



**Audizione
dell'Ufficio parlamentare di bilancio
nell'ambito dell'esame degli schemi di intese
preliminari per l'attribuzione di ulteriori
forme e condizioni di autonomia riferiti alle
Regioni Liguria, Lombardia, Piemonte e
Veneto**

Intervento del Consigliere Giampaolo Arachi

**Commissioni congiunte
1^a del Senato della Repubblica (Affari costituzionali)
e I della Camera dei deputati (Affari costituzionali)**

30 giugno 2026

Indice

1. Introduzione e sintesi	3
2. Il processo che ha condotto alla presentazione degli schemi di intesa	5
3. Alcune considerazioni generali	9
3.1 Alcuni aspetti relativi al finanziamento	12
4. Le funzioni richieste	15
4.1 La previdenza complementare e integrativa	15
4.2 La tutela della salute – coordinamento della finanza pubblica	21

1. Introduzione e sintesi

Gli schemi di intesa preliminare all'esame del Parlamento per l'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia alle Regioni Veneto, Lombardia, Piemonte e Liguria rappresentano la prima applicazione delle procedure previste dalla L. 86/2024, alla luce delle censure e della lettura costituzionalmente orientata contenute nella sentenza della Corte costituzionale n. 192 del 2024.

Le intese riguardano due distinti insiemi di funzioni: il primo è relativo ad alcune materie per le quali la L. 86/2024 non richiedeva la preventiva determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) concernenti i diritti civili e sociali da garantire sull'intero territorio nazionale (protezione civile, professioni e previdenza complementare e integrativa), il secondo riguarda la tutela della salute congiuntamente al coordinamento della finanza pubblica.

Gli schemi sono accompagnati da una corposa documentazione finalizzata a motivare le richieste delle Regioni, illustrare i contenuti delle intese, valutarne la coerenza con il principio di sussidiarietà e verificare l'assenza di nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e l'invarianza finanziaria per le singole Regioni che non facciano parte delle intese.

Nonostante la copiosità delle informazioni fornite, la documentazione risponde solo parzialmente all'esigenza rimarcata dalla Corte costituzionale di giustificare la devoluzione sulla base di un preciso riferimento alle caratteristiche della funzione e al contesto (sociale, amministrativo, geografico, economico, demografico, finanziario, geopolitico e altro) che caratterizza la Regione richiedente, evidenziando i vantaggi – in termini di efficacia e di efficienza, di equità e di responsabilità – attraverso analisi basate su metodologie condivise, trasparenti e possibilmente validate dal punto di vista scientifico.

Nella maggior parte dei casi, le giustificazioni addotte dalle Regioni si limitano a enunciare aspettative di carattere generale secondo cui, ad esempio, una maggiore prossimità ai cittadini potrebbe migliorare la risposta delle politiche ai loro bisogni e aumentare la rapidità dell'azione amministrativa. Non sono presenti indicatori che consentano di valutare l'entità dei potenziali benefici derivanti dalla maggiore autonomia, né risultano adeguatamente sviluppate le ragioni per cui il contesto specifico delle Regioni interessate giustificerebbe il trasferimento delle funzioni richieste e consentirebbe di conseguire i vantaggi attesi.

Gli schemi di intesa preliminare propongono i medesimi contenuti per tutte e quattro le Regioni.

Il riconoscimento di spazi di autonomia identici per le quattro Regioni, che rappresentano complessivamente più del 40 per cento della popolazione delle Regioni a statuto ordinario, suggerisce l'opportunità di valutare in che misura le esigenze a cui si intende

dare risposta riguardino l'insieme delle Regioni a statuto ordinario e se, in alternativa alla differenziazione, possano essere individuate soluzioni adeguate all'interno del federalismo simmetrico.

Due ulteriori considerazioni vanno tenute presenti a tale proposito. In primo luogo, non è sempre evidente se e in che misura le funzioni descritte negli schemi amplino gli spazi di autonomia regionali, in quanto i richiami alla normativa vigente in essi contenuti appaiono spesso limitare le facoltà regionali a quelle già disponibili ed esercitabili da tutte le Regioni. Va peraltro considerato che, in alcuni casi, recenti provvedimenti, hanno esteso le possibilità di azione delle Regioni stesse, in modo di favorire la gestione autonoma delle funzioni. La sottoscrizione delle intese potrebbe tuttavia fungere da stimolo a un più ampio utilizzo di tali facoltà non solo da parte delle Regioni coinvolte, ma anche dal resto delle Regioni a statuto ordinario. Al fine di evitare che si sviluppino dinamiche competitive inefficienti che nell'ambito della sanità tenderebbero a rafforzare i divari esistenti, andrebbero garantiti meccanismi in grado di sostenere i territori che incontrano maggiori difficoltà nel garantire i LEA e nel reperire le professionalità necessarie.

In secondo luogo, si può rilevare una significativa distanza tra le aspettative che le Regioni hanno espresso nella fase iniziale della negoziazione e nelle motivazioni dichiarate nella documentazione e gli effettivi ulteriori spazi di autonomia che gli schemi appaiono formalmente concedere. Ne potrebbe discendere il rischio di interpretazioni divergenti fra lo Stato e le Regioni che hanno sottoscritto le intese, con conseguente incertezza applicativa e potenziale contenzioso costituzionale.

Sul piano finanziario l'aspetto più rilevante è l'assenza di una assegnazione di compartecipazioni al gettito dei tributi erariali alle Regioni richiedenti maggiore autonomia, che riflette il fatto che le attribuzioni di funzioni disciplinate dalle intese preliminari non comportano risparmi in termini di risorse umane e strumentali per lo Stato.

Gli eventuali costi aggiuntivi che potrebbero derivare dall'esercizio delle funzioni saranno dunque a carico dei bilanci regionali. Per alcune funzioni, in particolare la protezione civile, nuove risorse sono state recentemente stanziare per la generalità delle Regioni a statuto ordinario. In altri casi le Regioni dovranno trovare le coperture nell'ambito del loro bilancio, eventualmente attraverso un aumento dei tributi propri o tagli alla spesa.

Gli schemi contengono clausole di invarianza finanziaria e altre condizioni, in particolare nell'ambito della sanità, volte ad assicurare che l'esercizio dei maggiori spazi di autonomia non abbia impatti finanziari sullo Stato e sulle altre Regioni, anche attraverso modifiche dei criteri di riparto dei trasferimenti statali o effetti sulla mobilità sanitaria. Tuttavia, effetti indiretti potrebbero manifestarsi sul bilancio dello Stato a seguito dell'impulso che potrebbe venire dalle Intese alla diffusione dei fondi sanitari integrativi e dei fondi di previdenza complementare che godono di un trattamento fiscale di favore. L'evoluzione del costo di tali incentivi andrà adeguatamente monitorata, come anche la possibile

accelerazione della spesa che potrebbe derivare dall'indebolimento dei vincoli di destinazione dei finanziamenti in sanità.

Come osservato in precedenza, molte delle facoltà previste dalle Intese preliminari sono anche previste nelle norme ordinarie per tutte le Regioni a statuto ordinario, che potranno esercitarle sempre rispettando gli equilibri di bilancio. Va tuttavia ricordato che le capacità fiscali sono fortemente sperequate e con esse gli effettivi margini di esercizio di tali facoltà.

La presenza di queste asimmetrie rimanda al forte richiamo della Corte costituzionale sull'urgenza di completare il disegno del federalismo fiscale, attraverso il riordino della tassazione degli Enti territoriali, in attuazione della delega sulla riforma fiscale, la fiscalizzazione dei trasferimenti statali che ancora residuano nelle materie regionali e l'istituzione del fondo perequativo previsto dal D.Lgs. 68/2011.

Nei paragrafi successivi si ripercorre il sentiero che ha condotto alla presentazione degli schemi di intesa preliminari, sottolineando il passaggio rappresentato dall'intervento della Consulta sulla legge per il regionalismo differenziato (par. 2), analizzando gli schemi di intesa nel loro complesso (par. 3) e approfondendo in particolare i potenziali effetti finanziari del trasferimento di funzioni (par. 3.1). Vengono poi esaminate le richieste sulle singole funzioni (par. 4), concentrando l'attenzione in particolare sulla previdenza complementare e integrativa (par. 4.1) e sulla tutela della salute – coordinamento della finanza pubblica (par. 4.2).

2. Il processo che ha condotto alla presentazione degli schemi di intesa

Gli schemi di intesa preliminare per l'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia tra il Governo e le quattro Regioni Veneto, Lombardia, Piemonte e Liguria sono stati approvati dal Consiglio dei ministri il 18 febbraio scorso e sono stati presentati al Parlamento il 17 aprile.

Per ciascuna Regione sono stati predisposti due distinti schemi di intesa. Il primo riguarda tre materie – protezione civile, professioni e previdenza complementare e integrativa – che la L. 86/2024, recante disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario, annovera tra quelle per le quali non è richiesta la preventiva determinazione dei LEP concernenti i diritti civili e sociali da garantire sull'intero territorio nazionale (cosiddette materie non LEP). Il secondo schema riguarda, invece, la materia tutela della salute, congiuntamente a quella relativa al coordinamento della finanza pubblica, sulla base dell'assunto che i LEP relativi alla prima materia coincidano con i livelli essenziali di assistenza (LEA)¹. Secondo quanto riportato nelle premesse degli schemi di

¹ Da ultimo determinati con DPCM del 12 gennaio 2017. Si ricorda che di recente e ancora con la legge di bilancio per il 2025 sono stati previsti diversi aggiornamenti dei LEA, a opera della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale (SSN).

intesa, tale interpretazione troverebbe fondamento anche nella sentenza della Corte costituzionale n. 192 del 2024, che richiama i LEA come esempio di LEP. Si ricorda, peraltro, che la legge di bilancio per il 2026, nell'ambito di alcune disposizioni volte a disciplinare i LEP, nella materia della tutela della salute fa salvi i LEA (nel paragrafo 4.2 si torna sulla questione dell'effettiva garanzia dei LEA sull'intero territorio nazionale).

Prima di esaminare il contenuto degli schemi di intesa preliminare e di richiamare i passaggi che hanno recentemente portato alla riapertura dei negoziati sul regionalismo differenziato, è opportuno soffermarsi sulla menzionata sentenza che nel novembre 2024 ha dichiarato illegittime diverse disposizioni della L. 86/2024 e ha esplicitato la lettura costituzionalmente orientata di altre.

In particolare, si ricorda che la Consulta, in primo luogo, ha chiarito che l'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione non può riguardare il trasferimento di intere materie o ambiti di materie, bensì specifiche funzioni, di natura legislativa e/o amministrativa, definite in relazione al loro oggetto e/o alle loro finalità.

In secondo luogo, ha sottolineato che anche nelle nove materie non LEP non possono essere trasferite funzioni che attengano a prestazioni concernenti diritti civili e sociali senza la preventiva determinazione dei LEP e del relativo costo standard.

In terzo luogo, la Consulta ha precisato che ogni richiesta di maggiore autonomia deve essere adeguatamente giustificata alla luce del principio di sussidiarietà. Tale giustificazione deve fondarsi su un'istruttoria approfondita, supportata da analisi condotte secondo metodologie condivise, trasparenti e, ove possibile, validate sul piano scientifico, che dimostri che il trasferimento di funzioni, tenendo conto delle caratteristiche del contesto (sociale, amministrativo, geografico, economico, demografico, finanziario, geopolitico e altro) interessato, è idoneo a produrre vantaggi in termini di efficacia e di efficienza² nell'allocazione delle funzioni e delle relative risorse³, di equità dal punto di vista distributivo e di responsabilizzazione dell'autorità pubblica nei confronti delle popolazioni interessate all'esercizio della funzione.

² La Corte costituzionale ha chiarito che, nel caso di trasferimento di funzioni alle Regioni, le risorse occorrenti per il loro esercizio non possono essere determinate con riferimento alla spesa storica, ma piuttosto si dovrebbe considerare il costo depurato dalle inefficienze (così come si calcolano il costo e il fabbisogno standard in presenza di LEP). Il trasferimento dovrebbe consentire il miglioramento del servizio o una riduzione della spesa, in quest'ultimo caso liberando risorse utilizzabili dallo Stato per la copertura delle spese rimaste a suo carico (compresi i costi per il monitoraggio delle funzioni trasferite ed eventualmente per l'esercizio del potere sostitutivo).

³ La Corte ricorda, tra le funzioni che al contrario possono essere svolte più efficacemente ed efficientemente al livello centrale di governo (statale o addirittura europeo), il superamento, in alcuni casi, di emergenze ambientali, sanitarie, geoeconomiche, i casi di presenza di effetti di *spill-over* negativi sul territorio di altre Regioni o quelli in cui emerge il rischio che si determinino barriere territoriali alla concorrenza o comunque vi siano interessi dell'intera comunità nazionale che potrebbero subire pregiudizio dalla frammentazione al punto di metterne a rischio la stessa esistenza o quanto meno l'efficienza della funzione.

In quarto luogo, la Corte ha osservato che la garanzia dei LEP⁴ non esaurisce i limiti costituzionali alla differenziazione. Occorre considerare anche i vincoli derivanti dalle altre materie trasversali, dall'ordinamento della UE, dagli obblighi internazionali e, più in generale, dall'intero quadro costituzionale. Per alcune materie, pur comprese tra quelle indicate all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, tra cui quella delle professioni⁵, la giustificazione delle richieste di trasferimento di funzioni appare pertanto particolarmente difficile sotto il profilo della sussidiarietà. In tali casi, l'istruttoria deve essere ancora più rigorosa riguardo al contesto, nel dimostrare le specifiche esigenze di differenziazione e la capacità della Regione di operare nel rispetto del diritto unionale.

In quinto luogo, nella sentenza sono stati evidenziati i limiti alla differenziazione derivanti dall'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, che richiama l'articolo 119 in materia di autonomia finanziaria degli Enti territoriali, dove si contempla anche l'istituzione di un fondo perequativo, la cui rapida attuazione viene espressamente sollecitata dalla Corte. Quest'ultima ha infatti osservato che la violazione dei limiti posti dai principi dell'autonomia finanziaria, traducendosi nell'attribuzione di un regime privilegiato a favore di una determinata Regione, comprometterebbe la parità di condizioni tra le Regioni.

In sesto luogo, la sentenza ha ribadito la permanenza del potere sostitutivo dello Stato previsto dall'articolo 120, secondo comma, della Costituzione.

Infine, la Corte costituzionale ha sottolineato che, sebbene qualunque sistema regionale implichi inevitabilmente una qualche forma di competizione tra le Regioni, che può peraltro favorire il miglioramento della qualità dei servizi pubblici, questa “non potrà spingersi fino a minare la solidarietà tra lo Stato e le Regioni e tra Regioni, l'unità giuridica ed economica della Repubblica (art. 120 Cost.), l'eguaglianza dei cittadini nel godimento dei diritti (art. 3 Cost.), l'effettiva garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (art. 117, secondo comma, lettera *m*, Cost.) e quindi la coesione sociale e l'unità nazionale – che sono tratti caratterizzanti la forma di Stato –, il cui indebolimento può sfociare nella stessa crisi della democrazia”, essendo il regionalismo italiano, compreso quello asimmetrico, un regionalismo cooperativo, che valorizza il principio di leale collaborazione.

⁴ La sentenza ribadisce che la determinazione dei LEP vincola tanto il legislatore regionale quanto la pubblica Amministrazione e al contempo produce un diritto a ricevere le risorse necessarie. La L. 86/2024 prevede infatti la garanzia del finanziamento dei LEP, subordinando il trasferimento di funzioni allo stanziamento delle risorse necessarie per assicurarli sull'intero territorio nazionale, incluso quello delle Regioni che non abbiano sottoscritto le intese.

⁵ Per la vicinanza ai temi della concorrenza e della tutela dei consumatori, regolate a livello europeo, anche se questo vale principalmente per le professioni ordinistiche, mentre potrebbe essere contemplata qualche differenziazione sulle professioni non ordinistiche collegate con la realtà locale.

Dopo tale sentenza, nell’ottica di completare il disegno della L. 86/2024, è stato presentato in Senato il DDL delega per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, per dare piena attuazione all’articolo 116, terzo comma, della Costituzione⁶.

