

ELISABETH ALBER, ERIKA ARBAN, PAOLO COLASANTE, ADRIANO DIRRI E
FRANCESCO PALERMO*

Affrontare la pandemia. Il “federalismo sanitario” funzionale dell'Italia e la cooperazione disfunzionale**

SOMMARIO: 1 Introduzione. – 2. Il quadro costituzionale e giuridico. – 2.1. Il riparto delle competenze. – 2.2. Il riparto delle competenze in materia di salute. – 2.3. La dichiarazione dello stato di emergenza o di calamità. – 3. Gli strumenti per fronteggiare un disastro di portata nazionale: il quadro istituzionale. – 4. Le prime misure di contrasto all'emergenza. – 4.1. I provvedimenti iniziali e i loro effetti. – 4.2. Le misure nazionali. – 4.3. Le misure regionali. – 4.4. Le misure comunali. – 4.5. Le relazioni intergovernative. – 4.6. Le relazioni fiscali intergovernative. – 5. Conclusioni e implicazioni politiche. – Bibliografia.

1. Introduzione

L'Italia è stata duramente colpita dalla pandemia Covid-19, con un numero sproporzionatamente alto di contagi e un ancor più alto tasso di mortalità (a causa del gran numero di persone anziane decedute). Al 31 ottobre 2020, 709.335 persone su una popolazione di circa 60 milioni erano state contagiate, con 38.826 decessi. L'impatto della prima ondata del contagio è stato estremamente disomogeneo nelle regioni italiane, con la maggior parte dei casi concentrati in una manciata di regioni urbanizzate e industrializzate nel nord del paese. Durante la seconda ondata, nell'autunno 2020, la diffusione del virus è stata invece più uniformemente distribuita nelle varie zone.

Quando la pandemia ha raggiunto il paese nel gennaio 2020, l'assetto territoriale ibrido dell'Italia, a metà tra un sistema federale a tutti gli effetti e uno stato unitario, stava affrontando delle riforme volte a rafforzare il suo sistema regionale e locale. Sebbene la discussione su tali

* Elisabeth Alber è Ricercatrice Senior nell'Istituto di studi federali comparati, Eurac Research, Bolzano; Erika Arban è Post-doctoral Research Fellow, Laureate Program in Comparative Constitutional Law, Melbourne Law School, Australia; Paolo Colasante è Ricercatore ISSiRFA-CNR, Roma; Adriano Dirri è Dottore di ricerca in Diritto pubblico, comparato e internazionale, Università degli Studi di Roma - La Sapienza; Francesco Palermo è Professore Ordinario di Diritto pubblico comparato nell'Università di Verona e Direttore dell'Istituto di studi federali comparati, Eurac Research, Bolzano.

** Articolo sottoposto a referaggio. Il presente contributo, aggiornato al 31 ottobre 2020, riprende, con adattamenti e rivisitazioni, il capitolo pubblicato dagli Autori sul volume curato da N. Steytler, *Comparative Federalism and Covid-19 – Combating the Pandemic*, Routledge 2021 (link: <https://www.routledge.com/Comparative-Federalism-and-Covid-19-Combating-the-Pandemic/Steytler/p/book/9780367763961>). Si segnala infine che nel contributo, frutto della congiunta collaborazione tra gli Autori, possono attribuirsi a Elisabeth Alber e Erika Arban i paragrafi 2.1, 2.2, 4.3 e 4.5; a Paolo Colasante il paragrafo 2.3; a Paolo Colasante e Adriano Dirri il paragrafo 4.2; ad Adriano Dirri il paragrafo 4.4; a Elisabeth Alber i paragrafi 3, 4.1 e 4.6; a Francesco Palermo l'introduzione e le conclusioni di cui ai paragrafi 1 e 5). Gli Autori ringraziano il dott. Omar Pallotta per il prezioso aiuto nella traduzione.

riforme sia stata sospesa a causa dell'emergenza, si sono comunque sollevate preoccupazioni tali da generare proposte di contro-riforma, non da ultimo in quanto la gestione della pandemia ha messo a nudo tre questioni.

In primo luogo, i meccanismi di cooperazione tra i livelli di governo e al loro interno sono carenti e sottoutilizzati; in secondo luogo, sebbene le 20 regioni italiane siano titolari di un'ampia gamma di poteri, anche in materia sanitaria, in molti casi esse non hanno la capacità di affrontare una grave crisi; in terzo luogo, i problemi di insufficiente capacità affliggono anche il sistema di governo locale del paese, molto vario e frammentato.

Questo contributo analizza gli strumenti giuridici messi in campo a livello nazionale (statale), subnazionale (regionale) e comunale per affrontare l'emergenza Covid-19. Cerca di identificare come le diverse misure e i diversi attori nella gestione della pandemia si relazionino tra loro e sottolinea le incoerenze e le sinergie così come il loro impatto sul regionalismo asimmetrico italiano. Le diverse risposte dei territori hanno rivelato sia il potenziale della *governance* territoriale asimmetrica del Paese sia le debolezze del suo sistema incompleto e quasi-federale, soprattutto per quanto riguarda il poco chiaro riparto delle competenze e l'inadeguatezza delle relazioni tra i vari livelli di governo (IGR, *intergovernmental relations*).

2. Il quadro costituzionale e giuridico

2.1. Il riparto delle competenze

Il modello regionale è asimmetrico e riflette le numerose diversità socioeconomiche, culturali, geografiche e di altro tipo che caratterizzano il Paese. Delle 20 regioni, cinque – Friuli-Venezia Giulia, Sardegna, Sicilia, Trentino-Alto Adige/Südtirol e Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste – sono titolari di forme speciali di autonomia in termini di forma di governo, distribuzione dei poteri legislativi e amministrativi e disposizioni finanziarie. Queste caratteristiche sono radicate nei loro statuti di autonomia, che sono stati negoziati bilateralmente con il governo nazionale e hanno rango di legge costituzionale (a differenza di quelli delle regioni ordinarie). L'articolo 116, comma 2, della Costituzione stabilisce inoltre che il Trentino-Alto Adige/Südtirol “è composto dalle province autonome di Trento e Bolzano/Bozen”. A differenza di altre regioni, nel Trentino-Alto Adige/Südtirol, la maggior parte dei poteri è attribuita alle due province autonome e non alla regione (il che comporta la presenza di due sistemi sanitari in una sola regione).

La riforma costituzionale del 2001 ha cercato di ridurre il divario tra regioni speciali e ordinarie. In questo quadro, l'articolo 116, comma 3, della Costituzione, introdotto nel 2001, permette alle regioni ordinarie di negoziare “ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia” con il governo nazionale; cammino, questo, intrapreso in particolare da tre regioni: Lombardia Veneto ed Emilia-Romagna. Questo processo, noto come “regionalismo differenziato”, comporterebbe un'ulteriore regionalizzazione delle competenze in materia sanitaria, consentendo, ad esempio, la possibilità di adattare i percorsi formativi alle esigenze locali, oltre che la creazione e la gestione di regimi assicurativi sanitari complementari (Grazzini et al. 2019).

