dossier

XIX Legislatura

3 novembre 2025

LEGGE DI BILANCIO 2026

A.S. n. 1689 Annesso

Volume II

Articoli 37-93

Senato della Repubblica

Camera dei deputati

Senato della Repubblica

SERVIZIO STUDI
TEL. 06 6706-2451 - ✉ studi1@senato.it - 𝕏 @SR_Studi
Dossier n. 580 - Volume II

Camera dei deputati

SERVIZIO STUDI
Dipartimento Bilancio
TEL. 06 6760-2233 - ✉ st_bilancio@camera.it - 𝕏 @CD_bilancio
Progetti di legge n. 516 - Volume II

Il presente dossier è articolato in quattro volumi:

- ***Volume I*** *- Articoli 1-36;*
- ***Volume II*** *- Articoli 37-93;*
- ***Volume III*** *- Articoli 94-154;*
- ***Volume IV*** *- Stati di previsione dei Ministeri.*

AVVERTENZA: la nota evidenziata da una barra gialla espone sinteticamente gli effetti finanziari delle disposizioni in commento risultanti dalla relazione tecnica. Per una illustrazione dettagliata della quantificazione degli oneri finanziari e delle relative coperture, si rinvia al dossier del Servizio del bilancio.

La documentazione dei Servizi e degli Uffici del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati è destinata alle esigenze di documentazione interna per l'attività degli organi parlamentari e dei parlamentari. Si declina ogni responsabilità per la loro eventuale utilizzazione o riproduzione per fini non consentiti dalla legge. I contenuti originali possono essere riprodotti, nel rispetto della legge, a condizione che sia citata la fonte.

I N D I C E

SCHEDE DI LETTURA

TITOLO III - MISURE IN MATERIA DI LAVORO, PREVIDENZA SOCIALE, FAMIGLIA E PARI OPPORTUNITÀ

CAPO I - MISURE IN MATERIA DI LAVORO E DI PREVIDENZA SOCIALE

Articolo 37 *(Esonero contributivo per assunzioni a tempo indeterminato nell'anno 2026)*.....9

Articolo 38 *(Modifiche alla disciplina sull'assegno di inclusione)*.....11

Articolo 39 *(Ape sociale)*.....16

Articolo 40 *(Proroga ammortizzatori sociali mediante utilizzo del Fondo sociale per occupazione e formazione)*.....18

Articolo 41 *(Incremento delle maggiorazioni sociali per pensionati in condizioni di disagio)*.....27

Articolo 42 *(Requisiti pensionistici per il personale delle Forze armate, delle Forze di polizia a ordinamento civile e militare e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco)*.....28

Articoli 43, commi 1-9 e 11, e 44 *(Misure in materia di adeguamento dei requisiti di accesso al pensionamento alla variazione della speranza di vita e sui termini di liquidazione delle indennità di fine servizio dei dipendenti pubblici)*.....29

Articolo 43, comma 10 *(Incentivo per la prosecuzione dell'attività lavorativa dopo il conseguimento dei requisiti per il trattamento pensionistico anticipato)*.....34

Articolo 45 *(Disposizioni per il rafforzamento degli investimenti in infrastrutture da parte delle forme pensionistiche complementari)*.....36

CAPO II - MISURE IN MATERIA DI FAMIGLIA E DI PARI OPPORTUNITÀ

Articolo 46 *(Misura di integrazione al reddito delle lavoratrici madri con due o più figli)*.....39

Articolo 47 *(Modifiche del calcolo dell'ISEE relative alla casa di abitazione e alla scala di equivalenza e valide con riferimento all'applicazione di alcuni istituti)*.....44

Articolo 48 *(Esonero contributivo per promuovere l'assunzione di madri lavoratrici)*.....47

Articolo 49 *(Incentivi per la trasformazione a tempo parziale dei contratti di lavoro per alcune categorie di soggetti)* 50

Articolo 50 *(Congedi parentali e congedi per malattia di figli minorenni)* 52

Articolo 51 *(Prolungamento del contratto di lavoro stipulato in sostituzione delle lavoratrici in congedo)* 54

Articolo 52 *(Fondo per le attività socioeducative a favore dei minori)* 57

Articolo 53 *(Fondo per le iniziative legislative a sostegno del ruolo di cura e di assistenza del* caregiver *familiare)* 59

Articolo 54 *(Rifinanziamento del Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità)* 64

Articolo 55 *(Incremento del Fondo pari opportunità per interventi a favore delle donne vittime di violenza)* 66

Articolo 56 *(Contributo per il sostegno abitativo dei genitori separati o divorziati)* 68

Articolo 57 *(Potenziamento delle misure contro la tratta degli esseri umani)* 69

TITOLO IV - MISURE IN MATERIA DI PUBBLICO IMPIEGO

Articolo 58, comma 1 *(Imposta sostitutiva per il trattamento economico accessorio dei lavoratori dipendenti pubblici)* 71

Articolo 58, comma 2 *(Risorse finanziarie per il trattamento economico accessorio del personale di alcune amministrazioni)* 73

Articolo 59 *(Disposizioni in materia di personale del corpo di Polizia penitenziaria)* 74

Articolo 60 commi 1 e 2 *(Disposizioni relative al personale di ItaliaMeteo)* 77

Articolo 60, comma 3 *(Convenzione tra la Consob e la Sogei per l'utilizzo delle infrastrutture informatiche)* 80

Articolo 60, comma 4 *(Indennità per oneri specifici dei ricercatori e tecnologi dell'ISTAT)* 81

Articolo 60, commi 5 e 6 *(Comitato nazionale per la bioetica; Comitato nazionale per la biosicurezza, le biotecnologie e le scienze della vita)* 83

Articolo 60 commi 7-9 *(Sistema contributivo a carico del mercato di riferimento per il finanziamento di AGCOM)* 85

Articolo 60, comma 10 *(Poteri dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza - STRALCIATO)* 88

Articolo 61 *(Assunzione di magistrati ordinari)* 89

Articolo 62, comma 1 *(In materia di* turn over *per i Corpi di polizia e per il Corpo nazionale dei vigili del fuoco)* 91

Articolo 62, comma 2 *(Personale Capitaneria di porto)* 93

TITOLO V - MISURE IN MATERIA DI SANITÀ E DI LOTTA ALLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Articolo 63 *(Rifinanziamento del Servizio sanitario nazionale)* 94

Articolo 64 *(Misure di prevenzione)* 100

Articolo 65 *(Piano nazionale di azioni per la salute mentale - PANSM)* 104

Articolo 66 *(Incremento della quota del Fondo sanitario nazionale destinata agli Istituti zooprofilattici sperimentali)* 107

Articolo 67 *(Finanziamento destinato all'aggiornamento delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere per acuti e per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica)* 108

Articolo 68 *(Farmacia dei servizi)* 111

Articolo 69 *(Indennità per il personale sanitario e socio-sanitario e maggiorazioni per prestazioni aggiuntive del personale sanitario)* 120

Articolo 70 *(Assunzioni di personale sanitario nel Servizio sanitario nazionale)* 123

Articolo 71 *(Emolumenti accessori al personale sanitario e socio-sanitario assegnato ai servizi di pronto soccorso)* 126

Articolo 72 *(Incremento delle risorse per le cure palliative)* 127

Articolo 73 *(Ripartizione del Fondo farmaci innovativi)* 130

Articolo 74 *(Quote premiali)* 132

Articolo 75 *(Aggiornamento delle piattaforme informatiche dell'INPS per il potenziamento dell'assistenza a tutela della salute psicologica e psicoterapica)* 134

Articolo 76 *(Revisione annuale del Prontuario farmaceutico nazionale)* 137

Articolo 77 *(Dematerializzazione della ricetta per l'erogazione dei prodotti per celiaci)* 140

Articolo 78 *(Altre disposizioni in materia di farmaceutica)* 145

Articolo 79 *(Finanziamento dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù)* 155

Articolo 80 *(Spesa per l'acquisto di dispositivi medici)* 157

Articolo 81 *(Disposizioni sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati)* 160

