

## **Il federalismo fiscale e l'assistenza socio-sanitaria ai soggetti deboli. Una eccezione di incostituzionalità\***

*di Ettore Jorio*

Uno dei temi più preoccupanti con il quale il cosiddetto federalismo fiscale deve fare necessariamente i conti è l'esigibilità dei diritti da parte dei soggetti deboli.

Proprio per questo diventa opportuno porsi due interrogativi:

- a) di cosa hanno bisogno i soggetti deboli in termini assistenziali, peraltro in crescita esponenziale, attesi i sensibili fattori di incremento delle povertà?
- b) cosa garantirà, al riguardo, l'attuazione del federalismo fiscale a regime?

Alla prima domanda, viene spontaneo rispondere che i soggetti deboli hanno bisogno di una assistenza la più integrata possibile. Quella comprensiva di ogni intervento di tipo assistenziale che, proprio per questo motivo, possa utilmente incidere nella prevenzione reale dei disagi e delle malattie psicofisiche, nonché succedere ad ogni patologia, attraverso idonei percorsi riabilitativi, finalizzati anche a riportare ad economia produttiva i soggetti colpiti dagli eventi morbosi.

Alla seconda, diventa naturale rispondere che le cose rimarranno tali e quali, in quanto il decreto legislativo attuativo sui costi *standard* nel settore sanitario, più direttamente interessato alla odierna problematica (e ancora in stato di "manutenzione parlamentare"), nulla aggiunge e migliora rispetto alla attuale situazione. Quindi, le cose andranno bene per il nord e peggio - come sempre - per il Sud, se non sarà in grado di dotarsi di quella classe dirigente capace di sopportare i pesi organizzativi cui è condizionato l'esordio e l'esito a regime del federalismo fiscale.

Primo fra tutti, occorrerà al Mezzogiorno la sana consapevolezza di dovere affrontare e risolvere con la dovuta conoscenza i problemi di sempre. Ciò in quanto rimarranno, in linea di massima, pressoché uguali le unità di misura su cui si basa il nuovo sistema di finanza pubblica, seppure utilizzate con denominazioni diverse e con ovvie e naturali differenzazioni. In buona sostanza, la determinazione economica del fabbisogno *standard*, inteso come fabbisogno sanitario nazionale, altro non è che il prodotto letteralmente riciclato di quanto già in vigore da tempo e individuabile nella metodologia sistemica che vede al centro il fondo sanitario nazionale da ripartire per le singole regioni. Dunque, una conferma di quanto c'è già, in quanto, per come definito da una autorevole dottrina (Claudio De Vincenti), esso è rappresentato dal risultato aritmetico, ove il fattore popolazione ponderata va moltiplicato per la quantità delle prestazioni *pro-capite standard* e, quindi, moltiplicato per costo *standard* delle diverse prestazioni. La medesima cosa accade per quest'ultimo (il costo *standard*) che, in buona sostanza, rappresenta l'emulo, quasi una meno comprensibile imitazione, della quota *pro-capite* pesata ovvero ponderata per età della popolazione destinataria, predeterminata e corretta tenendo conto, a base del calcolo, di quanto realizzato qualitativamente dalle regioni migliori, sotto il profilo produttivo, da usare come *benchmark*.

Per il resto, la legge di delegazione n. 42/09 lascia, in termini assistenziali, le cose così come sono, con l'assistenza sanitaria da una parte e quella sociale dall'altra, anzi le divide ulteriormente, piuttosto che renderle reciprocamente funzionali, attraverso un rinnovato processo di reale integrazione.

Con una tale opzione, il legislatore delegante ha trascurato o, meglio, ha sottovalutato - allo stesso modo di come sta facendo con l'approvazione della Codice delle Autonomie in rapporto all'individuazione e al finanziamento delle funzioni fondamentali di comuni, province e città metropolitane - la ineludibilità della equazione che il corretto funzionamento del sistema Repubblica sta alla riforma della finanza pubblica e del sistema tributario come il federalismo

---

\* Il presente articolo costituisce una anticipazione degli atti del Convegno nazionale organizzato a Napoli dal *Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica (C.I.R.B.)*, il 18 e 19 novembre 2010, sul tema "Bioetica pratica e cause di esclusione sociale".

fiscale sta all'esigenza di realizzare una riforma complessiva delle prestazioni/servizi essenziali, afferenti i diritti civili e fiscali, garante dell'unità nazionale.

