mese prima di vedere l'implementazione di alcune misure restrittive alla mobilità per evitare la circolazione del virus. Si è continuato, per esempio, a volare senza troppe restrizioni anche dalla Cina, certamente con voli indiretti che giungono prima in altri paesi dell'Unione Europea e poi, da lì, in Italia. Le indicazioni sull'impiego dei Dispositivi di Protezione Individuale (le mascherine) erano ancora molto confuse, anche da parte della stessa OMS. Solo il 23 febbraio si è arrivati a dichiarare "zona rossa" due piccoli centri in Lombardia e in Veneto, Codogno e Vo' Euganeo, con il governo che ne ha sigillato i confini con le forze dell'ordine mentre il resto del paese continuava la vita di sempre. Non durerà molto: l'8 marzo è stata chiusa l'intera Lombardia e qualche altra provincia delle regioni confinanti, Piemonte, Veneto ed Emilia Romagna, le aree dove i servizi sanitari e, in particolare, gli ospedali sarebbero

andati di lì a poco chiaramente in sofferenza assaliti da un numero di pazienti affetti dalla nuova polmonite virale che cresceva esponenzialmente di giorno in giorno a partire dalla fine di febbraio. L'11 marzo l'intero paese è finito in *lockdown*, per evitare che la situazione precipitasse anche nelle regioni dove i servizi sanitari destavano più preoccupazioni sulla capacità di risposta. Il *lockdown* è stata la politica, inevitabile probabilmente, adottata dal governo centrale per provare ad abbassare la cresta dell'onda che si era ormai gonfiata e poteva solo scaricarsi sul sistema sanitario a quel punto. Il picco della prima ondata in termini di morti si è registrato il 26 marzo, con 969 concittadini che perdono la vita quel giorno. Gli ospedali hanno bloccato le loro attività non urgenti per dedicarsi quasi esclusivamente ai pazienti Covid. I ricoveri hanno toccato le 29 mila unità il 4 aprile; il giorno prima si è arrivati ad oltre 4 mila pazienti in terapia intensiva a fronte di circa 5 mila posti letto allora disponibili. Poi, piano piano, l'onda si è sgonfiata: si sono svuotate le terapie intensive e gli ospedali, si è ridotto il numero dei casi positivi (il bacino di quelli che trasmettono il virus). La conta dei morti, che ha mostrato una mortalità in eccesso rispetto agli anni precedenti al 2020 soprattutto in alcune province della Lombardia, ha gonfiato invece inevitabilmente la discussione pubblica sui malanni del decentramento e sui tagli alla sanità pubblica.

Sul fronte dei tagli sono circolate cifre ormai mitologiche per quanto riguarda le risorse (37 miliardi); ma la realtà è quella della Figura 2, con politiche adottate dal governo che hanno cercato di stabilizzare la spesa sul Pil in anni difficili. Certo, si potevano fare scelte più coraggiose pensando alla sanità come volano per la crescita; ma così non è stato. Sul fronte del decentramento si è faticato a distinguere cosa fosse davvero responsabilità dei governi regionali e cosa invece fosse da attribuire

al governo centrale. Per esempio, parlando di tagli, detto dei finanziamenti, si è fatto inevitabilmente riferimento alla riduzione dei posti letto e ai limiti alla capacità produttiva degli ospedali evidenziati dal Covid-19, biasimando anche le regioni. Ma gli standard dei posti letto sono fissati a livello nazionale e la scelta regionale è limitata a quali ospedali eventualmente chiudere, definendo una rete ospedaliera che sia compatibile con il rispetto di questi standard. Peraltro, nonostante si parlasse da anni di riorientare l'attenzione dall'ospedale verso la sanità territoriale e l'accordo su queste politiche fosse sostanzialmente unanime, durante la fase acuta della pandemia lo hanno ricordato in pochi (Angelici, Berta, Moscone, Turati, 2020).

Per la discussione sul decentramento, in particolare nella accezione funzionale, la dichiarazione dello *stato di emergenza* del 31 gennaio 2020 è un momento chiave, perché attribuisce al governo centrale il coordinamento per la gestione della pandemia tramite il Dipartimento della Protezione Civile e la Presidenza del Consiglio dei Ministri (Bordignon e Turati, 2020a). Lo stato di emergenza assegna infatti al governo dei "poteri speciali" che gli consentono di agire in deroga ad ogni disposizione vigente; non è un caso infatti che il Parlamento autorizzi per una durata limitata questo tipo di regime, che finora è stato continuamente prorogato, al momento fino al 31 luglio 2021. Il coordinamento tra governo centrale e territori avrebbe dovuto essere garantito dall'adozione di un Piano Pandemico nazionale da declinarsi poi in Piani Pandemici regionali. Come noto, il Piano non era aggiornato e nemmeno è stato rapidamente aggiornato, una questione che segnala l'impreparazione con la quale si è affrontata la prima ondata della pandemia; e che forse spiega il differenziale con altri paesi in termini di numero di morti più degli standard in termini di posti letto.

In questa situazione di debolezza del governo centrale durante la prima ondata, i singoli governi regionali hanno potuto sperimentare politiche differenziate per il contrasto alla diffusione del virus. E' in questo quadro che va letto il confronto tra i risultati del modello lombardo e i risultati del modello veneto e l'esito largamente infausto per il primo rispetto al secondo. La Lombardia ha risposto al virus puntando (forse inconsapevolmente) sull'ospedale: nonostante la L.R. 23/2015 avesse provato a trovare soluzioni innovative per la presa in carico dei cronici, la rete territoriale è risultata largamente insufficiente per gestire la diffusione della polmonite virale e i pazienti si sono riversati al Pronto Soccorso degli ospedali. Il virus è entrato così nelle strutture (incluse le RSA) e ha trovato terreno fertile per diffondersi sia tra i pazienti, sia tra il personale, un meccanismo che ha rapidamente portato all'esplosione dei casi su un'area geografica molto limitata e ha rischiato di travolgere ospedali all'avanguardia come quello di Bergamo. Quando si è cercato di correre ai ripari era infatti già troppo tardi per bloccare l'ondata, che – a quel punto – non poteva essere fermata e doveva solo passare, nella speranza di poterne contenere i danni. Il Veneto ha scelto invece di puntare su un ampio utilizzo dei tamponi per identificare ed isolare i casi positivi, evitando di ricorrere all'ospedale in tutti quei casi nei quali non fosse strettamente necessario. Questo ha tenuto il virus lontano dagli ospedali e ha impedito a quel meccanismo che si è messo in moto in Lombardia di fare gli stessi danni. Il modo col quale ciascun governo regionale aveva adottato il modello dei "quasi-mercati" può contribuire a spiegare, almeno in parte, quanto accaduto (Costa-Font, Levaggi, Turati, 2020): un modello che punta sulla qualità dei servizi ospedalieri tramite incentivi di mercato e la "concorrenza" tra produttori pubblici e privati come quello lombardo è semplicemente inadatto

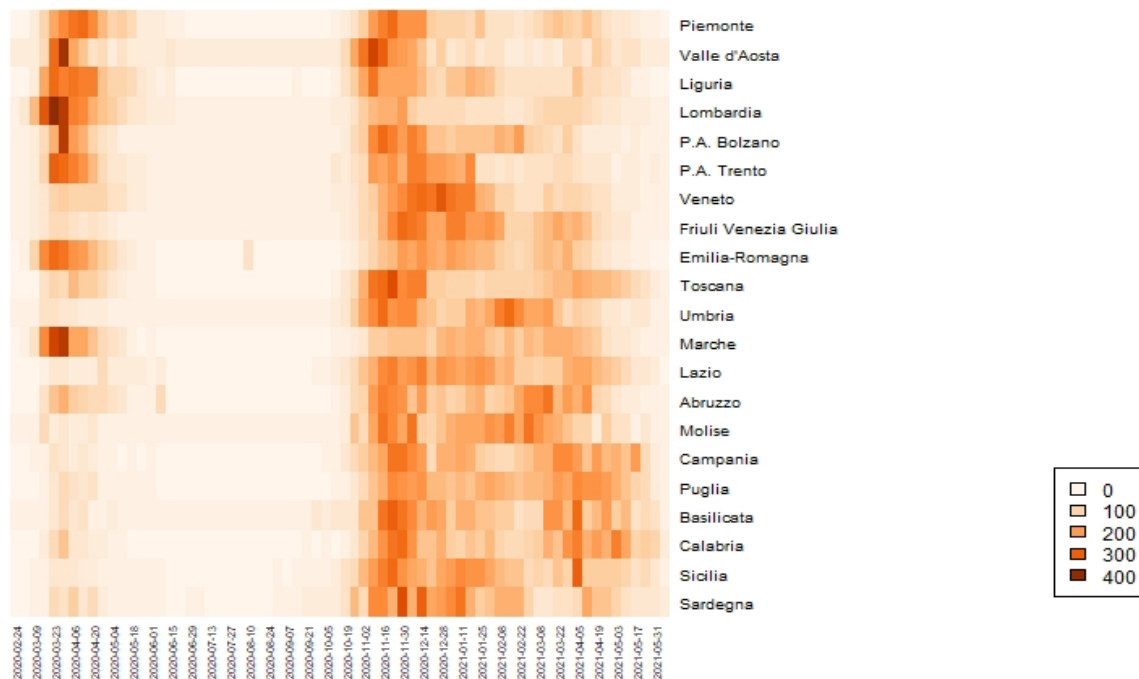
per affrontare una pandemia, che richiede invece la cooperazione e il coordinamento fra produttori di servizi diversi e l'intervento massiccio dei servizi territoriali.

### 3.2. L'ondata (le ondate?) successiva

La prima ondata si è esaurita con l'arrivo dell'estate: il lockdown è stato rimosso a maggio e tutte le restrizioni sono state piano piano allentate. Si è passati attraverso una fase "di transizione" nella quale il virus sembrava praticamente scomparso. Avrebbe potuto essere una fase da sfruttare per fare gli investimenti nelle terapie intensive e sub-intensive che il governo centrale ha finanziato e per prepararsi all'ondata che – tutti d'accordo – tornerà a colpire il paese nel corso dell'autunno. Ma nessuno si è davvero preparato: né sul fronte sanitario (in termini, per esempio, di organizzazione di presidi Covid che consentissero agli altri ospedali di continuare nelle attività non-Covid), né sul fronte della scuola (se si eccettua la discussione stucchevole sui banchi a

rotelle), né sul fronte dei trasporti pubblici (che forse costituiscono il problema principale per spiegare i contagi nelle scuole; p.e., Bracco, Pertile, Turati, 2020). A differenza della prima ondata, la seconda (che ha due picchi) ha colpito tutte le regioni indistintamente (FIG. 3); ma i clinici hanno capito un po' meglio, rispetto alla prima, cosa fare e, a dispetto del fatto che gli investimenti per rafforzare le terapie intensive non sono stati fatti, la seconda ondata è passata senza le esperienze drammatiche che hanno caratterizzato la prima. Questo nonostante il numero di ricoveri abbia raggiunto un primo picco più alto rispetto alla prima ondata (seguito da un secondo quasi altrettanto elevato) e la contabilità dei positivi abbia ecceduto di quasi otto volte i numeri registrati nella primavera 2020, largamente sottostimati in base alle indagini di sieroprevalenza del Ministero della Salute (Istat-Iss, 2021).

**FIG. 3 – Decessi settimanali ogni milione di abitanti**



In questo secondo periodo della epidemia, la dialettica tra Stato e regioni si è sviluppata innanzitutto lungo due direttrici: la prima è la questione della scuola, la seconda quella delle campagne contro l'influenza stagionale. Sono ancora questioni di decentramento funzionale, ma in una situazione nella quale era vigente ancora lo stato di emergenza nazionale. Sul primo punto, a fronte di regole nazionali, si è evidenziata una situazione differenziata sul territorio, con ordinanze regionali che predisponivano regole più restrittive di sospensione delle attività didattiche in presenza per ragioni sanitarie. In merito alla seconda, nonostante l'importanza ancora maggiore della campagna e il richiamo da parte del Ministro della Salute ai cittadini di vaccinarsi, le regioni sono state lasciate libere di organizzare le proprie gare per l'acquisto dei vaccini. Con il risultato che la Regione Lombardia è finita ancora sotto i riflettori per le difficoltà nel reperire i vaccini e nel condurre la campagna anti-influenzale (Bordignon e Turati, 2020b).

Nei primi mesi del 2021, soprattutto quando si è innescata la fase discendente della seconda ondata, i motivi di confronto fra Stato e regioni diventano altri due: il primo è relativo alle ri-aperture (quali categorie economiche e con quali tempi, in particolare per quanto attiene alla possibilità di sfruttare la stagione turistica invernale); il secondo è relativo alla conduzione della campagna vaccinale. Anche in questo caso, le questioni sono legate al decentramento funzionale. Sul primo punto si è espressa (finalmente) anche la Corte Costituzionale, che - discutendo la costituzionalità della LR 11/2020 della Valle d'Aosta che prevedeva misure di contenimento nelle attività sociali ed economiche differenti dalla normativa statale - ha chiarito che è competenza esclusiva dello Stato la "profilassi internazionale", materia entro la quale ricade la lotta alla pandemia. In realtà, al di là delle

questioni di diritto, sembrava ovvio fino dall'inizio della pandemia che - in presenza di una malattia contagiosa che non si ferma di fronte ai confini regionali né tantomeno nazionali - la catena di comando dovesse essere il più possibile accentrata; perché ovvi sono gli spillover in termini di politiche che ciascun territorio si trovava ad adottare (Bordignon e Turati, 2021). Peraltro, ed è stato ricordato in precedenza, proprio a questo dovrebbe servire la dichiarazione dello "stato di emergenza": ad adottare una catena di comando unica in deroga alla normativa.