La ripartizione delle competenze legislative tra legislatore nazionale e regioni ordinarie è sancita dall'articolo 117 Cost., il cui comma 2 elenca le materie di competenza esclusiva dello Stato. Dal canto proprio, l'articolo 117, comma 3, enumera le competenze ripartite tra lo Stato e le regioni. Nell'ambito di tali materie condivise, le competenze legislative sono attribuite alle regioni, mentre i principi fondamentali che regolano tali competenze sono stabiliti dalla legislazione nazionale. Le regioni godono poi di competenze residuali in virtù dell'articolo 117, comma 4, della Costituzione. Questa ripartizione delle competenze legislative si applica solo alle regioni ordinarie, poiché in linea di principio le competenze delle regioni autonome sono precisate nei loro statuti di autonomia.

Nella pratica, l'autonomia regionale è poi condizionata dalle relazioni finanziarie che ogni regione o ente ha con lo Stato centrale. Le regioni speciali sono finanziate in modo diverso rispetto alle regioni ordinarie: ogni regione speciale gode di un regime finanziario negoziato bilateralmente, basato su una quota delle imposte statali riferibili al territorio (dal 25% al 90%), mentre le regioni ordinarie dipendono in gran parte dallo Stato. Tale asimmetria si riflette anche nelle modalità di finanziamento del livello di governo locale: le regioni speciali del nord gestiscono la finanza locale, mentre in Sicilia e in Sardegna la finanza locale rimane in capo allo Stato centrale.

2.2. Il riparto delle competenze in materia di salute

L'articolo 32 della Costituzione tutela il diritto alla salute, disponendo che “[l]a Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività (...)”. La legge n. 833/1978 ha introdotto la copertura sanitaria universale, fornendo un accesso uniforme e paritario al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (Cicchetti e Gasbarrini 2016).

Il SSN è organizzato a livello nazionale, regionale e locale e prevede un'intricata rete di responsabilità. La tutela della salute è una competenza condivisa tra Stato e regioni per il tramite di un accordo in virtù del quale il primo “stabilisce i principi e gli obiettivi fondamentali del sistema sanitario, determina il pacchetto di prestazioni di base dei servizi sanitari garantiti in tutto il Paese (...) e assegna i fondi nazionali alle regioni” (Scaccia e D'Orazio 2020: 109). Le regioni, a loro volta, “sono responsabili dell'organizzazione e dell'erogazione dell'assistenza sanitaria” (Cicchetti e Gasbarrini 2016: 1). A livello locale, le autorità sanitarie locali erogano direttamente i servizi sanitari di comunità e l'assistenza primaria, mentre l'assistenza secondaria e specialistica viene fornita direttamente attraverso ospedali pubblici e strutture private accreditate.

Questo assetto ha dato vita a 21 sistemi sanitari regionali, tutti piuttosto diversi per efficacia nell'erogazione dei servizi e per l'efficienza con cui operano. A tal proposito, esiste un'alta mobilità di pazienti tra le regioni lungo l'asse nord-sud, mentre il governo nazionale agisce come un “guardiano” (finanziario) imponendo politiche correttive basate su una serie di indicatori per tutte quelle regioni che non sono in grado di garantire il pacchetto di prestazioni di base dei servizi sanitari. Recentemente, alcune regioni del centro-sud sono state oggetto di piani di risanamento che includono azioni per affrontare le determinanti strutturali dei costi (Toth 2014).

A partire dal 2001, diverse regioni hanno fatto scelte differenti riguardo ai loro modelli di *governance* in ambito sanitario, modelli che vanno da quelli fortemente centralizzati, come in Toscana, a quelli fortemente privatizzati, come in Lombardia. Quest'ultima ha optato per un modello c.d. di scelta e concorrenza (Nutti et al. 2016: 18-19), mentre la Toscana (seguita da altre regioni come Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia e Veneto) ha adottato un modello che combina gerarchia e obiettivi, *ranking* pubblico trasparente e *pay for performance* (*ibidem*: 21-2). Da un punto di vista sostanziale, si è quindi ritenuto che negli ultimi 10-15 anni il SSN si sia fortemente decentralizzato anche se questa evoluzione non è ancora riconosciuta formalmente (Neri 2019: 166).

2.3. La dichiarazione dello stato di emergenza o di calamità

La Costituzione italiana non include alcuna specifica disposizione in materia di emergenza, ma l'articolo 77 consente al governo nazionale di legiferare, senza previa delega del Parlamento, in casi di "necessità e urgenza".

La dichiarazione dello stato di emergenza per motivi di salute pubblica è poi regolata nella legislazione ordinaria dall'articolo 24 del Codice di protezione civile. Il Codice, tuttavia, non definisce i poteri che il governo nazionale può esercitare in stato di emergenza, né autorizza a limitare le libertà fondamentali. Esso indica semplicemente il tipo di eventi emergenziali che possono attivare i poteri di protezione civile a livello locale, regionale o statale.

Nel caso del Covid-19, la natura della minaccia ha richiesto l'uso dei poteri della protezione civile nazionale. Oltre alle misure speciali adottate con i Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, il capo del Dipartimento della Protezione Civile (DPC) è stato investito del potere di emettere ordinanze speciali in deroga a qualsiasi disposizione vigente e nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento giuridico (ordinanze straordinarie di necessità e urgenza) (Raffiotta 2020). Pur avendo natura amministrativa, entrambi questi atti possono derogare a disposizioni legislative: in tal modo, si sono introdotti strumenti giuridici in grado di intervenire in qualsiasi momento.

3. Gli strumenti per fronteggiare un disastro di portata nazionale: il quadro istituzionale

In Italia, le responsabilità della protezione civile non sono assegnate a un singolo livello di governo, ma coinvolgono l'intera organizzazione territoriale. Sebbene il paese sia frequentemente esposto a rischi naturali, il sistema di protezione civile attualmente in vigore è stato fondato solo all'inizio degli anni '90. Nel 1992, la legge n. 225 ha istituito il sistema di Protezione Civile, dividendo le sue azioni in tre categorie (art. 3): previsione e prevenzione, soccorso e assistenza, gestione dello stato di emergenza e programmi di risanamento.

Fin dalla sua nascita, quello della Protezione Civile è stato un sistema integrato basato sui principi di sussidiarietà verticale e orizzontale e che comporta quindi il coinvolgimento di tutti i livelli di governo e di molti attori attraverso (con un contingente altamente mobile di volontari). All'interno del sistema di protezione civile, le regioni e i governi locali, nella cornice della regolamentazione-quadro nazionale, formulano e attuano i propri programmi di

emergenza e trasmettono i dati al DPC come braccio operativo del governo nazionale. Nel 2010, l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) ha dato una valutazione positiva a questo sistema decentralizzato, soprattutto per quanto riguarda il monitoraggio dei rischi e la capacità di efficienti azioni di prima risposta sul posto in caso di terremoti. Tuttavia, in termini di emergenze sanitarie, in assenza di emergenze gravi negli ultimi cinque decenni prima del Covid-19, l'Italia non è mai stata messa alla prova e le sue autorità hanno trascurato di aggiornare i loro piani pandemici.