Articolo 82 *(Ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione)* 162

Articolo 83 *(Servizi di scambio transfrontaliero per le ricette mediche elettroniche, il profilo sanitario sintetico, i documenti clinici originali, i*

referti di laboratorio, le schede di dimissione ospedaliera e i referti di diagnostica per immagini).....166

Articolo 84 *(Contributi annui in favore di organizzazioni internazionali nel settore sanitario)*.....171

Articolo 85 *(Potenziamento dei servizi di telemedicina)* 172

Articolo 86 *(Accertamento e riscossione del contributo per il governo dei dispositivi medici)*.....176

Articolo 87 *(Disposizioni relative al Fondo per il governo dei dispositivi medici)* 178

Articolo 88 *(Modifica all'articolo 2, comma 2*-sexies*, del decreto-legge 17 febbraio 2022, n. 9, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 aprile 2022, n. 29)*.....181

Articolo 89 *(Misure in materia di patrocinio obbligatorio dell'Avvocatura generale dello Stato e di litisconsorzio necessario dell'AIFA - STRALCIATO)*.....184

Articolo 90 *(Aumento del fondo destinato ai bambini affetti da malattie oncologiche e misure in materia di epilessia farmacoresistente)* 186

Articolo 91 *(Misure in materia di dipendenze patologiche)* 189

Articolo 92 *(Misure per il contenimento dei consumi energetici delle strutture sanitarie)*.....191

Articolo 93 *(Misure in materia di monitoraggio della spesa sanitaria)*.....193

SCHEDE DI LETTURA

TITOLO III - MISURE IN MATERIA DI LAVORO, PREVIDENZA SOCIALE, FAMIGLIA E PARI OPPORTUNITÀ

CAPO I - MISURE IN MATERIA DI LAVORO E DI PREVIDENZA SOCIALE

Articolo 37
(Esonero contributivo per assunzioni a tempo indeterminato nell'anno 2026)

L'**articolo 37** prevede il riconoscimento di un esonero parziale dalla quota dei contributi di previdenza sociale a carico dei datori di lavoro, per un periodo massimo di ventiquattro mesi, con riferimento ad assunzioni nell'anno 2026, mediante contratti di lavoro dipendente a tempo indeterminato (per profili non dirigenziali) e con riferimento ad omologhe trasformazioni, nel medesimo anno 2026, di contratti di lavoro dipendente da tempo determinato a tempo indeterminato; si demanda a un decreto ministeriale la determinazione delle misure attuative, nell'ambito di un limite di spesa pari a 154 milioni di euro per l'anno 2026, 400 milioni per l'anno 2027 e 271 milioni per l'anno 2028.

La **relazione tecnica** quantifica gli oneri finanziari (al netto degli effetti fiscali) derivanti dal presente **articolo** in 154 milioni di euro per l'anno 2026, 340 milioni per l'anno 2027, 139 milioni per l'anno 2028 e 44 milioni per l'anno 2030; per l'anno 2029 si stima invece un effetto finanziario positivo, pari a 42 milioni (effetto derivante, così come il successivo effetto negativo per l'anno 2030, dalle procedure fiscali di acconto e di saldo). Non sussistono effetti finanziari per gli anni successivi al 2030.

Dal beneficio in esame sono esclusi i premi e contributi dovuti all'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL).
Il suddetto decreto attuativo è emanato dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze; il decreto definisce gli specifici interventi, i relativi requisiti e le condizioni necessarie a garantire il rispetto del summenzionato limite di spesa; tali definizioni sono operate previa una valutazione degli effetti sull'occupazione delle misure di esonero contributivo richiamate dal **comma 2**[1]. La valutazione è svolta secondo le modalità di cui al **comma 3**, il quale prevede anche il relativo contributo dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS), dell'Istituto nazionale per l'analisi delle politiche pubbliche (INAPP) e del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro (CNEL).
Il **comma 1** fa riferimento alle finalità di incrementare l'occupazione giovanile stabile, di favorire le pari opportunità nel mercato del lavoro per le lavoratrici

[1] Cfr. i richiamati articoli 22, 23 e 24 del D.L. 7 maggio 2024 n. 60, convertito, con modificazioni, dalla L. 4 luglio 2024, n. 95.

svantaggiate, di sostenere lo sviluppo occupazionale della Zona economica speciale per il Mezzogiorno (ZES unica) e di contribuire alla riduzione dei divari territoriali.

Articolo 38
(Modifiche alla disciplina sull'assegno di inclusione)

L'**articolo 38, comma 1,** è volto a sopprimere la disposizione attualmente vigente che prevede la sospensione di un mese dell'erogazione dell'assegno di inclusione, sia in caso di primo rinnovo per periodi ulteriori dodici mesi (dopo un periodo continuativo di fruizione non superiore a diciotto mesi), sia al termine di ogni periodo di rinnovo di dodici mesi.
Il comma 2 precisa che le norme sul riconoscimento di un contributo straordinario aggiuntivo dell'Assegno di inclusione – che è stato previsto in via eccezionale per l'anno 2025 al fine di garantire una continuità nella copertura di tale beneficio a fronte del mese di sospensione previsto dalla normativa vigente dopo un periodo di fruizione non superiore a diciotto, laddove siano stati ammessi, previa presentazione della domanda, all'ulteriore periodo di 12 mensilità – si applicano ai nuclei familiari per i quali il diciottesimo mese di percezione del beneficio dell'assegno di inclusione, prima della sospensione, ricade nel mese di novembre 2025.
I commi 3 e 4 provvedono alla quantificazione e alla copertura degli oneri degli interventi di cui ai commi 1 e 2.

La relazione tecnica ascrive alle disposizioni in oggetto effetti finanziari, in termini di maggiori oneri complessivi, pari a 326 milioni di euro nel 2026, 324 milioni di euro nel 2027, 333 milioni di euro nel 2028, 333 milioni di euro nel 2029, 337 milioni di euro nel 2030, 342 milioni di euro nel 2031, 347 milioni di euro nel 2032, 353 milioni di euro a decorrere dal 2033.

L'articolo 38, al comma 1, sostituendo il comma 2 dell'articolo 3 del decreto-legge 4 maggio 2023, n. 48 (convertito, con modificazioni, dalla legge 3 luglio 2023, n. 85), è volto a sopprimere la disposizione attualmente vigente che prevede la sospensione di un mese - che deve intercorrere tra l'esaurimento del periodo fruizione della prestazione e il rinnovo della stessa - sia in caso di primo rinnovo per periodi ulteriori di dodici mesi (dopo un periodo continuativo di fruizione non superiore a diciotto mesi), sia al termine di ogni periodo di rinnovo di dodici mesi. Tale comma 1 dell'art. 38, infatti, al primo periodo, stabilisce che il beneficio economico in oggetto è erogato mensilmente per un periodo continuativo non superiore a diciotto mesi e può essere rinnovato per periodi ulteriori di dodici mesi (confermando quanto già previsto), specificando – mediante una novella alla normativa vigente - che tale rinnovo avviene previa presentazione della domanda (senza fare più riferimento, dunque, alla previa sospensione di un mese, attualmente prevista). Il secondo periodo del nuovo comma 2 dell'art. 3 del decreto-legge 4 maggio 2023, n. 48, precisa che, allo scadere dei periodi di rinnovo di dodici mesi il beneficio è rinnovato - non più dunque previa sospensione di un mese - ma previa presentazione della domanda.

Il comma 2 dell'articolo 38 in esame, quindi, precisa che il contributo straordinario aggiuntivo dell'Assegno di inclusione – che è stato previsto in via eccezionale per l'anno 2025, dall'articolo 10-*ter*, commi 1 e 2, del decreto-legge 26 giugno 2025, n. 92 (convertito, con modificazioni, dalla legge 1° agosto 2025, n. 113) al fine di garantire una continuità nella copertura di tale beneficio a fronte del mese di sospensione previsto dalla normativa vigente dopo un periodo di fruizione non superiore a diciotto mesi – è riconosciuto ai nuclei familiari per cui il diciottesimo mese di percezione del beneficio dell'assegno di inclusione, prima della sospensione, ricade nel mese di novembre 2025.