Sulla questione della campagna vaccinale, le diatribe tra Stato e regioni sono state ancora una volta legate alla mancanza di chiarezza, in particolare da parte del governo Conte II, rispetto a che cosa le regioni avrebbero dovuto fare. Nel piano strategico vaccinale adottato con DM 2 gennaio 2021 si fa riferimento a tre categorie da proteggere in via prioritaria nelle fasi iniziali: operatori sanitari e socio-sanitari, residenti e personale delle RSA, persone di "età avanzata"; si aggiunge poi che - con l'aumento delle dosi - si inizierà a sottoporre a vaccino anche il personale dei servizi essenziali, quale il personale scolastico, le forze dell'ordine, il personale delle carceri. Ma queste indicazioni (troppo vaghe per non lasciare spazio a interpretazioni sulle categorie) si sono scontrate con le indicazioni cliniche in merito ai diversi vaccini che sono stati approvati dalle autorità europee (e dall'AIFA) e che vengono consegnati alla struttura commissariale per la gestione dell'emergenza. In questo quadro, non ha stupito il fatto che le regioni siano andate avanti spedite a vaccinare *prima* il personale dei servizi essenziali vista la disponibilità di vaccini Astra-Zeneca rispetto agli over 80: quel vaccino era inadatto, in base alle disposizioni dell'epoca, per le persone anziane e la mancanza di dosi del vaccino Pfizer-BioNTech ha inevitabilmente ritardato la campagna delle categorie prioritarie.

Precisazioni ulteriori sulle priorità per fasce d'età sono arrivate con l'avvento del governo Draghi e del nuovo commissario straordinario per l'emergenza, attraverso un nuovo DM del 12 marzo 2021. Queste precisazioni si sono accompagnate all'arrivo di un numero via via crescente di dosi di vaccino, ma si sono intrecciate anche con indicazioni cliniche parzialmente differenti rispetto a quelle fornite nella prima fase della campagna vaccinale, vista l'emersione di casi molto rari di eventi trombotici, specialmente in donne giovani. Con il risultato ancora una volta che non viene chiarito per bene, da parte del governo centrale, quali vaccini impiegare per quali categorie. Lo spazio di autonomia funzionale per le regioni è quindi quello lasciato dal governo più che quello previsto dalla normativa sullo stato di emergenza. Merita sottolineare che l'autonomia amministrativa ha comunque creato ulteriori differenziazioni tra regioni; e lo avrebbe fatto anche in presenza di un piano chiaro e dettagliato che prescriveva alle regioni precise linee di azione. Per esempio, le difficoltà iniziali della campagna vaccinale in Lombardia sono da attribuire anche alle inefficienze del sistema predisposto dalla centrale unica di acquisto Aria-Spa per le prenotazioni.

#### **4. Qualche breve osservazione di sintesi**

Si è molto discusso, durante la pandemia, sulla necessità di centralizzare la gestione della sanità per evitare le differenze che si sono osservate tra regioni nella conduzione della lotta al virus e nei conseguenti esiti sanitari, questioni in parte legate ai modelli organizzativi che le diverse regioni hanno adottato. Alla luce della breve ricostruzione storica del processo di decentramento nel nostro paese, la domanda da porsi diventa se e come i diversi modelli organizzativi adottati a livello regionale siano compatibili con la legislazione

nazionale. Chiarito infatti che, al momento, certo non si può più parlare di decentramento fiscale e che non sembra essere in discussione il decentramento amministrativo già previsto dalla stessa legge istitutiva del SSN, è sul decentramento funzionale che si deve porre l'attenzione. Da questo punto di vista, la Corte Costituzionale ha chiarito che la gestione delle pandemie rientra nella *profilassi internazionale*, una funzione esclusiva dello Stato; e la dichiarazione dello stato di emergenza sostiene ulteriormente questa tesi, prevedendo addirittura la possibilità di deroghe rispetto alla normativa vigente qualora questa avesse attribuito qualche spazio di autonomia alle regioni. Le differenze che si sono osservate sono quindi da imputare alla titubanza e alla debolezza del governo centrale in una situazione estremamente incerta; non certo alla riforma del Titolo V della Costituzione del 2001.

Discorso in parte differente riguarda i sistemi sanitari in tempi normali, perché la riforma del Titolo V identifica la "tutela della salute" come una funzione concorrente. E' qui che lo Stato dovrebbe verificare se i modelli organizzativi adottati dalle diverse regioni siano o meno compatibili con la legislazione quadro nazionale. Ora, si è parlato e si parlerà della riforma del modello (sperimentale) lombardo adottato con la LR 23/2015, che Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) e Ministero della Salute hanno chiesto alla regione di riformare. Ma le criticità evidenziate sono solo in parte riconducibili a scostamenti dalla legislazione quadro e invece molto legate alle deficienze che ha scoperchiato la pandemia (l'indebolimento delle attività di prevenzione). Si sostiene, per esempio, che la competizione tra pubblico e privato genera difficoltà nel garantire omogeneità nella qualità dei servizi. Sembra una osservazione fuorviante per una regione che continua ad essere un polo attrattivo per molti



pazienti da regioni che, quanto a coerenza con la legislazione quadro nazionale in tema per esempio di rispetto dei LEA, lasciano un po' a desiderare.

### Riferimenti bibliografici

- Angelici M., Berta P., Moscone F., Turati G. (2020), Ospedali, dove e perché si è tagliato, *lavoce.info*, disponibile a <https://www.lavoce.info/archives/64538/ospedali-dove-e-perche-si-e-tagliato/>
- Bracco E., Pertile P., Turati G. (2021), L'importanza di "andare" a scuola, disponibile a <https://www.lavoce.info/archives/71553/limportanza-di-andare-a-scuola/>
- Bordignon M. e Turati G. (2021), Chi comanda in pandemia, *lavoce.info*, disponibile a <https://www.lavoce.info/archives/72582/chi-comanda-in-pandemia/>
- Bordignon M. e Turati G. (2020a), Adesso c'è chi vuole riportare la sanità al centro, *lavoce.info*, disponibile a <https://www.lavoce.info/archives/65386/adesso-ce-chi-vuole-riportare-la-sanita-al-centro/>
- Bordignon M. e Turati G. (2020b), Due domande sui vaccini antiinfluenzali, *lavoce.info*, disponibile a <https://www.lavoce.info/archives/70104/due-domande-sui-vaccini-antinfluenzali/>
- Bordignon M., Coretti S., Turati G. (2019), I Piani di Rientro della sanità regionale: quali risultati finora?, Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani, Università Cattolica del Sacro Cuore, disponibile a [https://osservatoriocpi.unicatt.it/cpi-Nota\\_piani\\_di\\_rientro\\_sanita.pdf](https://osservatoriocpi.unicatt.it/cpi-Nota_piani_di_rientro_sanita.pdf)
- Cavalieri M. e Ferrante L. (2016), Does fiscal decentralization improve health outcomes? Evidence from infant mortality in Italy, *Social Science & Medicine*, vol. 164(C), 74-88.
- Costa-Font J. Levaggi R., Turati G. (2020), Resilient Managed Competition during Pandemics: Lessons from the Italian experience during COVID-19, *Health Economics, Policy and Law*, in corso di pubblicazione.
- Di Novi C., Piacenza M., Robone S., Turati G. (2019), Does fiscal decentralization affect regional disparities in health? Quasi-experimental evidence from Italy, *Regional Science and Urban Economics*, 78, 103465, 1-14.
- Goretti C., Mercuri M. C. (2005), Vincoli finanziari, decisioni di bilancio e azione amministrativa, in Note e Commenti sul Sistema Amministrativo Italiano 2004, Quaderni FORMEZ n. 38, vol. 2, 13-124.
- Piacenza, G. Turati (2014), Does Fiscal Discipline towards Sub-national Governments Affect Citizens' Well-being? Evidence on Health, *Health Economics*, vol. 23, n. 2, 199-224.
- Istat-Iss (2021), Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. Anno 2020 e gennaio-aprile 2021, disponibile a [https://www.istat.it/it/files//2021/06/Report\\_ISS\\_Istat\\_2021\\_10\\_giugno.pdf](https://www.istat.it/it/files//2021/06/Report_ISS_Istat_2021_10_giugno.pdf)

## 2. IL FEDERALISMO IN EMERGENZA?

Francesco Palermo\*

*In molti Paesi si è posta la questione del rapporto tra struttura territoriale e capacità di risposta all'emergenza pandemica. Spesso si è ritenuto che la presenza di più centri decisionali abbia prodotto disuguaglianze e inefficienze. L'analisi dei dati e delle risposte normative sembra tuttavia smentire questo assunto. In primo luogo, l'organizzazione territoriale del potere risulta un fattore piuttosto marginale rispetto ad altri (di natura geografica, demografica, socio-economica e politica) nel determinare l'efficacia delle risposte. In secondo luogo, molte variabili giocano un ruolo nel determinare il funzionamento dei sistemi composti, come la capacità amministrativa e le strutture di cooperazione, per cui alcuni sistemi composti risultano più efficienti ed altri meno. Soprattutto, i sistemi territoriali composti, pur nella loro diversità, presentano caratteristiche potenzialmente utili ad una gestione democraticamente efficiente dell'emergenza: minore ricorso alla normativa di eccezione, maggiore capacità di limitazione di errori del centro e di assorbimento di errori decentrati, migliori garanzie del rispetto delle differenze e dunque di assicurare l'uguaglianza.*

### 1. Emergenza e centralizzazione

L'emergenza non è mai amica delle costituzioni. Che queste disciplinino o meno gli stati di eccezione o le situazioni di emergenza (Venice Commission 2020), quando tali situazioni si verificano si registrano sempre le medesime tendenze: limitazioni al godimento dei diritti fondamentali e centralizzazione del potere, sia sul piano orizzontale (dai parlamenti ai governi), sia su quello verticale (dal livello territoriale a quello centrale). Una delle principali lezioni che la pandemia da Covid-19 ha insegnato è che le costituzioni erano complessivamente poco attrezzate per fronteggiare questo evento straordinario, come lo erano i sistemi sanitari. E che mettere mano solo ai secondi senza adattare le prime rischia di riproporre i medesimi problemi alla prossima occasione.

La sfida per le costituzioni è quella di risultare idonee non solo in caso "di bel tempo" (secondo la definizione che venne data della costituzione di

Weimar, che non seppe reggere l'urto della crisi), ma di saper approntare strumenti adatti a fronteggiare anche le intemperie: che si tratti di una pandemia o del terrorismo, di una crisi economica o di una minaccia di secessione, di crisi ambientali, di immigrazione, di occupazione populista delle istituzioni per via democratica. Tutte sfide già presentatesi nei primi due decenni del millennio, e con ogni probabilità destinate a riproporsi. La ragion d'essere del costituzionalismo, del resto, è proprio quella di assoggettare a regole giuridiche, passo dopo passo, fenomeni che precedentemente venivano gestiti solo in via politica. Da questo punto di vista, c'è ancora molto lavoro da fare per edificare degli argini costituzionali sufficientemente solidi per contenere straripamenti in caso di maltempo. Uno dei settori del diritto costituzionale sottoposti a maggiore stress in momenti di emergenza in generale, e certamente durante la

---

\* Università di Verona e Eurac Research, Bolzano



pandemia in particolare, è quello della divisione verticale dei poteri. Comunque la si definisca (federalismo, regionalismo, devoluzione), si tratta di ordinamenti con almeno due livelli di governo politico (dunque non solo amministrativo) con competenze e autonomia costituzionalmente garantite. In gioco vi è proprio l'autonomia politica e costituzionale delle entità substatali, si chiamino stati, cantoni, *Länder*, regioni, province, comunità, territori.

Il contrasto a una pandemia richiede evidentemente risposte rapide e coordinate, ed il motivo per cui si verifica una centralizzazione orizzontale e verticale è che sono i governi nazionali gli organismi più adatti per fornirle. Questo è quanto è emerso ovunque, e per quanto in molti abbiano messo in guardia dai rischi di concentrazione del potere, non sono mancati i sostenitori della guida forte, accentrata, leaderistica, ispirata alla teoria schmittiana della sovranità in capo a chi ha il potere di decidere sullo stato di eccezione (Vermeule 2020), o anche, più semplicemente, coloro che hanno avanzato il facile argomento per cui lasciare spazio a una gestione parzialmente decentrata dell'emergenza è per forza sintomo di debolezza politica e mancanza di leadership: ed è interessante che ciò sia avvenuto anche in Paesi in cui la gestione è stata particolarmente efficiente, come l'Australia (Bongiorno 2020) e il Canada (Aiello 2020).

In questo contesto la deconcentrazione e quindi anche la divisione verticale del potere non ha vita facile, né sul piano pratico, né, soprattutto, dal punto di vista argomentativo. Anche in Italia continuano a levarsi voci critiche nei confronti non solo e non tanto della gestione (più o meno efficiente) dell'emergenza da parte delle Regioni, quanto di critica di principio contro la divisione dei poteri, a partire dall'ambito sanitario. Perché si dovrebbero avere sistemi sanitari diversi per

Regione, con diverse autorità sanitarie (e politiche) in grado di introdurre discipline differenziate? Come si può accettare di avere soluzioni diverse tra i territori se "siamo tutti nella stessa barca"? Si può moralmente ammettere una tutela potenzialmente differenziata dei diritti fondamentali, compreso quello più esistenziale di tutti, il diritto alla vita, in base al territorio in cui si risiede?