A livello nazionale, quando il Covid-19 è entrato in scena il DPC è stato di conseguenza costretto ad attuare il piano nazionale contro le pandemie del 2006. A differenza di altri Stati membri dell'Unione europea (UE), le autorità italiane non hanno aggiornato il loro piano pandemico nel 2017, quando l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie hanno pubblicato nuove linee guida. Di conseguenza è agevole intuire che le autorità sanitarie non hanno potuto far altro che applicare piani pandemici regionali obsoleti.

Anche se in misura diversa da una regione all'altra, questa mancanza di preparazione – piuttosto che il decentramento – ha compromesso l'efficacia delle risposte all'emergenza nella prima metà del 2020. Mancavano le risorse per affrontare la pandemia (per esempio, i dispositivi di protezione personale), così come i protocolli di prevenzione del rischio nelle strutture di assistenza e la capacità di effettuare test di massa e tracciare i contatti. La condivisione intergovernativa dei dati era e rimaneva carente; i diversi sistemi territoriali erano e rimangono scarsamente interconnessi e coordinati. Tutte queste problematiche hanno scatenato numerosi contrasti tra le regioni settentrionali e meridionali e alla fine si sono trasformate in un'intensa battaglia politica, in cui il debole governo di coalizione è rimasto invischiato e che ha gettato la propria ombra sulla politica regionale.

4. Le prime misure di contrasto all'emergenza

4.1. I provvedimenti iniziali e i loro effetti

Colta alla sprovvista, nella gestione della pandemia l'Italia ha seguito un "percorso di mitigazione" graduale piuttosto che un "percorso di contenimento". Ha cercato di smorzare l'impatto della pandemia sul sistema sanitario e la conseguente mortalità all'interno di un sistema territoriale che, in ragione di dinamiche prettamente politiche, tipicamente non beneficia di capacità di apprendimento intergovernativo istituzionale. Nel complesso, la risposta italiana alla pandemia è stata compromessa principalmente da tre problematiche: in primo luogo, la moderata o scarsa capacità del governo nazionale di attuare le sue decisioni in modo collaborativo e di lanciare rapidamente i pacchetti di soccorso e risanamento; in secondo luogo, un *policy-making* incoerente e poco basato sull'evidenza scientifica; in terzo luogo, schemi di relazioni tra livelli di governo carenti (Capano 2020: 327-30).

Sebbene gli esperti avessero avvertito la gravità dell'epidemia di coronavirus fin dall'inizio del 2020, il governo nazionale non è stato in grado di contenere il virus nella sua fase iniziale. È stato solo a partire dall'inizio di marzo 2020 – in seguito alle raccomandazioni dell'Istituto Nazionale di Sanità (ISS) e di un comitato di esperti *ad hoc*, tra cui il presidente dell'ISS, formato

il 5 febbraio – che un imponente numero di misure è stato adottato a livello nazionale. Il comitato di esperti sarebbe stato integrato più volte, mentre la sua rappresentanza di genere è stata migliorata (inizialmente era solo maschile). Numerose altre *task force* sono state istituite nei singoli ministeri e a livello sub-nazionale.

Dal 18 marzo 2020, un commissario speciale nominato dal governo nazionale ha coordinato tutte le azioni. Per esempio, fino alla fine di aprile, il comitato di esperti aveva stabilito dei criteri per la somministrazione dei tamponi (destinati per lo più solo alle persone che presentassero sintomi dell'infezione), che sono diventati controversi. In particolare, la regione Veneto rifiutava tale approccio a favore di test di massa e misure di tracciamento (Lavezzo et al. 2020). Con il senno di poi, il Veneto è un esempio di come l'autonomia organizzativa regionale in ambito sanitario abbia dato buoni risultati rispetto ad altre regioni come la Lombardia (sebbene anche quest'ultima avesse la medesima guida politico-partitica). In generale, la gestione della pandemia è stata, fin dall'inizio, coinvolta in un rimpallo di responsabilità tra livelli di governo e tra maggioranza e opposizione, che si è sviluppato nel contesto di una situazione politica già instabile, derivante dalle elezioni politiche del 2018, che hanno dato luogo a un inedito governo di coalizione guidato dall'indipendente Giuseppe Conte, che non aveva mai ricoperto prima un incarico politico.

Dopo mesi di contrasti interni, nell'agosto 2019 il governo di coalizione è entrato in crisi quando il partito della Lega si è ritirato dall'alleanza e allora la principale forza politica del momento (il Movimento 5 Stelle) ha fondato una nuova alleanza politica con il Partito Democratico (e altri partiti minori), così dando vita a un nuovo governo di coalizione, sempre sotto la guida del Presidente del Consiglio Giuseppe Conte.

Quest'ultima alleanza, composta da forze politiche tradizionalmente rivali, ha dovuto fronteggiare l'emergenza pandemica nell'anno 2020 e i sondaggi di allora hanno mostrato un aumento del sostegno popolare ai partiti di opposizione di centro-destra. Peraltro, si verificavano contrasti anche all'interno della coalizione di maggioranza e le divergenze sulle misure di contrasto alla pandemia e sulla gestione delle risorse legate al *Recovery Fund* dell'UE hanno continuato a indebolire il governo di coalizione, sino a giungere a una nuova crisi di governo all'inizio del 2021, le cui conseguenze hanno rappresentato la fine del secondo governo di Giuseppe Conte, a cui è succeduto Mario Draghi, sostenuto da quasi tutti i partiti politici in Parlamento.

Anche le risposte politiche a livello regionale sono state caratterizzate da dinamiche politiche alquanto volatili. Alcune regioni hanno preso l'iniziativa, esprimendo chiaramente le loro strategie per contenere la pandemia; tuttavia, le alleanze di partito da sole non sono state sufficienti a dare un'indicazione o a prevedere l'efficacia o meno delle strategie adottate. In generale, molti fattori determinano in che misura le prassi di governo regionali (e locali) dipendano e siano influenzate dalla situazione politica nazionale. I fattori più importanti a tal riguardo sono le differenze nella capacità fiscale di ciascun ente; le differenze nei modelli di assistenza sanitaria e le capacità dell'amministrazione regionale (nel caso della pandemia in oggetto); e le differenze nella personalità e nel carattere dei leader politici regionali (tutti, tranne due presidenti, sono eletti direttamente).

Dopo le elezioni regionali del 2020 (Emilia-Romagna e Calabria hanno votato il 26 gennaio e Valle d'Aosta, Veneto, Liguria, Toscana, Marche, Campania e Puglia il 20-21 settembre), il centrosinistra ha mantenuto cinque regioni, mentre il centrodestra ha conservato 14 regioni (tra cui la provincia autonoma di Trento, guidata dalla Lega). La Valle d'Aosta e la provincia autonoma di Bolzano/Bozen sono guidate da partiti politici autonomisti. In breve, le elezioni di settembre hanno visto le vittorie di quei presidenti che si sono distinti durante la prima ondata di contagi, come Luca Zaia della Lega in Veneto.