Giova ricordare che il comma 1 dell'art.10-*ter* prevede il richiamato contributo straordinario aggiuntivo dell'Assegno di inclusione, al fine di rafforzare le misure di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale, specificando, al comma 2, i modi e i termini relativi al suo riconoscimento, ovvero prevedendo che tale contributo aggiuntivo, pari all'importo della prima mensilità di rinnovo - comunque non superiore a euro 500 - spetta ai nuclei familiari che hanno presentato domanda per il rinnovo dell'Assegno di inclusione, previa verifica della sussistenza dei requisiti previsti a legislazione vigente e viene erogato con la prima mensilità di rinnovo dell'Assegno di inclusione e comunque entro e non oltre il mese di dicembre.

Il comma 3, **primo periodo**, per effetto di quanto disposto dai commi 1 e 2, prevede che l'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 13, comma 8, lettera *a)*, del decreto-legge n. 48 del 2023 è incrementata:

- di 380 milioni di euro per l'anno 2026,
- di 393 milioni di euro per l'anno 2027,
- di 397 milioni di euro per l'anno 2028,
- di 402 milioni di euro per l'anno 2029,
- di 406 milioni di euro per l'anno 2030,
- di 411 milioni di euro per l'anno 2031,
- di 416 milioni di euro per l'anno 2032 e di 422 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2033.

Il secondo periodo del medesimo comma 3, stabilisce che, a seguito dell'attività di monitoraggio, l'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 13, comma 8, lettera *b)*, del decreto-legge n. 48 del 2023 è ridotta di 54 milioni di euro per l'anno 2026 e di 90 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027. Conseguentemente, sono rideterminati gli importi dell'alinea dell'articolo 13, comma 8, del decreto-legge n. 48 del 2023.

Al riguardo, la relazione tecnica precisa che sulla base degli andamenti di monitoraggio relativi ai beneficiari e alle erogazioni e al *trend* previsto di parziale aumento nell'accesso, si stima un maggiore onere di **440 milioni di euro per l'anno 2026** con profilo parzialmente crescente, specificando che a tale maggiore onere concorre, sempre sulla base dei dati di monitoraggio, sia le economie stimate

in relazione al limite di spesa previsto a legislazione vigente per la prestazione in esame (pari a 60 milioni di euro annui), sia le economie stimate in relazione al limite di spesa previsto a legislazione vigente per l'utilizzo dell'esonero contributivo riconosciuto ai sensi dell'articolo 10 del decreto-legge n. 48 del 2023 (pari a 54 milioni di euro annui), per effetti complessivi totali dunque pari a 326 milioni di euro per il 2026.
La medesima relazione tecnica, basandosi sul numero di beneficiari stimati al giungo 2025 e tenuto conto di un contenuto atteso incremento dell'importo medio, afferma che la spesa 2025 di competenza, al netto degli oneri per il contributo straordinario aggiuntivo stabilito dal decreto-legge n. 92 del 2025 per la parziale compensazione del mese di sospensione, si potrebbe attestare, sulla base dei più aggiornati elementi, a circa 5,2 miliardi di euro e il limite di spesa 2026, al netto degli oneri per la soppressione del mese di sospensione, **verrebbe determinato in circa 5,5 miliardi di euro**, in grado comunque di garantire la copertura finanziaria, trattandosi di limite di spesa, in relazione a un parziale aumento del numero di beneficiari o del relativo importo medio.

Si ricorda che il comma 8 dell'art. 13 del DL n.48/2023 (come modificato dall'art. 1, comma 198, lett. d), n.1.1), della L.207/2024) , ai fini dell'erogazione del beneficio economico dell'Assegno di inclusione e dei relativi incentivi autorizza la spesa complessiva di 5.660,8 milioni di euro per l'anno 2024, 5.880,9 milioni di euro per l'anno 2025, 5.760 milioni di euro per l'anno 2026, 5.929,3 milioni di euro per l'anno 2027, 5.976,6 milioni di euro per l'anno 2028, 6.042,5 milioni di euro per l'anno 2029, 6.097,9 milioni di euro per l'anno 2030, 6.164,9 milioni di euro per l'anno 2031, 6.234,8 milioni di euro per l'anno 2032 e 6.307 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2033, ripartita, in particolare, nei seguenti limiti di spesa (comma 8, alinea):

- per il beneficio economico dell'Assegno di inclusione e per gli incentivi riconosciuti ai beneficiari di tale Assegno per l'avvio di un'attività lavorativa autonoma o di impresa individuale: 5.573,8 milioni di euro per l'anno 2024, 5.731 milioni di euro per l'anno 2025, 5.607,3 milioni di euro per l'anno 2026, 5.775,2 milioni di euro per l'anno 2027, 5.832,8 milioni di euro per l'anno 2028, 5.885,3 milioni di euro per l'anno 2029, 5.939,1 milioni di euro per l'anno 2030, 6.004,3 milioni di euro per l'anno 2031, 6.072,6 milioni di euro per l'anno 2032 e 6.143,3 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2033 (comma 8, lettera a));
- per gli incentivi riconosciuti ai datori di lavoro privati che assumono a tempo determinato o indeterminato beneficiari dell'Assegno di inclusione: 78,3 milioni di euro per il 2024, 140,8 milioni di euro per il 2025, 143,6 milioni di euro per il 2026, 145 milioni di euro per il 2027, 146,5 milioni di euro per il 2028, 147,9 milioni di euro per il 2029, 149,4 milioni di euro per il 2030, 150,9 milioni di euro per il 2031, 152,5 milioni di euro per il 2032 e 154 milioni di euro annui a decorrere dal 2033 (comma 8, lettera b));
- per il contributo riconosciuto a determinati soggetti per lo svolgimento di attività di intermediazione finalizzata all'assunzione di beneficiari dell'Assegno di inclusione: 8,7 milioni di euro per il 2024, 9,1 milioni di euro per il 2025, 9,1 milioni di euro per il 2026, 9,1 milioni di euro per il 2027, 9,3 milioni di euro per il 2028, 9,3 milioni di euro per il 2029, 9,4 milioni di euro per il 2030, 9,7 milioni di euro per il 2031, 9,7 milioni di euro per il 2032 e 9,7 milioni di euro annui a decorrere dal 2033 (comma 8, lettera c)).

Si ricorda altresì che, successivamente, il comma 3 dell'art. 10-ter in precedenza richiamato, ha stimato in 234 milioni di euro per il 2025 gli oneri derivanti dai precedenti commi 1 e 2 (volti a riconoscere il già citato contributo straordinario aggiuntivo), stabilendo che a tali oneri si provvedesse: a)quanto a 141 milioni di euro a valere sull'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 13, comma 8, lettera *a)* del decreto-legge 4 maggio 2023, n. 48, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 luglio 2023, n. 85; b) quanto a 93 milioni di euro per l'anno 2025 mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui al comma 8, lettera b), del medesimo articolo 13, con corrispondente incremento per tale anno dell'autorizzazione di spesa di cui al comma 8, lettera a) del medesimo articolo 13. Infine, per compensare gli effetti fiscali indotti dalla riduzione dell'anno 2025, il medesimo comma 3 ha previsto che alle minori entrate, valutate in 36 milioni di euro per l'anno 2026, si provvedesse mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui al già citato comma 8, lettera b), del predetto articolo 13 del decreto-legge 4 maggio 2023, n. 48 convertito, con modificazioni, dalla legge 3 luglio 2023, n. 8, con conseguente rideterminazione, per il medesimo anno, dell'importo complessivo di cui all'alinea dello stesso articolo 13, comma 8.

Il comma 4, infine, il comma 4 riduce, per le finalità di questo articolo, il Fondo per il sostegno alla povertà e per l'inclusione attiva di cui all'articolo 1, comma 321, della legge 29 dicembre 2022 (istituito ai fini dell'organica riforma delle misure di sostegno alla povertà e di inclusione attiva), n. 197, di 267,16 milioni di euro per l'anno 2026, di 346,95 milioni di euro per l'anno 2027, di 336,23 milioni di euro per l'anno 2028, di 268,71 milioni di euro per l'anno 2029, di 212,86 milioni di euro per l'anno 2030, di 145,48 milioni di euro per l'anno 2031, di 75 milioni di euro per l'anno 2032, di 2,49 milioni di euro per l'anno 2033 e di 2,07 milioni di euro annui a decorre dall'anno 2034 .