Una esigenza, questa, non affatto trascurabile per non incidere negativamente sullo *status quo* erogativo del Servizio sanitario nazionale, che si ha, anzi, il dovere di migliorare rinunciando, prioritariamente, a provvedimenti finalizzati a dividere il Paese e, con esso, a frantumare la filiera interregionale dei livelli essenziali delle prestazioni e dei servizi.

Ha scritto bene Amato su *IlSole24Ore* del trascorso 14 novembre, nell'anticipare il Rapporto annuale 2010 di *Italiadecide*, dedicato alla tutela del nuovo modo di concepire l'unità nazionale. Quell'unità del Paese che non può prescindere da regole uniformi, che assicurino altrettanto uniformi prestazioni e/o servizi. Un obiettivo che male si concilia con gli strumenti in circolazione di governo e di riordino della spesa non coordinati tra loro, funzionali a dividere sempre di più ciò che bisognerebbe, di contro, unire, soprattutto in termini di esigibilità dei diritti civili e sociali. Un *handicap* che inciderà negativamente anche nella doverosa ricerca della soluzione alle precarie economie pubbliche da esibire all'esame istituzionale di livello comunitario, reso sempre più complicato all'indomani degli accaduti che hanno coinvolto la Grecia e l'Irlanda e che coinvolgeranno, verosimilmente, altri Paesi.

In buona sostanza, occorrerebbe, diversamente da come si sta invece facendo, non lacerare le reti, non segmentarle più di quanto lo siano già per loro conto, nel caso di specie quella dell'assistenza sanitaria. Un ambito assunto sotto tutela da *Italiadecide*, che lo ha individuato nei temi assegnati ai gruppi di ricerca, prevedendone uno appositamente destinato allo studio della "rete della sanità" (che sarebbe preferibile estendere all'assistenza socio-sanitaria), affidato alle cure scientifiche di Massimo Luciani.

Fatte queste premesse, occorre approfondire l'esame della legge n. 42 del 5 maggio 2009 e, conseguentemente, della lettera dello schema del decreto attuativo che reca, tra l'altro, la disciplina della perequazione e quella sui costi/fabbisogni *standard*, approvato in via preliminare dal Governo nella seduta del 7 ottobre scorso.

L'analisi primaria riguarda, ovviamente, la loro conformità al dettato costituzionale, rinviando alle successive conclusioni di puntualizzare una eccezione in tal senso, differendo ad altra occasione l'approfondimento su altra verosimile violazione costituzionale, già attentamente rilevata (Silvio Gambino), rinvenibile nella mancata integrale copertura finanziaria delle funzioni degli enti locali, a prescindere da quelle fondamentali.

In termini di assistenza sanitaria in senso stretto la legge 42/09 e l'anzidetto schema di decreto attuativo ossequiano le prescrizioni costituzionali, quelli che sanciscono l'esigibilità dei Lep afferenti i diritti sociali (sanità *in primis*) sull'intero territorio nazionale, in quanto ne prevedono la copertura perequativa al 100%, in armonia alle tutele costituzionali, rinvenibili nel combinato disposto degli artt. 32, 117, secondo comma, lettera *m*, 119, terzo e quarto comma) e 120, secondo comma.

Diversamente avviene in materia di assistenza integrata, quella che occorre rendere, come detto, maggiormente esigibile in favore dei soggetti deboli. Quei soggetti che per il loro naturale *status* anagrafico e/o di rifugiato, ovvero perché condizionati da circostanze giudiziarie negative oppure da particolari patologie più o meno invalidanti, non riuscirebbero a sopportare le loro peculiari e difficili condizioni di vita se non attraverso la puntuale erogazione in loro favore di una assistenza socio-sanitaria all'uopo dedicata. In realtà, la legge 42/09 non l'ha tenuta nel dovuto conto e, quindi, l'ha sottovalutata, tanto da non risolvere lo storico problema del suo finanziamento differenziato, che ha costituito, da sempre, il suo punto debole sul piano realizzativo.

Nel particolare, l'insieme assistenziale socio-sanitario gode, generalmente, di un finanziamento bicefalo:

- a) quanto alle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, lo stesso è da sempre destinato dallo Stato in favore delle regioni, attraverso il redivivo Fondo sanitario nazionale, così come quelle definite "ad elevata integrazione sanitaria";

b) quanto a quelle sociali a rilevanza sanitaria esso è destinato, invece, ai comuni, attraverso un canale di finanziamento funzionalmente ripartito a più livelli istituzionali.