4.2. Le misure nazionali

Il 31 gennaio 2020, un giorno dopo che l'OMS aveva definito l'epidemia da Covid-19 un'emergenza pubblica di interesse internazionale, il governo italiano ha dichiarato lo stato di emergenza. I primi casi di contagio nel Paese sono stati segnalati il 17 febbraio in due piccole città della Lombardia e del Veneto. In quel momento, la strategia nazionale era di contenere la pandemia con ordinanze locali. Allo stesso modo, un'ordinanza regionale che introduceva misure di quarantena è stata adottata il 21 febbraio in relazione a focolai di coronavirus in alcuni comuni della Lombardia.

Quando il coronavirus ha iniziato a diffondersi rapidamente, il governo nazionale ha adottato i decreti legge nn. 6 e 19 del 2020, che hanno rimesso a Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri l'adozione delle misure di contenimento della pandemia, pur senza escludere altresì l'intervento delle autorità sub-nazionali (regionali e locali) mediante ordinanze straordinarie di necessità e urgenza.

Per quanto riguarda le chiusure, una serie di decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) sono stati adottati dal 23 febbraio al 4 marzo 2020 con l'obiettivo di inasprire gradualmente le misure restrittive per il contenimento della pandemia e prevedere l'isolamento delle aree colpite ("zone rosse"). Queste misure di contenimento, inizialmente limitate ad alcuni comuni, sono state poi estese anche alla regione Lombardia e ad altre 14 province di altre regioni del nord, sino ad arrivare ai DPCM dell'8 e 9 marzo, con cui le misure restrittive sono state applicate a livello nazionale (successivamente rinnovati nella loro efficacia fino alla fine di maggio). Vi si prevedevano significative restrizioni degli spostamenti (con eccezioni per motivi di lavoro o di salute, o per altre esigenze motivate da dichiarare in un'autocertificazione), il divieto di riunirsi all'aperto, la chiusura delle strutture educative (e il passaggio alla didattica a distanza), *smart working* per il settore pubblico e privato e la sospensione di tutte le manifestazioni pubbliche (comprese le cerimonie religiose).

Il DPCM dell'11 marzo 2020 ha inasprito le misure di chiusura, chiudendo ristoranti e attività simili (tranne che per le consegne a domicilio) e le attività commerciali al dettaglio (tranne quelle essenziali, come i negozi di alimentari e le farmacie). Per quanto riguarda il trasporto pubblico locale, il decreto ha lasciato ai Presidenti delle regioni il compito di determinare come mantenere i servizi minimi essenziali. Il 20 e 22 marzo 2020, le relative ordinanze del ministro della Salute hanno chiuso i parchi e i giardini pubblici e hanno limitato l'esercizio fisico e le attività sportive (da svolgere individualmente e in prossimità della propria abitazione). Il DPCM del 22 marzo 2020 ha sospeso tutte le attività industriali e commerciali

non essenziali, mentre diversi DPCM adottati a marzo e aprile hanno esteso la durata delle misure fino al 17 maggio 2020, quando un ulteriore DPCM ha eliminato alcune restrizioni e ha permesso una riapertura graduale delle imprese e la ripresa delle attività.

Nel frattempo, come è noto, il Governo nazionale, con una serie di decreti legge, ha tentato di dare un sostegno economico alle attività colpite dalle chiusure, ma in una misura tale da essere ritenuta prevalentemente insufficiente per resistere al pregiudizio determinato dalla pandemia.

Dopo l'estate 2020, il Governo ha continuato a gestire la pandemia in modo non dissimile (mediante Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri e Ordinanze del Ministro della Salute), graduando le proprie decisioni in merito alle misure restrittive da adottarsi in base a valutazioni legate a un catalogo di 21 indicatori, al ricorrere del cui aggravamento anche le regioni potevano irrigidire le misure di contenimento della pandemia.

4.3. Le misure regionali

Dichiarando lo stato di emergenza, il governo nazionale si è appropriato di una parte significativa delle competenze delle regioni o, quantomeno, era formalmente autorizzato a farlo. Nella prima metà del 2020, è stato adottato un lungo elenco di misure nazionali riguardanti le regole del c.d. lockdown "rigido" (dall'8 marzo 2020) e il suo graduale allentamento (dal 4 maggio 2020, con l'eliminazione del divieto di movimento tra regioni come prima misura). L'adozione di varie misure a livello nazionale, regionale e locale ha reso difficile distinguere tra le misure adottate ai diversi livelli di governo, anche a causa della mancanza di coordinamento tra i vari attori.

In costanza di una prima serie di misure nazionali e di una proliferazione di ordinanze regionali, la prima metà del 2020 è stata caratterizzata da una certa acrimonia tra il governo nazionale e i presidenti delle regioni. Molti dei presidenti di regione hanno approvato ordinanze regionali volte a imporre misure più restrittive di quelle adottate a livello nazionale, come la chiusura, chiaramente incostituzionale, dei confini regionali in Campania, le vaccinazioni antinfluenzali obbligatorie nel Lazio e la chiusura di tutti gli istituti scolastici nelle Marche. Altri esempi di ordinanze regionali adottate nella prima fase includono l'identificazione e la delimitazione di zone rosse che dovevano essere isolate dal resto del territorio regionale per un periodo limitato (ad esempio, in Emilia-Romagna, Lazio e Abruzzo). Una tendenza simile è riemersa nell'ottobre 2020 durante la seconda ondata di infezioni in Italia.

Sia l'articolo 32 della legge n. 833/1978 (istitutiva del SSN) che gli articoli 6, 11 e 25 del Codice di protezione Civile conferiscono ai presidenti regionali il potere di emettere ordinanze nel campo della protezione civile ogni volta che si verifichi un'emergenza sanitaria. I sindaci hanno gli stessi poteri per i rispettivi territori comunali in base al Testo Unico sugli Enti Locali (D.Lgs. 267/2000). Le molteplici competenze, assegnate alle regioni in materia di protezione civile, soprattutto in caso di emergenze sanitarie, e la proliferazione di misure nazionali e regionali "non sufficientemente coordinate" (Baldini 2020: 985) hanno reso molto difficile

accertare chi fosse responsabile di quali misure. Per giunta, mentre alcune ordinanze regionali venivano impugnate e annullate, altre con medesimo contenuto non lo erano.

Il contrasto tra il governo nazionale e le regioni ha poi riguardato i mesi di aprile e maggio 2020, quando si è verificato il progressivo allentamento del *lockdown*. Infatti, talvolta le regioni governate da coalizioni di centro-destra e quelle meno colpite dalla pandemia hanno tentato di accelerare il calendario delle riaperture (ad esempio, per quanto riguarda la riapertura di bar e ristoranti, o l'accesso dei visitatori alle spiagge pubbliche).