Rileva rammentare che il D.L. 48/2023 ha introdotto, a decorrere dal 1° gennaio 2024, l'Assegno di inclusione quale misura nazionale di contrasto alla povertà, alla fragilità e all'esclusione sociale delle fasce deboli attraverso percorsi di inserimento sociale, nonché di formazione, di lavoro e di politica attiva del lavoro . I requisiti relativi alla condizione economica e reddituale per il riconoscimento del beneficio, nonché il relativo importo, sono stati modificati dalla legge di bilancio 2025 (art. 1, c. 198-199,L. 207/2024).
Tale misura è riconosciuta ai nuclei familiari che hanno almeno un componente minorenne, o con almeno 60 anni di età, o con disabilità, o in condizione di svantaggio e inserito in specifici programmi di cura , in possesso di determinati requisiti. In particolare, per avere diritto al beneficio in oggetto, i predetti nuclei familiari devono risultare, al momento della presentazione della richiesta e per tutta la durata dell'erogazione, in possesso di determinati requisiti in relazione alla cittadinanza, alla residenza, alla condizione economica e patrimoniale, alla condizione lavorativa, al godimento di beni durevoli e alla situazione giuridica soggettiva .
Per ricevere il beneficio economico in oggetto – che può essere richiesto all'INPS, ai CAF o ai patronati – il richiedente deve effettuare l'iscrizione presso il sistema informativo per l'inclusione sociale e lavorativa (SIISL) e deve espressamente autorizzare la trasmissione dei dati relativi alla domanda ai centri per l'impiego, alle agenzie per il lavoro e agli enti autorizzati all'attività di intermediazione.
La suddetta registrazione è finalizzata alla sottoscrizione del patto di attivazione digitale.

Una volta sottoscritto il patto di attivazione digitale, i componenti dei nuclei familiari beneficiari dell'Assegno di inclusione sono tenuti a aderire ad un percorso personalizzato di inclusione sociale o lavorativa, che comporta l’adempimenti di diversi obblighi formativi e di istruzione (fatta eccezione per taluni soggetti fragili). Il componente attivabile al lavoro è tenuto ad accettare, a pena di decadenza, un'offerta di lavoro, purché ricorrano determinate condizioni.

Articolo 39
(Ape sociale)

L'**articolo 39** reca disposizioni in materia di **Ape sociale.**
In particolare, il **comma 1** prevede di applicare fino al **31 dicembre 2026** le disposizioni in materia di **APE sociale** in favore dei **soggetti** che ne abbiano i requisiti. Inoltre, si dispone l'applicazione delle disposizioni che semplificano la procedura per l'accesso all'APE sociale (di cui di cui al secondo e terzo periodo dell'art. 1, c. 165, L. 205/2017) anche con riferimento ai soggetti che verranno a trovarsi nelle condizioni indicate nel corso del 2026, incrementando la relativa autorizzazione di spesa di 170 milioni di euro per l'anno 2026, di 320 milioni di euro per l'anno 2027, di 315 milioni di euro per l'anno 2028, di 270 milioni di euro per l'anno 2029, di 121 milioni di euro per l'anno 2030 e di 28 milioni di euro per l'anno 2031.
Ai sensi del **comma 2**, il predetto **beneficio non** è **cumulabile con** i **redditi di lavoro dipendente o autonomo**, ad eccezione di quelli derivanti da lavoro autonomo occasionale, nel limite di 5 mila euro lordi annui.

Con riferimento **all'articolo 39** in esame, il prospetto riepilogativo degli effetti finanziari ascrive maggiori oneri, in termini di incremento dei limiti di spesa, pari a 170 milioni di euro per l'anno 2026, 320 milioni di euro per l'anno 2027, 315 milioni di euro per l'anno 2028, 270 milioni di euro per l'anno 2029, 121 milioni di euro per l'anno 2030 e 28 milioni di euro per l'anno 2031.

L'articolo 39, comma 1 , è volto a prevedere l'applicazione sino al 31 dicembre 2026 delle disposizioni in materia di APE sociale - di cui all'articolo 1, commi da 179 a 186, della legge n. 232 del 2016 - in favore dei soggetti che si trovino al compimento dei 63 anni e 5 mesi in una delle condizioni previste dal comma 179 (disoccupazione, assistenza a familiare con disabilità che necessità di sostegno intensivo, riduzione della capacità lavorativa per invalidità grave, dipendenti per lavori usuranti di cui all'allegato C). Inoltre, sempre tale comma dispone l'applicazione delle disposizioni di cui al secondo e terzo periodo del comma 165 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205 (che semplifica la procedura per l'accesso all'APE sociale), anche con riferimento ai soggetti che verranno a trovarsi nelle condizioni indicate nel corso del 2026.

La Relazione tecnica fa poi presente che, tenuto conto degli elementi di monitoraggio per il 2025 - che hanno richiesto un rifinanziamento dell'intervento per una previsione aggiornata di accessi attorno a 21.000 unità (17.600 circa nel 2024), dell'andamento degli oneri della prestazione in argomento degli ultimi anni nonché dei profili demografici, vi è la conseguente necessità di incrementare la relativa autorizzazione di spesa per gli accessi 2026, stimati in circa 24.000, conseguendone maggiori oneri in termini di incremento del limite di spesa.

Conseguentemente, il comma 1 in commento dispone che l'autorizzazione di spesa che finanzia la suddetta misura (di cui all'articolo 1, comma 186, della legge n. 232 del 2016) è incrementata di 170 milioni di euro per l'anno 2026, 320 milioni di euro per l'anno 2027, 315 milioni di euro per l'anno 2028, 270 milioni di euro per l'anno 2029, 121 milioni di euro per l'anno 2030 e 28 milioni di euro per l'anno 2031.

Il comma 2 prevede, infine, che il beneficio in esame non sia cumulabile con i redditi di lavoro dipendente o autonomo, salvo quelli che derivino da lavoro autonomo occasionale, nel limite di 5 mila euro lordi annui.

L'Ape sociale consiste in una indennità, pari all'importo della rata mensile della pensione calcolata al momento dell'accesso alla prestazione, comunque di importo massimo pari a 1.500 euro, non cumulabile con altri trattamenti di sostegno al reddito connessi allo stato di disoccupazione involontaria. È corrisposta fino al conseguimento dei requisiti pensionistici, al compimento dei 63 anni e 5 mesi (requisito così elevato, rispetto ai precedenti 63 anni, dalla legge di bilancio 2024), a favore dei seguenti soggetti:

- persone con un'anzianità contributiva di almeno 30 anni, in stato di disoccupazione a seguito di licenziamento, dimissioni per giusta causa o risoluzione consensuale del rapporto di lavoro o per scadenza del termine del rapporto di lavoro a tempo determinato (in quest'ultimo caso, occorre aver lavorato per almeno diciotto mesi nei tre anni precedenti) e che hanno concluso la prestazione per la disoccupazione loro spettante;
- persone con un'anzianità contributiva di almeno 30 anni, che assistono da almeno sei mesi il coniuge o un parente di primo grado convivente con handicap grave o un parente o un affine di secondo grado convivente i cui genitori o il cui coniuge abbia più di settant'anni o siano anch'essi affetti da patologie invalidanti, o siano deceduti o mancanti;
- persone con un'anzianità contributiva di almeno 30 anni e con una capacità lavorativa ridotta di almeno il 74 per cento;
- lavoratori dipendenti con almeno 36 anni di anzianità contributiva che svolgono da almeno sette anni negli ultimi dieci anni o almeno sei anni negli ultimi sette anni attività lavorative gravose. L'elenco di tali professioni è stato aggiornato ed esteso con la legge di bilancio 2022, che ha previsto anche un'anzianità contributiva più bassa, pari a 32 anni, per gli operai edili, i ceramisti e i conduttori di impianti per la formatura di articoli in ceramica e terracotta.

Per le donne i requisiti di anzianità contributiva previsti sono ridotti di 12 mesi per ciascun figlio, nel limite massimo di 2 anni (APE sociale donna).