Nel frattempo, a luglio 2024, subito dopo l’approvazione della citata legge per l’attuazione dell’autonomia differenziata, le quattro Regioni interessate avevano manifestato l’intenzione di riprendere i negoziati. Alla luce della pronuncia della Corte costituzionale, a gennaio 2025 il Ministro per gli Affari regionali e le autonomie ha richiesto un’integrazione della documentazione già trasmessa per dimostrare la giustificazione delle richieste in base al principio di sussidiarietà. A tal fine è stato inviato alle quattro Regioni un apposito modello di valutazione. Si tratta delle cosiddette griglie-tipo, costruite sulla base del modello europeo di valutazione del principio di sussidiarietà nella predisposizione delle proposte della Commissione europea⁷. Più avanti si tornerà sui dubbi relativi all’idoneità di tali strumenti a soddisfare pienamente i requisiti istruttori delineati dalla sentenza n. 192 del 2024. Si ricorda intanto che le interlocuzioni sono state focalizzate sulle tre materie non LEP sopra indicate e, successivamente, anche sulla tutela della salute – coordinamento della finanza pubblica.

A novembre 2025, dopo che le Regioni hanno integrato la documentazione compilando le griglie-tipo, sono stati sottoscritti gli accordi preliminari sulle quattro materie tra le Regioni interessate e il Ministro per gli Affari regionali e le autonomie, delegato dal Presidente del Consiglio dei ministri. Come riportato nelle premesse agli schemi di intesa preliminare, con tali accordi è stato assunto l’impegno a concludere i negoziati nel rispetto della Costituzione, della L. 86/2024 e della sentenza n. 192 del 2024 e secondo il principio di leale collaborazione. Governo e Regioni hanno concordato su una valutazione della corrispondenza tra le funzioni richieste e le specificità caratteristiche delle Regioni richiedenti, nonché sulla loro funzionalità rispetto agli obiettivi di crescita e sviluppo regionale e la conformità al principio di sussidiarietà. Questi accordi hanno costituito la base per la definizione degli schemi di intesa preliminare⁸, corredati delle relative relazioni tecniche⁹, approvati dal Consiglio dei ministri a febbraio 2026 e trasmessi alla Conferenza unificata per l’espressione del parere, da rendere entro un periodo di sessanta giorni, decorso il quale il procedimento avrebbe comunque potuto proseguire.

La contrattazione in Conferenza unificata sembra aver toccato diversi aspetti sui quali le rappresentanze degli Enti territoriali hanno avanzato richieste condizionanti rispetto alla concessione del parere favorevole. Le Regioni e Province autonome hanno espresso

⁶ Trasmesso al Parlamento l’11 agosto 2025. Si veda in proposito Ufficio parlamentare di bilancio (2026), “Audizione dell’Ufficio parlamentare di bilancio in relazione all’esame del DDL n. 1623 (Delega al Governo per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni)”, 22 gennaio.

⁷ Secondo le raccomandazioni della *Task force* per la sussidiarietà e la proporzionalità le griglie-tipo avrebbero potuto essere utilizzate anche da altre istituzioni.

⁸ Le premesse alle intese chiariscono che potranno essere avanzate in futuro ulteriori richieste di funzioni sia nell’ambito delle materie già toccate, sia relativamente ad altre materie.

⁹ Il testo delle relazioni tecniche con la bollinatura da parte della Ragioneria generale dello Stato, appostata dopo la verifica del Ministero dell’Economia e delle finanze sul testo predisposto dalle amministrazioni competenti, è stato pubblicato solo lo scorso 19 giugno sul sito web del Senato della Repubblica.

parere favorevole a maggioranza, in quanto sei di esse – Campania, Emilia-Romagna, Puglia, Sardegna, Toscana e Umbria – si sono pronunciate negativamente. Tuttavia, il consenso è stato subordinato, per la materia tutela della salute – coordinamento della finanza pubblica, alla condizione che vi sia un contestuale impegno del Governo a definire un percorso di uscita dal piano di rientro con tempi certi, tenendo conto delle specificità delle Regioni, sia in relazione all’equilibrio economico-finanziario, sia alla garanzia dei LEP, valorizzando i miglioramenti registrati negli ultimi due anni e il conseguimento di punteggi sufficienti in più macroaree. Tale richiesta sembra rispondere ad aspirazioni di alcune Regioni che hanno poca attinenza con il processo di attuazione del regionalismo differenziato. La valutazione dell’UPI è stata favorevole, anche se è stata accompagnata da alcune richieste, tra cui l’integrazione degli schemi di intesa preliminare con la documentazione relativa al confronto tra le Regioni e gli Enti locali e il coinvolgimento effettivo degli Enti locali interessati sulle intese definitive perfezionate¹⁰. L’ANCI ha invece espresso parere sfavorevole, in relazione al metodo adottato per il confronto tra Regioni e Governo e alla valutazione espressa sulla necessità di un nuovo atto di iniziativa (rispetto a quelli del 2017 e 2018, da cui è comunque ripartito il negoziato) da parte delle Regioni richiedenti per soddisfare la L. 86/2024 e la sentenza della Corte costituzionale n. 192 del 2024¹¹.

Successivamente gli schemi sono stati trasmessi alle Camere per l’esame da parte dei competenti organi parlamentari, che dovrebbero esprimersi con atti di indirizzo entro novanta giorni, dopo aver udito il Presidente della Giunta regionale interessata.

Le intese avranno durata decennale e saranno automaticamente rinnovate in assenza di una diversa intenzione espressa dallo Stato o dalla Regione almeno un anno prima della scadenza.

3. Alcune considerazioni generali

Gli schemi di intesa preliminare propongono contenuti identici per le quattro Regioni.

L’esame dei documenti giustificativi delle richieste ai fini della verifica del rispetto del principio di sussidiarietà risulta particolarmente complesso. Per ogni schema è stato fornito al Parlamento un unico testo, privo di indice, che comprende le relazioni illustrativa e tecnica, l’analisi di impatto della regolamentazione (AIR), la relazione sulla

¹⁰ Nei materiali si riscontra anche un documento condiviso tra gli Enti territoriali del Veneto sul riordino istituzionale delle Province, che nel chiederne il rafforzamento, nonché il ripristino dell’elezione diretta del Presidente e del Consiglio provinciale (pur mantenendo l’Assemblea dei Sindaci), si sofferma sull’autonomia differenziata, affermando che saranno attribuite alle Province e ai Comuni, con legge regionale, le nuove competenze amministrative riconosciute dallo Stato, in una logica di sussidiarietà. Non è chiaro se la questione del riordino delle Province sia entrata nell’ambito della negoziazione complessiva in Conferenza unificata.

¹¹ Atto che richiederebbe un’istruttoria approfondita, suffragata da analisi basate su metodologie condivise, a supporto preliminare dell’iniziativa regionale e dell’intesa.

sussidiarietà e la documentazione relativa alla consultazione degli Enti locali da parte di ciascuna Regione. A ogni schema sono inoltre allegate le griglie-tipo di ciascuna Regione relative a tutte le funzioni richieste. Le relazioni illustrative, le relazioni tecniche e le AIR presentano alcune formulazioni sostanzialmente identiche tra i diversi schemi. Questa forte sovrapposizione dei contenuti rende difficile distinguere gli elementi specifici riferibili a ciascuna Regione e funzione e, di conseguenza, valutare in modo puntuale le ragioni che giustificerebbero, caso per caso, l'attribuzione delle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia richieste. Nel commento che segue ci si basa soprattutto sulla documentazione fornita in relazione alle materie previdenza complementare e integrativa e tutela della salute – coordinamento della finanza pubblica.

Le motivazioni a sostegno delle richieste delle quattro Regioni sono indicate nelle griglie-tipo e, in parte, riportate nella relazione illustrativa, in quella tecnica, nella relazione sulla sussidiarietà e nell'AIR, che a loro volta offrono alcune informazioni aggiuntive. Le griglie-tipo constano di una serie di domande e risposte, ma non sembrano del tutto adeguate a fornire una piena valutazione dell'efficienza comparata dello Stato e delle Regioni nel gestire le funzioni richieste.

In primo luogo, nell'esperienza europea le griglie-tipo sono state introdotte per valutare la conformità delle proposte o iniziative della Commissione europea ai principi di sussidiarietà e proporzionalità sanciti dai trattati e non, viceversa, per giustificare processi di devoluzione di competenze verso livelli di governo territoriali.

In secondo luogo, pur accogliendo la possibilità di utilizzarle anche per richieste di decentramento, va osservato che tali griglie-tipo contengono alcune domande, importanti per la valutazione della convenienza del trasferimento di competenze in un senso o nell'altro, che non sempre sono presenti nella documentazione delle Regioni¹²: ad esempio, sulla presenza di economie di scala, sulla disponibilità di una dichiarazione dettagliata corredata da indicatori qualitativi e, ove possibile, quantitativi che consentano di valutare se l'azione possa essere realizzata in modo più efficace a livello decentrato rispetto a quello centrale. Nelle procedure europee le risposte contenute nelle griglie rinviano alla relazione illustrativa (*explanatory memorandum*) e al rapporto sulla valutazione di impatto, nei quali vengono sviluppate e documentate le argomentazioni sottostanti. Nel caso degli schemi di intesa, invece, né la relazione tecnica, né quella illustrativa contengono indicatori qualitativi e quantitativi che rendano possibile una valutazione esauriente, mentre l'AIR, alla voce relativa agli indicatori, riporta in genere delle descrizioni testuali piuttosto che parametri misurabili. Gli indicatori sono richiesti solo ai fini della descrizione della funzione come attualmente esercitata e la risposta a questa domanda, quando presente, non sempre riporta parametri quantitativi o qualitativi. Va inoltre ricordato che le griglie-tipo – elaborate in una fase precedente dei

¹² Si è fatto riferimento, per le caratteristiche delle griglie europee, a un recente caso specifico contenuto nello [SWD\(2026\) 70 final](#).

negoziati – fanno riferimento a competenze diverse e più ampie di quelle concordate negli schemi di intesa preliminare.

Nella maggior parte dei casi, le risposte fornite dalle Regioni nelle griglie-tipo si limitano ad affermazioni sostanzialmente apodittiche sulla presenza, a livello regionale, delle competenze necessarie a gestire le nuove funzioni, sui vantaggi derivanti dalla maggiore prossimità (per lo più poco o del tutto non specificati rispetto al singolo caso), che viene assunta, automaticamente, come elemento sufficiente a garantire una migliore soddisfazione dei bisogni dei cittadini e una maggiore rapidità dell'azione amministrativa. La ripetitività delle argomentazioni, spesso identiche sia tra le diverse Regioni sia tra le diverse funzioni, rende ancora più incerta la fondatezza delle giustificazioni addotte e faticosa la lettura dei documenti. Manca l'istruttoria approfondita, fondata su metodologie condivise e validate dal punto di vista scientifico, che dovrebbe evidenziare i vantaggi per i cittadini in termini di sussidiarietà. In qualche caso è possibile individuare potenziali benefici per altri portatori di interesse (imprese, assicurazioni, fondi pensione e integrativi). In assenza di evidenze circa un miglioramento del benessere collettivo o della qualità dei servizi pubblici, il trasferimento di ulteriori competenze alle Regioni rischia di apparire motivato principalmente da valutazioni meramente politiche di riequilibrio di poteri fra i governi regionali e lo Stato.

L'uniformità delle richieste avanzate dalle quattro Regioni rende inoltre meno credibili le giustificazioni fondate sulle specificità territoriali cui si intende dare risposta. Né tale criticità sembra superabile richiamando una possibile differenziazione nelle modalità applicative delle intese da parte delle singole Regioni¹³. La Corte costituzionale, infatti, nel richiedere il rispetto del principio di sussidiarietà e nel chiarirne i contenuti, non ha fatto riferimento a come la funzione trasferita sarebbe successivamente esercitata. Su questo aspetto, peraltro, la documentazione trasmessa al Parlamento non sempre fornisce informazioni. La Corte ha invece richiesto una puntuale giustificazione della necessità stessa del trasferimento della competenza.

Le esigenze di quattro Regioni che rappresentano complessivamente più del 40 per cento della popolazione delle Regioni a statuto ordinario, coincidenti al punto da essere esposte attraverso testi tra loro identici, potrebbero riflettere problematiche comuni alla totalità delle Regioni piuttosto che specificità regionali. In tale prospettiva, le questioni sollevate potrebbero richiedere risposte riconducibili all'ambito del regionalismo simmetrico piuttosto che a quello dell'autonomia differenziata. Sarebbe pertanto opportuno chiarire in che misura il processo di decentramento in atto possa rappresentare uno strumento utile a evidenziare la presenza di funzioni suscettibili di essere svolte da tutte le Regioni a statuto ordinario, eventualmente condizionatamente alla capacità di gestirle assicurando la sostenibilità economico-finanziaria e la garanzia dei livelli essenziali. Ulteriori considerazioni spingono in questa direzione. In primo luogo, basandosi sul testo degli schemi, non sempre appare evidente in quale misura le competenze richieste si

¹³ Come è stato sostenuto dal Ministro Calderoli durante le audizioni alla Camera dei deputati. Si veda al riguardo il [comunicato stampa](#) del 28 maggio 2026.

differenzino realmente da quelle già svolte o comunque già esercitabili da tutte le Regioni. Va peraltro considerato che, in alcuni casi, recenti disposizioni legislative hanno esteso i mezzi finanziari o le possibilità di azione delle Regioni stesse, dichiaratamente in modo di favorire la gestione autonoma delle funzioni (si veda oltre). In secondo luogo, alcune istanze originano da denunciate inefficienze dei poteri centrali e/o da eccessiva rigidità e farraginosità della normativa nazionale, problemi che sembrano riguardare la complessità delle Regioni.

Una simile impostazione potrebbe, tuttavia, non soddisfare le aspettative di differenziazione che sono maturate in alcune Regioni, che sembrano muoversi piuttosto nell'ottica, già in passato rivendicata nell'ambito di alcune istanze federaliste provenienti dall'Italia settentrionale, dell'istituzione di macroregioni. Ne potrebbero discendere interpretazioni ampie del dettato dell'intesa da parte delle Regioni richiedenti, nella direzione delle richieste formulate nella fase iniziale della negoziazione e illustrate nelle griglie-tipo, generando incertezza applicativa e un potenziale contenzioso costituzionale.

Infine, occorre considerare che la complessità della documentazione, l'assenza di indicatori per valutare gli effettivi vantaggi del trasferimento di funzioni e la formulazione a volte generica delle competenze oggetto di devoluzione ostacolano la verifica da parte del Parlamento della rispondenza delle giustificazioni avanzate al principio di sussidiarietà e dell'adeguatezza dei contenuti delle intese preliminari al fine della formulazione degli atti di indirizzo nel rispetto del termine di novanta giorni.

Questi temi saranno approfonditi nel paragrafo 4 con riferimento ad alcune materie tra quelle oggetto degli schemi di intesa preliminare.

3.1 Alcuni aspetti relativi al finanziamento

Le attribuzioni di funzioni disciplinate dalle intese preliminari si configurano come un ampliamento dei margini di autonomia delle Regioni che non comportano risparmi in termini di risorse umane e strumentali per lo Stato. Coerentemente, gli schemi di intesa non contengono alcuna pretesa di compartecipazione a tributi erariali, mentre richiedono che l'esercizio delle funzioni attribuite sia limitato all'utilizzo delle risorse disponibili a legislazione vigente, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri.

Per quanto riguarda la materia Protezione civile la relazione tecnica chiarisce che i necessari finanziamenti saranno reperiti dal Fondo regionale di protezione civile. La dotazione di tale Fondo, pari a 10 milioni annui nel 2022 e nel 2023, è stata aumentata per gli anni successivi, proprio per consentire alle Regioni, come affermato dal Ministro Calderoli, di affrontare le emergenze nazionali con fondi propri. Pertanto, mentre si avviavano i negoziati, il fondo veniva raddoppiato a regime e triplicato per il biennio 2027 e 2028, di fatto predisponendo le risorse per gestire le funzioni che sarebbero state poi

richieste con gli schemi di intesa preliminare, assicurando la possibilità di esercitarle nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica. Occorre tuttavia osservare che tale incremento di risorse è stato disposto a beneficio di tutte le Regioni, incluse quelle che non hanno richiesto funzioni ulteriori e ciò rafforza l'ipotesi che il processo attuale di devoluzione asimmetrica apra questioni che andrebbero affrontate più coerentemente nell'ambito del regionalismo simmetrico.

Nel caso della sanità, oltre alla clausola generale di invarianza finanziaria, gli schemi richiedono che non vi siano effetti sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) e sui criteri di riparto di questo e delle risorse nazionali per gli investimenti in sanità, garantendo la neutralità degli effetti per lo Stato e per le altre Regioni, compresa la mobilità sanitaria. A tal fine, il trasferimento di competenze in questa materia appare subordinato a una successiva Intesa con il Ministro della Salute e con il Ministro dell'Economia e delle finanze e alle verifiche da parte dei Tavoli tecnici competenti, sentita la Conferenza Stato-Regioni.

Come evidenziato nella relazione tecnica, resta tuttavia impregiudicata la possibilità per le Regioni di allocare maggiori risorse alle funzioni interessate attraverso atti regionali di incremento di entrate o riduzione di spese, nel rispetto degli equilibri di bilancio.