La Calabria ne è un esempio: il 29 aprile, il suo Presidente ha firmato un'ordinanza regionale che allentava le dette misure riaprendo bar, ristoranti e pizzerie con servizio ai tavoli all'aperto. Il governo nazionale ha impugnato queste misure e il 9 maggio il tribunale amministrativo della Calabria ha accolto il ricorso, sostenendo che spetti alle autorità centrali individuare le misure per limitare la diffusione del Covid-19, mentre le regioni sono autorizzate a intervenire solo nei limiti fissati da queste misure nazionali.

Allo stesso modo, la provincia autonoma di Bolzano/Bozen (Alto Adige) si è distinta per la sua condotta indipendente. Il governo nazionale intendeva essere l'unico a stabilire l'allentamento del *lockdown* e a permettere alle regioni di farlo a partire dal 18 maggio 2020, ma – unico tra le regioni – l'Alto Adige ha anticipato i tempi approvando una propria legge sulla ripresa delle attività alcuni giorni prima (legge n. 4 dell'8 maggio 2020). Così facendo, le sue autorità provinciali hanno chiaramente voluto rimarcare l'autonomia politica di cui gode la loro regione. Nel novembre 2020, la Valle d'Aosta ha seguito l'esempio adottando una propria legge regionale, che è stata però annullata dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 37 del 2021, mentre altre regioni hanno continuato a intervenire con misure amministrative (ordinanze) piuttosto che con leggi proprie.

4.4. Le misure comunali

L'evoluzione della pandemia mostra che le ordinanze regionali e comunali sono fondamentali per adattare le misure di contenimento alle esigenze dei diversi territori (Boggero 2020: 362). Dopo la dichiarazione dello stato di emergenza, il governo nazionale ha inizialmente adottato un'impostazione centralista, perché mediante il suo primo decreto legge, il n. 6 del 23 febbraio 2020, si è essenzialmente appropriato del potere delle autorità regionali e locali di emettere ordinanze e ha tentato di regolare il loro campo di azione nella gestione della pandemia (Cerchi e Deffenu 2020: 671), pur senza escluderlo. Successivamente, a marzo, il governo nazionale ha cercato di fare chiarezza nel caos normativo che aveva regnato dall'inizio della pandemia e da quando le singole autorità locali avevano deciso di agire indipendentemente dal governo nazionale.

Il decreto legge n. 9 del 2 marzo 2020 ha stabilito che le ordinanze comunali in contrasto con i provvedimenti nazionali fossero da considerarsi illegittime, mentre il decreto legge n. 19 del 25 marzo 2020 ha sottolineato la rilevanza dei provvedimenti emanati a livello centrale. Ha anche definito esplicitamente l'area di competenza delle autorità locali e regionali. In assenza di un DPCM sulla stessa materia e solo in caso di aggravamento delle condizioni sanitarie, ai presidenti delle regioni e ai sindaci veniva riconosciuto il potere di introdurre misure aggiuntive

e più restrittive. Tuttavia, qualsiasi azione delle autorità locali e regionali che potesse limitare attività strategiche per l'economia nazionale, come la produzione di medicinali o di attrezzature sanitarie, così come qualsiasi azione che potesse compromettere i diritti civili e sociali, o qualsiasi azione di prevenzione sanitaria a livello internazionale, erano da considerarsi illegittime e rimanevano prerogativa esclusiva dello Stato.

All'interno di questo quadro normativo, le autorità regionali e locali hanno avuto poco spazio di manovra durante il *lockdown* "duro" di marzo-maggio 2020, anche se tale spazio ha ricominciato ad espandersi man mano che il *lockdown* veniva allentato. Le autorità regionali e locali in Italia sono state quindi insufficientemente coinvolte nella gestione della pandemia. Diversi studiosi hanno sostenuto che, in linea con il Testo Unico sugli Enti Locali (decreto legislativo n. 267/2000), al livello di governo regionale e locale avrebbe dovuto essere concesso "per principio" il potere di emettere ordinanze durante l'emergenza (Luciani 2020: 22). Ai sensi degli articoli 50, comma 5, e 54 del decreto legislativo n. 267/2000, in caso di emergenze sanitarie locali, i sindaci possono emanare ordinanze urgenti e necessarie. La stessa legge concede al sindaco anche il potere di emanare ordinanze agendo come ufficiale del governo nazionale in situazioni in cui la sicurezza pubblica e la sicurezza urbana sono minacciate (Sabbioni 2019: 304). Inoltre, l'articolo 32, comma 3, della legge n. 833/1978 prevede anche la possibilità per i sindaci di adottare ordinanze urgenti di emergenza in settori che normalmente sono di competenza del ministro della Sanità.

Gli esempi di come si è svolto il confronto tra le autorità locali e il governo nazionale abbondano. Il 23 febbraio 2020, i comuni dell'Isola di Ischia hanno limitato l'accesso all'isola a specifiche categorie di cittadini. Lo stesso giorno, l'ordinanza è stata annullata dal prefetto (De Siano 2020: 3-4) con la motivazione che le ordinanze comunali non possono contraddire la legislazione nazionale: in assenza di un rischio sanitario specifico, le autorità locali non possono limitare la libertà di movimento.

Un altro esempio è dato dall'ordinanza del Comune di Messina (5 aprile 2020), che ha limitato l'accesso al porto cittadino che collega l'isola alla terraferma. Il provvedimento imponeva a qualsiasi imbarcazione di registrarsi online 48 ore prima della partenza e di attendere l'autorizzazione del Comune per entrare nel porto. Il governo nazionale ha impugnato l'ordinanza dinanzi al tribunale amministrativo, che l'ha annullata (Pignatelli 2020a) per aver violato diverse disposizioni costituzionali, tra cui il principio di uguaglianza (articolo 3), la libertà personale (articolo 13), la libertà di movimento (articolo 16), e la competenza dello Stato in materia di ordine pubblico, sicurezza e profilassi internazionale (articolo 117, lett. h-q). In merito, il Tribunale ha osservato che un'emergenza nazionale richiede una gestione unitaria della crisi e, quindi, le misure regionali o locali non possono compromettere la strategia nazionale.

In generale, le azioni messe in campo a livello locale nella prima metà del 2020 hanno riguardato principalmente l'adozione di ordinanze volte a chiudere le aree pubbliche e a garantire il distanziamento sociale. Nonostante la centralizzazione, il potere dei Comuni non è stato assorbito del tutto e, anzi, si è rivelato una parte essenziale del motore delle misure emergenziali (Pignatelli 2020b).

4.5. Le relazioni intergovernative

La gestione della prima ondata della pandemia all'inizio del 2020 è stata fortemente centralizzata, principalmente per due motivi. In primo luogo, tale capacità istituzionale era spesso carente al livello regionale e locale. In secondo luogo, il governo nazionale non è stato in grado di fare un uso efficace dei meccanismi IGR esistenti ma insoddisfacenti. Le iniziative di consultazione e cooperazione con le autorità regionali e locali sono state rare e attuate solo a metà, e la mancanza di trasparenza nella gestione della pandemia è stata mal accettata dalle autorità dei governi sub-nazionali, così come dagli esperti e dall'opinione pubblica.