Articolo 40
(Proroga ammortizzatori sociali mediante utilizzo del Fondo sociale per occupazione e formazione)

L'**articolo 40 proroga alcune misure di sostegno al reddito**, ponendo i relativi oneri a carico del Fondo sociale per occupazione e formazione. Tali interventi concernono l'indennità per i lavoratori della pesca e dei *call-center*, l'integrazione al reddito per i dipendenti ex-Ilva, il trattamento straordinario di integrazione salariale per le imprese che operano in aree di crisi industriale complessa, o che cessano l'attività, o coinvolte da processi di riorganizzazione o di crisi aziendale, o che stipulano contratti di solidarietà, nonché per le imprese di interesse strategico nazionale.
La disposizione prevede altresì la proroga di talune convenzioni per l'impiego di lavoratori socialmente utili.

La relazione tecnica **non ascrive effetti finanziari** alle disposizioni in commento in quanto gli stanziamenti ivi previsti sono disposti a valere sulle risorse del Fondo sociale per occupazione e formazione, già presenti a legislazione vigente.
In particolare, sono stanziati:

- **30 mln** di euro per il 2026 per il fermo **pesca**;
- **100 mln** di euro per il 2026 per la CIGS per le imprese situate in aree di **crisi industriale complessa** e **6,5 mln** per l'esonero dal relativo contributo addizionale (a cui si provvede, al fine della compensazione in termini di indebitamento netto e fabbisogno delle pubbliche amministrazioni, mediante la riduzione del predetto Fondo per 9,3 mln per il medesimo 2026);
- **120 mln** di euro per il 2026 per la CIGS per **cessazione attività**;
- **19 mln** di euro per il 2026 per il sostegno al reddito dei dipendenti **ex ILVA**;
- **63,3 mln** di euro per il 2026 per le **imprese di interesse strategico** nazionale con un numero di lavoratori dipendenti non inferiore a mille;
- **20 mln** di euro per il 2026 per i lavoratori dei ***call center***;
- **50 mln** di euro per ciascuno degli anni 2026 e 2027 per la CIGS per **crisi aziendale**.

Anche alla proroga di talune convenzioni per l'impiego di lavoratori socialmente utili non sono ascritti effetti finanziari; la Relazione tecnica precisa infatti che tale proroga è contenuta nei limiti della spesa già sostenuta e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica in relazione a quanto già programmato.

Indennità per i lavoratori del settore della pesca (comma 1)
Per l'erogazione, anche **per il 2026,** dell'**indennità giornaliera** onnicomprensiva prevista per i **lavoratori dipendenti** da imprese adibite alla **pesca** marittima nel periodo di sospensione dell'attività lavorativa, a causa delle misure di arresto temporaneo obbligatorio e non obbligatorio, vengono stanziate risorse nel limite

di **30 milioni** di euro per il medesimo anno 2026, a carico del Fondo sociale per occupazione e formazione[2].
La suddetta indennità è pari ad un importo non superiore a **30 euro giornalieri** ed è riconosciuta ad ogni lavoratore dipendente da imprese adibite alla pesca marittima, compresi i soci lavoratori delle cooperative della piccola pesca.
Viene altresì specificato che l'indennità in oggetto è incompatibile con altre forme di sostegno al reddito.
Si ricorda che la misura in oggetto è stata rifinanziata più volte, da ultimo dall'art. 1, c. 189, della L. 207/2024 (legge di bilancio 2025) nella misura di 30 mln di euro e che essa viene annualmente attuata attraverso un apposito decreto interministeriale e autorizzata con apposito decreto direttoriale.

Proroga CIGS e esonero dal versamento del relativo contributo addizionale per le imprese operanti nelle aree di crisi industriale complessa (commi 2 e 3)
La norma in esame stanzia **per il 2026** ulteriori risorse, pari a **100 milioni** di euro a valere sul Fondo sociale occupazione e formazione, per la **prosecuzione dei trattamenti straordinari di integrazione salariale**, riconosciuti dall'art. 44, c. 11-*bis*, del D.Lgs. 148/2015, in aggiunta e in deroga ai limiti generali di durata vigenti, in favore dei **lavoratori di imprese operanti in aree di crisi industriale complessa (comma 2, primo periodo)**.
La disposizione in commento affida all'INPS, ai fini del **rispetto del limite delle disponibilità finanziarie assegnate**, il controllo ed il monitoraggio dei flussi di spesa afferenti all'avvenuta erogazione delle prestazioni e ne dà riscontro al Ministero del lavoro e delle politiche sociali almeno semestralmente **(comma 2, ultimo periodo)**.
L'articolo 44, comma 11-*bis* del D.Lgs. n. 148/2015 autorizza un ulteriore intervento di integrazione salariale straordinaria, previo accordo stipulato in sede governativa, sino al limite massimo di 12 mesi per ciascun anno di riferimento, alle imprese operanti in un'area di crisi industriale complessa che, a tal fine, debbono presentare un piano di recupero occupazionale che preveda appositi percorsi di politiche attive del lavoro concordati con la regione e finalizzati alla rioccupazione dei lavoratori, dichiarando contestualmente di non poter ricorrere al trattamento di integrazione salariale straordinaria né secondo le disposizioni del citato decreto, né secondo le disposizioni attuative dello stesso. Tali risorse, a carico del Fondo sociale per occupazione e formazione, sono assegnate alle regioni dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali che provvede ad una ripartizione proporzionale alle esigenze rappresentate.
Ai sensi dell'articolo 53-*ter* del D.L. 50/2017, le suddette risorse finanziarie possono essere destinate dalle regioni, nei limiti della parte non utilizzata, per la prosecuzione - senza soluzione di continuità e a prescindere dall'applicazione dei criteri di cui al DM n. 83473 del 1° agosto 2014 - del trattamento di mobilità in deroga, per un massimo di dodici mesi, per i lavoratori che operino in un'area di crisi industriale complessa e che, alla data del 1º gennaio 2017, risultavano beneficiari di un trattamento di mobilità ordinaria o di un trattamento di mobilità in deroga, a condizione che ai medesimi lavoratori siano contestualmente applicate le misure di politica attiva individuate in un apposito piano regionale.

[2] Di cui all'art. 18, c. 1, lett. a), del D.L. 185/2008.

Inizialmente, il citato art. 44, co. 11-*bis*, del D.Lgs. 148/2015 ha disposto che il trattamento straordinario di integrazione salariale ivi previsto fosse concesso entro un limite massimo di spesa di 216 mln di euro per il 2016 (ripartite con il decreto interministeriale n. 1 del 12 dicembre 2016) e di 117 mln per il 2017 (ripartite con il decreto interministeriale n. 12 del 5 aprile 2017).
Successivamente, le leggi di bilancio dal 2018 al 2025, per la prosecuzione dei trattamenti di CIGS in oggetto, hanno più volte autorizzato l'impiego delle risorse residue anche per le annualità successive al 2017 e hanno altresì stanziato ulteriori risorse. In dettaglio:

- per il 2018 e 2019 è stato consentito l'impiego delle risorse residue stanziate per il 2016 ed il 2017 (art. 1, co. 139, della L. 205/2017 e art. 1, co. 282, della L. 145/2018);
- per il 2019 sono stati stanziati ulteriori 117 mln di euro, ripartiti con il decreto interministeriale n. 16 del 29 aprile 2019 (art. 1, co. 282, della L. 145/2018);
- per il 2020 sono stati stanziati ulteriori 45 mln di euro, ripartiti con il DM 5 marzo 2020 (art. 1, co. 491, L. 160/2019);
- per il 2021 sono stati stanziati ulteriori 180 mln di euro, ripartiti con il DM n. 18 del 16 aprile 2021 (art. 1, co. 289, L. 178/2020)[3];
- per il 2022 sono stati stanziati ulteriori 60 mln di euro, ripartiti con il DM n. 5 del 9 marzo 2022 (art. 1, co. 127, L. 234/2021);
- per il 2023 sono stati stanziati ulteriori 70 mln di euro, ripartiti con apposito DM (art. 1, c. 325, L. 197/2022);
- per il 2024 sono stati stanziati ulteriori 70 mln di euro, ripartiti con DM 11 aprile 2024, n. 886 (art. 1, c. 170, L. 213/2023);
- per il 2025 sono stati stanziati ulteriori 70 mln di euro, ripartiti con DM 28 marzo 2025, n. 989 (art. 1, c. 189, L. 207/2024).