Anche in presenza di queste clausole, non si può escludere che si producano effetti indiretti di una qualche rilevanza sulla finanza pubblica, pur in assenza di modifiche dei trasferimenti erariali e anche qualora eventuali maggiori spese siano formalmente coperte con risorse proprie regionali.

Si possono al riguardo fornire due esempi che verranno approfonditi successivamente.

Il primo riguarda i fondi sanitari integrativi e i fondi di previdenza complementare, ambiti nei quali le Regioni hanno richiesto una maggiore autonomia con l'obiettivo di favorirne la diffusione. Sebbene le intese appaiano ribadire, in larga parte, facoltà già esercitabili sulla base della legislazione vigente, la loro formalizzazione potrebbe comunque contribuire a rafforzare l'impegno delle Regioni nell'ampliare il ricorso a tali strumenti. In particolare, potrebbero aumentare le sottoscrizioni ai fondi oltre i livelli già considerati nei tendenziali di finanza pubblica, sia nelle Regioni interessate dalle intese sia, per imitazione o reazione, nelle altre Regioni a statuto ordinario. In questo caso, si determinerebbe un effetto negativo sulle entrate erariali, connesso al trattamento fiscale agevolato riconosciuto alle contribuzioni destinate a tali fondi. Tale effetto, almeno per quanto riguarda i fondi pensione, verrebbe solo parzialmente compensato nel lungo periodo dalla tassazione delle prestazioni, che comunque godono di un regime fiscale agevolato rispetto a quello ordinario della tassazione sul reddito delle persone fisiche.

Il secondo esempio concerne la sanità e, in particolare, la circostanza che il trasferimento di funzioni sembrerebbe, tra l'altro, consentire la possibilità di derogare al D.Lgs. 118/2011, che destina le somme vincolate e non utilizzate nel corso dell'esercizio a un

apposito fondo, per poterne fare uso negli esercizi successivi. In questo modo si potrebbe produrre un'accelerazione della spesa, con possibili riflessi sull'andamento dell'indicatore di spesa netta rilevante ai fini degli impegni assunti con il Piano strutturale di bilancio. Vi è inoltre il rischio che l'utilizzo di alcuni strumenti, quali la differenziazione delle tariffe o il ricorso ai fondi sanitari integrativi e di previdenza complementare nell'ambito della contrattazione relativa al personale pubblico, possa incidere sugli equilibri tra sistemi regionali. In particolare, tali strumenti se non opportunamente regolati potrebbero favorire un aumento dei prezzi dei servizi e alimentare il drenaggio di risorse umane da altre Regioni, innescando forme di competizione interregionale, con possibili effetti negativi sui costi complessivi delle Amministrazioni pubbliche.

Va inoltre ricordato che se l'esercizio di maggiore autonomia è vincolato all'utilizzo di risorse proprie, non tutte le Regioni potranno sfruttare gli spazi di autonomia disponibili in egual misura, date le differenti capacità fiscali di cui dispongono. Da questa prospettiva appare sempre più urgente il richiamo della Corte costituzionale alla necessità di completare il disegno del federalismo fiscale, attraverso il riordino della tassazione degli Enti territoriali, in attuazione della delega sulla riforma fiscale, la fiscalizzazione dei trasferimenti statali che ancora residuano nelle materie regionali e l'istituzione del fondo perequativo previsto dal D.Lgs. 68/2011.

Infine, gli schemi di intesa istituiscono le Commissioni paritetiche Stato-Regione-Autonomie locali¹⁴, alle quali la L. 86/2024 attribuisce la definizione dei criteri per l'individuazione dei beni e delle risorse finanziarie, umane, strumentali e organizzative necessari per esercitare le nuove funzioni, anche in vista dell'attribuzione delle compartecipazioni¹⁵. Tale ruolo non sembra attuale, in assenza di risorse da trasferire attraverso le compartecipazioni. Formalmente, ai sensi del primo comma dell'articolo 5 della L. 86/2024, resta alle Commissioni il compito di valutare annualmente gli oneri finanziari per la Regione interessata derivanti dall'esercizio delle nuove funzioni e dall'erogazione dei relativi servizi. Tali valutazioni dovranno essere coerenti con gli obiettivi programmatici di finanza pubblica e con l'equilibrio di bilancio e i relativi esiti saranno trasmessi alla Conferenza unificata e alle Camere.

¹⁴ Composte da: un rappresentante del Ministro per gli Affari regionali e le autonomie e uno del Ministro dell'Economia e delle finanze; per lo schema sulle tre materie non LEP un rappresentante, rispettivamente, del Ministro per la Protezione civile e le politiche del mare, del Ministro per la Pubblica amministrazione, del Ministro delle Infrastrutture e dei trasporti, del Ministro dell'Ambiente e della sicurezza energetica, del Ministro dell'Interno, del Ministro del Lavoro e delle politiche sociali, del Ministro delle Imprese e del *made in Italy*; nel caso della tutela della salute – coordinamento della finanza pubblica un rappresentante del Ministro della Salute; un numero di rappresentanti regionali pari a quelli dei Ministri; un rappresentante dell'Associazione nazionale dei Comuni italiani (ANCI); un rappresentante dell'Unione delle Province d'Italia (UPI).

¹⁵ Si ricorda che il comma contenente il compito, per la Commissione, di verificare la congruità dei fabbisogni di spesa con l'evoluzione del gettito dei tributi compartecipati, onde ridefinire le aliquote di compartecipazione nel caso di scostamenti, è stato soppresso dalla Corte costituzionale.

4. Le funzioni richieste

Nel prosieguo dell'analisi l'attenzione si concentra su due delle materie interessate dagli schemi di intesa preliminari: la previdenza complementare e integrativa (par. 4.1) e la tutela della salute – coordinamento della finanza pubblica (par. 4.2).

Con riferimento alle altre materie, di seguito si formulano soltanto alcune osservazioni preliminari.

Nell'ambito della richiesta di funzioni relative alla protezione civile, al fine di tenere conto della sentenza della Corte costituzionale n. 192 del 2024, è stata inserita una generica disposizione transitoria, introdotta nelle more della determinazione dei LEP, volta a chiarire che il potere di emanare ordinanze in deroga alla disciplina statale da parte della Regione non può implicare deroghe a norme statali relative a funzioni riferite a prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, se in proposito non sono stati preventivamente determinati i LEP. Tale disposizione, che recepisce l'orientamento espresso dalla Consulta, non è stata accompagnata da una ricognizione delle funzioni che potrebbero avere questa caratteristica, lasciando aperta la questione (o rinviandola alla sensibilità del governo regionale) dell'individuazione concreta delle fattispecie interessate e delle modalità attraverso cui tale valutazione dovrà essere effettuata. Va inoltre osservato che il potere di emanare ordinanze di protezione civile in deroga alle disposizioni di normative statali vigenti appare come una competenza ampia, che rischia di sconfinare dal concetto di funzione per abbracciare l'intera materia della protezione civile.

Quanto alla materia delle professioni, va rilevato che le richieste riguardano professioni definite "di rilievo regionale", con l'esclusione delle professioni ordinistiche, sanitarie e relative attività atipiche. Resta comunque da tenere conto in qualche misura, anche in questo caso, delle richieste di particolare prudenza espresse dalla Corte costituzionale su questa materia. Nei documenti posti a fondamento delle richieste non emerge infatti un'individuazione puntuale di quali professioni assumano una connotazione tipicamente locale, facendo invece riferimento ad attività, quali il turismo, comuni a molte Regioni.

4.1 *La previdenza complementare e integrativa*

L'articolo 10 degli schemi di intesa preliminare attribuisce alle Regioni funzioni in materia di previdenza complementare e integrativa. Il comma 1 consente alla Regione di promuovere forme di previdenza complementare su base regionale, anche mediante convenzioni con fondi pensione già esistenti, e di disciplinarne esclusivamente il funzionamento operativo e organizzativo. Il comma 2 attribuisce alla Regione, con riferimento al proprio personale, a quello degli Enti pubblici regionali, degli Enti locali del territorio regionale e del Servizio sanitario regionale (SSR), la rappresentanza negoziale per la stipula di contratti o accordi collettivi volti all'adesione ai fondi pensione operanti a livello regionale.

La dimensione territoriale o locale della previdenza complementare non è una novità nel panorama italiano; la devoluzione della funzione dovrebbe essere subordinata al raggiungimento di una maggiore efficienza. Alcune autonomie speciali (Trentino Alto-Adige e Valle d'Aosta) hanno istituito fondi territoriali¹⁶. In Veneto dal 1990 è presente il fondo intercategoriale riservato ai lavoratori residenti nella regione¹⁷. Il Fondo Sirio-Espero¹⁸, che opera sull'intero territorio nazionale, riporta nelle sue statistiche che, nel 2025, il 40 per cento circa degli iscritti apparteneva a Enti pubblici locali. Per risultare efficace, la devoluzione delle funzioni previste dall'articolo 10 dovrebbe consentire di migliorare il funzionamento del sistema, favorendo economie di scala, trasparenza e continuità/coordinamento con il sistema esistente, piuttosto che determinare fenomeni di frammentazione o duplicazione amministrativa. Il punto centrale, pertanto, è comprendere quale valore aggiunto possano apportare le funzioni di promozione, organizzazione e rappresentanza negoziale rispetto agli strumenti già disponibili nell'ordinamento vigente.

La promozione della previdenza complementare, l'informazione ai lavoratori, il raccordo con le parti sociali e la collaborazione con fondi esistenti sono attività che le Regioni possono già svolgere in larga misura nell'ambito delle competenze ordinarie in materia di lavoro, formazione, welfare e politiche sociali. La possibilità che le Regioni siano fonti istitutive di fondi pensione trova già un riferimento nell'articolo 3, comma 1, lettera d), del D.Lgs. 252/2005. Da questo punto di vista, il comma 1 dell'articolo 10 sembra aggiungere soprattutto una formalizzazione della funzione regionale, piuttosto che un nuovo e autonomo potere regolatorio.

La novità è l'attribuzione alla Regione di una funzione di rappresentanza negoziale per la stipula di accordi collettivi concernenti l'adesione ai fondi pensione regionali del personale non solo della Regione, ma anche degli Enti pubblici regionali, degli Enti locali e del SSR, con conseguenze dal punto di vista finanziario e di competizione tra Regioni. Il comma 2 prevede tale attribuzione. Se la funzione regionale si limita ad attività informative, di coordinamento e di promozione, il costo può risultare contenuto, ma con esso anche l'efficacia, misurata in termini di maggiore partecipazione alla previdenza complementare soprattutto per le categorie oggi meno coperte, potrebbe essere limitata. Se invece i fondi di previdenza sono utilizzati come forma alternativa di retribuzione nell'ambito del pubblico impiego il profilo finanziario diventa più rilevante sia per la singola Regione, che dovrà reperire le risorse a copertura di eventuali contributi datoriali, sia, indirettamente, per lo Stato, che subirà una riduzione delle entrate a causa delle

¹⁶ Si tratta, rispettivamente, di Laborfonds per il Trentino Alto-Adige, con 141.000 aderenti su un potenziale di 245.000, e di Fondemain per la Valle d'Aosta, con 8.000 aderenti su un potenziale di 35.000. I dati si riferiscono al 2024 e sono tratti da Commissione di vigilanza sui fondi pensione (2025), *"Relazione per l'anno 2025"*.

¹⁷ Il fondo Solidarietà Veneto è stato istituito nel 1990 e ha raggiunto, nel 2024, 162.000 adesioni con un bacino potenziale di 891.000 individui. I dati sono tratti da Commissione di vigilanza sui fondi pensione (2025), *op. cit.*

¹⁸ Il fondo riservato ai lavoratori della pubblica Amministrazione e della sanità ha registrato, nel 2024, 245.000 adesioni su un potenziale bacino di quasi 1,6 milioni di individui. I dati sono tratti da Commissione di vigilanza sui fondi pensione (2025), *op. cit.*

agevolazioni fiscali previste per queste forme di risparmio. Occorre infine evidenziare che l'eventuale utilizzo di contribuzioni a fondi pensione integrativi come alternativa ad aumenti contrattuali da parte di singole Regioni potrebbe innescare meccanismi di rincorsa da parte delle altre Regioni, con esiti non necessariamente ottimali in termini di offerta complessiva del servizio e con effetti negativi sui conti pubblici a causa dei benefici fiscali che deriverebbero da tali politiche.

Di seguito si approfondiscono alcune questioni di rilievo¹⁹.

Rappresentanza negoziale e profili finanziari

Come anticipato, il comma 2 dell'articolo 10 rappresenta l'aspetto più innovativo dell'intervento proposto.

Andrebbe innanzitutto chiarito se la Regione possa esercitare la rappresentanza negoziale per conto di Enti locali e aziende del SSR senza una specifica delega o forma di legittimazione da parte di essi, come tale rappresentanza si coordini con i contratti collettivi nazionali e con gli organismi della contrattazione pubblica, se eventuali contributi datoriali aggiuntivi siano ammessi esclusivamente entro risorse già stanziare e nel rispetto della contrattazione collettiva applicabile.

La clausola di invarianza finanziaria dell'articolo 13 stabilisce che l'attuazione dell'intesa e l'esercizio delle funzioni attribuite debbano avvenire nei limiti delle risorse disponibili, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e senza nuovi o maggiori oneri. Tuttavia, una politica di sviluppo della previdenza a livello locale realmente incisiva richiederebbe campagne, piattaforme digitali, strutture amministrative e, soprattutto, incentivi o contributi datoriali. Come osservato nella relazione tecnica con riferimento alla sanità, non sembra escludibile a priori che la Regione possa ricorrere ad aumenti di entrate o riduzioni di spesa da destinare allo scopo nel rispetto degli equilibri di bilancio.

Nel breve periodo, **un aumento delle adesioni alla previdenza complementare superiore a quanto attualmente incorporato nelle previsioni tendenziali potrebbe determinare effetti sul bilancio dello Stato qualora esso comportasse un aumento della contribuzione, fiscalmente agevolata, da parte dei lavoratori aderenti.** Nel medio-lungo periodo l'Erario recupererebbe gettito attraverso la tassazione dei rendimenti e delle

¹⁹ Dalle griglie-tipo emerge che tre delle quattro Regioni avevano originariamente richiesto l'attribuzione del gettito dell'imposta sostitutiva sui rendimenti dei fondi pensione regionali. Tale richiesta non reiterata negli schemi di intesa preliminare, non viene quindi presa in considerazione pur presentando profili critici sotto il duplice piano della compatibilità costituzionale e dell'opportunità economico-finanziaria.

prestazioni pensionistiche, ma in misura parziale e differita nel tempo, poiché il regime fiscale della previdenza complementare è strutturalmente agevolato²⁰.

La stima di questi effetti sarebbe in ogni caso affetta da ampi margini di incertezza. Sarebbe comunque importante disporre di quantificazioni basate su scenari di crescita nella partecipazione ai fondi complementari, sia nelle Regioni interessate dalla devoluzione, sia nelle altre, relativamente agli effetti finanziari di breve e medio periodo per la Regione, gli Enti locali e l'Erario da utilizzare come riferimento per un futuro monitoraggio sull'evoluzione effettiva dei costi diretti e indiretti.

Nelle griglie-tipo la Regione Lombardia ipotizza che la creazione di un fondo intercategoriale aperto ai dipendenti pubblici e privati, unito alla costituzione di fondi specifici per i lavoratori autonomi potrebbe avere come obiettivo il raddoppio del tasso di adesione alla previdenza. In termini numerici si tratterebbe di un incremento di circa 2 milioni di posizioni. Variazioni di queste dimensioni nel numero delle adesioni appaiono al momento ottimistiche per una singola Regione in un lasso di tempo contenuto, ma potrebbero con maggiore probabilità realizzarsi per il complesso delle quattro Regioni interessate dalle Intese.

Sussidiarietà e specificità regionali

Il richiamo al principio di sussidiarietà non può essere meramente assertivo, richiede una dimostrazione concreta dei benefici derivanti dal trasferimento delle funzioni. La maggiore vicinanza della Regione al territorio, rispetto al Governo centrale, può rappresentare un vantaggio nell'informazione, nel raccordo con le parti sociali e nel coinvolgimento dei datori di lavoro. Tuttavia, affinché tale vantaggio possa giustificare il trasferimento di funzioni ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione occorre dimostrare che l'intervento regionale produca risultati migliori rispetto agli strumenti ordinari già disponibili.