Sul piano operativo, è indubbio che mettere d'accordo più livelli di governo e più centri decisionali è più complesso che decidere dall'alto. Perché richiede dialogo, negoziato, compromesso, e per questo, si dice, non c'è tempo in momenti di emergenza. L'argomento è utilizzato non solo in Paesi in cui una cultura federale e del decentramento non è radicata, come l'Italia, ma anche dove è assai più presente, come in Paesi storicamente e intrinsecamente federali, come gli Stati Uniti, dove ha avuto non poco seguito anche mediatico la (non particolarmente raffinata) espressione di un giurista californiano, Jonathan Zasloff, secondo cui "il federalismo è per stolti" (*federalism is for suckers* – Zasloff 2020).

Inoltre, se le decisioni politiche sono dettate dalle acquisizioni scientifiche (i decreti legge e i DPCM adottati dal governo italiano a partire da marzo 2020 in tema di contenimento della pandemia richiamano sempre gli avvisi espressi dal Comitato tecnico-scientifico, e in Paesi come la Svezia e la Germania si è parlato di un governo delle agenzie/istituti di sanità che ha esautorato il governo politico – Simoni 2020), quale spazio potrà mai risultare per gli enti substatali? Per quanto le opinioni scientifiche non siano affatto univoche, non esiste una scienza regionale e le risposte non dovrebbero dunque divergere a seconda dei territori. Di conseguenza, le regole per fronteggiare un'emergenza non potrebbero che essere uniche per tutti. Come ha affermato la

Corte costituzionale italiana nella sentenza che ha dichiarato l'illegittimità della legge regionale valdostana per il contenimento del virus (sent. 37/2021), la profilassi internazionale (materia di competenza esclusiva dello Stato) richiede norme che garantiscano "uniformità anche nell'attuazione, in ambito nazionale, di programmi elaborati in sede internazionale e sovranazionale". Quindi, potenzialmente, durante la crisi pandemica, questa competenza statale può assorbire qualunque competenza regionale.

## 2. Un'equazione sbagliata

Da qui a stabilire un'equazione tra autonomia e disuguaglianza, privilegi, inefficienza, il passo è stato breve. Anche in contesti in cui la "cultura dell'autonomia" (l'espressione è di Toniatti 2018) è più radicata che in Italia, si è spesso evidenziata la contraddizione tra la necessità di una linea di comando chiara e la presenza di decisori diversi nei territori. In Germania, ad esempio, dove pure nella prima fase la risposta è stata coordinata ed assai efficiente (Woelk 2020), nella seconda fase, quando sono emerse linee divergenti tra alcuni *Länder* e il governo federale, si è parlato di patchwork normativo (*Flickenteppich*, tra i molti Kühne 2021). In generale, lo studio dell'impatto della pandemia su sistemi territoriali variamente decentrati ha occupato buona parte della dottrina nell'ultimo periodo, producendo una gran quantità di analisi e di dati<sup>1</sup>.

Davvero una struttura territoriale articolata su più livelli decisionali è inefficiente in tempi di crisi? Deconcentrazione del potere e dialogo tra i soggetti coinvolti sono un ostacolo a decisioni efficaci? E se lo sono in tempo di crisi, perché non

dovrebbero esserlo anche in condizioni normali? Argomentando lungo questa linea, e portandola all'estremo, potrebbe anche giustificarsi la condotta di quei Paesi come l'Ungheria, la Federazione russa, la Turchia o l'India, che sull'onda della pandemia hanno adottato strumenti normativi che consentono al governo centrale di assumere decisioni straordinarie senza sostanziali controlli, specie dopo l'assoggettamento delle rispettive corti costituzionali al controllo politico del governo. In India, ad esempio, la pandemia è stata utilizzata per centralizzare le competenze in materia di agricoltura e di istruzione, e in Russia per accelerare l'approvazione di una revisione costituzionale accentratrice (nella figura del Presidente) ancor prima che centralizzatrice. Restando ai contesti democratici e al pluralismo di tipo territoriale, l'analisi comparata ha ormai ampiamente dimostrato che l'efficienza delle soluzioni non dipende primariamente dall'assetto territoriale, ma da altre variabili, di natura istituzionale e non (Golia et al, 2020, Angelici et al. 2021).

Tra i fattori extra giuridici che determinano molta parte della risposta all'emergenza vi sono variabili di diverso tipo, che tra l'altro sono spesso all'origine della scelta degli ordinamenti di organizzarsi in chiave federale o comunque territorialmente composta. Si pensi alle condizioni geografiche: non è un caso, ad esempio, che in Canada la Provincia col tasso di infezione e di mortalità più alto sia stata il Québec, mentre il Nunavut ha registrato nel 2020 zero (!) casi. O a fattori demografici: il rapporto tra contagi e mortalità è assai variabile, in base tra l'altro all'età media delle persone<sup>2</sup>, e non va

<sup>1</sup> Si veda per tutti la banca dati di letteratura sul punto dell'Università McGill di Montreal: <https://www.mcgill.ca/federalism/federalism-covid-19-pandemic>

<sup>2</sup> Quale indicatore dice di più sulla risposta alla pandemia, il numero dei contagi o quello dei morti? L'India, ad esempio, registra in proporzione alla popolazione un numero alto di contagi ma basso di morti, mentre l'Italia o il Belgio hanno tassi molto alti



dimenticato che 7 dei 10 stati più popolosi al mondo sono federali<sup>3</sup>, per cui si può essere portati superficialmente a ritenere che l'assetto territoriale influisca sui contagi quando il tema è il numero (e la concentrazione territoriale) degli abitanti. Determinante è anche lo sviluppo economico, che ha inciso da un lato sul numero di infezioni, perché territori più sviluppati sono più globalizzati, dall'altro sulla mortalità, perché un sistema sanitario migliore abbassa il numero di morti.

Vi sono poi fattori di carattere politico, strutturale o contingente. In Germania la differenziazione regionale, fattore di efficienza durante la prima ondata, è diventata problematica nella seconda, quando si è accesa la contesa politica per la successione alla Cancelliera Merkel e i due principali sfidanti interni alla coalizione cristiano-democratica erano anche i Ministri-Presidenti dei due *Länder* più popolosi e politicamente pesanti, il Nordreno-Westfalia (Laschet) e la Baviera (Söder). Si tratta di conflitti politici che si sviluppano anche sul terreno della pandemia perché questa è la priorità del momento, ma si manifesterebbero comunque anche in altri settori, e tali conflitti non dimostrano dunque in alcun modo che una struttura policentrica gestisca una pandemia peggio di uno stato accentrato. Negli Stati Uniti la forte conflittualità partigiana della presidenza Trump e la politica negazionista seguita a lungo dall'ex Presidente hanno provocato reazioni forti in molti stati (generalmente a maggioranza democratica), che hanno utilizzato i propri poteri per contrastare l'inazione federale. Appare in tal senso assai interessante il dato secondo cui il numero di morti in base alla popolazione è

---

di mortalità dovuti all'età media della popolazione: cfr. <https://edition.cnn.com/interactive/2020/health/coronavirus-maps-and-cases/>

<sup>3</sup> India, USA, Pakistan, Brasile, Nigeria, Russia e Messico.

risultato più basso negli stati in cui l'assemblea ha una maggioranza diversa dal partito del governatore, mentre cresce dove vi sia uniformità politica tra governatore e maggioranza parlamentare e non vi sia dunque bisogno di negoziare le misure (Kincaid e Leckrone 2020).

Gli esempi sul dato politico potrebbero continuare a lungo: laddove vi sia un controllo quasi esclusivo di un partito sia sul governo centrale sia su quelli periferici, le dinamiche politiche prevalgono sulle eventuali disparità territoriali e il dato politico travolge quello giuridico. Così, ad es., sul piano costituzionale la Russia ha avuto una gestione assai decentrata della pandemia, ma si tratta nella sostanza di un federalismo di facciata, considerando che il partito del Presidente Putin, Russia Unita, governa 76 delle 85 entità federate, e la regia di tutte le operazioni è stata del Cremlino, come peraltro anche in contesti ordinari. Simili dinamiche si riscontrano in India, dove il Bharatiya Janata Party del Primo Ministro Modi ha la maggioranza in 21 stati su 28, in Etiopia dove il partito di governo controlla 9 delle 10 entità federate, o in Sudafrica con 8 su 9 province in mano all'ANC.

Tra le variabili di natura giuridico-istituzionale che incidono sulla performance dei sistemi composti nella gestione della pandemia vanno ricordate la struttura amministrativa, l'efficienza dell'amministrazione, e l'efficacia dei raccordi tra livelli di governo (tra i molti Cameron 2021), che è il vero banco di prova dell'efficienza dei sistemi federali (Poirier, Saunders e Kincaid ed. 2015). La presenza o meno di più centri decisionali significa poco in astratto, poiché l'efficienza della risposta dipende dalla capacità operativa dei diversi livelli. Di regola, tale capacità è piuttosto uniforme, per cui se è efficiente il centro lo sono anche i livelli substatali e viceversa. Talvolta si riscontrano

invece maggiori asimmetrie, come nel caso italiano, in cui, rispetto al benchmark statale, alcune regioni hanno in genere performance amministrative e gestionali migliori, altre peggiori.

Chiedersi se un sistema composto aumenti o diminuisca di per sé l'efficienza della risposta alla pandemia è dunque irragionevole, e metodologicamente sbagliato. I dati dell'Organizzazione mondiale della sanità riferiti al 2020 su contagi e mortalità mostrano che l'impatto ha riguardato stati federali, regionali, unitari in modo del tutto indipendente dall'assetto istituzionale e territoriale (TAB. 1). La variabile territoriale risulta dunque

sostanzialmente indipendente rispetto alla diffusione dei contagi, al numero di morti e all'efficacia delle azioni di contrasto. La domanda astratta sulla maggiore o minore attitudine dei sistemi composti ad affrontare la pandemia vale insomma quanto quella sulla migliore o peggiore performance di ordinamenti presidenziali rispetto a quelli parlamentari, o di quelli con un controllo di costituzionalità di tipo accentrato o diffuso, o altre questioni organizzative di questo tipo.

**TAB. 1 - Tabella comparativa dei contagi e della mortalità per milione di abitanti (al 20 dicembre 2020) in Paesi con popolazione superiore ai 10 milioni**

Ranking	Paese	Popolazione	Casi totali su un milione di persone	Morti totali su un milione di persone
1	Belgio	11 589 623	53 820.56	1 600.14
2	Italia	60 461 826	32 054.66	1 132.07
3	Perù	32 971 854	30 139.65	1 121.23
4	Spagna	46 754 788	38 439.62	1 014.44
5	Regno Unito	67 886 011	29 523.36	988.05
6	Stati Uniti	331 002 651	52 310.26	940.02
7	Argentina	45 195 774	33 883.12	922.03
8	Francia	65 273 511	37 050.85	919.87
9	Messico	128 932 753	10 094.77	909.38
10	Brasile	212 559 417	33 698.71	873.4

Fonte: OMS COVID-19 Explorer 2020; OMS Coronavirus Disease (COVID-19)



Sul piano istituzionale, la domanda più appropriata da porsi è piuttosto se le principali caratteristiche che normalmente sono indicate tra i fattori di successo del federalismo siano state o meno rilevanti nella lotta alla pandemia, e come abbiano operato in questo contesto. Tali caratteristiche, nella nota e generalmente condivisa sintesi fattane da Watts (2011:16-17) sono: la maggiore predisposizione per le procedure democratiche; la moltiplicazione dei centri di decisione politica, che impediscono un eccessivo accumulo di potere al centro; la negoziazione come principale strumento di decisione politica; maggiore rispetto per il costituzionalismo e lo stato di diritto, in quanto ciascun livello di governo trae la propria autorità dalla costituzione.

### **3. Caratteristiche delle risposte degli ordinamenti composti**

Accertato che la performance dei diversi ordinamenti varia in base a fattori diversi dalla struttura territoriale, occorre vedere se, stanti o mancanti altri fattori più indicativi della capacità di risposta alla crisi, la presenza di più centri decisionali offra o meno maggiori opportunità e garanzie e, se sì, a quali condizioni.

La prassi comparata mostra in primo luogo che ciascun ordinamento composto, più o meno decentrato che sia, prevede sufficienti strumenti per concentrare la linea di comando in caso di emergenze, impedendo che si sviluppino regole (eccessivamente ed inutilmente) differenziate e scarso coordinamento tra i vari territori. Ciò avviene attraverso regole esplicite per condizioni di emergenza, previste in costituzione (l'esempio più interessante in tal senso è probabilmente rappresentato dalla costituzione spagnola, il cui art. 116 prevede tre diversi gradi di emergenza azionabili dal governo centrale sotto il controllo e per la durata stabilita dal parlamento, che

consentono di accentrare le competenze) o in discipline di settore: ad esempio in Germania, pur essendo prevista a livello costituzionale la possibilità di azionare una costituzione parallela per lo stato di difesa (artt. 115a-l), si è operato attraverso una legge di settore, quella sulle infezioni, che fornisce al governo federale gli strumenti per coordinare l'azione dei *Länder* ed imporre azioni in deroga al riparto delle competenze; in autunno la legge sulle infezioni è stata modificata per renderla più adatta alla situazione della corrente pandemia, aumentando il potere di coordinamento in capo al governo federale. Anche l'esperienza italiana da questo punto di vista è illuminante, per quanto preoccupante in termini di fonti: in mancanza di disposizioni costituzionali sullo stato di emergenza, questo è disciplinato dalla legislazione ordinaria (il codice della protezione civile, d.lgs. 1/2018), che consente (art. 24) l'assunzione di funzioni ordinariamente spettanti alle Regioni (c. 6 e 7), limitandosi a prevedere che ciò possa avvenire attraverso un (generico) "raccordo" con Regioni e Province autonome (art. 1). In molti contesti, tra cui primariamente quello italiano, la differenziazione può in definitiva aversi solo nella misura in cui sia consentita e prevista dalla normativa nazionale adottata in condizioni di emergenza. In altri termini: in molti ordinamenti composti la differenziazione regolatoria (ammesso che sia un dato negativo) è da attribuire alla normativa nazionale, non a quella decentrata.