In relazione all'efficacia del suo intervento, da misurarsi sulla portata reale delle prestazioni relative, si è consolidato negli anni, soprattutto a causa dell'anzidetta modalità della distribuzione delle risorse, un sistema assistenziale integrato che ha funzionato poco e male. Lo stesso ha, infatti, determinato una diseguaglianza sostanziale e una disarmonia sotto il profilo dell'esigibilità delle prestazioni sociosanitarie, fino ad oggi garantite ai cittadini a seconda della sensibilità delle loro diverse regioni di appartenenza, estrinsecata da alcune, sotto il profilo legislativo e programmatico, e assolutamente trascurata da altre.

Con le attuali previsioni, contenute nella legge di delegazione in materia di federalismo fiscale, le cose non andranno meglio, e non solo a causa delle incertezze che incombono sulla valorizzazione dei costi *standard* relativi, ma soprattutto perché essa lascia integro il sistema che c'è, fratturato nella sua dinamicità, produttiva delle relative prestazioni assistenziali. Ciò in quanto l'anzidetta legge delega, attuativa del novellato art. 119 della Costituzione, sembra non avere tenuto nel giusto conto la indispensabilità di rafforzare la rete dell'assistenza socio-sanitaria nella parte in cui disegna l'impianto ridistributivo delle risorse solidali in favore dei "territori a minore capacità fiscale per abitante". Una disattenzione legislativa riparabile, in via definitiva, attraverso una eventuale e provvidenziale modifica dell'attuale testo normativo ovvero, nel frattempo, attraverso una parziale attuazione dell'esercizio della delega parlamentare - che sembrerebbe perseguibile sotto il profilo costituzionale - utile a riassumere, ancorché temporaneamente, in un unico sistema perequativo il finanziamento dell'assistenza in senso lato.

Cosa avrebbero potuto fare altrimenti la legge 42/09 e i suoi decreti delegati, direttamente incidenti sull'assistenza socio-sanitaria?

Intanto avrebbero dovuto legiferare, nell'ottica di realizzare, esplicitando al riguardo una apposita delega, un sistema integrato dei servizi sociali e sanitari, prendendo atto della conclamata insufficienza dell'art. 3 *septies* della vigente lettera del decreto legislativo n. 502/92 - relazionato all'art. 3, terzo comma, del medesimo provvedimento - a rendere efficiente e ovunque godibile l'integrazione socio-sanitaria. Insomma avrebbero potuto porre rimedio a quella combinata disciplina legislativa che non si è resa, negli anni, affatto garante di una armonica e diffusa erogazione - raramente realizzata - delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da assicurarsi a cura dei servizi sanitari regionali, esclusivamente in presenza di apposite deleghe rilasciate alle singole aziende della salute, competenti per territorio, da parte dei comuni, istituzionalmente obbligati alla loro erogazione in favore dei residenti. Un tale *handicap* organizzativo si è verificato a causa della condizione, quasi impossibile a realizzarsi, di accesso ad un siffatto percorso erogativo, che lo ha reso per anni praticabile solo in presenza della relativa disponibilità finanziaria per cassa - garantita dai comuni deleganti il loro compito al sistema sanitario delegato, rappresentato dalle aziende sanitarie locali competenti - cui il detto art. 3, terzo comma, dell'attuale testo del d.lgs. 502/92 subordina l'anzidetto intervento sostitutivo.

E dire che la diffusa e indiscutibile valutazione critica degli accaduti avrebbe dovuto naturalmente indurre il legislatore di delegazione ad affrontare il problema, nel senso di risolverlo. Invero, così non è stato, e il detto *deficit* di funzionamento è stato dal medesimo trascurato, allo stesso modo di come non sia stato stranamente stigmatizzato dagli enti locali - coinvolti *ad hoc* nelle intervenute audizioni concertative, propedeutiche a definire la disciplina attuativa dell'art. 119 Cost. - nonostante che gli stessi fossero stati (e ancora siano) sovente impediti nell'assicurare alla loro particolare utenza le relative prestazioni assistenziali socio-sanitarie. Un inadempimento, quest'ultimo, verificatosi per lo più a causa della penuria delle risorse relative, in alcuni casi ovviata attraverso le economie di scala realizzate mediante il ricorso all'esercizio consorziato o associato dei riferiti compiti istituzionali.