A questo proposito **appare opportuno segnalare che le griglie-tipo compilate dalle Regioni richiamano motivazioni in larga parte omogenee: prossimità ai cittadini, integrazione con il welfare territoriale, maggiore capacità di promozione e diffusione della cultura previdenziale.** Tale omogeneità rende meno evidente la necessità di rispondere a tali esigenze attraverso il ricorso all'articolo 116 della Costituzione, per il quale la Corte costituzionale richiede un'istruttoria legata alla specificità della Regione richiedente, piuttosto che con provvedimenti rivolti alla generalità delle Regioni a statuto ordinario.

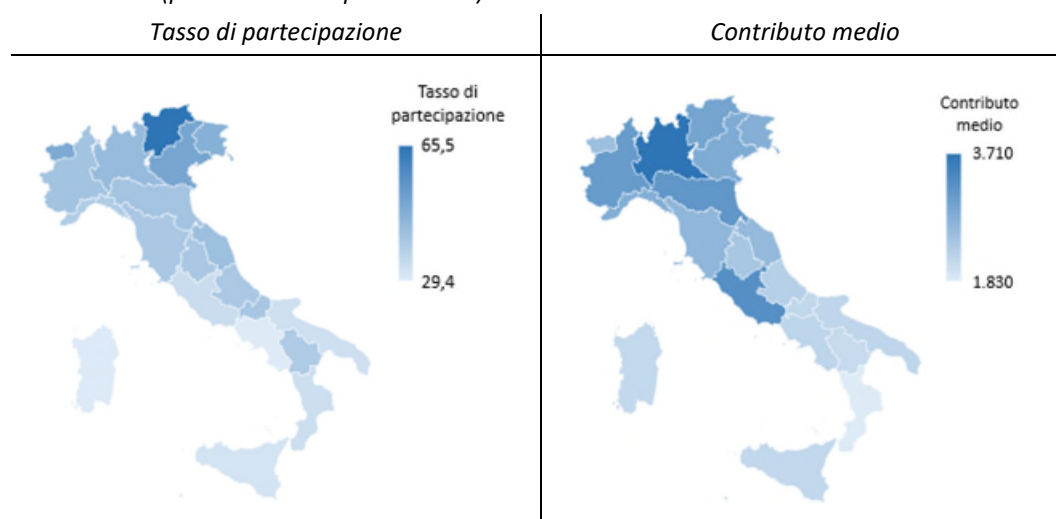
²⁰ Un ulteriore effetto indiretto si potrebbe verificare qualora l'attività di promozione della Regione incentivasse un aumento delle adesioni dei lavoratori del settore privato impiegati in imprese con più di 50 dipendenti il cui TFR è attualmente conferito all'INPS. In questi casi, il conferimento del TFR ai fondi pensione determinerebbe nel breve periodo una riduzione delle entrate delle Amministrazioni pubbliche compensata da minori uscite future di pari valore.

Le griglie-tipo compilate dalle Regioni non contengono obiettivi misurabili e verificabili: incremento atteso degli aderenti attivi²¹, platee destinatarie, costi amministrativi, effetti sui versamenti, riduzione dei divari per genere, età, reddito e condizione lavorativa, nonché impatto sui bilanci degli enti pubblici coinvolti.

Le più recenti informazioni pubblicate dalla Commissione di vigilanza sui fondi pensione (COVIP) evidenziano che le Regioni richiedenti si collocano prevalentemente nella fascia medio-alta della distribuzione nazionale dei tassi di adesione e dei contributi medi (fig. 1).

Tale circostanza non esclude l'esistenza di margini di miglioramento, ma suggerisce che la bassa adesione alla previdenza complementare non sia un problema specifico delle sole Regioni richiedenti.

Fig. 1 – Distribuzione nazionale dei tassi di adesione e dei contributi medi (percentuali e importi in euro)



Fonte: elaborazioni su dati Commissione di vigilanza sui fondi pensione (2025), *op. cit.*.

Investimenti dei fondi e ricadute sull'economia locale

Un ulteriore profilo critico che emerge dalla lettura delle griglie-tipo riguarda il richiamo da parte delle Regioni proponenti alle possibili ricadute positive degli investimenti dei fondi pensione regionali sul territorio locale. Il tema richiede particolare cautela. La previdenza complementare può certamente contribuire al finanziamento dell'economia reale, anche attraverso investimenti in infrastrutture, *private equity*, *venture capital*, *social housing* o altri strumenti illiquidi. Tuttavia, tali investimenti devono essere selezionati secondo criteri di rendimento corretto per il rischio, diversificazione del

²¹ Questa informazione è presente nella griglia-tipo della Regione Lombardia.

portafoglio, liquidità e tutela degli aderenti e non in funzione di obiettivi o vincoli territoriali predeterminati²².

La funzione promozionale attribuita alla Regione non dovrebbe tradursi in forme di orientamento delle scelte di investimento o della *governance* dei fondi pensione. Questi ultimi devono operare nell'interesse esclusivo degli aderenti e dei beneficiari e non come strumenti di politica economica regionale. Oltre a essere in contrasto con la normativa europea e nazionale²³, l'introduzione di vincoli, anche indiretti, a favore degli investimenti nel territorio regionale presenterebbe almeno quattro criticità principali:

- il rischio di concentrazione geografica: il lavoratore è già esposto al ciclo economico locale attraverso reddito, occupazione, abitazione e servizi pubblici;
- il rischio di concentrazione settoriale: molte economie regionali sono specializzate e ciò può ridurre la diversificazione del portafoglio;
- il rischio di illiquidità: investimenti in PMI, infrastrutture locali o fondi chiusi territoriali possono essere meno liquidi, più costosi da valutare e più esposti a selezione avversa a causa della distribuzione non simmetrica dell'informazione sulle condizioni finanziarie delle imprese;
- il rischio politico-reputazionale: può emergere un conflitto tra interesse previdenziale degli iscritti e obiettivi di politica economica regionale.

La dimensione regionale può pertanto assumere rilievo con riferimento alla promozione e all'accesso alla previdenza complementare. Diversa è invece la questione della destinazione degli investimenti. **Eventuali impieghi nell'economia locale possono risultare pienamente compatibili con la disciplina previdenziale soltanto se selezionati da gestori professionali sulla base di criteri prudenziali e di mercato, senza quote obbligatorie, garanzie pubbliche o limitazioni incompatibili con l'interesse degli aderenti.**

L'efficacia delle politiche promozionali

L'aumento dell'adesione alla previdenza complementare è uno degli argomenti più ricorrenti nelle istanze regionali. La limitata diffusione di tali strumenti²⁴ è tuttavia un

²² Secondo l'ultima Relazione COVIP, la quota di investimenti in attività "nazionali" da parte dei fondi pensione italiani è stata pari a poco meno del 20 per cento delle risorse disponibili.

²³ A livello europeo la norma cardine sugli investimenti è l'articolo 19 della Direttiva UE 2016/2341 (cosiddetta IORP 2), che impone la *prudent pension rule*. In Italia il soggetto che ha il compito istituzionale della regolamentazione degli investimenti dei fondi pensione è la COVIP, le cui funzioni sono regolamentate dal D.Lgs. 252/2005.

²⁴ L'adesione alla previdenza complementare è misurata nell'ultima Relazione COVIP nel 38,3 per cento della forza lavoro, anche se gli iscritti versanti nel 2025 sono stati pari al 27,6. La dimensione della partecipazione

fenomeno complesso, che non dipende soltanto da carenze informative. Incidono anche vincoli di reddito, instabilità lavorativa, liquidità insufficiente, sfiducia, complessità delle scelte, inerzia comportamentale, costi percepiti, scarsa salienza del rischio pensionistico e difficoltà di valutare strumenti finanziari con orizzonte pluridecennale.

Per questo una politica regionale basata su campagne informative generaliste rischia di produrre effetti modesti, regressivi o concentrati sui soggetti già maggiormente alfabetizzati finanziariamente. Le categorie caratterizzate da minori livelli di copertura – giovani, donne, autonomi, lavoratori *part-time*, intermittenti, dipendenti di microimprese – richiedono strumenti più mirati.

Dal punto di vista economico-comportamentale, esistono tre ostacoli ricorrenti allo sviluppo della previdenza complementare: miopia temporale, poiché il costo è immediato e il beneficio è lontano; complessità, dato che linee di investimento, fiscalità, TFR, anticipazioni, rendite e costi sono difficili da confrontare; inerzia, poiché molti lavoratori rinviando la decisione pur non essendo contrari all'adesione. **Le politiche che hanno mostrato maggiore efficacia sono pertanto quelle che combinano informazione, semplificazione e momenti decisionali chiari, eventualmente collegati alla contrattazione collettiva.**

Le Regioni possono disporre di un potenziale vantaggio nella fase finale di attuazione delle politiche pubbliche, grazie alla prossimità a lavoratori e imprese e alla possibilità di utilizzare reti territoriali quali centri per l'impiego, sportelli lavoro, parti sociali, enti bilaterali, patronati, CAF, camere di commercio, scuole di formazione, università, aziende sanitarie ed Enti locali. **Il vantaggio informativo delle Regioni necessita poi di monitoraggi *ex post* capaci di rendere possibili verifiche empiriche sull'efficacia delle politiche di promozione. L'indicatore rilevante non è il numero di iscrizioni formali, ma l'aumento degli aderenti attivi, la regolarità dei versamenti e la capacità di raggiungere categorie oggi meno coperte.**

4.2 *La tutela della salute – coordinamento della finanza pubblica*

Gli schemi di intesa preliminare relativi alla materia tutela della salute – coordinamento della finanza pubblica affermano che il trasferimento di competenze non modificherà né il finanziamento corrente del SSN, né il riparto dello stesso e delle risorse nazionali per gli investimenti sanitari, né i meccanismi di erogazione delle risorse²⁵. Si eviteranno

non è omogenea, ma presenta concentrazioni maggiori tra i lavoratori in prossimità del pensionamento, tra i lavoratori dipendenti e tra gli uomini. Figure socio-demografiche maggiormente esposte al rischio di riduzioni più consistenti nell'adeguatezza delle prestazioni pensionistiche pubbliche, le donne, i giovani, i lavoratori autonomi, presentano tassi di adesione inferiori al tasso medio della popolazione.

²⁵ Si ricorda che di recente sono state disposte alcune misure che riguardano anche gli aspetti del finanziamento. In particolare, la legge di bilancio per il 2025, in relazione al finanziamento regionale della sanità, ha previsto l'introduzione di ulteriori indicatori di *performance* nel Nuovo sistema di garanzia (NSG)

effetti sulle finanze dello Stato e delle altre Regioni e sulla mobilità sanitaria. L'esercizio delle nuove funzioni dovrà avvenire nel rispetto dei LEA (anche in relazione all'accesso equo e uniforme sul territorio nazionale) e degli equilibri economico-finanziari del settore sanitario.

Va osservato che, secondo quanto previsto dagli schemi di intesa preliminare, il trasferimento di competenze in questa materia resta subordinato a una successiva Intesa con il Ministro della Salute e con il Ministro dell'Economia e delle finanze e alle verifiche da parte dei Tavoli tecnici competenti²⁶, sentita la Conferenza Stato-Regioni. La relazione tecnica sottolinea che tale Intesa dovrà fondarsi principalmente sull'accertamento dell'assenza di effetti negativi sui saldi di finanza pubblica e sul rispetto dei criteri sopra indicati. Essa costituisce pertanto uno strumento di salvaguardia introdotto per contemperare il processo di differenziazione con le esigenze di sostenibilità finanziaria e di tutela uniforme dei diritti.

Inoltre, pur essendo prevista una durata decennale delle intese, la prosecuzione dell'esercizio delle funzioni resta comunque subordinata alla permanenza delle condizioni di equilibrio economico-finanziario e alla corretta erogazione dei LEA, compresa la verifica annuale degli adempimenti. A tal fine, i Tavoli tecnici dovranno monitorare costantemente l'andamento dei servizi e dei conti sanitari regionali, comunicando tempestivamente gli esiti delle verifiche alla Presidenza del Consiglio dei ministri e alla Commissione paritetica, anche sulla base degli andamenti infrannuali. La Commissione paritetica è quindi chiamata a intervenire a valle del lavoro dei Tavoli tecnici.

Per quanto concerne i LEA, la loro equiparazione ai LEP non elimina completamente le difficoltà connesse con la verifica dell'effettiva garanzia di erogazione sull'intero territorio nazionale. Nel settore sanitario, infatti, i livelli essenziali si traducono in una molteplicità di prestazioni e servizi, la cui erogazione deve essere stabilita caso per caso in base a valutazioni del bisogno, dell'efficacia (o del rapporto costo-efficacia) e dell'appropriatezza.

per il monitoraggio dei LEA volti a riflettere gli aspetti gestionali, organizzativi, economici, contabili, finanziari e patrimoniali, al fine del potenziamento del monitoraggio della spesa e delle modalità di valutazione delle *performance* dell'assistenza sanitaria. La legge di bilancio per il 2026 ha successivamente disposto l'integrazione di tale sistema di indicatori con un monitoraggio permanente dell'equilibrio tra i livelli e le variazioni di finanziamento del SSN e l'evoluzione dei livelli di servizio erogati, in coerenza con i criteri di riparto vigenti e con i fabbisogni standard. Non è del tutto chiaro se e come queste misure potrebbero influire sul finanziamento dei diversi SSR. Inoltre, la legge di bilancio per il 2025 ha vincolato una quota del finanziamento del SSN – pari a 50 milioni nel 2025 e 100 milioni dal 2026 – alla concessione di un premio alle Regioni che risultano adempienti sulla voce relativa alle liste di attesa. La legge di bilancio per il 2026, a sua volta, ha previsto che siano individuati i provvedimenti che dispongono il riparto di quote del fabbisogno sanitario per specifiche finalità, in modo da ricondurre tali quote nell'ambito del complessivo riparto del fabbisogno sanitario nazionale *standard* (ferma restando la verifica sull'utilizzo delle risorse), e ha autorizzato le Regioni a iscrivere in bilancio il valore relativo all'ultima annualità del finanziamento sanitario dovuto all'emersione di lavoratori irregolari, salvo conguaglio.

²⁶ Si veda più avanti per un approfondimento sul ruolo dei cosiddetti Tavoli tecnici nell'ambito del monitoraggio.

La verifica della capacità dei Servizi sanitari regionali (SSR) di assicurare tali prestazioni richiede pertanto sistemi di monitoraggio particolarmente sofisticati. Il Nuovo sistema di garanzia (NSG)²⁷, cui è affidato tale compito, pur rappresentando uno strumento più avanzato rispetto a quelli disponibili in altri settori interessati dai LEP²⁸, non sembra ancora in grado di esaurire tutte le esigenze connesse all'accertamento dell'effettiva esigibilità dei diritti sanitari.

Inoltre, i risultati del monitoraggio evidenziano che molte Regioni non sono ancora in grado di assicurare i LEA, segnalando la presenza di fragilità. Tale circostanza richiede particolare cautela nell'attribuzione di ulteriori forme di autonomia, al fine di evitare il rischio di un ampliamento dei divari territoriali. Tanto più che una delle quattro Regioni che hanno fatto richiesta di trasferimento di competenze, la Liguria, presenta tuttora criticità nel soddisfacimento degli standard di erogazione dei LEA.

Tre Regioni mostrano punteggi inferiori alla soglia in due macro-aree²⁹: Valle D'Aosta (Distrettuale e Ospedaliera), Abruzzo e Sicilia (Prevenzione e Distrettuale); cinque Regioni in una macro-area: Provincia autonoma di Bolzano, Liguria e Molise (Prevenzione), Basilicata e Calabria (Distrettuale); nessuna in tutte le macro-aree.

Quanto agli equilibri economico-finanziari³⁰, nessuna delle quattro Regioni che hanno presentato istanza di rafforzamento delle proprie competenze nella materia tutela della salute – coordinamento della finanza pubblica attualmente si trova in piano di rientro, ma la situazione finanziaria dei rispettivi SSR è abbastanza differenziata.

Al Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali relativi al 2024 Lombardia e Veneto hanno registrato un avanzo (5,1 e 0,5 milioni rispettivamente), mentre Liguria e Piemonte disavanzi pari, rispettivamente, a 97,9 milioni (il 2,7 per cento del finanziamento effettivo³¹) e a 192,2 milioni (l'1,9 per cento), che si sono trasformati in un avanzo di 0,69 milioni per la Liguria e in un pareggio per il Piemonte a seguito delle misure di copertura adottate. Il Tavolo ha sollecitato la Liguria a predisporre misure necessarie a ripristinare una corretta *governance* regionale per assicurare l'equilibrio con i finanziamenti del SSN, nel rispetto dell'erogazione dei LEA, mentre dal Piemonte si attende la sistemazione definitiva delle perdite pregresse nello stato patrimoniale relativo al 2024. Anche alla Lombardia è stata espressa una raccomandazione, in relazione all'auspicabile miglioramento della gestione delle risorse di competenza dell'anno, onde evitare, da un lato, rilevanti accantonamenti e, dall'altro, consistenti smobilizzi di risorse di un passato anche remoto.