Più in generale, la cooperazione disfunzionale tra i livelli di governo è la ragione per cui molte delle riforme federali approvate in Italia dalla fine degli anni '90 sono rimaste scarsamente attuate. Dato che la Costituzione del 1948 taceva sui meccanismi di collaborazione tra le regioni e lo Stato, è toccato alla Corte costituzionale introdurre giudizialmente alcuni di questi meccanismi, tra cui il principio di leale cooperazione tra Stato e regioni (Caretti e Tarli Barbieri 2012: 384). Per la Corte, la leale collaborazione dovrebbe applicarsi nelle aree di competenza concorrente ma anche, più in generale, a tutti i rapporti istituzionali tra le regioni e lo Stato (sentenza n. 242/1997), con l'obiettivo di limitare la conflittualità e risolvere in modo collaborativo questioni complesse di *governance* sia in tempi ordinari che straordinari, perciò le decisioni prese dal governo nazionale che si basano su una consultazione meramente formale con le regioni sono illegittime (sentenza n. 246/2019).

Il principio di leale collaborazione, menzionato dall'articolo 120, comma 2, della Cost. nella versione derivante dalla revisione del 2001, è considerato in numerose pronunce della Corte un principio cardine del regionalismo italiano e si concretizza in un sistema di conferenze ispirate dal principio delle *intergovernmental relations*.

Tuttavia, durante la prima ondata della pandemia, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome si è riunita ancora meno frequentemente del solito e non ha potuto fungere da organo di negoziazione delle politiche (Cortese 2020: 5) e, in ragione di ciò, nella prima metà del 2020 il principio di leale collaborazione non ha potuto ricevere il suo naturale svolgimento, con conseguente caos normativo, a causa delle sovrapposizioni degli interventi, e talvolta controversie giudiziarie fra centro e periferia.

Invece, durante la seconda ondata della pandemia, il ricorso alla Conferenza permanente è divenuto molto più frequente, anche se le regioni hanno preferito ricorrere il più possibile a relazioni bilaterali con il governo nazionale.

4.6. Le relazioni fiscali intergovernative

Sebbene l'impatto generale della pandemia sia ancora da calcolare, il pericoloso "effetto forbice" di aumento della spesa e diminuzione delle entrate nel finanziamento sub-nazionale è significativo. Inoltre, quando la pandemia è esplosa, il Paese – in particolare, il meridione – non si era ancora ripreso dagli effetti della crisi finanziaria del 2008: il prodotto interno lordo (PIL) era ancora sostanzialmente più basso rispetto a prima della crisi finanziaria, dato che dal

2008 l'economia era entrata in recessione, con il crollo della capacità produttiva, dei livelli di occupazione e della domanda dei consumatori.

Così, anche se il sud del Paese ha sperimentato un'emergenza sanitaria meno grave all'inizio del 2020 rispetto al nord, l'impatto della pandemia sui redditi delle famiglie, escludendo il sostegno del governo, è stato più grande che nel settentrione. Inoltre, la disoccupazione nel 2020 è cresciuta più al sud che in ogni altra parte, con conseguenze disastrose per tutti coloro che non hanno potuto beneficiare dei pacchetti di aiuti governativi perché occupati nell'economia "informale" tipica del sud d'Italia (Banca d'Italia 2020). Quando la seconda ondata di contagi ha colpito il mezzogiorno, l'impatto economico è stato ancora più devastante che nella prima ondata.

L'Associazione dei Comuni Italiani ha elaborato tre scenari di perdita di gettito tra i comuni, con lo scenario ad alto rischio che comporta un calo previsto di quasi il 21% rispetto al 2019 e conseguenze che causano gravi difficoltà di ripresa per tutti i settori economici (ANCI 2020). Lo scenario a basso rischio prevede un calo del 9% rispetto al 2019, ma in connessione a un'uscita relativamente rapida dall'emergenza (sin da maggio 2020), mentre lo scenario a medio rischio parla di un calo del 14%. Anche i governi regionali hanno affrontato notevoli difficoltà finanziarie, poiché la maggior parte della loro spesa si è concentrata sulla salute (85% in media), mentre allo stesso tempo hanno perso gran parte delle loro entrate provenienti dall'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP), dall'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e dalla tassa regionale sui veicoli.

Più nello specifico, in materia sanitaria la concertazione delle politiche tra i governi centrale e regionali è diminuita significativamente negli ultimi anni, di conseguenza i sistemi sanitari sono stati sotto-finanziati rispetto a quelli dei paesi dell'Europa centrale e settentrionale (Neri 2019: 158).

Il caso del sistema sanitario calabrese, sottoposto a un piano di risanamento da più di un decennio, è un esempio della carenza delle relazioni fiscali intergovernative nell'ambito della *governance* sanitaria. Il commissario speciale nominato dal governo nazionale non è riuscito ad attuare aspetti fondamentali della strategia di mitigazione regionale Covid-19 decisa a livello centrale (come la raccolta di dati accurati sui posti letto negli ospedali, che è uno dei 21 indicatori su cui il governo nazionale ha basato la sua politica di *lockdown* differenziato a livello regionale nell'autunno 2020), aggravando la dipendenza finanziaria della Calabria dallo Stato e rendendo chiara la cooperazione disfunzionale tra i diversi livelli di governo.

In tali circostanze, la maggior parte dei governi regionali non è stata in grado di adempiere da sola ai costosi oneri derivanti dalla gestione della pandemia ed è diventata più dipendente dallo Stato.

Più in generale, è importante sottolineare che nelle relazioni fiscali intergovernative italiane, le autorità centrali mantengono un notevole controllo sulle risorse finanziarie. In materia sanitaria, complesse negoziazioni tra il governo nazionale e le autorità regionali determinano normalmente gli stanziamenti finanziari ai sistemi sanitari regionalizzati attraverso il Fondo Sanitario Nazionale (FSN), da discutere nella Conferenza permanente. Fondamentalmente, il governo nazionale assegna annualmente alle regioni un budget per la fornitura di servizi sanitari, calcolando i livelli essenziali di assistenza nella legge di bilancio, sulla base di una

formula basata sulla popolazione, solo parzialmente ponderata da fattori demografici e dallo stato di salute della popolazione stessa.

L'importo totale delle risorse da assegnare al FSN è, quindi, stabilito dallo Stato ed è poi ripartito fra le Regioni dopo l'audizione di queste. In media, il tasso di contributo statale rappresenta il 97% del totale delle risorse sanitarie a disposizione delle regioni, mentre il restante 3% delle risorse deriva da finanziamenti regionali propri, compresi le tasse pagate dai pazienti e i ticket per i trattamenti specializzati. Le Unità Sanitarie Locali sono finanziate principalmente attraverso bilanci capitalizzati, seppur in assenza di linee guida chiare applicabili in tutto il Paese. Gli schemi di finanziamento per le regioni a statuto speciale differiscono in una certa misura da questi accordi (Balduzzi e Paris 2018).