La legge di delegazione avrebbe potuto, quindi, porre definitivamente le basi per:

- riparare i difetti organizzativi derivanti dall'attuale godimento delle prestazioni socio-assistenziali rese a macchia di leopardo, garantite ad esclusiva cura delle regioni più

sensibili a legiferare in senso favorevole, ma anche di quei comuni accorti ad utilizzare al meglio le risorse da destinare allo scopo, negli ambiti definiti dalle loro leggi regionali;

- rivedere, attraverso previsioni legislative, il sistema dell'assegnazione delle risorse complessive, sì da rendere funzionante un unico sistema erogativo di prestazioni socio-sanitarie, sino ad oggi "assicurato" da un atto di indirizzo e coordinamento governativo, al quale è rinviato il compito di fissare i criteri di finanziamento delle prestazioni da rendere ai cittadini a cura del binomio istituzionale asl-comuni;
- impedire la perdurante separatezza dell'assistenza sociale dal globale contesto salutare.

Il tutto finalizzato a creare un asse assistenziale monolitico comuni-regione, fondato sulla base di un insieme finanziario, funzionale a realizzare una unicità e una uniformità erogativa di *species* complessiva.

A siffatti inconvenienti avrebbe, invero, già potuto rimediare la collaborazione, mancata in tale senso, del legislatore di revisione costituzionale del 2001 che ha, invece, fratturato le competenze legislative tra sanità e sociale, facendo residuare la seconda nella competenza esclusiva delle regioni. Un modo che, in assenza, peraltro, della definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale da parte dello Stato non ha per nulla contribuito ad edificare il necessario insieme assistenziale.

Una diversa opzione costituzionale avrebbe potuto, difatti, imporre una maggiore puntualità nel legiferare da parte dello Stato e delle regioni, sino ad oggi non rispettata a tal punto da avere costituito la causa principale di ritardi segnatamente pregiudizievoli per lo spessore concreto dell'assistenza in senso lato.

Quanto appena evidenziato ha determinato:

- da parte dello Stato:
  - a) un imperdonabile ritardo nel mantenere vigenti *Lea* obsoleti, vecchi di oltre dieci anni, in quanto tali certamente non corrispondenti alle più attuali esigenze salutari collettive, con il conseguente vizio di garantire coperture finanziarie inadeguate ai bisogni di salute via via sopravvenuti;
  - b) la mancata determinazione, a mente dell'art. 117, secondo comma, lettera *m*), dei cosiddetti *Leps* e *Liveas*, sì da integrare organicamente la portata dell'assistenza complessiva ai cittadini;
- da parte di molte regioni, la inadeguatezza a legiferare in modo coordinato, nel senso che le medesime non hanno affatto collaborato tra loro nel predisporre una legislazione utile a realizzare una corretta e uniforme filiera assistenziale integrata. Ciò è anche accaduto perché le stesse regioni si sono, spesso e volentieri, distratte colpevolmente dal tema specifico ovvero impegnate in assurde logiche competitive e concorrenziali, strumentali a rendersi percettrici autonome di ingenti proventi aggiuntivi da perseguire attraverso il ricorso alla mobilità attiva, assicurata loro dalle regioni divenute i loro "migliori clienti", più o meno incidentalmente. Un modo, questo, che ha privilegiato il formarsi del cosiddetto turismo salutare, incentivato a discapito delle regioni più deboli, sia sul piano della loro efficienza che su quello delle loro risorse disponibili.

Riassumendo, cosa ha fatto sul tema specifico la legge di delegazione (42/09) in materia di federalismo fiscale?

- a) ha mantenuto il tutto com'è, individuando le spese riconducibili al vincolo dell'art. 117, secondo comma, lettera *m* (quindi anche afferenti il sociale), come finanziabili attraverso i costi *standard*;
- b) ha stimolato l'approvazione di un decreto attuativo, oggi in corso di manutenzione parlamentare, destinato a determinare i costi e i fabbisogni *standard* afferenti esclusivamente il settore sanitario;
- c) ha spalmato su due diversi livelli perequativi, con la ulteriore collaborazione di altrettanti decreti delegati, l'individuazione del percorso per pervenire alla quantificazione dei finanziamenti necessari a garantire l'assistenza socio-sanitaria.