In ogni caso, l'AIR sottolinea che gli schemi preliminari mirano a consentire alle Regioni richiedenti di orientare l'utilizzo delle risorse in funzione delle esigenze territoriali, senza

²⁷ Per approfondimenti si veda, tra gli altri, Ufficio parlamentare di bilancio (2024), "Audizione dell'Ufficio parlamentare di bilancio nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla determinazione e sull'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali", 1° febbraio.

²⁸ Il NSG, adottato con il DM 12 maggio 2019, è entrato in vigore dal 2020. Esso è più ampio e completo della precedente griglia LEA, è basato su dati calcolati con una metodologia omogenea e comprende 88 indicatori, di cui 22, cosiddetti *core*, impiegati per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA da parte dei SSR a partire dal 2022 (l'adozione del NSG è stata rinviata di un biennio a causa dell'emergenza sanitaria).

²⁹ Si veda Ministero della Salute (2026), Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

³⁰ Si veda Ragioneria generale dello Stato (2025), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 12, novembre.

³¹ Incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle "cristallizzate", ovvero a un ammontare prestabilito di ricavi da compartecipazioni o da attività di *intramoenia*.

che sia posto in discussione il mantenimento all'interno del SSR delle risorse programmate dallo Stato per il finanziamento sanitario. Tale aspetto, su cui si torna più avanti, assume particolare rilievo in relazione ad alcune delle richieste formulate, che sembrano perseguire una maggiore flessibilità nell'impiego delle risorse disponibili.

Non è agevole ricostruire con precisione l'effettiva portata delle richieste accolte nel testo delle intese preliminari. Con le intese preliminari contenute negli schemi vengono avanzate cinque richieste nella materia tutela della salute – coordinamento della finanza pubblica, che riguardano la possibilità: di determinare le tariffe di rimborso e remunerazione; di gestire le risorse per investimenti; di istituire e gestire fondi sanitari integrativi; di destinare risorse al personale; di allocare la spesa sanitaria tra le diverse finalità. Va tuttavia osservato che, come accennato nel paragrafo 3, le griglie-tipo fanno riferimento a competenze formulate in termini diversi da quelli recepiti negli schemi preliminari. Tale circostanza rende non sempre agevole ricostruire con precisione l'effettiva portata delle richieste.

Considerando le motivazioni presenti nei documenti giustificativi, alcune richieste sembrano orientate all'obiettivo di attrarre risorse (personale, strutture accreditate), con il rischio di innescare una competizione inefficiente fra Regioni, che potrebbe avere ripercussioni negative sui costi e sull'uniformità del livello qualitativo dei servizi. Tuttavia, gli schemi preliminari sembrerebbero ripristinare una serie di vincoli e condizioni che dovrebbero attutire questi rischi, in qualche caso riportando le competenze regionali in prossimità di quelle già a disposizione delle Regioni a statuto ordinario.

Di seguito si esaminano singolarmente le richieste contenute negli schemi di intesa.

La determinazione delle tariffe

La prima richiesta riguarda la possibilità di individuare in maniera autonoma tariffe di rimborso e remunerazione degli erogatori differenti da quelle nazionali, fermo restando che gli eventuali maggiori oneri derivanti dal superamento delle tariffe massime nazionali resterebbero comunque a carico del bilancio delle Regioni richiedenti. Gli schemi richiamano espressamente i principi già previsti dalla normativa vigente, in particolare quelli relativi all'equilibrio economico-finanziario del sistema e all'uniformità di trattamento degli assistiti (D.Lgs. 502/1992, L. 207/2024 e L. 311/2004). Ciò sembra limitare significativamente la portata innovativa della richiesta rispetto agli spazi di autonomia già oggi riconosciuti alle Regioni.

Il sistema tariffario del SSN è infatti basato, fin dal D.Lgs. 502/1992, su un sistema di remunerazione prospettico, basato su tariffe predeterminate³². A livello nazionale vengono determinati i nomenclatori e le tariffe massime per le strutture accreditate³³, elaborate sulla base dei costi efficienti di produzione e tenendo conto di considerazioni di appropriatezza, in coerenza con il livello di finanziamento complessivo del SSN. Le Regioni possono fissare tariffe diverse – come peraltro alcune di esse, e in particolare le quattro interessate alle richieste di autonomia differenziata, hanno già fatto da tempo³⁴ – purché il superamento dei livelli massimi nazionali sia finanziato con risorse proprie³⁵. Questo vincolo è ritenuto rispettato se l'equilibrio economico-finanziario del SSR è verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti (DL 95/2012). Tuttavia, le Regioni che intendono usufruire di questa deroga (L. 207/2024) devono sottoporre al Tavolo sia la programmazione annuale previsionale, evidenziando gli effetti delle maggiori tariffe e il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, sia la rendicontazione³⁶. In caso di mancato equilibrio di bilancio del SSR devono essere adottati interventi di recupero nell'esercizio successivo, nel quale non possono essere mantenute tariffe superiori a quelle massime e gli accordi contrattuali con i soggetti accreditati vengono corrispondentemente adeguati.

Le Regioni, sebbene possano modulare gli importi tariffari per la remunerazione degli erogatori pubblici e privati entro i valori massimi nazionali, non possono introdurre discriminazioni in base alla residenza del paziente (a prescindere dai meccanismi di compensazione della mobilità) (L. 311/2004).

Le tariffe e le regole di remunerazione da utilizzare per la compensazione della mobilità interregionale sono fissate concordemente tra tutte le Regioni per i ricoveri (tariffa unica convenzionale). Più in generale, il Patto per la salute 2014-16 prevede l'applicazione delle tariffe della Regione di destinazione, con un tetto dato dalla tariffa massima nazionale, tranne limitati casi specifici in cui può essere riconosciuta una remunerazione aggiuntiva.

Le tariffe massime nazionali attualmente vigenti sono state fissate attraverso diversi decreti e sono soggette ad aggiornamenti.

Le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera – i cosiddetti *Diagnosis Related Groups* (DRG) – per acuti e per riabilitazione e lungodegenza sono state fissate con Decreto del Ministro della Salute del 18 ottobre 2012. Dal 2027 i sistemi di classificazione saranno aggiornati in base al Decreto del Ministro della Salute del 23 ottobre 2025, adottando la Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati, versione

³² Va tuttavia osservato che il D.Lgs. 502/1992 prevede, per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera e ambulatoriale, che le cosiddette funzioni assistenziali (ad esempio, patologie croniche, malattie rare, prevenzione, servizi di emergenza) vengano remunerate in base al costo standard di produzione del programma e solo le altre attività (prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti e assistenza specialistica ambulatoriale) siano compensate in base a tariffe predefinite per prestazione. La remunerazione delle funzioni dovrebbe restare entro il limite massimo del 30 per cento del totale della remunerazione dell'attività (DL 95/2012).

³³ Per quanto riguarda le strutture pubbliche, il meccanismo tariffario appare meno vincolante, in quanto i contributi in conto esercizio effettivi indistinti, non direttamente legati al numero di prestazioni erogate, sono concessi di fatto anche a fini di riequilibrio. Per approfondimenti, si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2020), *“Il monitoraggio delle aziende ospedaliere: gestione economica e indicatori di volumi, qualità ed esiti”*, Focus tematico n. 2, 25 giugno.

³⁴ Si veda, ad esempio, il decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, del 21 giugno 2016, che riporta per le aziende ospedaliere le differenze percentuali tra il valore dei ricavi da prestazioni ospedaliere contabilizzate nel consuntivo del 2014 e la stima degli stessi ricavi valutati alle tariffe nazionali.

³⁵ Le tariffe possono essere articolate per classi di strutture a seconda delle caratteristiche organizzative e di attività, verificate in occasione dell'accreditamento.

³⁶ Nel caso delle Regioni in piano di rientro la verifica avviene nell'ambito delle procedure di attuazione dello stesso.

italiana della *International Classification of Diseases - 10th revision* (ICD-10-IM), e la Classificazione italiana delle procedure e degli interventi chirurgici (CIP), entrambe nella versione 2025. Con le leggi di bilancio per il 2025 e il 2026 è stato finanziato un aggiornamento delle tariffe massime delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza (cui sono stati vincolati 350 milioni a regime) e di quelle di assistenza ospedaliera per acuti (1 miliardo dal 2026), in attuazione di quanto già disposto dalla legge di bilancio per il 2022 (che tuttavia si riferiva solamente alle seconde). La misura riguarda sia le strutture pubbliche, sia quelle private accreditate, diffuse soprattutto nella fornitura di prestazioni del primo tipo.

Quanto alle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, il Decreto del Ministro della Salute e del Ministro dell'Economia e delle finanze del 25 novembre 2024³⁷, volto a rideterminarle, è stato annullato dal Tar Lazio con tre sentenze pubblicate il 22 settembre 2025, seguite da un'altra sentenza del dicembre successivo, sia pure concedendo un periodo di un anno prima dell'entrata in vigore dell'annullamento. Pertanto, la legge di bilancio per il 2026 ha previsto un ulteriore aggiornamento di tali tariffe, da finanziare con 100 milioni per il 2026 e 183 dal 2027. La rideterminazione delle tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica rappresentava peraltro un passaggio necessario per rendere finalmente esigibili i nuovi LEA, individuati con DPCM del 12 gennaio 2017, come avvenuto infatti solo nel 2025. Si ricorda ancora che la legge di bilancio per il 2025 ha vincolato 50 milioni annui all'aggiornamento dei LEA³⁸ e delle relative tariffe massime.

Le motivazioni addotte dalle Regioni, che nelle griglie-tipo fanno richiesta di rafforzare la propria autonomia nella gestione del sistema tariffario (ma anche di rimborso, remunerazione e compartecipazione) rispetto alla legislazione vigente, non contemplando vincoli di alcun tipo, **sembrano fare riferimento principalmente all'esigenza di disporre di uno strumento più flessibile per adeguare l'offerta sanitaria alle caratteristiche del territorio, all'evoluzione dei bisogni di salute e alle variazioni dei costi di produzione.** In tale prospettiva, la leva tariffaria verrebbe utilizzata per favorire una maggiore corrispondenza tra domanda e offerta di servizi sanitari e per migliorare il coordinamento tra sistema pubblico ed erogatori privati accreditati. **Si mirerebbe probabilmente anche a processi di riequilibrio nell'ambito del territorio regionale, modificando in maniera differenziata le tariffe rispetto al livello massimo nazionale.** Infatti, da un lato, sembra intendersi che si vogliano adeguare tempestivamente le tariffe ai processi inflazionistici che si determinano nei diversi contesti (potenzialmente anche a livello locale sub-regionale³⁹), come richiesto peraltro in alcuni casi dagli *stakeholders*, mentre, dall'altro lato, si considera la possibilità di ottenere economie in considerazione delle attività con costi di produzione inferiori alle tariffe massime. **Al contempo, si aspira a una più efficace integrazione tra pubblico e privato e a realizzare migliori sinergie con le componenti imprenditoriali locali**⁴⁰. La Regione Liguria, inoltre, lamenta la presenza del vincolo alle disponibilità di bilancio che limita le decisioni delle Regioni sulle tariffe e

³⁷ Che ha sostituito il Decreto del Ministro della Salute e del Ministro dell'Economia e delle finanze del 23 giugno 2023, a sua volta oggetto di una serie di rinvii legati anche alla richiesta delle Regioni di valutare una più ampia revisione delle tariffe.

³⁸ Le leggi di bilancio per il 2022 e il 2024 avevano già stanziato 400 milioni a regime per tale finalità.

³⁹ Si afferma infatti che la flessibilità perseguita nel rapporto contrattuale con i produttori servirebbe ad adattarlo alla distribuzione geografica della popolazione e delle strutture.

⁴⁰ Nella griglia-tipo della Lombardia si legge che per la Regione sarebbe possibile adeguare con più tempismo la remunerazione delle prestazioni agli sviluppi tecnico-scientifici e alla complessità delle prestazioni, sulla base di più rapide analisi sulle prestazioni erogate, sui bisogni soddisfatti o meno, sui costi di produzione.

denuncia il fatto che, nell'ambito della mobilità passiva, vi sarebbero prestazioni non adeguatamente remunerate. Tuttavia, il regionalismo differenziato proposto dagli schemi preliminari non consentirebbe di superare il vincolo relativo alla sostenibilità finanziaria, che rimane una condizione fondamentale, né ammette che vi siano ricadute sulla mobilità sanitaria e sulle altre Regioni.

I benefici per i cittadini sembrerebbero derivare, pertanto, dalla maggiore aderenza dell'offerta di servizi alla domanda, affidata all'ipotetica maggiore capacità da parte della Regione di rilevare i bisogni e di assicurarne il soddisfacimento stimolando l'offerta di servizi privati. Più evidenti appaiono i possibili vantaggi per le imprese, cui potrebbero essere offerti prezzi più remunerativi e un mercato in espansione. Va osservato, tuttavia, che nell'ambito della tutela della salute la normativa non dovrebbe perseguire obiettivi di politica industriale, da realizzare piuttosto con altri mezzi nell'ambito di diverse funzioni pubbliche.

Tali argomentazioni pongono alcune questioni di rilievo.

La determinazione di tariffe efficienti rappresenta un'attività tecnicamente complessa, che richiede metodologie robuste, indipendenza valutativa e capacità di contemperare le esigenze degli erogatori con gli obiettivi di sostenibilità del sistema sanitario. Le difficoltà incontrate negli ultimi anni nel processo di aggiornamento delle tariffe nazionali testimoniano la complessità di tale esercizio. Occorrerebbe pertanto verificare in che misura le Regioni richiedenti dispongano delle competenze tecniche e organizzative per condurre analisi più tempestive delle attività erogate, del bisogno di salute, di quello non soddisfatto, dei costi di produzione necessarie per svolgere la funzione e, soprattutto, dei presidi istituzionali idonei a garantire l'indipendenza delle decisioni rispetto agli interessi degli operatori coinvolti. La Regione Lombardia, a riprova delle proprie capacità organizzative, tecniche e gestionali, menziona quello che definisce "modello lombardo" di efficacia ed efficienza; più utile appare il riferimento al mantenimento nel tempo dell'equilibrio economico.

Tuttavia, non appare dimostrato che tutte le Regioni che hanno richiesto la funzione dispongano delle stesse avanzate capacità e, più in generale, sembra emergere il rischio che da parte delle stesse Regioni venga sottovalutata la difficoltà di calcolare tariffe efficienti, in maniera indipendente dalle pretese del sistema produttivo. Se, da un lato, il processo di aggiornamento delle tariffe a livello centrale si è dimostrato particolarmente lento e ha dato luogo ad ampi contenziosi, dall'altro lato, va osservato che tali difficoltà sono dipese in parte dallo sforzo di tenere testa alle richieste degli erogatori, ponendo la sostenibilità del sistema e l'interesse del SSN a fronte di quello delle imprese. A tal fine, le Regioni dovrebbero dimostrare di godere di buone capacità di resistenza agli interessi particolari, anche perché la "cattura" del regolatore è spesso considerata più difficile da contrastare a livello locale.

Nel caso della funzione in oggetto, la possibilità di fissare le tariffe e i meccanismi di remunerazione su livelli superiori a quelli massimi nazionali implica una spinta al rialzo dei prezzi dei servizi. In assenza di meccanismi di controllo e contenimento tarati sulle esigenze di sostenibilità potrebbero verificarsi forme perverse di concorrenza e si potrebbero produrre conseguenze finanziarie anche per gli altri SSR e per il sistema nel suo complesso. Allo stesso tempo, potrebbe essere stimolato un incremento dei flussi di mobilità interregionale, per l'induzione della domanda da parte di un'offerta crescente in alcuni SSR che già presentano un saldo attivo.