In secondo luogo, un dato di particolare interesse che emerge dalla prassi comparata è che negli ordinamenti federali (quelli che si autodefiniscono tali) il ricorso allo stato di emergenza è assai più raro di quanto avvenga in ordinamenti unitari o con un decentramento di tipo non federale. Gli ordinamenti federali che hanno fatto ricorso alla dichiarazione dello stato

di emergenza a livello federale sono stati soltanto l’Etiopia (che peraltro si trova in una situazione emergenziale per motivi diversi dalla lotta alla pandemia, con la crisi del Tigray e l’intervento armato dell’autunno 2020), il Sudafrica (che è unanimemente ritenuto uno stato federale, ma va ricordato che non si definisce tale in costituzione), il Messico e, dal gennaio 2021, la Malesia. In Argentina lo stato di emergenza era già in vigore (dal 2019) al momento dell’esplosione della pandemia, per fronteggiare la crisi economica. Un discorso a parte meritano gli Stati Uniti, dove nel marzo 2020 è stata dichiarata l’emergenza nazionale in base alle sez. 201 e 202 del *National Emergencies Act* (prorogata poi dal presidente Biden a febbraio 2021), che conferisce poteri particolari al Presidente ma non altera la divisione delle competenze costituzionalmente prevista né può farlo, limitandosi ad attribuire funzioni di coordinamento di tipo straordinario in capo al Presidente per ciò che concerne le attività delle istituzioni e delle agenzie federali. Così, com’è noto, non è stato possibile neppure disciplinare a livello federale l’obbligo (o meno) di indossare mascherine, perché la materia rimane nella competenza degli stati e la dichiarazione di emergenza nazionale ha avuto il solo effetto di riorganizzare le funzioni dei soggetti che operano in ambito federale.

Negli altri casi la pandemia è stata gestita con strumenti ordinari, che consentono la centralizzazione delle funzioni in capo all’esecutivo federale, ma senza bisogno di ricorrere allo stato di emergenza, utilizzando la legislazione di settore e senza stravolgere le competenze degli enti substatuali. Neppure a fronte della recrudescenza devastante della primavera 2021 paesi come l’India e il Nepal hanno fatto ricorso a questi strumenti. Né lo hanno fatto il Canada, l’Australia (a livello

federale, giacché alcuni stati vi hanno fatto ricorso nella propria giurisdizione), la Germania, l’Austria, il Belgio, la Svizzera, il Brasile, la Russia, il Pakistan o altri. L’intensità della centralizzazione della gestione dell’emergenza in capo all’esecutivo federale varia naturalmente tra i diversi ordinamenti, anche in base al grado di accentrimento “a regime” del sistema (si pensi al già menzionato caso russo), così come varia il grado di conflittualità tra il potere federale e quello delle entità federate che si è prodotto. Tuttavia, sotto il profilo costituzionale, appare assai significativo il fatto che i sistemi federali da un lato non ostano alla centralizzazione della linea di comando, e dall’altra consentano che ciò avvenga attraverso procedure ordinarie, senza derogare all’ordine costituzionale.

In altre parole, sembra di potersi dedurre che gli ordinamenti federali abbiano una maggiore resilienza, flessibilità e capacità di adattamento rispetto ai sistemi unitari o limitatamente decentrati, e che le costituzioni federali siano in grado di approntare, in via generale, delle strutture più elastiche, capaci di accentrare e decentrare a seconda delle circostanze senza bisogno di interventi derogatori. E che dunque siano, sempre in via generale, meglio attrezzate contro le avversità e le emergenze (il maltempo) di quanto lo siano costituzioni più centralizzate. Perché consentono di operare come fisarmoniche ed essere più adattabili, centralizzando quando occorre e decentrando quando è opportuno.

Terzo elemento che emerge dall’analisi comparata è la capacità degli ordinamenti composti di limitare i danni di politiche federali sbagliate. Il caso più emblematico è quello del Brasile, dove i governatori di 24 stati su 27 si sono – almeno inizialmente – ribellati al negazionismo del Presidente Bolsonaro, rifiutandosi di eliminare le restrizioni imposte e contestualmente proponendo una serie di misure





coordinate (Peluso Neder Meyer e Bustamante, 2020), prima che il potere centrale intervenisse con decreto a limitare ulteriormente il potere degli stati ampliando quello del Presidente (azione successivamente contestata davanti alla Corte suprema). Dinamiche simili si sono registrate in Messico e negli Stati Uniti dove, com'è stato affermato, "la lenta risposta iniziale alla pandemia è stata dovuta non già a lacune costituzionali del sistema federale, ma alla polarizzazione partitica e alla mancanza di preparazione" (Kincaid e Leckrone, 2020).

Certo, più aumentano i centri decisionali, più cresce in proporzione il rischio che qualcuno commetta degli errori. Ma il grado di rischio resta più alto laddove a decidere è un solo livello di governo, perché se sbaglia questo, non vi sono strumenti per limitare il danno. Collegata a questo fattore vi è la nota dottrina del *laboratory federalism* formulata fin dagli anni '30 dal giudice Brandeis della Corte Suprema americana (Oates 1999): più centri decisionali aumentano le possibilità di trovare soluzioni migliori. E così, se un errore di un ente sub statale può essere circoscritto e rettificato assai più facilmente di quello del livello centrale perché il suo raggio di azione è più limitato, buone soluzioni elaborate a livello decentrato possono facilmente essere replicate dagli altri territori e dal potere centrale. In definitiva, gli ordinamenti composti sono in grado di garantire una maggiore predisposizione a ciò che potremmo chiamare efficienza democratica: controllo del potere centrale e maggiori possibilità di soluzioni innovative. Naturalmente è una predisposizione astratta, perché nulla assicura che ciò avvenga sempre, ma si tratta di una possibilità che in contesti unitari manca anche in teoria. Un confronto tra le modalità cooperative adottate in Svizzera e nel Regno Unito nel fronteggiare la crisi, ad esempio, ha dimostrato come alcuni fattori presenti solo

negli ordinamenti composti (la capacità di centralizzare e decentralizzare rapidamente, il reciproco apprendimento tra i livelli e la sua istituzionalizzazione, la valorizzazione delle differenze) aumentano la capacità di risposta alle emergenze rispetto agli ordinamenti centralizzati (Gaskell e Stoker 2020).

Quarto fattore di potenziale vantaggio di una struttura territoriale composta è la possibilità di adattare le soluzioni alle specificità territoriali. In paesi molto differenziati, regole unitarie calate in contesti profondamente diversi non producono unità ma accentuano le differenze. In un contesto come quello italiano la performance dei sistemi sanitari è molto diversa, e così, di conseguenza, la capacità di fronteggiare situazioni di emergenza. Vale anche per questioni apparentemente minori: ad esempio, stabilire la riapertura dei ristoranti con servizio solo all'aperto in tutto il territorio nazionale o anche solo nelle regioni che abbiano dati epidemiologici simili, non tiene comunque conto della differenza climatica tra un rifugio alpino e un ristorante su un lungomare mediterraneo, creando così disparità di condizioni e di trattamento tra soggetti in condizioni analoghe (in questo caso i ristoratori). Regole uniformi in condizioni diverse comportano infatti più disuguaglianza, non maggiore uguaglianza.

#### **4. Considerazioni di sintesi: la pandemia come acceleratore**

L'analisi comparata delle risposte alla pandemia in ordinamenti composti (formalmente federali o comunque fortemente decentrati, compresa l'Italia) dimostra che nella maggior parte dei casi la gestione dell'emergenza ha prodotto maggiore accentramento dei poteri e delle funzioni, anche se non ovunque e non in modo uniforme (Steytler 2021). L'effetto centralizzante si è prodotto soprattutto come conseguenza indiretta

della dipendenza finanziaria degli enti substatuali dal livello centrale, giacché i sussidi sono ovunque venuti dal bilancio centrale.

Anche le conseguenze a medio termine sembrano indurre a ritenere plausibile che il passaggio della pandemia lascerà dietro di sé un complessivo maggiore accentramento normativo, perché questo è in fondo quanto di regola avviene a seguito di ogni forte crisi. Come dimostrato dallo studio ormai risalente ma ancora attuale di Robert Higgs *Crisis and Leviathan* (1989), in una serie di crisi succedutesi nella storia americana, dalla grande depressione alla seconda guerra mondiale, le risposte normative hanno generalmente prodotto maggiore centralizzazione. In molti contesti, inoltre, ha prevalso, nel discorso mediatico e politico, la narrazione che sottolinea le contraddizioni di un approccio decentrato e asimmetrico, mentre risultano assai meno popolari le argomentazioni che evidenziano gli altrettanto presenti rischi di una risposta centralizzata ed uniforme.

Come si è visto, tuttavia, la variabile dell'organizzazione territoriale ha un impatto complessivamente assai ridotto rispetto ad altre (di natura politica, economica, demografica, geografica, infrastrutturale) nel determinare l'efficacia della risposta alla pandemia. Soprattutto, a parità delle condizioni più impattanti appena ricordate, la presenza di una struttura che consente un riparto territoriale del potere decisionale ed organizzativo risulta potenzialmente più vantaggiosa rispetto a sistemi in cui il potere decisionale è concentrato esclusivamente nel governo nazionale. Ciò vale in particolare per i quattro fattori che si sono evidenziati: a) un sistema composto non significa che manchino gli strumenti per accentrare la linea di comando in condizioni eccezionali, e in molti casi l'ampiezza delle funzioni lasciate alle entità substatuali è dipesa da scelte dei governi

centrali; b) gli ordinamenti federali hanno fatto ricorso in misura assai minore agli stati di emergenza rispetto a quelli unitari, il che pare dimostrare che abbiano una maggiore tenuta strutturale e resilienza istituzionale; c) la maggiore capacità degli ordinamenti composti di garantire i diritti fondamentali, di limitare errori del potere centrale e di sperimentare soluzioni estensibili ad altri territori e al livello centrale; d) la maggiore capacità di adattare le soluzioni alle condizioni specifiche di un territorio tenendo conto dei menzionati fattori determinanti di natura geografica, demografica, economica e politica.

In linea generale, quindi, la gestione della pandemia ha mostrato che tre su quattro dei citati criteri utilizzati da Watts (2011) per la misurazione della performance dei sistemi federali hanno dato una resa positiva in occasione della pandemia da Covid-19: maggiore rispetto di procedure democratiche; ostacolo all'eccessivo accumulo di potere al centro; maggiore rispetto per il costituzionalismo e lo stato di diritto. Resta da esaminare il quarto: il ricorso alla negoziazione (anziché all'imposizione) come principale strumento di decisione politica. Anche questo aspetto dipende da diversi fattori, sia strutturali che contingenti: la predisposizione alla collaborazione o alla conflittualità tra territori, il contesto politico (la presenza di coalizioni politiche ampie o risicate, ad esempio), le condizioni geografiche: in territori vasti è stata possibile ad es. l'alleanza tra gruppi di territori, come la cd. *Atlantic Bubble* in Canada (durante la pandemia le quattro Province atlantiche del New Brunswick, Isola Prince Edward, Nuova Scozia e Terranova/Labrador hanno tenuto aperti i confini tra loro chiudendoli per persone provenienti da altre Province), o addirittura l'autoisolamento di singole entità substatuali (lo stato della Western



Australia), cosa evidentemente impossibile in contesti piccoli, come in Svizzera o in Belgio.

Ma certo la variabile principale della capacità negoziale è data dalla qualità e dell'efficienza dei raccordi tra i livelli di governo. Quanto meglio funzionino queste sedi, tanto maggiore sarà la resa delle strutture composte. Il funzionamento di questi istituti e procedure di raccordo è stato assai diverso nei vari ordinamenti composti (Saunders 2021), e di conseguenza lo è stata l'efficacia complessiva della risposta alla pandemia nei sistemi composti. Si pensi tra gli altri al caso italiano, dove il principale strumento di raccordo, la Conferenza Stato-Regioni, è stata sostanzialmente ignorata nella prima fase (tra marzo e maggio 2020 si è riunita solo due volte, a distanza, e il dibattito è stato quasi inesistente) mentre ha avuto un utilizzo assai maggiore nel periodo successivo.

In definitiva, come in altri ambiti, la pandemia non ha direttamente cambiato le cose, ma ha avuto l'effetto di un forte acceleratore di processi già in atto. Negli ordinamenti composti, ha accentuato la capacità di cooperazione e coordinamento tra i livelli senza cancellare la possibilità di soluzioni specifiche per taluni territori laddove tali capacità erano già presenti, mentre in altri contesti ha evidenziato le inefficienze e la conflittualità. L'accentuazione ha riguardato anche la narrazione che dell'articolazione territoriale del potere si fa nei diversi contesti: laddove prevalga uno scetticismo di fondo verso l'articolazione territoriale plurale, si sottolinea che più attori comportano più confusione, anziché ricordare che possono significare anche più controlli e garanzie democratiche, e che quando sono in gioco i diritti un leviatano piccolo fa meno paura di uno grande.