Non sono ancora disponibili dati sistematici che facciano luce sull'efficacia dei pacchetti di aiuti approvati nel 2020. L'evidenza basata sull'osservazione e sulla documentazione (ministeriale) disaggregata, tuttavia, suggerisce che lo siano stati solo in misura molto limitata. Le ragioni principali risiedono, in primo luogo, negli ostacoli burocratici che hanno impedito una rapida elaborazione delle domande e della fornitura degli aiuti; ostacoli aggravati dagli scandali di corruzione e dai lunghi procedimenti giudiziari a cui hanno dato origine; in secondo luogo, il governo nazionale ha cercato di gestire la crisi a breve termine, con modalità *ad hoc*, adottando piccoli pacchetti di aiuti piuttosto che pacchetti più grandi che avrebbero sostenuto le autorità sub-nazionali italiane e le loro (molto differenti) economie in modo più olistico. Nell'insieme, gli effetti della pandemia sul finanziamento sub-nazionale e sulle relazioni fiscali sono stati modellati da cinque fattori (OCSE 2020: 16).

In primo luogo, il grado di decentralizzazione e le responsabilità di spesa: le relazioni fiscali intergovernative in Italia sono caratterizzate da un sistema fiscale centralizzato e da un significativo decentramento delle responsabilità di spesa. Ne deriva un notevole divario fiscale verticale che riguarda sia il livello locale che, soprattutto, quello regionale. Le risorse relative al "federalismo sanitario" sono convogliate alle regioni attraverso le loro stesse entrate fiscali, le quote di imposte nazionali e i trasferimenti perequativi nazionali sostenuti dal gettito centrale dell'imposta sul valore aggiunto (IVA). Dato che le regioni hanno capacità fiscali molto diverse e che l'assistenza sanitaria varia ampiamente nel Paese, la perequazione è cruciale. In secondo luogo, le caratteristiche delle entrate dei governi sub-nazionali: questi ultimi in Italia contano molto su sovvenzioni e sussidi. I restanti tre fattori a cui l'OCSE fa riferimento nell'affrontare l'impatto territoriale della pandemia sono la capacità dei governi sub-nazionali di assorbire stress eccezionali ("flessibilità fiscale"); le condizioni di "salute fiscale" dei governi sub-nazionali; la portata e l'efficienza delle politiche di sostegno. L'evidenza empirica mostra che tutti questi fattori sono stati fortemente compromessi in Italia, uno Stato che negli ultimi 10 anni ha subito severe misure di consolidamento fiscale e in cui il peso del debito (che ha raggiunto il 134,8 per cento del PIL nel 2019) ha posto seri vincoli alla spesa pubblica statale e all'attuazione di riforme fiscali espansive.

5. Conclusioni e implicazioni politiche

Quando la pandemia da Covid-19 ha colpito l'Italia, il Paese stava per celebrare il 50° anniversario dell'istituzione delle regioni ordinarie, mentre quelle speciali erano state istituite dal 1948. Con i poteri delle regioni che sono stati rafforzati dalle riforme avvenute nel corso di più di sette decenni, i tempi erano maturi per riconsiderare la struttura territoriale dell'Italia. A questo proposito, tre grandi regioni del nord, politicamente ed economicamente forti – Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna – erano sul punto di concludere accordi con il governo nazionale sul trasferimento di ulteriori poteri legislativi (e relativi fondi) in relazione a un lungo e significativo elenco di materie, che vanno, tra le altre cose, dalla protezione ambientale all'istruzione, dagli aeroporti alla sicurezza e protezione del lavoro, e dal commercio estero alla gestione delle calamità. Il processo è stato bloccato dalla pandemia, ma, ironicamente, queste regioni sono state le più colpite dalla medesima, il che ha sollevato la questione se una maggiore autonomia regionale sia effettivamente desiderabile o meno (Malo 2020).

Infine, nel settembre 2020 un referendum nazionale ha approvato una riforma costituzionale che riduce di un terzo le dimensioni di entrambe le camere del Parlamento nazionale, limitando così ulteriormente il già debole legame tra il Senato e le regioni e rendendo politicamente più difficile presentare una riforma che trasformi il Senato in una camera di rappresentanza regionale, una proposta che, come sottolineato sopra, è stata in agenda senza successo per decenni.

La pandemia avrà probabilmente un forte impatto su questi processi di riforma in corso. È troppo presto per dire quali saranno le sue conseguenze istituzionali, dato in particolare il fatto che al momento in cui si scrive l'Italia si trova ancora nel mezzo di un'emergenza sanitaria ed economica. Né è possibile dire se una struttura più centralizzata o più decentralizzata del Paese avrebbe portato complessivamente a una migliore o peggiore gestione della pandemia, dato che la *performance* è variata notevolmente tra le regioni. È certo, comunque, che l'emergenza ha rivelato le principali debolezze del sistema regionale italiano: la non chiara divisione dei poteri tra lo Stato centrale e le regioni; le deboli relazioni intergovernative; e l'alto grado di asimmetria nei poteri, nella capacità amministrativa e nella forza politica tra le regioni (Clementi 2020).

Per quanto riguarda il riparto delle competenze, la riforma costituzionale adottata nel 2001 ha rafforzato il ruolo delle regioni, ma ha anche creato una serie di sovrapposizioni e potenziali conflitti; soprattutto, non ha affatto rafforzato lo "*spirito federale*" (Burgess 2012). Piuttosto, nei dibattiti politici e accademici, i sentimenti di astio nei riguardi dell'autonomia regionale sono generalmente in aumento. Come è successo dopo la crisi finanziaria globale del 2009/10, la pandemia ha confermato che il riparto delle competenze in Italia non è abbastanza solido per resistere a un momento di crisi. Anzi, il Covid-19 ha amplificato il dibattito tra i sostenitori di una maggiore centralizzazione e quelli di una maggiore autonomia regionale.

Per quanto riguarda le relazioni intergovernative, l'assenza di una camera territoriale e la debolezza strutturale degli organismi di cooperazione intergovernativa esistenti, in particolare la Conferenza permanente, hanno ridotto il coinvolgimento regionale a una mera formalità, con lo Stato che ha ricondotto a sé buona parte dei poteri emergenziali. In momenti come questo, in cui è necessario un forte coordinamento, il ruolo dei meccanismi capaci di

rappresentare la voce delle entità sub-nazionali diventa cruciale. Se i meccanismi sono inefficaci, come nel caso dell'Italia, le decisioni comuni diventano semplicemente imposizioni dall'alto e il coinvolgimento delle regioni una finzione. L'inefficienza dei meccanismi multilaterali di IGR incoraggia le regioni più significative a impegnarsi in negoziati bilaterali, accentuando così l'asimmetria insita nel disegno dell'assetto territoriale e suscitando divergenze tra le stesse regioni.

Le preesistenti forti asimmetrie *de jure* e *de facto* tra le regioni italiane si sono acuite durante la pandemia. La *performance* regionale nell'affrontare l'emergenza, soprattutto nel campo dell'assistenza sanitaria, è stata disomogenea. Alcune regioni hanno operato straordinariamente bene nonostante i forti tagli dell'ultimo decennio, causati dalle politiche di riduzione del debito, mentre altre hanno commesso gravi errori, come il collocamento di pazienti Covid-19 in case di riposo. Le differenze di rendimento si sono riflesse sulla sfera politica, con alcuni Presidenti di regione che hanno aumentato il loro consenso popolare e altri che invece l'hanno perso in occasione delle elezioni del settembre 2020.