Viene altresì **prorogato per il 2026 l'esonero dal contributo addizionale** – già previsto per il 2025 dall'art. 6 del D.L. 92/2025 - per un periodo massimo di 12 mesi, per le unità produttive di imprese che operano nelle aree di crisi industriale complessa e che accedono ai suddetti trattamenti straordinari di integrazione salariale. Ai conseguenti oneri, valutati in 6,5 milioni di euro per il 2026, si provvede – al fine di garantire la compensazione in termini di indebitamento netto e fabbisogno delle pubbliche amministrazioni - mediante la riduzione per 9,3 milioni di euro per il medesimo 2026, del Fondo sociale per occupazione e formazione **(comma 3)**.
Si ricorda che, in base alle norme generali, per la fruizione dei trattamenti ordinari o straordinari di integrazione salariale, il suddetto contributo addizionale (a carico del datore di lavoro) è pari[4] al:

[3] La medesima legge di bilancio 2021 (al comma 290) ha istituito un Fondo per il sostegno al reddito dei lavoratori delle aree di crisi industriale complessa, con una dotazione di 10 milioni di euro per il 2021, al fine di assicurare la prosecuzione degli interventi di cassa integrazione guadagni straordinaria e di mobilità in deroga nelle aree di crisi industriale complessa individuate dalle regioni per l'anno 2020 e non autorizzate per mancanza di copertura finanziaria.

[4] Cfr. art. 5 del D.Lgs. n. 148 del 2015, che prevede altresì una riduzione del contributo addizionale per alcune fattispecie. Si ricorda che per i trattamenti ordinari di integrazione salariale il contributo addizionale non è dovuto qualora il trattamento sia concesso per eventi oggettivamente non evitabili, ex art. 13, c. 3, del citato D.Lgs. n. 148 del 2015.

- 9 per cento della retribuzione globale che sarebbe spettata al dipendente, con riferimento alle ore di lavoro non prestate, relativamente ai periodi di integrazione salariale, ordinaria o straordinaria, fruiti all'interno di uno o più interventi concessi, sino a un limite complessivo di 52 settimane in un quinquennio mobile;
- 12 per cento oltre il limite suddetto e sino a 104 settimane in un quinquennio mobile;
- 15 per cento oltre quest'ultimo limite, nell'ambito di un quinquennio mobile.

Per la fruizione dell'assegno ordinario di integrazione salariale a carico del FIS dell'INPS, il contributo addizionale (a carico del datore di lavoro) è pari al 4 per cento della retribuzione che sarebbe spettata al dipendente (con riferimento alle ore di lavoro non prestate)[5].

Proroga CIGS per cessazione di attività (commi 4 e 9)

La disposizione in commento prevede lo stanziamento di risorse per la concessione del trattamento straordinario di integrazione salariale per cessazione di attività, qualora ricorrano determinate condizioni. Si ricorda preliminarmente che, anche se dal 2016 la cessazione di attività di impresa (o di un ramo di essa) è stata esclusa dalle cause di richiesta di cassa integrazione guadagni (dal D.Lgs. 148/2015), provvedimenti successivi hanno più volte riconosciuto in via transitoria il trattamento straordinario di integrazione salariale[6].

In primo luogo viene prorogata **per il 2026** - nel limite di spesa di **100 milioni** di euro per il medesimo anno, a valere sul Fondo sociale per occupazione e formazione - la possibilità (attualmente prevista sino al 2025) per le **imprese che cessano l'attività produttiva** di accedere ad un **trattamento straordinario di integrazione salariale per crisi aziendale** per un periodo massimo di **12 mesi,** finalizzato alla gestione degli esuberi di personale (ex art. 44, c. 1, del D.L. 109/2018). Tale facoltà è concessa in deroga ai limiti generali di durata vigenti[7] e,

Inoltre, a decorrere dal 2025, è prevista (articolo 5 citato del D.Lgs. n. 148).

5 Cfr. art. 29, c. 8, del citato D.Lgs. n. 148 del 2015.

6 L'art. 21, c. 4, del medesimo decreto n. 148 ha previsto infatti (in deroga ai limiti di durata massima) la possibilità di autorizzare, entro il limite di spesa di 50 milioni di euro annui per il triennio 2016-2018 (a valere sul Fondo sociale per occupazione e formazione), sino a un limite massimo di 12, 9 e 6 mesi, e previo accordo stipulato in sede governativa, un ulteriore intervento di CIGS, nel caso in cui all'esito dello specifico programma di crisi aziendale, l'impresa avesse cessato l'attività produttiva e sussistano concrete prospettive di rapida cessione dell'azienda e di un conseguente riassorbimento occupazionale. Successivamente, l'art. 44 del D.L. 109/2018 – come modificato da ultimo dal D.L. 162/2019 - ha prorogato la concessione della CIGS in oggetto per il periodo dal 29 settembre 2018 al 31 dicembre 2020, nel limite di spesa costituito dalle risorse stanziate ai sensi del predetto art. 21, c. 4, del D.Lgs. 148/2015 e non utilizzate, nonché (come disposto dai decreti legge nn. 124 e 162 del 2019) nel limite di 45 milioni di euro per il 2019 e di 28,7 milioni di euro per il 2020. Infine, il trattamento in oggetto è stato prorogato anche per gli anni 2021 e 2022 (art. 1, c. 278, L. 178/2020) nel limite di spesa, rispettivamente, di 200 e di 50 mln di euro, per il 2023 (art. 1, c. 329, L. 197/2022) nel limite di spesa di 50 mln di euro, e per il 2024 e il 2025 nel limite di spesa di 100 mln di euro per ciascun anno (art. 1, c. 172, L. 213/2023 e art. 1, c. 191, L. 207/2024).

7 Si ricorda che i limiti di durata della CIGS sono, per ogni unità produttiva, pari a: 24 mesi, anche continuativi, in un quinquennio mobile, per la fattispecie di programma di riorganizzazione aziendale; 12 mesi, anche continuativi, per la fattispecie di crisi aziendale (e connesso piano di risanamento), con divieto di nuova concessione prima che sia decorso un periodo pari a due terzi di quello relativo alla precedente concessione e fatto salvo il rispetto del limite di 24 mesi in un quinquennio mobile (ovvero di 30 mesi per le imprese - industriali o artigiane - dell'edilizia e del settore lapideo).

in base alla novella apportata dalla disposizione in commento, anche qualora il datore abbia occupato mediamente meno di quindici dipendenti nel semestre precedente la data di presentazione della domanda[8] **(comma 4)**.
La disposizione in commento fa salva la disciplina prevista dal richiamato articolo 44, c. 1, del D.L. 109/2018 (vedi *infra*) in materia di condizioni e presupposti per l'accesso al suddetto intervento straordinario di integrazione salariale per cessazione di attività.
In particolare l'autorizzazione è concessa:

- qualora sussista una delle seguenti ipotesi:
  - risultino concrete prospettive di cessione dell'attività, con conseguente riassorbimento occupazionale;
  - sia possibile realizzare interventi di reindustrializzazione del sito produttivo;
  - siano svolti specifici percorsi di politica attiva del lavoro, posti in essere dalla regione interessata e relativi ai lavoratori dell'azienda in oggetto;
- per un periodo massimo complessivo di dodici mesi;
- anche in deroga ai limiti di durata massima per la cassa integrazione ordinaria e straordinaria, che prevedono, rispettivamente, in generale, una durata massima complessiva di 24 mesi in un quinquennio mobile e di 12 mesi, anche continuativi, in caso di crisi aziendale;
- subordinatamente alla conclusione di un accordo stipulato presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali in cui viene altresì verificata la sostenibilità finanziaria del trattamento straordinario e indicato il relativo onere finanziario. Tali accordi sono trasmessi al Ministero dell'economia e delle finanze e all'INPS per il monitoraggio mensile del rispetto dei limiti di spesa. Qualora dal monitoraggio emerga il raggiungimento, anche in via prospettica, del limite di spesa, non possono essere stipulati altri accordi.