L'equivoco di fondo sta nel considerare che federalismo e autonomia comportino

automaticamente che le regole siano differenti, e che regole differenti siano intrinsecamente sbagliate. In realtà, come la prassi della gestione della pandemia ha dimostrato in modo evidente, le regole sono state ovunque tendenzialmente uniformi. Il vantaggio degli ordinamenti composti sta nella possibilità di accentrare e di differenziare a seconda della necessità, e nella presenza di procedure che garantiscano questi processi in modo conoscibile e attraverso la cooperazione più che l'imposizione. È la qualità della cooperazione a fare la differenza tra gli ordinamenti complessi che hanno risposto in modo efficiente e quelli che non l'hanno fatto. La musica sinfonica è diversa da quella per strumenti solisti. È più articolata, più sofisticata, più potente. Se un musicista stecca il suo errore è più facile da coprire. E il fatto che possa steccare non è motivo per eliminare le orchestre o far suonare tutto al direttore.

**Riferimenti bibliografici**

- Aiello R. (2020), "PM to provinces: 'Act now' to slow surging COVID-19", in CTV News (November 10, 2020) <https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/pm-to-provinces-act-now-to-slow-surg-ing-covid-19-1.5182552>
- Angelici M., Berta P. Costa-i-Font J., Turati G. (2021), "Divided We Survive? Multi-Level Governance and Policy Uncertainty during the First Wave of Covid-19", Cesifo Working Papers no. 8999/2021
- Bongiorno P. (2020), "PM Shirks Duty in Gold-Standard Quarantine Blame Game", in The New Daily (December 22, 2020) <https://thenewdaily.com.au/news/2020/12/22/paul-bongiorno-scott-morrison-quarantine/>
- Cameron D. (2020), "The Relative Performance of Federal and Non-federal Countries during the Pandemic", in Forum of Federations, Occasional Papers Series, no. 50, <http://www.forumfed.org/2021/04/hot-off-the-press-occasional-paper-50-the-relative-performance-of-federal-and-non-federal-countries-during-the-pandemic/>
- Gaskell J, Stoker G. (2020), "Centralised or multi-level: which governance systems are having a 'good' pandemic?", in LSE blog (April 2020), [https://blogs.lse.ac.uk/politicsandpolicy/governance-systems-covid19/?utm\\_campaign=Blogs&utm\\_content=1587715203&utm\\_medium=social&utm\\_source=facebook&fbclid=IwAR3JP3XnziV0iy9EYsBOXowObY92mtdQtDDQLy7\\_WqPJsyxwqaTwwCmheoo](https://blogs.lse.ac.uk/politicsandpolicy/governance-systems-covid19/?utm_campaign=Blogs&utm_content=1587715203&utm_medium=social&utm_source=facebook&fbclid=IwAR3JP3XnziV0iy9EYsBOXowObY92mtdQtDDQLy7_WqPJsyxwqaTwwCmheoo)
- Golia A., Hering L., Moser C., Sparks T. (2020), "Constitutions and Contagion. European Constitutional Systems and the Covid-19 Pandemic", MPIL Research paper Series No. 2020-42
- Higgs R. (1989), "Crisis and Leviathan: Critical Episodes in the Growth of American Government, Oxford University Press
- Kincaid J., Leckrone W. (2020), "Partisan Fractions in U.S. Federalism's COVID-19 Policy Responses", in State and Local Government Review, Vol. 52(4), 2020:298-308
- Kühne H. (2021), „Corona und Bundesstaat“, in Verfassungsblog 25.2.2021, <https://verfassungsblog.de/corona-und-bundesstaat/>
- Oates W.E. (1999), "An Essay on Fiscal Federalism", in Journal of Economic Literature, vol. 37, no. 3, 1999:1120-1149
- Peluso Neder Meyer E., Bustamante T. (2020), "Authoritarianism Without Emergency Powers: Brazil Under COVID-19", in VerfBlog, 2020/4/08, <https://verfassungsblog.de/authoritarianism-without-emergency-powers-brazil-under-covid-19/>
- Poirier J., Saunders C., Kincaid J. (eds. 2015), "Intergovernmental Relations in Federal Systems. Comparative Structures and Dynamics", Oxford Univ. Press.
- Saunders C. (2021), "Grappling with the pandemic: Rich insights into intergovernmental relations", in Steytler N. (ed.), Comparative Federalism and Covid-19. Combating the Pandemic, Routledge, 2021 (in stampa)
- Simoni A. (2020), "L'emergenza Covid-19 in Svezia: le basi giuridiche di un approccio pragmatico", in DPCE Online, 2/2020, <http://www.dpceonline.it/index.php/dpceonline/article/view/985>
- Steytler N. (ed. 2021), Comparative Federalism and Covid-19. Combating the Pandemic, Routledge
- Toniatti R. (a cura di, 2018), "La cultura dell'autonomia: le condizioni pre-giuridiche per



- un'efficace autonomia regionale", Università di Trento, e-book, <http://www.liatn.eu/images/ebook/LIA-eBook-Cultura-dellautonomia.pdf>
- Venice Commission (2020), "Compilation of Venice Commission Opinions and Reports on States of Emergency", CDL-PI(2020)003-e, [https://www.venice.coe.int/webforms/documents/?pdf=CDL-PI\(2020\)003-e](https://www.venice.coe.int/webforms/documents/?pdf=CDL-PI(2020)003-e)
- Vermeule A. (2020), "Beyond Originalism", in *The Atlantic*, 31 March 2020, <https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2020/03/common-good-constitutionalism/609037/>
- Watts R.L. (2011), "The Federal Idea and its Contemporary Relevance", in T.J. Courchene, J.R. Allen, C. Leuprecht, N. Verrelli (eds), *The Federal Idea: Essays in Honour of Ronald L. Watts*, Montreal-Kingston, McGill-Queen's University Press, 2011:13-27
- Woelk J. (2020), "La gestione della pandemia da parte della Germania: "Wir schaffen das!""", in *DPCE Online*, 2/2020, <http://www.dpceonline.it/index.php/dpceonline/article/view/978>
- Zasloff J., "Federalism is for Suckers", in *LegalPlanet* (20th April 2020) <https://legalplanet.org/2020/04/20/federalism-is-for-suckers/>



### 3. L'UNIONE EUROPEA DI FRONTE ALLA PANDEMIA

Massimo Bordignon, Marco Buso ♦

*Di fronte ad una crisi globale, qual è la pandemia da Covid-19, un ruolo importante di coordinamento delle politiche economiche e sanitarie dovrebbe essere attribuito agli organismi internazionali, perché le risposte dei singoli stati sono spesso insufficienti e talvolta in contrasto tra di loro. In Europa, nonostante non ne avesse le competenze formali, questo ruolo fondamentale è stato svolto dall'Unione Europea (UE), oltre che sul piano di sostegno economico ai paesi, anche in ambiti specifici quali l'approvvigionamento e la distribuzione di materiale sanitario e la strategia di vaccinazione. Una disanima di questi ultimi interventi suggerisce che la UE abbia fatto il possibile dato gli strumenti a disposizione e i vincoli a cui doveva sottostare, ma mette anche in luce difficoltà e ritardi che avrebbero potuto essere superati se la UE avesse avuto maggiori competenze e risorse. Per il futuro appare dunque opportuno rafforzarne i poteri in campo sanitario, centralizzando maggiormente a livello europeo alcune politiche quali la prevenzione e preparazione alle pandemie, la ricerca e l'innovazione in ambito sanitario, e le politiche di approvvigionamento di materiale sanitario. L'istituzione di un'Autorità Europea per la Preparazione e Risposta alle Emergenze Sanitarie, come proposto dalla Commissione, costituirebbe un passo importante in questa direzione.*

#### Introduzione

L'UE è un'organizzazione sovranazionale dotata di istituzioni proprie, ma le cui decisioni dipendono dagli accordi presi di volta in volta dalle istituzioni nazionali degli Stati Membri (SM). La coesistenza di un'Europa sovranazionale ed un'Europa intergovernativa (Bordignon, 2020) ha di fatto ostacolato il trasferimento di competenze fiscali e di spesa al livello sovranazionale, lasciando all'UE un ruolo minimo ed essenzialmente di supporto alle politiche implementate dagli SM.

Durante la pandemia da Covid-19, a causa delle difficoltà incontrate dagli stati nazionali nel confrontarsi con una crisi transnazionale, l'UE ha dovuto ritagliarsi maggior spazio e competenze utilizzando strumenti d'emergenza sia sul piano sanitario che economico. L'obiettivo di questo articolo è quello di analizzare le politiche europee implementate dagli SM e dall'UE durante la pandemia sul piano sanitario, discutendone

criticità e possibili insegnamenti per il futuro. A tale scopo, un paragrafo dell'articolo è interamente dedicato alla *strategia comune di vaccinazione* intrapresa dalla Commissione europea, un banco di prova importante per comprendere le reali capacità dell'UE di predisporre un piano efficiente per affrontare una sfida complessa. Diremo invece pochissimo sulla strategia economica scelta dalle istituzioni europee (dal ruolo della BCE al NG-EU) perché questo tema è stato già discusso in numerosi altri interventi.<sup>1</sup>

La nostra conclusione generale è che l'UE abbia provato a fare il possibile con gli strumenti a disposizione, ma che la scarsità di questi ne abbia fortemente limitato e condizionato l'azione. E' dunque necessario per il futuro rafforzarne i poteri in campo sanitario per renderla pronta ad affrontare sfide globali, quali appunto sono le pandemie. Ma ovviamente la conclusione è più

♦ Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

<sup>1</sup> Si veda, ad esempio, il numero 2/2020 di Osservatorio Monetario: *Coronavirus e crisi economica. La risposta europea*



generale e non riguarda solo la sanità; ci sono numerosi altri campi (a cominciare dalla stessa transizione energetica) in cui un maggior ruolo dell'UE è sia necessario che al momento insufficiente, sulla base dell'attuale attribuzione di poteri.

I limiti di una governance lasciata agli stati nazionali in presenza di fenomeni con ampi effetti di spillovers come le pandemie sono infatti molteplici: 1) gli SM, non internalizzando gli effetti positivi delle loro azioni sugli altri stati, investono meno di quanto sarebbe ottimale in politiche di prevenzione; 2) le pandemie non rispettano le frontiere; di conseguenza le azioni di risposta dei singoli stati, se non adeguatamente coordinate tra loro, possono risultare inefficaci e controproducenti;<sup>2</sup> 3) la centralizzazione di alcune funzioni, quali per esempio l'approvvigionamento e distribuzione di materiale medico, la ricerca e lo sviluppo di nuovi medicinali, la produzione e distribuzione di vaccini, potrebbe portare, sfruttando le economie di scala, a dei notevoli risparmi di costo, oltre che ad una più equa distribuzione delle risorse tra gli SM. Questi argomenti a favore della centralizzazione non sono naturalmente nuovi e riflettono pienamente quelli già ampiamente discussi nella letteratura sul federalismo fiscale (si veda per esempio Boadway and Tremblay, 2012; Oates, 1972; Oates, 2008; Tiebout, 1956). La stessa letteratura consiglia invece di decentralizzare le politiche in presenza di forti eterogeneità delle preferenze tra cittadini di paesi diversi. Ma se questo è sicuramente un possibile problema per diversi ambiti di policy -- l'UE è formata da 27 SM con lingue e culture differenti- non lo è nel caso di pandemie dove i rischi derivanti dalla mancanza di coordinamento

<sup>2</sup> Questo è vero in particolare in Europa dove vi è libera circolazione di merci, persone e capitali.

<sup>3</sup> E' anche interessante osservare come *au contraire* diversi studi trovano come l'eterogeneità delle

preferenze all'interno dell'UE non sia così elevata, certo non più elevata di quella degli Stati Uniti d'America (Commissione Europea, 2019; Alesina et al., 2017).

superano di gran lunga i possibili benefici dati dalla differenziazione delle politiche<sup>3</sup>. Inoltre, non si deve confondere l'accentrare alcune politiche con l'idea di un unico centro che decida su *tutti* gli aspetti delle politiche di contrasto ad una pandemia; questo può in effetti essere controproducente, riducendo la possibilità di sperimentare approcci alternativi (il c.d. *laboratory federalism*) e di limitare gli eventuali errori del centro (si veda ad esempio il capitolo 2 in questo numero di Osservatorio Monetario). Il nostro obiettivo qui non è tanto quello di specificare il migliore modello organizzativo per fronteggiare le pandemie, ma quello di individuare alcune politiche la cui centralizzazione al livello dell'UE comporterebbe più benefici che costi.

Il resto del lavoro è organizzato come segue. Nel paragrafo 2, presentiamo in dettaglio e discutiamo la risposta alla pandemia degli SM e dell'UE, incluso il tema controverso dell'acquisto centralizzato dei vaccini. Nel paragrafo 3 tiriamo le fila dell'argomento. La nostra analisi suggerisce che ci sono tre ambiti dove una maggiore centralizzazione di competenze al livello dell'UE sarebbe utile e necessaria: le politiche di prevenzione e preparazione alle pandemie, l'approvvigionamento di materiale sanitario durante le situazioni di emergenza, la ricerca e innovazione in ambito sanitario. A tal fine, il lavoro si chiude con due proposte operative: 1) la costituzione di un'autorità dell'UE per la preparazione e risposta alle emergenze sanitarie; 2) la modifica dei trattati comunitari disciplinanti la distribuzione delle competenze tra SM ed UE in ambito sanitario.

preferenze all'interno dell'UE non sia così elevata, certo non più elevata di quella degli Stati Uniti d'America (Commissione Europea, 2019; Alesina et al., 2017).