In conclusione, **la possibilità di determinare autonomamente tariffe e meccanismi di remunerazione potrebbe potenzialmente innescare una competizione interregionale non fondata sull'efficienza, bensì sulla capacità di attrarre risorse pubbliche attraverso la mobilità sanitaria.** Tale dinamica rischierebbe di accentuare i vantaggi competitivi delle Regioni già caratterizzate da elevata attrattività e saldi attivi, generando un **processo cumulativo di concentrazione delle risorse finanziarie, professionali e organizzative.** Ne deriverebbe il pericolo di un ulteriore ampliamento dei divari territoriali nell'accesso ai servizi sanitari, con possibili tensioni rispetto ai principi di uguaglianza sostanziale e di uniforme tutela del diritto alla salute sanciti dagli articoli 3 e 32 della Costituzione. **La presenza di meccanismi di verifica e monitoraggio, sia pure principalmente mirati alla sostenibilità economico-finanziaria della Regione che interviene sulle tariffe, sembrano comunque utili a limitare il rischio di externalità negative sulle altre Regioni.**

Le risorse per gli investimenti

La seconda richiesta è focalizzata sulle spese di investimento finanziate dallo Stato, da gestire autonomamente, fermo restando il rispetto della programmazione regionale e nazionale a garanzia degli standard assistenziali e dei LEA. La relazione illustrativa e la relazione tecnica forniscono un'interpretazione del concetto di gestione autonoma nell'ambito della programmazione nazionale e regionale: **tale autonomia si esplicherebbe tramite la stipula degli accordi di programma quadriennali** (contemplati dal D.Lgs. 502/1992, come modificato dal D.Lgs. 229/1999) attuativi della L. 67/1988 (art. 20), volta a realizzare un programma pluriennale di interventi di edilizia sanitaria, di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti; **andrebbe inoltre effettuato un monitoraggio attraverso indicatori specifici da definire nell'ambito delle Intese preliminari** al trasferimento delle funzioni.

Il programma pluriennale di interventi previsto dalla L. 67/1988 è stato oggetto di diversi provvedimenti legislativi volti a ottimizzare l'attuazione degli interventi previsti nonché a

incrementare la disponibilità delle risorse (da ultimo con la legge di bilancio per il 2025⁴¹), complessivamente pari a 35 miliardi⁴².

Dopo la conclusione, nel 1996, della prima fase del programma⁴³ (4,85 miliardi), che prevedeva l'accensione di mutui con oneri a carico dello Stato, sono rimaste risorse per 30,312 miliardi. Le procedure attualmente previste sono basate sulla programmazione negoziata (D.Lgs. 229/1999), che prevede la stipula di Accordi di programma da parte delle Regioni (e degli altri enti interessati) e del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle finanze e di intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

Il riparto viene effettuato con delibere del CIPE (quando non direttamente con legge) e sono previste una serie di fasi: fase preliminare, che riguarda la selezione e valutazione degli investimenti e la predisposizione tecnica dell'accordo di programma; Intesa in Conferenza Stato-Regioni; sottoscrizione dell'Accordo di programma, che contiene l'elenco degli interventi e il quadro finanziario; ammissione al finanziamento delle singole opere con decreti del Ministro della Salute, a seguito di progettazione esecutiva (30 mesi per la presentazione del progetto); gestione delle gare e aggiudicazione da parte della stazione appaltante (18 mesi); trasferimento delle risorse per stati di avanzamento dei lavori (SAL). Qualora una parte degli interventi non sia attivata nei termini, le relative risorse vengono reindirizzate verso nuovi Accordi con la stessa Regione (L. 266/2005).

Negli anni di gestione compresi tra il 1998 e il 2024 sono stati sottoscritti 119 Accordi di programma⁴⁴, per un importo complessivo a carico dello Stato di 16,746 miliardi, rispetto ai 18,825 miliardi del finanziamento iniziale (89 per cento)⁴⁵. La Lombardia e il Veneto hanno sottoscritto accordi per un valore complessivo pari, rispettivamente, al 98 e al 94 per cento delle risorse loro inizialmente assegnate, la Liguria e il Piemonte si collocavano all'89 e all'84 per cento. Sono stati ammessi a finanziamento 13,552 miliardi (per 2.875 interventi complessivi)⁴⁶, l'81 per cento delle risorse impegnate in accordi di programma sottoscritti. Tale percentuale è arrivata al 100 per cento in Veneto e in Liguria, all'89 per cento in Piemonte e all'85 per cento in Lombardia. I pagamenti su SAL sono stati pari al 70 per cento delle risorse ammesse al finanziamento, ma all'89 per cento in Lombardia, al 70 per cento in Veneto, al 69 per cento in Liguria e al 62 per cento in Piemonte. La Lombardia aveva 267 progetti attivi, ne aveva conclusi 133 e 1 era stato revocato, il Veneto 264 attivi, 232 conclusi e 8 revocati, il Piemonte 154 attivi, 42 conclusi e 5 revocati, la Liguria 265 attivi, 218 conclusi e 10 revocati.

⁴¹ La legge di bilancio per il 2025 ha incrementato il finanziamento del programma pluriennale di edilizia sanitaria di 1.266 milioni (126,6 ogni anno per 10 anni), a copertura di investimenti che erano stati precedentemente posti a carico del Piano complementare al PNRR, relativi alla misura "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" (M6C2-I1.2), successivamente defianziati con il DL 19/2024 (gli investimenti della regione Campania e delle Province autonome di Trento e Bolzano sono rimasti a valere sul Piano complementare). Il trasferimento delle risorse stanziato è subordinato alla sottoscrizione di accordi di programma con le Regioni e alle disponibilità nel bilancio dello Stato.

⁴² Oltre a 113,8 milioni per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.

⁴³ Si veda per maggiori dettagli Ragioneria generale dello Stato (2025), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 12, novembre.

⁴⁴ *Ibidem*.

⁴⁵ Il finanziamento finale è quello accordato effettivamente a seguito di eventuali revoche o defianziamenti.

⁴⁶ Inoltre, erano anche stati concessi ulteriori finanziamenti tramite normativa specifica e deliberazioni CIPE per un importo complessivo a carico dello Stato di 3,801 miliardi, di cui 2,473 ammessi a finanziamento (il 65 per cento delle risorse impegnate in accordi di programma sottoscritti).

L'avanzamento del programma di edilizia sanitaria non è stato privo di ostacoli e criticità operative, ampiamente documentate sia dalla Corte dei conti sia da altri organismi istituzionali. Tra queste emergono la complessità delle procedure, la molteplicità dei soggetti coinvolti, la durata dei processi autorizzativi e le difficoltà che si manifestano nelle diverse fasi della programmazione, della progettazione e dell'attuazione degli interventi, ma anche la qualità a volte scarsa dei progetti delle Regioni.

La Corte dei conti⁴⁷ ha notato il rallentamento verificatosi negli ultimi anni, con ritardi sia nella conclusione di nuovi accordi, sia nel completamento dei programmi e nell'utilizzo dei finanziamenti, osservando inoltre che si sta rafforzando il ricorso a risorse correnti per finanziare gli investimenti⁴⁸ per sfuggire alle complesse procedure della L. 67/1988. Questo implica rischi sia per le Regioni con minore disponibilità di risorse correnti, che hanno difficoltà a realizzare gli investimenti, sia per quelle con maggiori disponibilità, che devono comunque sottrarle all'erogazione dei LEA. La Corte dei conti ha poi giudicato che lasciare le risorse non utilizzate a disposizione delle Regioni che non ne hanno fatto uso non favorisce la buona progettazione e ha ipotizzato la possibilità di introdurre una penalità (che potrebbe essere fissata al 5-10 per cento di tali risorse). Inoltre, ha espresso una posizione favorevole a una semplificazione, almeno per gli accordi riferiti a interventi minori (ad esempio, per la piccola dimensione, oppure in quanto riferiti a manutenzioni straordinarie o ad acquisti di apparecchiature), e, più in generale, ha auspicato uno sforzo di eliminare i passaggi non indispensabili, accentrando la gestione di integrazioni o modifiche su pochi attori. Quanto alla qualità dei progetti, questa andrebbe rafforzata attraverso un potenziamento delle competenze, sfruttando anche l'esperienza del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

Oltre a questi suggerimenti, l'Indagine conoscitiva del Senato⁴⁹, nelle conclusioni, ha richiamato le proposte di attuare una semplificazione delle procedure (anche attraverso la definizione di linee guida per standardizzare i processi), di diffondere le *best practices*, di migliorare il livello della progettazione (anche destinando appositi finanziamenti), di individuare modalità semplificate di revisione del fabbisogno economico-finanziario e adeguamento delle coperture (anche tramite specifici accantonamenti), di individuare forme di supporto tecnico-amministrativo, di accrescere la trasparenza sugli interventi previsti e sulle relative tempistiche, di privilegiare le risorse pubbliche rispetto alle *partnership* pubblico-privato, che hanno dato luogo a diverse criticità.

La Ragioneria generale dello Stato⁵⁰, a sua volta, ha sottolineato le difficoltà che insorgono nelle diverse fasi, sia quella di programmazione degli investimenti e sottoscrizione degli accordi, sia quella di definizione del progetto esecutivo per ottenere l'ammissione al finanziamento, sia infine quella di gestione delle gare e realizzazione delle opere.

⁴⁷ Corte dei conti (2023), "Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica".

⁴⁸ Malgrado il D.Lgs. 118/2011 preveda che i cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio siano interamente ammortizzati nell'esercizio di acquisizione. Si tratta di un'operazione che viene realizzata attraverso uno storno di ricavi piuttosto che con il consueto sistema di appostare un costo per ammortamento anticipato. Questa norma è stata introdotta per assicurare una rappresentazione più corretta nel bilancio, mirando a evitare lo squilibrio positivo del conto economico che deriverebbe dalla registrazione in entrata dell'intero contributo in conto esercizio a fronte della registrazione in uscita della sola rata di ammortamento del cespite acquisito. Nel caso di investimento coperto con contributi in conto capitale la rettifica non si rende necessaria in quanto i contributi sono iscritti nel patrimonio netto e vengono via via stornati a proventi in modo da sterilizzare l'ammortamento ogni anno imputato.

⁴⁹ Documento conclusivo dell'Indagine conoscitiva sulla ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico anche nel quadro della missione 6 del PNRR, DOC. XVII, n. 2, Presentato dalla 10ª Commissione permanente (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) il 16 febbraio 2024.

⁵⁰ Ragioneria generale dello Stato (2025), *op. cit.*.

Tali elementi contribuiscono a spiegare le richieste formulate dalle Regioni interessate, che appaiono orientate a conseguire una maggiore rapidità nell'utilizzo delle risorse e nella realizzazione degli investimenti sanitari, nonché una più stretta aderenza della programmazione alle esigenze dei rispettivi SSR. Negli schemi di sussidiarietà, le Regioni lamentano le incertezze sulle disponibilità finanziarie che emergerebbero nei passaggi tra stanziamento e assegnazione e tra assegnazione e utilizzabilità delle risorse, quelle legate alla farraginosità delle procedure e alla partecipazione al processo di molteplici attori (Regioni, Ministero della Salute, Nucleo tecnico, Conferenza Stato-Regioni, Ministero dell'Economia e delle finanze), alle modifiche della programmazione nazionale, all'evoluzione della normativa sugli appalti per le opere pubbliche e alla complessità del modello di documento programmatico. Esse intendono invece ottenere le risorse in tempi certi e semplificare le procedure. Il vantaggio per i cittadini risiederebbe nella più pronta disponibilità delle nuove strutture, grazie alla significativa riduzione dei tempi di realizzazione delle opere. La maggiore prossimità del soggetto responsabile renderebbe più rilevante la valutazione dell'utenza finale, mentre la diretta e specifica conoscenza del territorio rappresenterebbe un vantaggio. Vi sarebbe una maggiore capacità della Regione di adeguarsi alle esigenze di sicurezza, ammodernamento e sostenibilità ambientale. Il Piemonte sostiene di poter meglio rispondere alle esigenze del bacino di utenza di riferimento, tenuto conto della tipologia di pazienti che hanno accesso alle cure. La Liguria indica la necessità di far fronte alla vetustà delle strutture sanitarie della Regione. Inoltre, potrebbe svolgersi una concertazione con gli Enti locali su interventi per funzioni complementari, realizzando meglio la sussidiarietà orizzontale.

Quanto alla dimostrazione dell'abilità nella gestione della funzione, Veneto e Piemonte affermano di disporre di una Direzione sufficientemente competente, mentre la Liguria conta di assicurarsi le necessarie competenze a seguito della riorganizzazione del SSR in atto e la Lombardia fa affidamento anche in questo caso sul "modello lombardo", oltre che sulla dimostrata capacità di assicurare gli equilibri economici. Inoltre, Veneto, Piemonte e Liguria affermano di avere esperienza in materia, avendo saputo programmare quasi tutte le risorse disponibili, che sono state utilizzate in modo efficace, e la Lombardia conta sulla disponibilità di apposite conoscenze e di risorse umane, tecniche e strumentali.

Nelle griglie-tipo viene escluso qualsiasi impatto sulle altre Regioni e, in particolare, Veneto e Piemonte chiariscono che ciò è assicurato dal fatto che non vengono chieste modifiche dei criteri di riparto dei finanziamenti.

Si è visto che le procedure previste per l'erogazione dei finanziamenti della L. 67/1988 presentano alcuni limiti, tanto da essere oggetto di un processo di riforma. Si sta infatti lavorando a una revisione delle procedure con riguardo al ruolo dello Stato⁵¹, in particolare con riferimento alla metodologia di valutazione dei documenti programmatici (MexA), per rispondere alla previsione della L. 213/2023 relativa a una riconsiderazione

⁵¹ Si veda Ragioneria generale dello Stato (2025), *op. cit.*.

delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità (Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008).

Va tuttavia osservato che la complessità delle procedure è rivolta ad assicurare meccanismi di controllo sulla coerenza della programmazione regionale e sulla fattibilità dei progetti di investimento, nonché sull'effettivo completamento degli stessi, che in qualche modo devono essere assicurati. Da questo punto di vista **rileva la capacità di progettazione autonoma e di programmazione, nonché di realizzazione delle opere delle quattro Regioni. L'argomentazione più convincente, a tale proposito, consiste nel richiamo all'esperienza precedente**, ovvero al fatto di avere effettivamente saputo gestire sinora le risorse per investimenti in modo relativamente efficiente, anche se ai buoni risultati in termini di programmazione non hanno corrisposto, in tutti i casi, esiti altrettanto positivi dal punto di vista della realizzazione delle opere. **Tuttavia, non andrebbero abbandonati gli sforzi di revisione dei processi di utilizzo delle risorse e di miglioramento del funzionamento del Programma di edilizia sanitaria, che potrebbero giovare a tutte le Regioni.** Questo è particolarmente rilevante in quanto la gestione autonoma della funzione, stando alla relazione tecnica e a quella illustrativa, non implicherebbe l'abbandono delle procedure previste dal D.Lgs. 502/1992, oltre a richiedere il monitoraggio attraverso appositi indicatori.

In conclusione, la mera esistenza di inefficienze procedurali non è certo che trovi la migliore risposta nel trasferimento di competenze. L'attribuzione di maggiori margini di autonomia dovrebbe essere preceduta da una verifica rigorosa della capacità amministrativa delle Regioni richiedenti, in termini di progettazione, programmazione e anche realizzazione degli investimenti. In assenza di tale dimostrazione, il rischio è che la differenziazione si traduca in una riduzione dei controlli senza corrispondenti guadagni di efficienza. Inoltre, qualora le criticità derivino da limiti strutturali delle procedure nazionali, una loro revisione generale potrebbe risultare preferibile rispetto all'introduzione di regimi differenziati applicabili soltanto ad alcune Regioni.

I fondi sanitari integrativi

La terza richiesta riguarda la possibilità per le Regioni di istituire e gestire fondi sanitari integrativi, previa iscrizione all'Anagrafe nazionale dei fondi sanitari, nel rispetto dei LEA e degli standard nazionali. La relazione illustrativa e la relazione tecnica specificano che si tratta di fondi sanitari interamente integrativi del SSN, destinati a finanziare prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA. Essi si distinguono pertanto dalle altre forme di assistenza sanitaria integrativa che possono finanziare anche prestazioni sostitutive.

Ai sensi dell'articolo 9 del D.Lgs. 502/1992, i fondi sanitari integrativi del SSN (cosiddetti di tipo A o fondi "doc") possono erogare esclusivamente prestazioni aggiuntive integrative rispetto ai LEA. Diversamente, gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale

(fondi di tipo B) sono tenuti a destinare ad ambiti assistenziali integrativi almeno il 20 per cento delle risorse impiegate per l'erogazione delle prestazioni. Nel 2023, delle prestazioni integrative erogate dai fondi di tipo A (1,2 milioni), il 99,6 per cento concerneva l'assistenza odontoiatrica; quanto a quelle dei fondi di tipo B (1.068 milioni), il 67 per cento riguardava l'assistenza odontoiatrica, il 17 per cento prestazioni per il recupero della salute e il 16 per cento prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. Secondo il Sistema informativo anagrafe dei fondi sanitari (SIAF) del Ministero della Salute⁵² nel 2023 erano iscritti all'anagrafe 324 fondi, di cui 13 fondi sanitari integrativi del SSN (tipo A). Nello stesso anno le spese erogate dai diversi tipi di fondi ammontavano a circa 3,2 miliardi. Le prestazioni integrative rappresentavano circa un terzo (quasi 1,1 miliardi). Il numero di iscritti è stato pari a 16,3 milioni (13,4 milioni di lavoratori, 2,3 milioni di familiari dei lavoratori e 0,5 milioni di pensionati); di questi, solo 23.600 erano iscritti ai fondi di tipo A. I fondi sono soggetti all'obbligo di adottare politiche di non selezione dei rischi. Va osservato che di frequente i fondi sanitari affidano la gestione a imprese assicurative (85 per cento dei casi⁵³).