Il suddetto limite di spesa viene poi integrato con **20 mln di euro** per il **2026** – sempre a valere sul Fondo sociale per occupazione e formazione - per la concessione nel medesimo 2026 di un **ulteriore intervento di integrazione salariale straordinario per un massimo di sei mesi,** non ulteriormente prorogabili, in favore delle suddette imprese qualora vi siano concrete prospettive di cessione dell'attività con conseguente riassorbimento occupazionale.
Si ricorda che una integrazione di pari importo era stata posta per il 2025 dai nuovi commi da 1-ter a 1-quinquies del richiamato art. 44 del D.L. 109/2018, commi prorogati per il 2026 dalla disposizione in commento.
I suddetti commi prevedono altresì delle ipotesi di decadenza dal trattamento straordinario di integrazione salariale concesso nei casi di crisi aziendali caratterizzate dalla cessazione dell'attività produttiva; il lavoratore sospeso in CIGS decade dal trattamento qualora rifiuti di essere avviato ad un corso di formazione o di riqualificazione o non lo frequenti regolarmente o non accetti l'offerta di un lavoro inquadrato in un livello

[8] La facoltà in oggetto è infatti riconosciuta anche in deroga all'art. 20, c. 3-bis, del D.Lgs. 148/2015.

retributivo non inferiore del 20 per cento rispetto a quello delle mansioni di provenienza. La decadenza interviene quando le attività lavorative o di formazione ovvero di riqualificazione si svolgono in un luogo che non dista più di 50 chilometri dalla residenza del lavoratore o comunque raggiungibile mediamente in 80 minuti con i mezzi di trasporto pubblici.

Integrazione delle misure di sostegno al reddito per i dipendenti ex ILVA (comma 5)

Viene altresì prorogata **per il 2026** - nel limite di spesa di **19 mln** di euro a valere sul Fondo sociale per occupazione e formazione - l'**integrazione** economica, per la parte non coperta, **del trattamento di cassa integrazione guadagni straordinaria** riconosciuta, anche ai fini della formazione professionale per la gestione delle bonifiche (ex art. 1-*bis*, del D.L. 243/2016, vedi *infra*), in favore dei dipendenti impiegati presso gli stabilimenti produttivi del **gruppo ILVA**.

Il richiamato art. 1-*bis* del D.L. 243/2016 ha autorizzato una spesa di 24 mln di euro per il 2017 allo scopo di integrare il trattamento economico dei dipendenti impiegati presso gli stabilimenti produttivi del gruppo ILVA per i quali sia stato avviato o prorogato, nel corso dello stesso anno, il ricorso alla cassa integrazione guadagni straordinaria (anche in relazione ad impegni dei lavoratori in corsi di formazione professionale per la gestione delle bonifiche relative ai medesimi stabilimenti). La misura è stata successivamente prorogata per il 2018 nel limite di spesa di 24 milioni di euro[9], per il 2019 nel limite di spesa di 35 milioni di euro[10] e per gli anni dal 2020 al 2025 nel limite di spesa di 19 milioni di euro per ciascun anno[11].

La Relazione tecnica specifica che i destinatari del trattamento di CIGS per le tre aziende del Gruppo Ilva sono circa 1817 lavoratori, di cui 1548 dipendenti da Ilva, 260 dipendenti da Sanac e 9 dipendenti da Taranto Energia.

Proroga delle convenzioni per l'utilizzazione di lavoratori socialmente utili (comma 6)

Viene altresì prevista la proroga dal 31 dicembre 2025[12] **al 31 dicembre 2026** del termine per la possibilità di applicazione di alcune **convenzioni relative ai lavoratori socialmente utili**.

Le convenzioni interessate dalla presente proroga sono stipulate dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali con alcune regioni (Basilicata, Calabria, Campania e Puglia), al fine di garantire il pagamento dei sussidi, nonché l'attuazione di misure di politiche attive per il lavoro in favore dei lavoratori socialmente utili appartenenti alla cosiddetta platea storica[13]. La proroga è disposta nei limiti della spesa già sostenuta e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

---

[9] Cfr. art. 1, co. 1167, L. 205/2017.

[10] Cfr. art. 1, co. 248, L. 145/2018.

[11] Cfr. art. 11-*quater*, c. 1, del D.L. 162/2019, art. 9 del D.L. 41/2021, art. 1, c. 128, L. 234/2021, art. 1, c. 328, L. 197/2022, art. 1, c. 173, L. 213/2023 e art. 1, c. 192, L. 207/2024).

[12] Termine così posto, da ultimo, dall'art. 1, c. 194, della L. 207/2024.

[13] Le convenzioni in oggetto riguardano infatti l'utilizzazione di soggetti impegnati in progetti di lavori socialmente utili che abbiano effettivamente maturato dodici mesi di permanenza in tali attività nel periodo dal 1° gennaio 1998 al 31 dicembre 1999 (ex art. 2, c. 1, del D.Lgs. 81/2000.

Sostegno al reddito per i lavoratori dei* call center *(comma 7)

La disposizione in commento rifinanzia anche **per il 2026,** nella misura di **20 milioni di euro** - a valere sul Fondo sociale per occupazione e formazione – l'indennità prevista in favore dei **lavoratori dipendenti** dalle imprese del settore **dei *call center***, anche in cessazione, ai sensi del combinato disposto dell'art. 44, c. 7, del D.Lgs. 148/2015 e del DM 16 gennaio 2025, n. 45. Tale ultimo decreto ministeriale specifica che l'indennità in oggetto può essere richiesta prioritariamente per periodi di sospensione o riduzione dell'attività lavorativa, qualora non sia possibile ricorrere alle prestazioni del Fondo di solidarietà bilaterale per la Filiera delle Telecomunicazioni[14].

I dipendenti interessati dall'indennità de quo sono dunque, come precisato anche dalla Relazione tecnica allegata al presente disegno di legge:

- quelli di aziende rientranti nel campo di applicazione del trattamento straordinario di integrazione salariale di cui all'art. 44, c. 7, del D.Lgs. 148/2015;
- quelli di aziende non rientranti nel campo di applicazione del trattamento straordinario di integrazione salariale, per le quali il Fondo bilaterale di settore necessita di un periodo di consolidamento e di costituzione delle riserve finanziarie.

La misura dell'indennità in oggetto è pari al trattamento massimo di integrazione salariale straordinaria ed è concessa per un massimo di 12 mesi.

Si ricorda che la misura di cui al presente comma è stata rifinanziata più volte, da ultimo, per il 2025, dall'art. 1, c. 195, della L. 207/2024 (legge di bilancio 2025) nel limite di spesa di 20 mln di euro.

CIGS per le imprese di interesse strategico nazionale (comma 8)

La disposizione in commento riconosce un ulteriore periodo di **trattamento straordinario di integrazione salariale fino al 31 dicembre 2026, alle imprese di interesse strategico nazionale con un numero di lavoratori dipendenti non inferiore a mille** e che hanno in corso piani di riorganizzazione aziendale non ancora completati. Tale ulteriore periodo è riconosciuto **in continuità con le tutele già autorizzate, e quindi anche con effetto retroattivo**, in deroga ai limiti di durata posti dalla normativa generale[15] e nel limite di spesa di 63,3 milioni di euro per il 2026, a valere sulle risorse del Fondo sociale per l'occupazione e formazione.

Per la domanda relativa al prolungamento in oggetto non si applicano le norme inerenti alla consultazione sindacale e agli altri termini temporali e alle modalità per la procedura di trattamento in questione (di cui agli artt. 24 e 25 del D.Lgs. 148/2015).

L'INPS provvede al monitoraggio del suddetto limite di spesa e, qualora emerga che è stato raggiunto anche in via prospettica il limite di spesa, non prende in considerazione ulteriori domande.

[14] istituito con decreto interministeriale del 4 agosto 2023 al fine di fornire sostegno economico ai lavoratori del settore delle telecomunicazioni in caso di riduzione o sospensione dell'attività lavorativa.

[15] Per tali limiti, cfr. supra.

Si ricorda che il trattamento in oggetto è stato riconosciuto fino al 31 dicembre 2025 dall'art. 1, c. 196, della L. 207/2024.