## 1. La crisi pandemica da Covid-19: le risposte degli SM e dell'UE

Di fronte alla crisi sanitaria da Covid-19, le risposte politiche sono stati molteplici e hanno coinvolto diverse istituzioni locali, nazionali ed europee.

### 1.1 La suddivisione delle competenze sanitarie tra UE e SM

La suddivisione delle competenze tra UE e SM è disciplinata dall'articolo 168 del TFEU (Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea). L'articolo attribuisce agli SM la facoltà di definire e fornire i servizi e le cure sanitarie ai cittadini, lasciando all'UE il compito di sostenere le politiche sanitarie nazionali volte a:

- i. promuovere uno stile di vita salutare mediante attività di prevenzione delle malattie non trasmissibili,
- ii. facilitare un migliore e più sicuro accesso alle cure mediche,
- iii. innovare e rendere più efficienti i sistemi sanitari,
- iv. far fronte ad emergenze sanitarie transnazionali,
- v. tutelare la salute dei cittadini lungo l'intero arco di vita,
- vi. agevolare l'utilizzo di nuove tecnologie e pratiche.

Inoltre, l'articolo al comma 5 chiarisce come, dopo aver consultato il Comitato Economico e Sociale Europeo ed il Comitato Europeo delle Regioni, il Parlamento ed il Consiglio Europeo possano promuovere, attraverso l'ordinario processo legislativo, azioni di monitoraggio, prevenzione e contrasto delle minacce sanitarie transfrontaliere. Sulla base del TFEU, le competenze dell'UE in materia sanitaria sono limitate e volte essenzialmente al sostegno delle politiche

implementate dagli SM. A conferma del ruolo marginale svolto dall'UE in questo campo, i fondi destinati al programma sanitario Europeo nella programmazione 2014-2020 ammontavano a 450 mln di euro, un valore estremamente basso se si pensa che, per esempio, la spesa sanitaria in Italia nel solo 2018 è stata pari a circa 150 mld di euro, corrispondente all'8% del PIL (dati Eurostat).

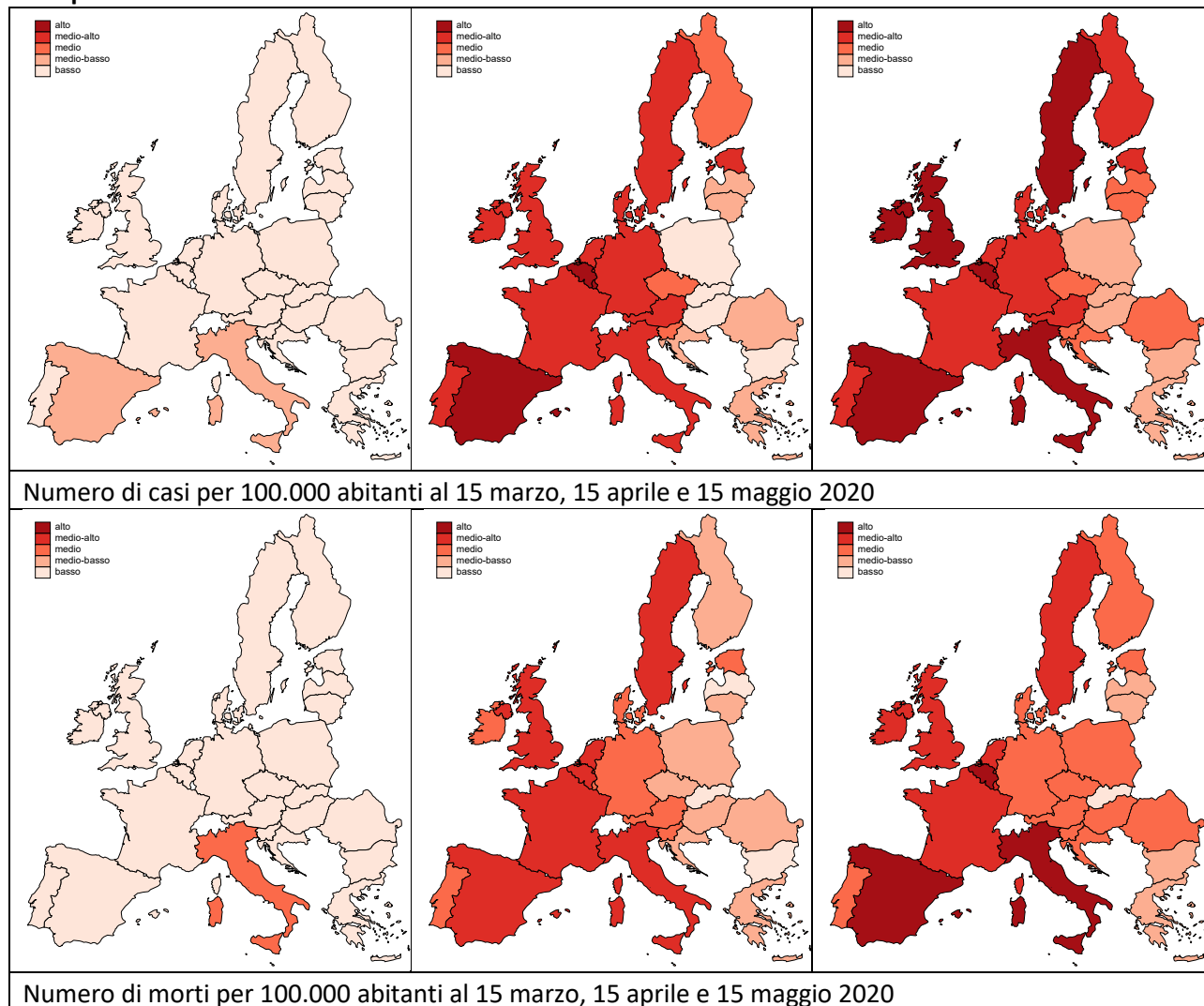
Allo scopo di incentivare politiche di prevenzione e contrasto contro le minacce sanitarie transfrontaliere, nel 2005 è stato creato il Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC). Anche in questo caso, il contributo del centro rimane di supporto alle politiche di prevenzione implementate a livello nazionale che nel tempo sono state alquanto limitate, basti pensare che il totale della spesa sanitaria per attività di prevenzione degli SM nel 2018 è stato pari a 36 mld di euro, un valore corrispondente allo 0,27% del PIL e a meno del 3% della spesa sanitaria corrente (dati Eurostat).

### 1.2 La risposta degli SM alla crisi pandemica

Prima di soffermarci sulle risposte degli SM alla pandemia, è utile ricostruire brevemente la cronistoria della diffusione del Covid-19 in Europa. I primi casi di contagio documentati in Europa risalgono a fine gennaio 2020. Inizialmente sono sembrati casi isolati, ma nel giro di poche settimane la situazione è precipitata e l'11 marzo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha dichiarato che il focolaio internazionale di infezione da nuovo coronavirus poteva essere considerato una pandemia. D'altra parte, l'impatto del Covid-19 non è stato lo stesso per tutti gli SM, come evidenzia la FIG. 1 che riporta l'evoluzione nei primi mesi della pandemia sulla base del numero cumulato di casi e di morti per 100.000 abitanti.



**FIG. 1 – Evoluzione del numero di casi e del numero di morti per 100.000 abitanti durante la prima fase della pandemia**



Note: nelle mappe i toni scuri indicano un maggior numero di casi o di morti per 100.000 abitanti; fonte dei dati: Eurostat

Dalla FIG. 1 possiamo trarre delle informazioni rilevanti per comprendere l'evoluzione iniziale della pandemia in Europa. In primo luogo, i tempi della pandemia non sono stati gli stessi per tutti gli SM, per esempio al 15 marzo solamente l'Italia e la Spagna cominciavano a vedere i primi effetti della pandemia, che successivamente si è diffusa in tutti gli SM. In secondo luogo, l'evoluzione della pandemia ha seguito direzioni differenti: alcuni paesi come la Germania, la Danimarca, la

Finlandia, il Portogallo ed i paesi dell'est Europa sono riusciti a contenere il numero di casi e/o il numero di morti durante la prima fase della pandemia; alcuni paesi come Italia e Spagna hanno avuto dei numeri elevati fin dall'inizio della pandemia; alcuni paesi come Belgio, Regno Unito, Irlanda e Svezia hanno sperimentato un forte incremento del numero dei casi e di morti nel giro di pochi mesi.

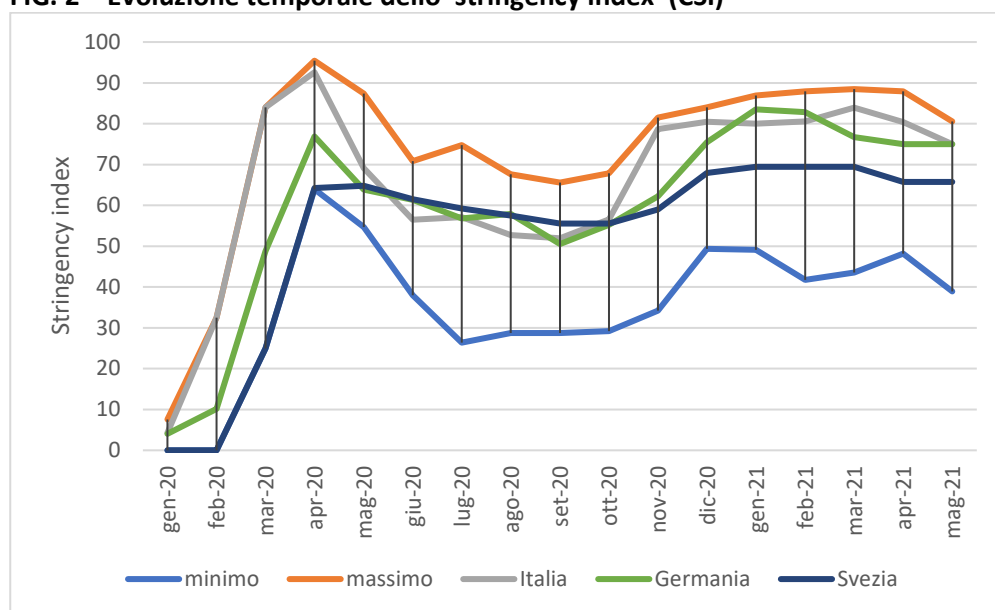


Diversi fattori possono aver influenzato l'evoluzione della pandemia; tra questi rientrano anche le politiche di risposta implementate dagli SM. All'inizio della pandemia, gli SM si sono mossi in maniera *disomogenea*, alcuni di loro hanno bloccato i voli provenienti dai paesi nel quale il contagio si era sviluppato, altri invece hanno aumentato i controlli negli aeroporti. Nel periodo successivo, vari SM hanno reintrodotti controlli alle frontiere limitando di fatto la libera circolazione delle persone all'interno dell'area Schengen.

Un ulteriore ambito nel quale le politiche nazionali si sono mostrate molto divergenti riguarda le *misure di contenimento*. Quale indicatore di riferimento per comparare le diverse politiche

degli SM in questo ambito è utile far riferimento al "*Covid-19 Stringency index*" (CSI) sviluppato dall'università di Oxford, il cui valore dipende da politiche quali, per esempio, la chiusura delle scuole, la chiusura dei posti di lavoro, i divieti di viaggio, la chiusura dei trasporti pubblici, la cancellazione degli eventi pubblici etc. (Hale et al, 2021). Nella FIG. 2 viene descritta l'evoluzione nel tempo del valore minimo e del valore massimo tra tutti gli SM del CSI. Inoltre, nel grafico è riportata l'evoluzione del CSI per tre SM il cui impatto della pandemia: è stato subito molto forte (Italia), è rimasto contenuto nella prima fase (Germania), è cresciuto velocemente nei primi mesi (Svezia).