L'attuale quadro normativo già consente alle Regioni di istituire fondi sanitari integrativi e di partecipare alla loro gestione (D.Lgs. 502/1992). Per quanto concerne la vigilanza, essa è attribuita allo Stato nel caso di fondi operanti su scala ultraregionale e alle Regioni per quelli istituiti e gestiti a livello regionale o infraregionale (D.Lgs. 112/1998). Negli ultimi anni è emerso un dibattito sull'opportunità di rafforzare i meccanismi di vigilanza. In sede di attuazione del PNRR era stata prevista l'attribuzione alla COVIP di competenze di vigilanza sui fondi sanitari integrativi e complementari, pur escludendo da tale controllo la definizione e il contenuto sanitario delle prestazioni e gli aspetti clinici e assistenziali delle medesime, disciplinati dalla normativa statale e regionale vigente; tale disposizione è stata tuttavia successivamente soppressa nel corso dell'iter di conversione del DL 19/2026⁵⁴. Restano pertanto affidati al Ministero della Salute sia la gestione dell'Anagrafe dei fondi sanitari sia le attività di monitoraggio del settore, supportate dall'Osservatorio nazionale permanente dei fondi sanitari integrativi.

Esperienze riconducibili alla dimensione territoriale dei fondi sanitari sono già presenti nel panorama nazionale. Le Province autonome di Trento e Bolzano hanno introdotto fondi integrativi per i dipendenti pubblici, mentre il Veneto ha istituito un Osservatorio regionale per i fondi integrativi locali⁵⁵. Inoltre, diverse Regioni, tra cui il Veneto, hanno previsto schemi di convenzionamento per favorire l'erogazione di pacchetti di prestazioni in regime di *intramoenia* agli intermediari privati, utilizzando anche le strutture pubbliche e il personale in regime di libera attività professionale⁵⁶.

⁵² Si veda Giannetti, G., Bellentani, M.D., Mennini, F.S. e Cicchetti, A. (2024), "I fondi sanitari integrativi in Italia - 3° Rapporto 2021-2023", Ministero della Salute, luglio.

⁵³ Si veda Commissione parlamentare di controllo sull'attività degli Enti gestori di forme obbligatorie di previdenza e assistenza sociale (2022), "Relazione finale sull'attività della Commissione", approvata nella seduta del 5 ottobre 2022 e trasmessa alle Presidenze il successivo 12 ottobre.

⁵⁴ Resta la previsione che, nelle more della riforma organica della materia, i fondi sanitari e socio-sanitari predispongano e trasmettano alle amministrazioni competenti ai fini della vigilanza, oltre a pubblicare nel proprio sito internet istituzionale, i propri bilanci e le relative relazioni, ivi comprese quelle degli organi di controllo.

⁵⁵ Si veda Mastrobuono, I. (2025), "I fondi sanitari integrativi a distanza di 33 anni dall'art. 9 del Dlgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni", in quotidianosanità.it, 17 novembre.

⁵⁶ Si veda SDA Bocconi - Agenas (2023), "Laboratorio sulla sanità integrativa Rapporto rilevazione", luglio.

Nelle griglie-tipo le Regioni richiedenti evidenziano una serie di criticità dell'attuale assetto normativo e istituzionale per giustificare la richiesta di inglobare nel fondo sanitario i fondi integrativi, sia individuali che collettivi. In particolare, vengono richiamati la frammentazione e l'incompletezza della disciplina, l'assenza di una legge quadro organica, la coesistenza di differenti tipologie di fondi (in particolare, di tipo A e di tipo B), la mancanza di decreti attuativi e la conseguente debolezza dei sistemi di controllo e vigilanza. Vengono inoltre segnalati il ruolo particolarmente rilevante assunto dalle compagnie assicurative private nella gestione di molti fondi e l'assenza di un sistema di vigilanza robusto. Le Regioni sottolineano altresì alcuni noti problemi distributivi. In particolare, viene osservato che molti fondi operano secondo logiche categoriali, con una limitata copertura di lavoratori autonomi, disoccupati, pensionati e altre categorie vulnerabili e che la diffusione delle coperture integrative è maggiore proprio dove i servizi pubblici sono più forti e i residenti più benestanti. Inoltre, viene criticata la natura sostitutiva della maggior parte delle prestazioni erogate, che sposta l'onere del bilancio pubblico sulle agevolazioni fiscali e comporta rischi di iperconsumo e inappropriately.

Tale impostazione, che non trova tuttavia riscontro nel testo degli schemi di intesa preliminare, presenta profili poco chiari. In particolare, non risultano definiti né le modalità attraverso cui tali risorse verrebbero integrate nel sistema di finanziamento sanitario, né la platea effettiva dei beneficiari (plausibilmente potrebbero esserlo solo i soggetti per i quali sono versati i contributi).

Più facile da comprendere appare il contenuto della richiesta recepita negli schemi di intesa, riferita all'istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi, anche se tale possibilità sembra essere già contemplata, come si è visto, dalla normativa vigente.

Un eventuale potenziamento dello strumento potrebbe comunque avere effetti per il bilancio dello Stato, al di là di quanto incluso nelle previsioni tendenziali di finanza pubblica⁵⁷, e per le altre Regioni. Infatti, va considerato che i fondi sanitari integrativi (così come quelli di previdenza complementare) rappresentano frequentemente componenti del *welfare* contrattuale e possono essere utilizzati, nell'ambito delle relazioni di lavoro, come alternativa o complemento agli incrementi retributivi. Qualora Regioni, Aziende sanitarie o altri Enti pubblici territoriali facessero ricorso a tali strumenti per il proprio personale, potrebbero emergere effetti indiretti sulla finanza pubblica e sui SSR. Relativamente al primo aspetto, vi sarebbe una riduzione delle entrate tributarie e contributive per effetto, da un lato, del trattamento fiscale agevolato riconosciuto ai contributi destinati ai fondi e, dall'altro, dall'eventuale parziale o totale sostituzione di questi a incrementi retributivi; le Regioni, tra l'altro, potrebbero essere indotte a valutare questi strumenti sulla base del solo costo diretto a loro carico, sottostimandone l'onere per il complesso delle Amministrazioni pubbliche e favorendone un utilizzo superiore a quello socialmente efficiente. Con riguardo al secondo aspetto, se – come peraltro dichiarato da alcuni Presidenti delle Regioni richiedenti la funzione – tali strumenti fossero

⁵⁷ Soprattutto qualora le stime degli effetti delle misure di agevolazione di strumenti di *welfare* aziendali siano state di tipo conservativo, basate sulle tendenze determinatesi nel passato.

utilizzati come leva per aumentare l'attrattività occupazionale dei SSR, potrebbero accentuarsi fenomeni di competizione tra questi nell'acquisizione del personale. In un contesto di carenza generalizzata di personale sanitario (in particolare infermieri, medici di medicina generale e specialisti in alcuni campi), si rischierebbe di depauperare i SSR di altre Regioni o di innescare una pericolosa concorrenza, in cui i territori più fragili sarebbero svantaggiati. Questo potrebbe squilibrare ulteriormente l'offerta tra le Regioni, stimolando un rafforzamento della mobilità sanitaria interregionale. Si tratta di un profilo che meriterebbe un'attenta valutazione, anche alla luce dei principi di solidarietà e cooperazione che caratterizzano l'assetto costituzionale del SSN.

Il personale

La quarta richiesta appare finalizzata ad ampliare i margini di flessibilità nella gestione della spesa per il personale sanitario, con particolare riferimento alle assunzioni a tempo determinato di medici e altro personale sanitario, nonché al ricorso alle prestazioni aggiuntive, cui possono essere dedicate specifiche risorse. La richiesta si inserisce dichiaratamente in un quadro normativo che, pur mantenendo limiti alla spesa per il personale, è stato progressivamente modificato negli ultimi anni nel tentativo di conciliare gli obiettivi di sostenibilità finanziaria con l'esigenza di rafforzare la capacità di reclutamento dei SSR, da ultimo con il DL 156/2025, come convertito dalla L. 191/2025.

Nel 2007 è stato introdotto un tetto alla spesa per il personale⁵⁸ del SSN, fissato in misura pari all'importo sostenuto nel 2004 ridotto dell'1,4 per cento e al netto degli aumenti contrattuali successivi a tale anno. Tale vincolo è rimasto sostanzialmente in vigore per oltre un decennio e ha rappresentato uno dei principali strumenti di contenimento della spesa sanitaria. Il rispetto del tetto poteva essere garantito, nel 2020, attraverso un percorso graduale, ove fosse assicurato l'equilibrio economico e finanziario del SSR. Dal 2019 tuttavia è stato introdotto un nuovo tetto (DL 35/2019, convertito con L. 60/2019), applicabile se più favorevole, pari al livello del 2018, incrementato ogni anno del 5 per cento dell'aumento del Fondo sanitario regionale. Il DL 73/2024 è intervenuto ulteriormente, aumentando al 10 per cento la percentuale di incremento, fino all'adozione di una nuova metodologia per la definizione del fabbisogno di personale⁵⁹. È stata inoltre consentita, su istanza delle Regioni, la possibilità di richiedere un ulteriore incremento del 5 per cento (fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del SSR e compatibilmente con la programmazione regionale in materia di assunzioni), subordinatamente alla verifica dell'adeguatezza delle misure compensative della maggiore spesa di personale adottate dalle Regioni richiedenti e all'autorizzazione con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, di intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

⁵⁸ La spesa cui si fa riferimento ai fini del tetto comprende quella riferita al personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, a tempo determinato, di collaborazione coordinata e continuativa e a quello che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni, escludendo solo il personale a tempo determinato a carico di finanziamenti comunitari o privati e determinati ricercatori con contratti flessibili. Inoltre, nell'incremento del limite di spesa fissato in relazione all'aumento del finanziamento sono incluse le risorse per il trattamento accessorio.

⁵⁹ Il DL 73/2024 contempla infatti la predisposizione dei piani di fabbisogno triennali da parte delle Regioni sulla base di una nuova metodologia, coerente con il nuovo tetto di spesa per il personale.

La sentenza della Corte costituzionale n. 114 del 2025, tuttavia, ha dichiarato illegittima la necessità di ottenere l'autorizzazione sull'incremento di spesa del 5 per cento, previa verifica sulle misure compensative, oltre che l'approvazione con decreto interministeriale dei piani dei fabbisogni di personale triennali per il SSR predisposti dalle Regioni (sulla base della metodologia coerente con i limiti di spesa di cui si è detto).

A seguito di tale pronuncia, la legge di bilancio per il 2026 ha ulteriormente modificato la disciplina, sostituendo all'incremento del 5 per cento, che le Regioni avrebbero potuto ottenere soltanto previa autorizzazione, la possibilità di aumentare la spesa del 3 per cento dandone semplicemente comunicazione al Tavolo di verifica degli adempimenti regionali, sempre nel rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del SSR e dei LEA.

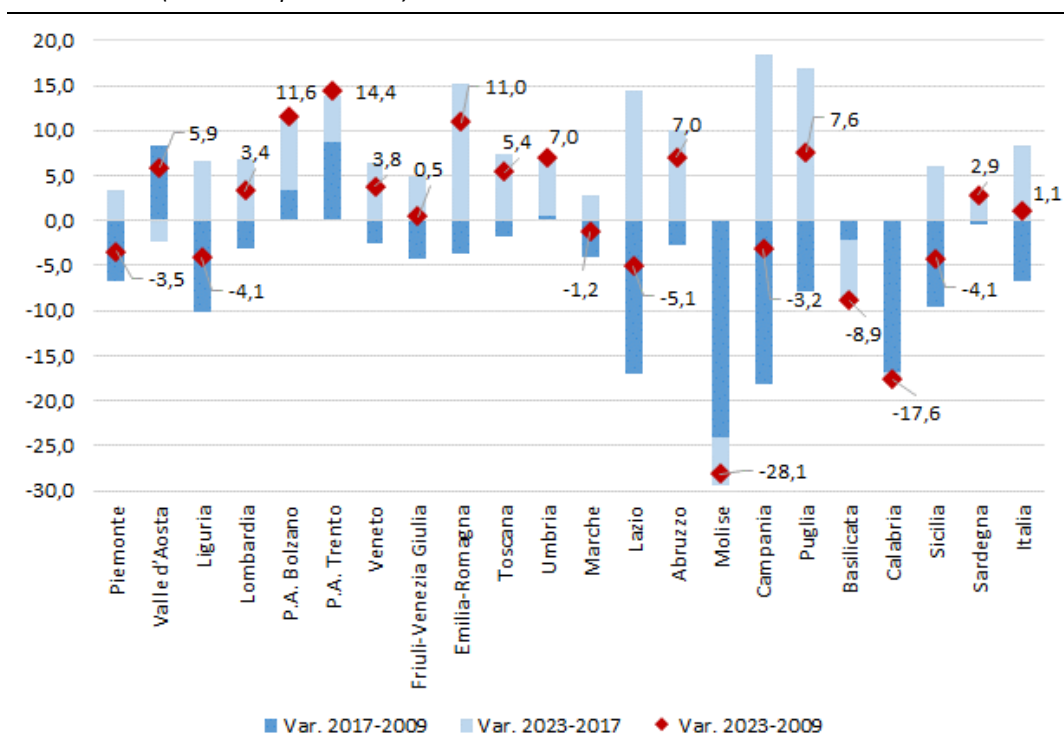
Da ultimo, il DL 156/2025, convertito con modificazioni dalla L. 191/2025, ha previsto che, dal 2026, le Regioni che rispettano tre condizioni – un saldo di parte corrente positivo negli ultimi tre anni, al netto di accantonamenti e risorse vincolate alla copertura del saldo negativo delle partite finanziarie, l'equilibrio economico-finanziario del SSR e il rispetto dei LEA – possono destinare risorse finanziarie aggiuntive all'assunzione di personale sanitario con contratti a tempo determinato o all'incremento delle prestazioni aggiuntive, nella misura massima del 35 per cento della media dei saldi positivi registrati negli ultimi tre anni.

Le richieste formulate dalle Regioni devono essere lette anche alla luce delle difficoltà che hanno interessato il personale del SSN negli ultimi quindici anni. Le politiche di contenimento della spesa adottate dopo la crisi del debito sovrano hanno determinato una significativa riduzione degli organici e un consistente rallentamento delle dinamiche retributive. Tra il 2009 e il 2017 il numero dei dipendenti del SSN è diminuito di circa 46.500 unità. Solo in risposta all'emergenza sanitaria si è osservata una ripresa significativa dei reclutamenti nel SSN, con un incremento complessivo di 64.800 unità tra il 2018 e il 2024, sebbene ancora insufficiente e solo in parte strutturale⁶⁰. Permangono, tuttavia, rilevanti criticità in termini di attrattività del SSN, legate sia al livello delle retribuzioni sia alle condizioni di lavoro, anche alla luce del fatto che il finanziamento pubblico del sistema si è stabilizzato, rispetto al PIL, sui livelli analoghi a quelli precedenti la pandemia.

In particolare, come mostra la figura 2, nel periodo 2009-2017 il personale del SSN è diminuito del 6,7 per cento in Italia, e così pure in Piemonte, mentre in Liguria la riduzione è stata del 10,1 e in Lombardia e Veneto molto più contenuta (rispettivamente, 3,2 e 2,5 per cento). Nel periodo successivo, a fronte di un incremento nazionale dell'8,4 per cento, nelle quattro Regioni la variazione è stata più modesta, compresa tra il 6,5 e il 6,8 per cento in Lombardia, Liguria e Veneto e pari al 3,5 per cento in Piemonte. Complessivamente, in Lombardia e Veneto si è registrato un aumento del personale dipendente a tempo indeterminato, mentre in Piemonte e Liguria un ridimensionamento.

⁶⁰ Di recente si è anche assistito al ricorso alle esternalizzazioni e all'utilizzo di personale flessibile (tra cui i cosiddetti gettonisti, ossia professionisti reclutati con costi orari superiori rispetto a quelli dei dipendenti, spesso attraverso agenzie interinali).