Più esattamente:

- con il primo decreto delegato, oramai in corso di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale dopo l'approvazione del Governo intervenuta il 18 novembre 2010, l'assistenza sociale è stata individuata tra le funzioni fondamentali dei comuni da coprire attraverso la determinazione dei fabbisogni *standard*. Ciò "in acconto" alla Carta della Autonomie, ad oggi vittima di incomprensibili ritardi registrati nell'esame parlamentare;
- con l'altro, ancora da predisporre e sottoporre all'esame preliminare del Governo, destinato a definire funzionalmente il percorso attraverso il quale determinare i costi *standard* afferenti la copertura della spesa riguardante l'assistenza sociale, in armonia a quanto sancito dal suo art. 8, primo comma, lettera *a*), punto 1, in attuazione della pretesa costituzionale di cui all'art. 117, secondo comma, lettera *m*).

A ben vedere, la legge di delegazione n. 42/09 ha sostanzialmente disatteso la sua *mission* di risolvere, nella contemporaneità, lo storico difetto di funzionalità del sistema specifico, responsabile di una assistenza divisa nei suoi finanziamenti e, in quanto tale, divenuta molto onerosa e produttiva di risultati alquanto mediocri, a causa soprattutto della naturale polverizzazione delle relative risorse.

L'anzidetta legge, come detto, avrebbe dovuto, al contrario di come ha invece fatto, incentivare il realizzarsi di un insieme assistenziale, favorendo così una programmazione e un finanziamento, entrambi i più unitari possibili, strumentali anche ad imporre, come naturale conseguenza, l'elaborazione e l'esecuzione dei piani di rientro, di contro votati al risparmio a prescindere. Un diverso approccio, questo, che sarebbe stato utile a stimolare la più celere individuazione legislativa dei livelli unitari e globali e, quindi, ad ampio spettro assistenziale. Una tale opzione normativa avrebbe incentivato la riforma più complessiva del *welfare* assistenziale da spendere per il buon esito del federalismo fiscale, nel rispetto dell'art. 117, secondo comma, lettera *m*) della Costituzione che prevede per i Lea e i Leps/Liveas un tutt'uno inscindibile, da garantire uniformemente su tutto il territorio nazionale. Avrebbe, altresì, portato a soluzione molte delle più attuali contraddizioni, a cominciare dall'attuale indiretta incentivazione della spedalizzazione dell'anziano, creando così i presupposti legislativi per realizzare una politica votata al contenimento dei costi pubblici.

Concludendo, è appena il caso di sottolineare, nel dettaglio, la già anticipata eccezione di incostituzionalità rilevata su una opzione legislativa sancita nella legge n. 42/09 e confermata nella lettera dello schema di decreto attuativo "in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e fabbisogni standard nel settore sanitario", ancora *in itinere*.

Essa riguarda la intervenuta moltiplicazione dei fondi perequativi, rispetto alle previsioni costituzionali.

In buona sostanza, il legislatore di attuazione dell'art. 119 ha ritenuto di scomporre e raddoppiare (artt. 9 e 13 della 42/09, nonché artt. 11 e 19 del richiamato schema di d.lgs.) il fondo perequativo statale, individuato dalla novellata Costituzione, e finalizzarne le risorse, quasi a volerle vincolare per materia e destinatari istituzionali.

Non solo, ha anche istituito altri due fondi perequativi di secondo livello (art. 13 della 42/09 e art. 19 dello schema di d.lgs.) da insediare nei bilanci regionali, uno per i comuni e l'altro per le province e città metropolitane, accentuando, in questo modo, la sua volontà di perseguire la separatezza piuttosto che l'unità della rete assistenziale, indispensabile per rendere monolitico il Paese.

Con tutto questo si è, sostanzialmente, mantenuto diviso ciò che occorreva, invece, unire sino a fonderlo, ponendo, tra l'altro, le basi per una sorta di corto circuito del sistema redistributivo solidale, sia in termini di procacciamento delle fonti finanziarie fiscali che di destinazione finale delle risorse perequative.

A fronte, infatti, del fondo perequativo statale, di cui all'art. 9, destinato alla sanità regionale, la legge 42/09 ne ha individuato un altro nel successivo art. 13, anch'esso nazionale.

Quest'ultimo da rendersi operativo attraverso due ulteriori fondi *sub*-statali, da istituire nel bilancio delle regioni, ovviamente con apposite leggi, di cui uno per i comuni e l'altro per le province e città metropolitane ricadenti nei loro territori.