**FIG. 2 – Evoluzione temporale dello 'stringency index' (CSI)**



Note: l'indice CSI può assumere dei valori da 0 a 100 e valori più alti significano maggiori misure di contenimento implementate; fonte dei dati: Hale et al. (2021)

Dalla figura si può notare come l'Italia, il paese maggiormente colpito dalla pandemia nella prima fase, è anche lo SM che ha da subito introdotto le

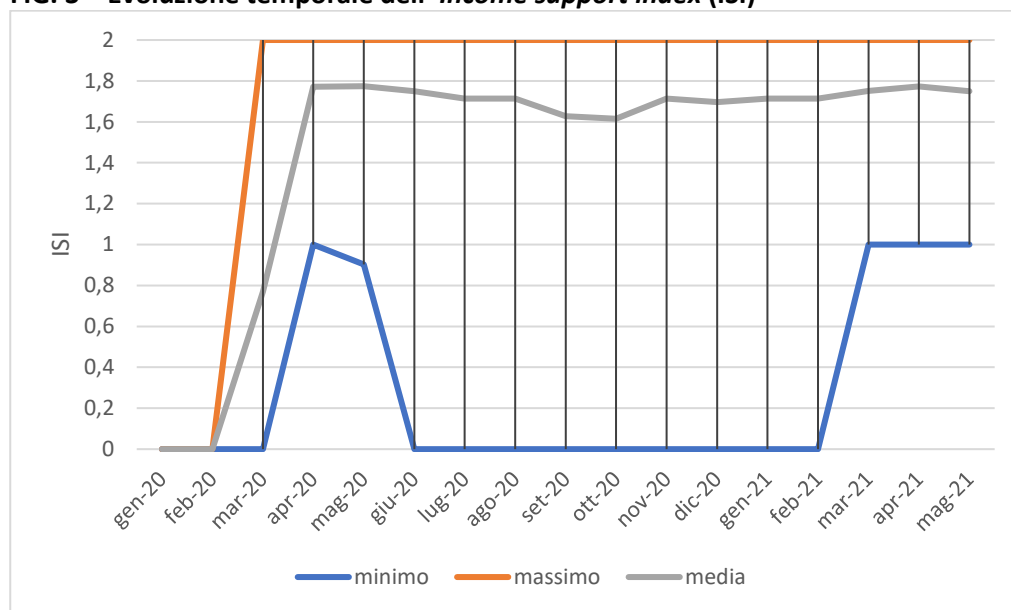
più alte misure di contenimento, mentre la Svezia è il paese che inizialmente ha limitato più degli altri queste misure. Tale evidenza può in parte



spiegare il più alto numero di casi registrati in Svezia nei primi cinque mesi del 2020 rispetto a SM come la Germania che hanno intrapreso politiche di contenimento più restrittive. Spostandoci nella parte centrale e finale del grafico, possiamo notare come nei mesi successivi ad aprile 2020 la divergenza tra le politiche di contenimento implementate dagli SM sia aumentata, infatti la differenza tra i valori massimi e minimi del CSI si è sempre mantenuta attorno ai 40 punti percentuali, un valore elevato se si considera che il CSI è un indicatore compreso tra 0 e 100.

Oltre al CSI, Hale et al (2021) hanno ricostruito altri indici, tra cui un indicatore per misurare le misure di sostegno al reddito implementate dagli SM: "l'Income Support Index" (ISI). Tale indicatore rileva se i governi abbiano introdotto e in quale misura dei sussidi a copertura dei salari persi o a sostegno del reddito per quelle persone che hanno perso il lavoro o che non possono temporaneamente lavorare a causa della pandemia. Nella FIG. 3 viene riportata l'evoluzione nel tempo del valore minimo, del valore medio e del valore massimo tra tutti gli SM dell'ISI.

**FIG. 3 – Evoluzione temporale dell' Income support index (ISI)**



Note: l'indice ISI può assumere valore 0 (nessun supporto al reddito), 1 (il governo copre meno del 50% del valore del salario perso), 2 (il governo copre il 50% o più del 50% del valore del salario perso); fonte dei dati: Hale et al. (2021)

Rispetto al CSI, l'ISI presenta meno variabilità; il valore medio dell'indice si avvicina molto al valore massimo, evidenza di come la maggior parte degli SM abbiano introdotto a partire fin dai primi mesi del 2020 un sostegno sostanziale ai redditi, che è stato poi mantenuto per tutto il periodo

considerato. Le uniche eccezioni riguardano la Lettonia e l'Estonia che hanno sospeso le misure di sostegno al reddito per alcuni mesi durante il periodo considerato.

### 1.3 La risposta dell'UE alla crisi pandemica



Di fronte alla crisi pandemica, la risposta dell'UE è stata inizialmente alquanto rallentata, anche a causa della mancanza di fondi e strumenti comuni adeguati ad affrontare una crisi di tali dimensioni. Superata la confusione iniziale, in deroga alle proprie competenze ordinarie in ambito sanitario, l'UE ha organizzato una risposta strutturata composta da strumenti esistenti ed innovativi, e basata su un ammontare di fondi notevolmente incrementato rispetto al passato. Come prima cosa, per facilitare la comunicazione tra gli SM, l'UE ha attivato il meccanismo dei "dispositivi integrati per la risposta politica alle crisi" (IPCR), uno strumento esistente dal 2013 e costruito sulla base dei "dispositivi di coordinamento nella gestione delle crisi e delle emergenze" (CCA), nati nel 2006 in seguito ad eventi drammatici quali gli attentati dell'11 settembre 2001, gli attentati dinamitardi a Madrid nel 2004 e a Londra nel 2005, lo tsunami del 2004 nell'Oceano Indiano. Rispetto ai CCA, gli IPCR sono maggiormente flessibili e adattabili alle circostanze, infatti a seconda della situazione esistono tre modalità applicative:

1. una modalità "monitoraggio" che prevede la condivisione tra gli SM delle informazioni relative alla crisi;
2. una modalità "condivisione delle informazioni" che richiede la stesura di relazioni analitiche e l'utilizzo di una piattaforma web dedicata per la condivisione di informazioni;
3. una modalità "piena attivazione" che integra le precedenti modalità

prevedendo l'organizzazione di riunioni straordinarie tra i maggiori attori coinvolti: la Commissione Europea, gli SM coinvolti, il Servizio Europeo per l'Azione Esterna (SEAE), agenzie dell'UE, il gabinetto del presidente del Consiglio europeo, esperti, ecc.

Per far fronte alla pandemia di Covid-19 gli IPCR sono stati attivati in modalità "condivisione delle informazioni" il 28 gennaio 2020 dalla presidenza croata del Consiglio europeo; questa ha poi aumentato il livello di attivazione passando alla modalità "piena attivazione" il 2 marzo 2020. Tale modalità è stata confermata dalle presidenze successive, tedesca e portoghese.

Grazie all'utilizzo di tali strumenti di coordinamento e sulla base del parere scientifico di esperti e dell'ECDC (*European Centre for Disease Prevention and Control*), l'UE ha predisposto un piano composto da *azioni* per una risposta immediata alla crisi sanitaria e politiche più a lungo termine destinate a rafforzare i sistemi sanitari nazionali ed attenuare l'impatto economico negativo della pandemia. Tra le politiche implementate dall'UE in risposta al Covid-19 rientra anche il piano di vaccinazione, che verrà trattato approfonditamente in seguito. Relativamente alla strategia per far fronte all'insorgere della crisi sanitaria, durante la prima fase della pandemia la Commissione europea ha adottato diverse misure, le più importanti delle quali sono riportate nella TAB. 1 suddivise per obiettivi.


**TAB. 1 – Misure sanitarie predisposte dalla Commissione europea durante la prima fase della pandemia**

Viaggi e Trasporti	Approvvigionamento e distribuzione di attrezzature mediche	Raccomandazioni ed orientamenti
Rimpatrio di mezzo milione dei cittadini dell'EU colpiti dalle restrizioni di viaggio dovute al coronavirus in tutto il mondo	Istituzione presso alcuni SM di una scorta di attrezzature mediche strategiche "RescEU" (mascherine, guanti, grembiuli, concentratori di ossigeno e ventilatori) acquistate con fondi europei	Raccomandazioni per le misure destinate alla collettività, come per esempio il distanziamento fisico
Orientamenti relativi alle misure per la gestione delle frontiere, ed in materie di rimpatrio e modalità di viaggio	Istituzione di una centrale di coordinamento finanziata dallo strumento di sostegno all'emergenza (ESI) allo scopo di individuare le forniture di farmaci disponibili per accelerare l'assegnazione e la distribuzione (oltre 15 mln di forniture mediche) agli SM con maggiore necessità	Orientamenti per un uso efficiente dei kit di analisi volti a testare la presenza del virus covid-19
Creazione di corsie verdi allo scopo di garantire la libera circolazione dei lavoratori e delle merci	Realizzazione di cinque appalti congiunti tra gli SM per l'approvvigionamento di attrezzature e dispositivi di protezione individuale (mascherine di tipo 2 e 3, guanti, occhiali, schermi facciali, mascherine chirurgiche e tute) al miglior prezzo possibile	Orientamenti per lo sviluppo di applicazioni mobili di tracciamento

Fonte: Rielaborazione propria delle informazioni presenti nei siti della Commissione Europea ([https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response\\_it](https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response_it)) e del Consiglio Europeo (<https://www.consilium.europa.eu/it/policies/ipcr-response-to-crises/>)

Oltre ad una strategia per far fronte all'emergenza, l'UE ha predisposto all'interno del prossimo bilancio settennale un piano europeo per la salute (EU4Health) di 9,4 mld di euro allo scopo di:

1. proteggere i cittadini dell'UE da future minacce transfrontaliere;

2. rafforzare la preparazione dell'UE e dei sistemi sanitari nazionali in caso di gravi minacce alla salute;
3. rendere disponibili a prezzi accessibili medicinali ed attrezzature mediche.

Al fine di perseguire tali obiettivi strategici, il piano prevede interventi specifici, quali:

- la creazione da parte dell'UE di riserve di forniture mediche e di personale ed



- esperti sanitari che possano essere mobilitati in caso di crisi;
- il rafforzamento del sistema di sorveglianza delle minacce della salute;
- un maggior sostegno ai sistemi sanitari nazionali per quanto concerne le attività di prevenzione, la trasformazione digitale e l'accesso all'assistenza sanitaria per i gruppi vulnerabili;

- la promozione dell'innovazione medica e farmaceutica e lo sviluppo di un sistema produttivo più attento all'ambiente.

Per quanto concerne le politiche destinate ad attenuare l'impatto economico negativo della pandemia, l'UE ha predisposto tre reti di sicurezza a favore di lavoratori, imprese e SM, che sono riassunte nella TAB. 2:<sup>4</sup>

**TAB. 2 – Politiche predisposte dall'UE per attenuare l'impatto economico della pandemia**

Politica	Destinatari	Importo	Strumento utilizzato
SURE ( <i>Support to mitigate Unemployment Risks in an Emergency</i> )	Gli SM per perseguire politiche volte al sostegno dell'occupazione durante la pandemia	Importo massimo 100 mld di euro	Prestiti a condizioni agevolate
Fondo di garanzia paneuropeo creato dalla Banca Europea degli Investimenti	Imprese (soprattutto PMI) con prospettive di solidità nel lungo termine	Fino a 200 mld di euro	Finanziamenti alle imprese
l'ESM PCS - <i>Pandemic Crisis Support</i> (Sostegno alla crisi pandemica del MES)	Gli SM	Fino a 240 mld di euro	Prestiti a condizione agevolate

Fonte: Rielaborazione propria delle informazioni presenti nel sito della Consiglio europeo (<https://www.consilium.europa.eu/it/policies/coronavirus/covid-19-economy/>)

Infine, è da sottolineare come il bilancio dell'UE per il periodo 2021-2027 sia totalmente incentrato sulla ripresa dalla crisi economica provocata dalla pandemia e preveda spese per circa 1.800 mld di euro, un aumento sostanziale rispetto ai circa 1.000 mld di euro previsti nel bilancio pluriennale precedente. Precisamente, il bilancio approvato dal Parlamento Europeo prevede:

- uno strumento europeo di emergenza per la ripresa (*Next Generation EU*) del valore

di 750 mld di euro il cui scopo sarà quello di sostenere subito gli investimenti là dove sono più necessari per la gestione della crisi;

- un quadro finanziario pluriennale del valore di 1.074,3 mld di euro che consenta di dare impulso alla transizione verde e digitale e di costruire un'economia più equa e resiliente.

<sup>4</sup> Per maggiori approfondimenti e discussioni sulle misure si veda Bordignon (2020).



#### 1.4 La strategia europea sui vaccini

Sulla preparazione alle strategie di vaccinazione anti Covid-19 e la distribuzione dei vaccini la Commissione europea ha predisposto un piano comune che non ha precedenti nella storia dell'UE in quanto a dimensioni e rilevanza, e che affida un ruolo centrale alle istituzioni europee.

La strategia predisposta dalla Commissione si basa su due pilastri (si veda il sito web Commissione Europea)<sup>5</sup>:

1. la predisposizione di accordi preliminari d'acquisto con i produttori dei vaccini per garantire la produzione di una quantità sufficiente di vaccini nell'UE;
2. lo sviluppo, l'autorizzazione e la distribuzione dei vaccini nel minor tempo possibile salvaguardando allo stesso tempo gli standard relativi alla loro qualità, sicurezza ed efficacia.

I vantaggi di una strategia comune a livello UE sono molteplici. Il primo vantaggio è riassunto molto bene dalla frase pronunciata dal commissario europeo per la salute, Vytenis Andriukaitis: "Le malattie non si fermano alle frontiere" (Quotidiano sanità, 2020). Tradotta in termini economici, questa affermazione rimanda all'esistenza di rilevanti effetti di spillover tra SM in presenza di epidemie e pandemie che non sono internalizzati dagli stati nel decidere le loro strategie di risposta o di vaccinazione.

Il secondo vantaggio è legato alla presenza di importanti economie di scala per quanto riguarda gli investimenti nello sviluppo, nella produzione e nell'approvvigionamento di un numero sufficiente

di vaccini. Una strategia al livello dell'UE consente di mettere in comune gli investimenti ottenendo notevoli risparmi di costo oltre che una migliore ripartizione dei rischi. In aggiunta ai vantaggi legati alla sfera dell'efficienza, la strategia comune si pone quale ulteriore obiettivo quello di non lasciare nessuno indietro, specialmente i MS più poveri o più piccoli che avrebbero affrontato notevoli difficoltà nel predisporre autonomamente una strategia di vaccinazione. A tal riguardo, la presidente della Commissione europea, Ursula von der Leyen, ha giustamente osservato: "Non posso nemmeno immaginare cosa sarebbe successo se un numero limitato di grandi SM si fosse affrettato nell'approvvigionamento dei vaccini lasciando i piccoli SM a mani vuote, cosa sarebbe significato per il nostro mercato interno e per l'unità dell'Europa" (discorso di Ursula von der Leyen al Parlamento europeo del 10 febbraio 2021).