Fig. 2 – Personale dipendente a tempo indeterminato del SSN
(variazioni percentuali)



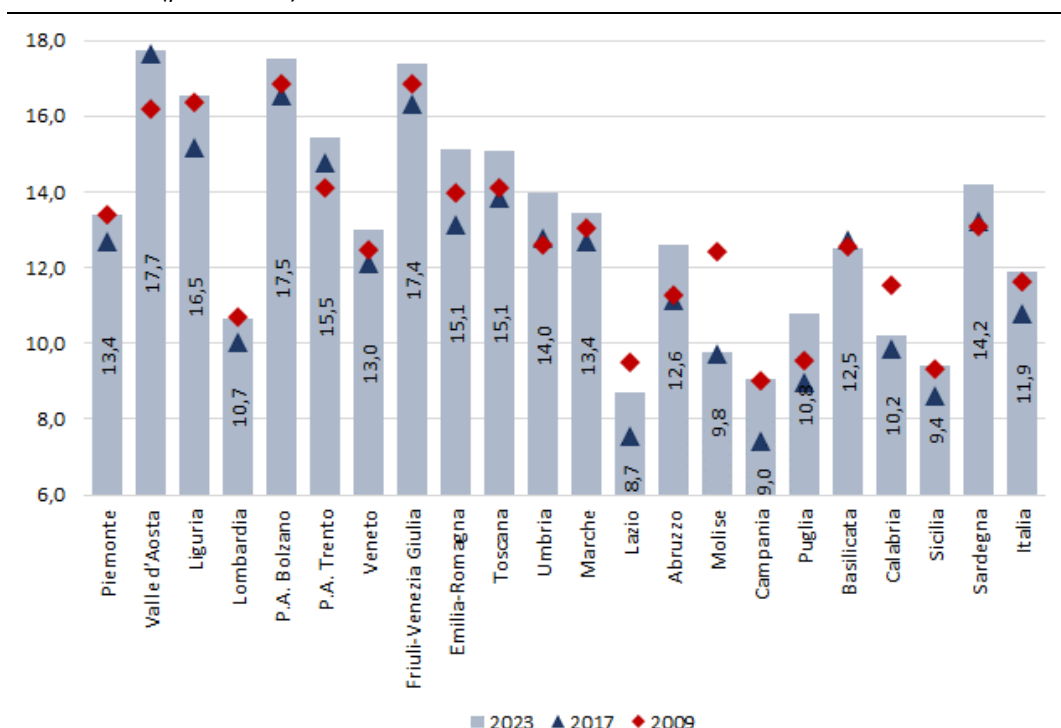
Fonte: Ragioneria Generale dello Stato, Conto annuale.

Anche il rapporto tra personale e popolazione evidenzia differenze significative (fig. 3). Nel 2023 il personale dipendente del SSN era pari, a livello nazionale, a quasi 12 unità per 1.000 abitanti, dopo essere diminuito tra il 2009 e il 2017 e aumentato in seguito. Tale valore risultava sensibilmente superiore in Liguria (16,5 unità), una Regione con una forte presenza di anziani, e in Veneto e Piemonte (entrambe 13 unità), mentre si collocava al di sotto della soglia nazionale in Lombardia (inferiore a 11 unità), dove molto spazio è lasciato al settore privato.

Nelle griglie-tipo le Regioni rappresentano la necessità di definire in autonomia l'entità economica del Fondo sanitario regionale da destinare alle risorse umane⁶¹, a prescindere, sembrerebbe, da qualunque vincolo esistente. Vengono lamentate la frammentarietà della normativa e le difficoltà di gestione dovute alla presenza di vincoli per tipo di spesa, oltre alla lunghezza e complessità dei processi di verifica degli adempimenti regionali, che metterebbero a repentaglio la capacità di programmazione regionale. Queste problematiche potrebbero essere superate, si sostiene, grazie alla gestione regionale. La Regione Veneto e la Regione Liguria ritengono che l'assunzione della funzione consentirebbe una gestione più oculata delle risorse disponibili. Nell'AIR si fa cenno alla necessità di accrescere l'attrattività di aree caratterizzate da particolari difficoltà di reclutamento, comprese quelle periferiche o montane.

⁶¹ Dalle Regioni Piemonte, Lombardia e Liguria veniva anche richiesta la possibilità di definire in autonomia le forme contrattuali per la medicina generale.

Fig. 3 – Personale dipendente a tempo indeterminato del SSN rispetto alla popolazione (percentuali)



Fonte: Ragioneria Generale dello Stato, Conto annuale.

Considerato che gli schemi di intesa non prevedono interventi diretti sui trattamenti economici, le esigenze di migliorare l'attrattività del SSR sembrerebbero trovare risposta nella possibilità di finanziare un più ampio ricorso alle prestazioni aggiuntive, che comunque integrano la retribuzione.

Più in generale, alla luce del quadro normativo delineato, sembra che gran parte delle esigenze rappresentate dalle Regioni trovi già risposta nelle deroghe introdotte dalla legislazione statale, come peraltro confermato dal richiamo alla disposizione del DL 156/2025, che la relazione sulla sussidiarietà indica come la soluzione individuata nell'ambito del negoziato per soddisfare le richieste regionali.

Le griglie-tipo giudicano nulli i possibili effetti sulle altre Regioni dato che il trasferimento della funzione non influirebbe sul finanziamento complessivo del SSR; va osservato che, al contrario, potrebbe esservi un impatto anche in assenza di modifiche all'entità delle risorse complessive e di quelle relative alle singole Regioni. In presenza di una scarsità generale di personale sanitario, laddove alcune Regioni godano di maggiori capacità assunzionali, anche per la maggiore disponibilità di risorse e i migliori indicatori finanziari e sui LEA, le altre si troverebbero di fronte una minore offerta di lavoro.

Il meccanismo contemplato dal DL 156/2025 è rivolto a garantire la sostenibilità finanziaria e a creare incentivi affinché siano rispettati gli adempimenti; tuttavia, le

asimmetrie esistenti rischiano di favorire un'evoluzione delle relazioni fra Regioni in senso competitivo, piuttosto che cooperativo. Sotto questo profilo, il rafforzamento della capacità di reclutamento delle Regioni più solide potrebbe richiedere, parallelamente, l'individuazione di strumenti nazionali in grado di sostenere i territori che incontrano maggiori difficoltà nel garantire i LEA e nel reperire le professionalità necessarie. In assenza di tali meccanismi, il rischio è che le differenze già esistenti nella disponibilità di personale possano accentuarsi nel tempo, soprattutto a seguito dell'enfasi posta dalle richieste di autonomia differenziata, con eventuali ripercussioni sull'uniformità dell'offerta sanitaria e sull'effettiva tutela del diritto alla salute sull'intero territorio nazionale.

L'allocazione delle risorse tra gli ambiti di spesa sanitaria

Gli schemi di intesa preliminare prevedono infine la possibilità di destinare gli eventuali risparmi su risorse vincolate a specifiche finalità ad altri ambiti della spesa sanitaria. Opera, tuttavia, una condizione specifica, ovvero l'attestazione della Regione e la verifica dei tavoli tecnici sullo svolgimento effettivo delle attività cui i fondi erano diretti, malgrado le economie realizzate. Permangono, peraltro, anche in questo caso, i presupposti della complessiva Intesa in materia sanitaria, con riferimento agli equilibri economico-finanziari, alla garanzia dei LEA e alla neutralità finanziaria per lo Stato e per le altre Regioni.

Secondo quanto precisato nella relazione tecnica, la spesa per il personale, oggetto della richiesta precedentemente esaminata, resterebbe esclusa dagli ambiti cui possono essere destinate le economie.

Non è specificato nel testo degli schemi preliminari se le risorse risparmiate potranno essere destinate al finanziamento di prestazioni extra-LEA, attualmente sostenute con risorse regionali aggiuntive. I rischi di una tale impostazione deriverebbero dalla fragilità del sistema di verifica dell'erogazione dei LEA, di cui si è detto sopra.

Come sottolineato dalla relazione sulla sussidiarietà, la funzione di allocazione delle risorse tra i diversi ambiti e finalità della spesa sanitaria è di competenza statale e viene esercitata tramite il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, mentre le Regioni, nella propria programmazione annuale relativa agli ambiti di intervento e all'allocazione delle risorse, rispettano i vincoli posti dallo Stato con le leggi di bilancio.

Il sistema di governo della spesa sanitaria costruito negli anni 2000⁶² si basa sulle Intese Stato-Regioni (in particolare i Patti per la salute)⁶³, sul sistema di monitoraggio delle *performance* e dei bilanci sanitari e sulla verifica degli adempimenti, attraverso il cosiddetto sistema premiale e i piani

⁶² Per una descrizione più approfondita del sistema di governo della spesa sanitaria si rimanda a Ragioneria generale dello Stato (2026), *op. cit.*

⁶³ Accordi finanziari e programmatici triennali tra il Governo e le Regioni, relativi alla spesa e programmazione del SSN.

di rientro. Il livello di finanziamento è, in principio, stabilito attraverso le Intese⁶⁴ e, comunque, è fissato con legge dello Stato. Sempre attraverso le Intese sono definite le regole del governo della sanità e le modalità di verifica degli adempimenti a carico delle Regioni. È stato inoltre definito un sistema premiale che condiziona, per ciascuna Regione, l'erogazione di una parte del finanziamento al rispetto di una serie di adempimenti verificati annualmente, tra cui quello relativo all'equilibrio di bilancio del SSR, che può anche essere assicurato tramite il conferimento di risorse aggiuntive a copertura dell'eventuale disavanzo. Per il monitoraggio sono stati costituiti il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali (presso il Ministero dell'Economia e delle finanze) coordinato da un rappresentante del Dipartimento della RGS, e il Comitato permanente per l'erogazione dei LEA (presso il Ministero della Salute). Sono stati inoltre introdotti i piani di rientro, ovvero programmi di ristrutturazione industriale che devono essere predisposti dalle Regioni in caso di squilibrio superiore al 5 per cento del finanziamento complessivo, con la previsione di alcune sanzioni⁶⁵ e un restringimento dell'autonomia regionale al permanere delle inadempienze, fino alla eventuale nomina di un commissario governativo. Al contempo, in particolare a seguito della crisi del debito sovrano, sono state introdotte misure di contenimento delle erogazioni e sono stati adottati stringenti strumenti di controllo sulle principali voci di spesa, quali i tetti, oltre che sulla parte relativa al personale, di cui si è detto sopra, sulla farmaceutica, sui dispositivi medici, sull'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica e di assistenza ospedaliera da privato accreditato.

Questo sistema⁶⁶ ha prodotto una maggiore responsabilizzazione delle Regioni (un salto di paradigma, secondo la Ragioneria generale dello Stato), ma ha provocato anche diverse criticità: risultati insoddisfacenti in relazione alla garanzia dei LEA, programmazione della spesa al ribasso, mancata programmazione del fabbisogno di personale in termini di posti nelle scuole di specializzazione e borse di studio e un generale ridimensionamento del SSN, che ha ridotto il contributo del sistema pubblico alla produzione di servizi sanitari in favore di quello privato⁶⁷. Queste difficoltà sono emerse in modo drammatico nella fase dell'emergenza sanitaria, quando si sono dovute incrementare le risorse per il SSN e sono stati allentati alcuni vincoli, consentendo una ripresa dei reclutamenti. Malgrado il ritorno della spesa sanitaria, in rapporto al PIL, su livelli pre-pandemici, si osserva attualmente una qualche ripresa della capacità produttiva pubblica ed è in atto un percorso di allentamento dei vincoli, anche se sono ancora presenti numerose criticità.

Va inoltre ricordato che il D.Lgs. 118/2011, in materia di armonizzazione dei bilanci pubblici, impone alle Regioni la perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del SSR, al fine di garantire la piena tracciabilità delle risorse sanitarie e la confrontabilità tra fabbisogni standard, finanziamenti e spese effettivamente sostenute⁶⁸. Il finanziamento complessivo del SSR deve essere interamente trasferito alle aziende sanitarie. Inoltre, le risorse vincolate e non utilizzate nel corso dell'esercizio vengono accantonate in un apposito fondo per essere rese disponibili negli esercizi successivi.

⁶⁴ L'ultimo Patto per la salute è riferito al periodo 2019-2021 e comunque anche negli anni precedenti non sempre il livello di finanziamento è stato concordato, oppure è stato ridotto con legge dopo essere stato fissato, mentre nel periodo dell'emergenza sanitaria sono stati adottati diversi provvedimenti volti a incrementarlo. In ogni caso, continuano a essere adottate intese più specifiche su aspetti più o meno ampi del governo del SSN.

⁶⁵ Alcune sanzioni, tuttavia, come il blocco automatico del *turn-over*, sono state poi eliminate (DL 35/2019, convertito con L. 60/2019). Si ricorda anche il divieto di effettuare spese non obbligatorie.

⁶⁶ Per quanto riguarda il sistema di riparto dei finanziamenti tra le Regioni si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2024), "Il riparto del fabbisogno sanitario nazionale tra nuovi criteri e attuazioni incomplete", Focus tematico n. 3, 27 marzo.

⁶⁷ Si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2026), "Pubblico e privato in sanità: il finanziamento, la produzione e le imprese", Focus tematico n. 3, 31 marzo.

⁶⁸ Si veda Ragioneria generale dello Stato (2026), *op. cit.*

I vincoli di spesa a legislazione vigente assumono generalmente due forme. Da un lato, vi sono risorse finalizzate al perseguimento di specifici obiettivi; dall'altro, sono previsti limiti massimi riferiti a determinate categorie di spesa. Quest'ultima fattispecie appare meno coerente con la formulazione della funzione riportata negli schemi preliminari. Diversamente, si dovrebbe forse ritenere che le economie conseguite possano essere utilizzate anche per superare i tetti previsti per altre voci di spesa.

Le richieste giustificate nelle griglie-tipo comprendevano, tuttavia, nell'ambito della funzione da trasferire, anche lo svincolo dai tetti di spesa e molte Relazioni sulla sussidiarietà, che sono invece riferite alle funzioni riportate dagli schemi preliminari, sembrano abbracciare la questione del superamento dei vincoli per categorie di spesa. Resta pertanto un margine di dubbio sull'interpretazione della funzione richiesta e sulla relativa portata.

Le Regioni richiedenti, inoltre, anche in questo caso, oltre a dichiarare di disporre delle necessarie competenze, sostengono che l'autonomia nella funzione di allocazione consentirebbe di ottimizzare l'uso delle risorse, rafforzando la sostenibilità del sistema sanitario, migliorandone l'efficacia e l'efficienza, favorendo l'innovazione, senza richiedere risorse aggiuntive. Le Regioni sarebbero in grado di attuare una più tempestiva programmazione delle risorse – con vantaggi per i cittadini, per le imprese del settore sanitario e biomedicale, per gli operatori e le strutture sanitarie – sfruttando la prossimità e una maggiore conoscenza specifica del bisogno, considerando in particolare alcune specificità territoriali, demografiche, epidemiologiche e socio-economiche. Inoltre, si semplificherebbe il coordinamento con gli Enti locali per l'erogazione di servizi socio-sanitari sul territorio. Anche queste affermazioni non vengono dimostrate, ma sembrano trovare fondamento nelle criticità della situazione attuale, con difficoltà di gestione dovute alla frammentarietà della normativa e ai vincoli troppo rigidi⁶⁹, alla lunghezza e complessità dei processi di verifica degli adempimenti regionali, alle elevate richieste di documentazione, che metterebbero a repentaglio la capacità di programmazione regionale.

Occorre infine considerare che la funzione di allocazione delle risorse non costituisce una mera attività gestionale, ma rappresenta uno dei principali strumenti attraverso cui si realizza l'indirizzo politico del SSN. **Consentire alle Regioni di modificare autonomamente la destinazione di risorse vincolate significa attribuire loro un potere sostanziale di ridefinizione delle priorità di politica sanitaria, incidendo indirettamente sulle scelte allocative operate a livello nazionale. In assenza di criteri uniformi e di una verifica rigorosa degli effetti sui LEA, tale facoltà potrebbe determinare una progressiva divergenza tra i SSR, trasformando differenze organizzative in differenze sostanziali nell'offerta delle prestazioni, in particolare se la funzione venisse interpretata in senso ampio, come possibilità di prescindere dai massimali di spesa. Anche nel caso opposto, tuttavia, si potrebbero determinare effetti di tipo finanziario, in quanto viene consentito**

⁶⁹ Le Regioni, tuttavia, sottolineano in particolare la problematicità dei vincoli sul personale, che secondo la relazione tecnica sarebbero esclusi dalla funzione trasferita.

di derogare alla norma del D.Lgs. 118/2011 che impone l'utilizzo negli esercizi successivi delle risorse eventualmente risparmiate su finanziamenti vincolati, anticipandone l'erogazione rispetto alla legislazione vigente, posta a base del profilo temporale incorporato nelle previsioni tendenziali.