E' di tutta evidenza che le previsioni attuative dell'art. 119 della Carta sconvolgono il dettato costituzionale che affida ad un (unico) fondo perequativo, senza alcun vincolo di destinazione, la redistribuzione solidale verticale da attribuire ai territori con minore capacità fiscale per abitante.

La prescrizione normativa di attuazione, analizzata nella sua intenzione (quindi, ivi compreso lo schema di decreto delegato, ancora all'esame parlamentare), sovrascrive, dunque, la portata del dettato costituzionale, "arricchendola", oltre ogni misura, di "numerosi" fondi perequativi. Una siffatta previsione aggiunge, infatti, un fondo statale in più rispetto a quello in esso previsto e istituisce, nel bilancio, delle regioni gli anzidetti altri due fondi perequativi, destinati agli enti locali di loro competenza. Ne insedia, quindi, quattro, a fronte dell'unico previsto dalla Carta fondamentale.

Di primo acchito, tale opzione legislativa, di prevedere una pluralità di fondi perequativi nell'ordinamento, piuttosto che limitare l'esistenza a quello (unico) costituzionalmente previsto, appare sintomatica di un comprensibile disagio nell'individuare una formula dinamica alternativa, idonea a individuare e circoscrivere altrimenti il "territorio con minore capacità fiscale per abitante", cui fare pervenire concretamente le risorse perequative. Ciò in rigida e doverosa armonia con quanto sancito dalla Costituzione che, al comma terzo dell'art. 119, individua - come detto - l'esistenza di un unico fondo perequativo, in quanto tale senza alcun vincolo di destinazione, attraverso il quale soddisfare l'esigenza di incrementare le risorse "proprie" delle regioni di quanto necessario per "finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite".

Pertanto, la scelta effettuata del legislatore di attuazione "violenta" letteralmente il dettato della Carta, legittimando ragionevoli eccezioni di incostituzionalità, in relazione ai commi terzo e quarto del novellato art. 119 della Costituzione. Una opzione, questa, che peraltro non concorre a fornire quella immagine unitaria della finanza pubblica, individuata nella *ratio* del revisore costituzionale del 2001, tanto da rendere difficile il conseguimento del principale obiettivo della legge attuativa del federalismo fiscale. Invero, essa contribuirà a segmentarla quanto di più non si potrebbe e, con questo, impedirà il crearsi dell'unicità della filiera delle prestazioni/servizi, afferenti i diritti civili e sociali, da rendere ai cittadini in stretto regime di collaborazione istituzionale, del tipo - per l'appunto - l'assistenza socio-sanitaria.

I difetti, non di rilevanza costituzionale (ovvero, per alcuni aspetti sarebbero da considerarsi *borderline*), che la combinata legislazione di attuazione presenta in rapporto alla scelta di formalizzare i necessari decreti attuativi, riguardano invece:

- a) la decisione di prevedere le regole di determinazione dei costi *standard* sanitari con un apposito decreto *ad hoc* e non già di fissarli unitamente al sociale, nonostante la loro stretta e ineludibile correlazione. Un modo, questo, dimostrativo della volontà di fratturare ideologicamente l'Insieme;
- b) la previsione di finanziare il settore sociale, per come avvenuto nel decreto attuativo in corso di pubblicazione (art. 2, primo comma, punto 6), afferente le funzioni fondamentali degli enti locali, attraverso i fabbisogni *standard*, quale indicatore per stabilire il prezzo giusto dei servizi relativi alle funzioni fondamentali da esercitare a cura dei comuni.

Rimangono, da ultimo, le colpevoli dimenticanze, ovvero le sottovalutazioni delle quali il legislatore delegato si sta via via rendendo responsabile.

Esse riguardano:

- il debito pregresso miliardario della sanità, nei confronti del quale non è rilevabile alcuna soluzione, fosse anche indiretta. Un problema rilevante che dovrà necessariamente essere risolto, magari utilizzando una perequazione straordinaria ovvero incrementando i costi *standard* di un *quantum* sufficiente a sopportare gli oneri di ammortamento, altrimenti non sostenibili;

- la mancata previsione metodologica per sopperire al bisogno differenziato di infrastrutture - non ritenendo in questo sufficiente quanto disposto nell'art. 22 della 42/09 - che, se non equamente soddisfatta, genererà una significativa e ulteriore asimmetria delle regioni al nastro di partenza del federalismo fiscale, in barba alla parità teorica che sta alla base del concepimento del costo *standard*.