Nello specifico, data la necessità di agire in tempi veloci, la Commissione fin da giugno del 2020 ha iniziato i negoziati con le aziende farmaceutiche per l'approvvigionamento dei vaccini, e parallelamente ha incominciato ad investire in capacità di produzione. L'UE ha deciso di investire preliminarmente in un'ampia dose di vaccini allo scopo di massimizzare le possibilità di sviluppare e distribuire vaccini efficaci. Ad oggi l'UE, tramite l'EMA (agenzia europea per i medicinali), ha autorizzato l'uso di quattro vaccini anti Covid: BioNTech-Pfizer, Moderna, Astrazeneca e Johnson & Johnson. Nella tabella che segue sono riportati tutti i contratti preliminari predisposti dalla Commissione con l'indicazione delle dosi promesse.

<sup>5</sup> [https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health\\_it](https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health_it)



**TAB. 3 – Accordi tra la Commissione europea e le aziende farmaceutiche per l’approvvigionamento dei vaccini**

Vaccino	Stato vaccino	Accordo preliminare	Eventuali contratti successivi
<b>BioNTech-Pfizer</b>	Approvato	200 mln di dosi più opzione per ulteriori 100 mln di dosi poi esercitata	200 mln di dosi più opzione per ulteriori 100 mln di dosi; accordo per 4 mln di dosi supplementari
<b>Moderna</b>	Approvato	80 mln più opzione per ulteriori 80 mln di dosi poi esercitata	150 mln di dosi per il 2021 e 150 mln di dosi per il 2022
<b>Astrazeneca (ora Vaxzevria)</b>	Approvato	300 mln più opzione per ulteriori 100 mln di dosi non esercitata	
<b>Johnson &amp; Johnson</b>	Approvato	200 mln di dosi più opzione per acquisto da parte di SM di ulteriori 200 mln di dosi	
<b>Sanofi-GSK</b>	In via di sviluppo	300 mln di dosi	
<b>CureVac</b>	In via di sviluppo	225 mln di dosi più opzione per ulteriori 180 mln di dosi	

Fonte dati: Commissione europea

Considerando tutti gli accordi preliminari, l’UE si è garantita la fornitura di circa 2,6 mld di dosi allo scopo sia di vaccinare i cittadini europei che di aiutare, tramite donazioni, i paesi extra-UE più vulnerabili.

Nell’applicazione, il piano predisposto dalla Commissione ha mostrato numerosi limiti (successivamente ammessi dalla stessa presidente Ursula von der Leyen). In particolare, l’UE è stata: troppo lenta nell’approvare i vaccini anti Covid, troppo ottimistica nello stimare le capacità produttive dell’Unione, troppo fiduciosa che le dosi sarebbero state fornite nei tempi previsti (discorso di Ursula von der Leyen al Parlamento europeo del 10 febbraio 2021). Nei mesi successivi la Commissione ha messo in atto delle manovre correttive per rilanciare la campagna vaccinale e ad oggi l’EU ha recuperato gran parte del terreno perduto, riuscendo a vaccinare la maggior parte

delle persone più vulnerabili e circa il 45% della popolazione adulta con almeno una dose di vaccino (sito web ECDC, 31 maggio 2021)<sup>6</sup>. Inoltre, grazie alla strategia comune è stato possibile ottenere notevoli risparmi di costo, standard di qualità elevati e un’equa distribuzione delle dosi tra gli SM.

In un’ottica futura, è però necessario comprendere meglio cosa non ha funzionato, in particolare per quanto riguarda la capacità produttiva di vaccini anti Covid all’interno dell’UE. Stando ai dati presentati dal Global Market Vaccine Report, nel 2019 circa il 20% delle dosi di vaccini distribuite in tutto il mondo era prodotto nel continente europeo (Lo Turco, 2021). Di conseguenza, di fronte alla pandemia, le potenzialità produttive iniziali dell’UE erano elevate; è tuttavia mancato un adeguato sostegno agli investimenti volti ad espandere o riconvertire

6

<https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab>





la produzione a favore dei vaccini. La strategia dell'UE si è infatti focalizzata sulla stesura di accordi di acquisto con le case farmaceutiche, mentre i fondi destinati all'ampliamento della capacità produttiva interna sono stati limitati se confrontati, per esempio, alle ingenti somme messe in capo dal governo statunitense.

Negli Stati Uniti un ruolo chiave lo ha svolto il "Biomedical Advanced Research and Development Authority" (BARDA), un'istituzione federale istituita al preciso scopo di prepararsi e di rispondere a emergenze sanitarie come l'attuale pandemia. Tramite questa istituzione, gli Stati Uniti non hanno semplicemente acquistato vaccini, ma hanno sussidiato ed investito nelle varie fasi del processo di sviluppo, produzione e distribuzione degli stessi, garantendosi in questo modo un accesso prioritario ai vaccini prodotti internamente rispetto al resto del mondo (Lo Turco, 2021).

D'altra parte, l'UE non aveva né la capacità di spesa degli Stati Uniti né il necessario grado di autonomia per avviare un piano di tali dimensioni, ed ha quindi utilizzato gli strumenti a propria disposizione cercando di ottenere ciò che gli SM richiedevano, cioè il maggior numero possibile di dosi al minor costo e nel minor tempo possibile. La stessa presidente della Commissione europea ha ammesso tale carenza durante un'intervista a *Financial Times*: "Gli Stati Uniti hanno un forte vantaggio dall'avere il BARDA... Questa è un'infrastruttura che l'Europa non ha mai avuto" (*Financial Times*, 28 febbraio 2021). Nel corso dell'intervista, la presidente non si è fermata qui, ma ha prospettato la costruzione di un'istituzione simile anche in Europa per il futuro.

## **2. Verso una ridefinizione dell'attribuzione delle competenze tra SM e UE**

In conclusione, le politiche di contrasto alla pandemia messe in atto dagli SM e dall'UE

mettono in evidenza sia aspetti positivi che numerose difficoltà. Tra gli aspetti positivi c'è da sottolineare come, a differenza di altre due crisi (economiche) importanti, la crisi internazionale del 2008-9 e quella dell'euro del 2010-12, una risposta comune dell'UE questa volta c'è stata ed è stata importante, sia sul piano sanitario che su quello economico. L'avvio di una strategia comune di vaccinazione ha aperto la strada per un ruolo dell'UE in campo sanitario che non sia più semplicemente di supporto alle politiche degli SM. Il nuovo interesse dell'UE verso la sanità è confermato dal bilancio 2021-2027 dove sono stati destinati 5,1 mld di euro alla funzione salute (*EU4Health*), un aumento esponenziale rispetto a quanto previsto nel bilancio precedente. Tuttavia, se qualcosa ha cominciato a cambiare, molto rimane ancora da fare. Prendendo spunto dagli insegnamenti della pandemia, di seguito riportiamo alcune proposte di revisione delle politiche al livello dell'UE.

### *1 – Centralizzare al livello dell'UE le politiche di prevenzione e preparazione alle pandemie.*

Come si è visto, a causa della presenza di elevati effetti di spillover ed economie di scala, il livello di investimento in prevenzione degli SM è molto inferiore a quello che sarebbe ottimale da un punto di vista sociale. La centralizzazione delle competenze in questo campo a livello europeo consentirebbe di internalizzare gli effetti di spillover e consentirebbe di realizzare notevoli risparmi nei costi di implementazione delle politiche.

### *2 – Centralizzare al livello dell'UE le politiche di approvvigionamento di materiale sanitario durante le pandemie.*

Durante la pandemia da Covid-19, i governi si sono trovati in competizione tra loro per l'approvvigionamento di materiale sanitario. Tale situazione ha determinato un forte aumento dei prezzi ed i paesi più piccoli e con meno potere



contrattuale sono stati penalizzati. Inoltre, a causa del blocco delle esportazioni, si sono verificate situazioni in cui alcuni paesi avevano materiale in eccesso rispetto alla reale domanda, mentre altri si trovavano in una situazione di necessità.

L'avvio di procedure di approvvigionamento comuni a livello europeo consentirebbe di ottenere 1) prezzi maggiormente vantaggiosi grazie alle economie di scala e ad un maggior potere contrattuale, 2) un equo trattamento per tutti gli SM indipendentemente dalla loro dimensione, e 3) un'efficiente distribuzione del materiale verso i paesi con maggior necessità (OECD, 2020; Parlamento europeo, 2021). Durante la pandemia da Covid-19 sono state avviate alcune aste comuni dall'UE per l'approvvigionamento di materiale sanitario per conto degli SM. Tali procedure dovrebbero diventare il principale strumento per l'acquisto di materiale sanitario all'interno dell'UE.

### *3 – Centralizzare al livello dell'UE la ricerca e l'innovazione in ambito sanitario*

La pandemia ha reso evidente come la ricerca in ambito sanitario sia fortemente influenzata dalle esigenze delle industrie farmaceutiche, organismi privati che non sempre mettono al primo posto l'interesse pubblico. A tal riguardo è utile ricordare la recente iniziativa del presidente degli Stati Uniti, Joe Biden, che ha proposto la sospensione della proprietà intellettuale sui vaccini anti-Covid, un tema ripreso da diversi esponenti politici europei. Un progetto di tale portata richiederebbe necessariamente un notevole investimento pubblico in ambito sanitario e la creazione di nuove istituzioni pubbliche per la conduzione dei test clinici sui nuovi vaccini (Denicolò, 2021). La centralizzazione al livello dell'UE di tali investimenti consentirebbe di ridurre gli alti costi della ricerca sanitaria e di evitare l'inutile duplicazione di istituzioni pubbliche in ambito europeo.

Per rendere concrete le tre proposte appena descritte, proponiamo di seguito anche due *suggerimenti operativi* di cui già si sta discutendo all'interno delle istituzioni europee.

### *1 – Costituzione di un'autorità dell'UE per la preparazione e risposta alle emergenze sanitarie (HERA - Health emergency preparedness and response authority).*

Come si è visto, questa proposta è già stata avanzata dalla stessa presidente della Commissione europea. Il compito di tale istituzione, in linea con quanto previsto per la *BARDA* statunitense, sarebbe quello di: rafforzare la produzione di vaccini nella UE incentivando le relazioni tra settore pubblico e privato, stimolare la ricerca e lo sviluppo di vaccini e farmaci, prevenire ed anticipare le minacce future di pandemia, sviluppare nuove contromisure per fronteggiare le crisi sanitarie.

### *2 – Modifica dei trattati comunitari disciplinanti la distribuzione delle competenze tra SM ed UE.*

Resta tuttavia il problema che tutte le precedenti proposte rischiano di risultare inefficaci se non introdotte all'interno di un quadro normativo coerente che garantisca all'UE più poteri decisionali e maggiore autonomia dagli SM. Durante la pandemia molte regole previste dai trattati sono state sospese o riadattate per fronteggiare l'emergenza sanitaria ed economica. Rendere queste *modifiche permanenti*, per esempio attribuendo una capacità fiscale autonoma alla UE che le consenta di agire più rapidamente a fronte di rilevanti crisi sanitarie o economiche, richiederebbe anche una revisione dei trattati. Si tratta di una sfida difficile, vista la necessità di mettere d'accordo tutti i 27 SM, ma di una sfida necessaria per rendere possibile la realizzazione delle proposte elencate in precedenza.



### Riferimenti bibliografici

- Alesina, A., Tabellini, G., and Trebbi, F., (2017) "Is Europe an optimal political area?", National Bureau of Economic Research, No. w23325
- Boadway, R., and Tremblay, J., (2012) "Reassessment of the Tiebout model", *Journal of Public Economics*, (96) 11/12, 1063–1078
- Bordignon, M., (2020) "La crisi pandemica e il futuro delle istituzioni europee", *Osservatorio Monetario* 2/2020 – Università Cattolica del Sacro Cuore
- Commissione europea, (2019) Report on the functioning of the European carbon market
- Denicolò, V., (2021) "Chi investe nei vaccini senza brevetto?", *Lavoce.info*, <https://www.lavoce.info/archives/74243/chi-investe-nei-vaccini-senza-brevetto/>
- Hale, T., Angrist, N., Goldszmidt, R. et al., (2021) "A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker)", *Nat. Hum. Behav.* 5, 529–538. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01079-8>
- Financial Times, (2021) "EU must prepare for 'era of pandemics', von der Leyen says", 28 febbraio 2021, <https://www.ft.com/content/fba558ff-94a5-4c6c-b848-c8fd91b13c16>
- Lo Turco, A., (2021) "La corsa ai vaccini si vince con la complessità", *Lavoce.info*, <https://www.lavoce.info/archives/72101/la-corsa-ai-vaccini-si-vince-con-la-complessita/>
- Oates, W. E., (1972) *Fiscal Federalism*, New York, Harcourt Brace Jovanovich
- Oates, W. E., (2005) "Toward a second-generation theory of fiscal federalism", *International Tax and Public Finance*, 12, 349–373
- OCSE, (2020) "Public Procurement and Infrastructure Governance: Initial policy responses to the Coronavirus (COVID-19) crisis"
- Parlamento europeo, (2020) "Improving the quality of public spending in Europe - Budgetary 'waste rates' in EU Member States", EPRS, European Parliamentary Research Service
- Quotidianosanità, (2020) "Vaccini. "Le malattie non si fermano alle frontiere". Dal Portale europeo alle strategie condivise. L'Ue lancia un'azione comune per aumentare le coperture", [http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=65184](http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=65184)
- Tiebout, C. M., (1956) "A pure theory of local expenditures", *Journal of Political Economy*, (64)5, 416–242