In sintesi, il Covid-19 ha messo sotto i riflettori le tensioni tra le richieste di ulteriore decentralizzazione e di ri-centralizzazione. Allo stesso tempo, i processi di riforma in corso stanno per essere significativamente incisi, e la loro traiettoria non sarà la stessa che sarebbe stata in assenza della pandemia. Ad esempio, è pressante la richiesta di sottoporre la sanità pubblica a un processo di parziale ri-centralizzazione. Anche se la maggior parte delle regioni ha reagito bene, il discorso dominante si concentra sulle loro grandi differenze in termini di servizi, risorse e prestazioni, e non è improbabile che l'opportunità venga colta per introdurre un controllo nazionale più forte (Ciardo 2020). Per qualche ragione, il sentimento predominante sia nella politica che nel mondo accademico è il timore che la differenziazione regionale possa compromettere l'eguale protezione dei diritti sociali.

Alcune riforme del sistema regionale italiano sono effettivamente necessarie, e la pandemia lo ha reso ancora più evidente. Per quanto riguarda il contenuto delle riforme, tuttavia, le opinioni che erano pressoché unanimi prima dell'emergenza sanitaria si sono sempre più divise durante quest'ultima. Tali divergenze di opinione probabilmente rallenteranno, piuttosto che accelerare, le riforme necessarie e intensificheranno, piuttosto che sedare, i conflitti tra lo Stato centrale e le regioni.

Bibliografia

- ANCI. 2020. Audizione informale presso le Commissioni Bilancio riunite, 28 maggio 2020.
- Banca d'Italia. 2020. *Economie regionali*, numero 22 – novembre 2020.
- Baldini, V. 2020. 'Riflessioni sparse sul caso (o sul caos) normativo al tempo dell'emergenza costituzionale', *Dirittifondamentali.it* April 02, 1: 979-985.
- Balduzzi, R. and D. Paris. 2018. 'La specialità che c'è, ma non si vede: la sanità nelle Regioni a statuto speciale', in F. Palermo and S. Parolari (eds), *Le variabili della specialità: evidenze e riscontri tra soluzioni istituzionali e politiche settoriali*, pp. 453-485, Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane.



- Boggero, G.. 2020. 'Le "more" dell'adozione dei DPCM sono "ghiotte" per le Regioni: prime osservazioni sull'intreccio di poteri normativi tra Stato e Regioni in tema di Covid-19', *Diritti Regionali*, March 21, 1: 362-367.
- Burgess, Michael. 2012. *In Search of the Federal Spirit*. Oxford: Oxford University Press.
- Capano, G. 2020. 'Policy design and state capacity in the COVID-19 emergency in Italy: if you are not prepared for the (un)expected, you can be only what you already are', *Policy and Society*, 39:3, 326-344.
- Caretti, P. and G. Tarli Barbieri. 2012. *Diritto Regionale*. 3rd ed. Torino: Giappichelli.
- Cerchi, R. and A. Deffenu. 2002. 'Fonti e provvedimenti dell'emergenza sanitaria Covid-19: prime riflessioni', *Diritti Regionali*, April 23, 1: 648-678.
- Clementi, F. 2020. 'Il lascito della gestione normativa dell'emergenza: tre riforme ormai ineludibili', *Osservatorio Costituzionale* 3: 33-47.
- Ciaro, C. 2020. 'Il servizio sanitario nazionale alla prova dell'emergenza Covid-19: il rischio di una sanità diseguale', *BioLaw Journal Special Issue* 2: 227-238.
- Cicchetti, A. and A. Gasbarrini. 2016. 'The Healthcare Service in Italy: Regional Variability' *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* 20 (1 Suppl.): 1-3.
- Cortese, F. 2020. 'Stato e Regioni alla prova del coronavirus', *Le Regioni XLVIII* (1): 3-10.
- De Siano, A. 2020. 'Ordinanze sindacali e annullamento prefettizio ai tempi del Covid-19' *Federalismi.it*, March 13.
- Grazzini, L., P. Lattarulo, M. Macchi and A. Petretto. 2019. 'Asymmetric Decentralization: Some Insights for the Italian Case' *Osservatorio Regionale sul Federalismo*, Istituto Regionale Programmazione Economica Toscana, March, Nota 4.
- Lavezzo, E., Franchin, E., Ciavarella, C. et al. 'Suppression of a SARS-CoV-2 outbreak in the Italian municipality of Vo'. *Nature*, 584, 425-429.
- Luciani, M. 2020. 'Il sistema delle fonti del diritto alla prova dell'emergenza', *Rivista AIC*, 2:109-141.
- Malo, M. 2020. 'Le Regioni e la pandemia: variazioni sul tema', *Le Regioni XLVIII*(1): 231-234.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. 2020. *I Servizi Sociali al tempo del Coronavirus. Pratiche in corso nei Comuni italiani*, Report 7 luglio 2020.
- Neri, S. 2019. 'The Italian National Health Service after the Economic Crisis: From Decentralization to Differentiated Federalism', *E-Cadernos CES online*, 31/2019.
- Nuti, S., F. Vola, A. Bonini and M. Vainieri. 2016. 'Making Governance Work in the Health Care Sector: Evidence from a 'Natural Experiment' in Italy', *Health Economics, Policy and Law*, 11(1): 17-38.
- OECD. 2010. *Reviews of Risk Management Policies: Italy – Review of the Italian National Civil Protection System*. Paris.
- OECD. 2020. *The territorial impact of COVID-19: Managing the crisis across levels of government*, 10 November.
- Pignatelli N. 2020a. 'Il potere di annullamento straordinario ex art. 138 TUEL di un'ordinanza comunale: il Covid-19 non "chiude" lo stretto di Messina', *Diritti Regionali*, September 1, 5: 68-82.



Pignatelli, N. 2020b. 'La specialità delle ordinanze dei sindaci nell'emergenza sanitaria nazionale: un potere "inesauribile"', *Diritti Regionali*, 2/2020, Special Issue: 69-85.

Raffiotta, E.C. 2020. *Norme d'ordinanza: contributo a una teoria delle ordinanze emergenziali come fonti normative*. Bologna: Bononia University Press.

Sabbioni, P. 2019. 'Art. 50 e 54 TUEL, in: C. Napoli and N. Pignatelli (eds.), *Codice degli enti locali*. Roma: Feltrinelli, 304 ff.

Scaccia, G. and C. D'Orazio. 2020. 'La concorrenza fra Stato e autonomie territoriali nella gestione della crisi sanitaria fra unitarietà e differenziazione', *Forum di Quaderni Costituzionali*, n. 3: 108-120

Toth, F. 2014. 'How Health Care Regionalisation in Italy is Widening the North-South Gap', *Health Economics, Policy and Law*, 9(3): 231-249.