Si segnala, infine, che l'art. 3, c. 1, del D.L. 4/2024 – recante disposizioni urgenti in materia di amministrazione straordinaria delle imprese di carattere strategico – specifica che, anche qualora sia disposta l'amministrazione straordinaria (con conseguente prosecuzione aziendale), il suddetto beneficio resta fermo, nell'ambito del predetto limite di spesa, qualora il trattamento (o la prosecuzione dello stesso) sia già autorizzato o in corso di autorizzazione.

CIGS per riorganizzazione, contratti di solidarietà e crisi aziendale (comma 10)

La disposizione in commento **incrementa di 50 milioni di euro** – a valere sul Fondo sociale per l'occupazione e formazione - per ciascuno degli anni 2026 e 2027 le risorse destinate alla proroga, già prevista dalla normativa vigente per i medesimi anni, della possibilità, per le **imprese con rilevanza economica strategica** anche a livello regionale e con rilevanti problematiche occupazionali, di richiedere un ulteriore periodo di **trattamento di integrazione salariale straordinaria**, ex art. 22-*bis* del D.Lgs. 148/2015, in deroga ai limiti di durata generali[16].

La dotazione per ciascuno degli anni 2026 e 2027 passa dunque da 100 a 150 milioni di euro.

Si ricorda che il trattamento in oggetto è stato prorogato fino al 2027 dalla legge di bilancio 2025 (art. 1, c. 193, L. 207/2024).

L'ulteriore periodo di CIGS in oggetto può avere una durata di 12 mesi in caso di riorganizzazione aziendale o di contratto di solidarietà oppure di 6 mesi in caso di crisi aziendale.

La disposizione in commento non interviene sulla disciplina in materia di condizioni e presupposti per l'accesso alla proroga del richiamato trattamento straordinario di integrazione salariale.

In base al richiamato art. 22-*bis* l'autorizzazione dell'ulteriore periodo di CIGS da parte delle imprese di rilevanza economica strategica è subordinata alla presentazione di piani di interventi volti a fronteggiare le inefficienze della struttura gestionale o produttiva, ovvero a gestire processi di transizione (come specificato dall'art. 52, co. 1, lett. *b)*, del ddl in esame, con riferimento all'art. 21, co. 2, del D.Lgs. 148/2015), e comunque finalizzati al recupero occupazionale, anche in termini di riqualificazione professionale e di potenziamento delle competenze (come specificato dall'art. 52, co. 1, lett. *c)*, del ddl in esame, con riferimento all'art. 21, co. 2, del D.Lgs. 148/2015)) e alla sussistenza di una delle seguenti ipotesi:

1. il programma di riorganizzazione aziendale comprenda investimenti complessi, non attuabili nel limite temporale di durata del trattamento straordinario;
2. il medesimo programma contenga piani di recupero occupazionale e azioni di riqualificazione non attuabili nel suddetto limite temporale;
3. per la causale contratto di solidarietà;
4. il piano di risanamento presenti interventi correttivi complessi, non attuabili nel limite temporale di durata del trattamento.

[16] Per i limiti di durata della CIGS cfr. *supra*.

Per le ipotesi da 1 a 3 si prevede che la proroga possa essere concessa fino ad un limite di 12 mesi, mentre per la quarta ipotesi si ammette un limite massimo di 6 mesi.

Articolo 41
(Incremento delle maggiorazioni sociali per pensionati in condizioni di disagio)

L'**articolo 41 pone a regime**, dal 2026, **l'incremento delle maggiorazioni sociali per pensionati in condizioni di disagio** che si trovano nelle condizioni reddituali richieste per beneficiarne, incremento già previsto, con importi inferiori, limitatamente al 2025.
In particolare aumenta da 8 a **20 euro mensili** l'importo dell'incremento di tali maggiorazioni sociali e, conseguentemente, da 104 a **260 euro annui** il limite reddituale massimo oltre il quale l'incremento in oggetto non è riconosciuto

La Relazione tecnica ascrive alla presente disposizione **maggiori spese** pari a **295 mln** di euro a decorrere **dal 2026**.

Preliminarmente, si ricorda che la maggiorazione sociale costituisce un'integrazione della pensione base dei pensionati che possiedano redditi propri inferiori a determinate soglie fissate dalla legge, viene erogata per 13 mensilità e l'importo varia in base all'età, al reddito e alla tipologia di pensione.
In base al combinato disposto dell'art. 38, c. 1, della L. 448/2001 e dell'art. 5, c. 5, della L. 81/2007, la misura delle maggiorazioni sociali dei trattamenti pensionistici è incrementata per i pensionati previdenziali e assistenziali di età pari o superiore a 70 anni[17] e i soggetti di età superiore a 18 anni invalidi civili totali o sordomuti o ciechi assoluti titolari di pensione o di pensione di inabilità, fino a garantire un reddito proprio pari, per il 2025, a 747,84 euro al mese per tredici mensilità (cfr. Allegato 2 circ. INPS 23/2025).
Come anticipato, a decorrere dal 2026 la presente disposizione pone il suddetto incremento a 20 euro mensili, in luogo degli 8 euro previsti per il solo 2025 dalla legge di bilancio 2025[18]. Conseguentemente, dal medesimo 2026, viene aumentato di 260 euro annui, in luogo dei 104 euro previsti per il solo 2025[19], il limite reddituale massimo oltre il quale l'incremento in oggetto non è riconosciuto[20].
Appare opportuno ricordare in questa sede che la circ INPS 53/2025, con riferimento all'incremento transitorio previsto per il 2025, ha precisato che l'importo in questione viene riconosciuto d'ufficio a coloro già titolari della maggiorazione sociale e del relativo incremento.

[17] Tale requisito è ridotto, fino ad un massimo di cinque anni, di un anno ogni cinque anni di contribuzione fatta valere dal soggetto. Il requisito del quinquennio di contribuzione risulta soddisfatto in presenza di periodi contributivi complessivamente pari o superiori alla metà del quinquennio.
[18] Art. 1, c. 178, L. 207/2024.
[19] Art. 1, c. 178, L. 207/2024.
[20] Per il 2025 il limite reddituale individuale è pari a 9.721,92 euro (16.724,89 se cumulato con quello del coniuge) (Cfr. la richiamata circ INPS 23/2025).

Articolo 42
(Requisiti pensionistici per il personale delle Forze armate, delle Forze di polizia a ordinamento civile e militare e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco)

L'**articolo 42** dispone un incremento, con decorrenza dal 1° gennaio 2027, dei requisiti per il trattamento pensionistico del personale delle Forze armate, delle Forze di polizia a ordinamento civile e militare e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco. L'incremento è stabilito nella misura di tre mesi e si aggiunge alle misure di elevamento generale dei requisiti per l'accesso al trattamento pensionistico stabilite dal successivo **articolo 43**, **commi da 1 a 9 e 11**.

Secondo la **relazione tecnica**, il **presente articolo** determina nel lungo periodo effetti positivi per la finanza pubblica; nel breve periodo, in via prudenziale, non sono quantificati effetti finanziari.

L'incremento di cui al **presente articolo** si applica ai requisiti che siano inferiori a quelli vigenti nell'assicurazione generale dell'INPS relativa ai lavoratori dipendenti. *Si valuti l'opportunità di chiarire se, in tale ambito, l'elevamento concerna anche i requisiti di anzianità contributiva per la pensione anticipata.*
Riguardo a un quadro dei requisiti pensionistici per il personale in oggetto, si rinvia alla pagina sul sito *internet* istituzionale dell'INPS.
L'**articolo** specifica altresì che le eventuali eccedenze – rispetto alle dotazioni organiche – determinate dall'attuazione dell'ulteriore incremento in esame non comportano l'applicazione dell'istituto – proprio dell'ordinamento delle Forze armate – dell'aspettativa per riduzione di quadri. *Si valuti l'opportunità di chiarire se, in base a quest'ultima clausola, le domande per la suddetta aspettativa debbano essere valutate in base alla determinazione dell'eccedenza al netto degli effetti dell'ulteriore incremento in esame.*

Articoli 43, commi 1-9 e 11, e 44
(Misure in materia di adeguamento dei requisiti di accesso al pensionamento alla variazione della speranza di vita e sui termini di liquidazione delle indennità di fine servizio dei dipendenti pubblici)

L'**articolo 43, commi da 1 a 9 e 11, interviene in materia di incremento dei requisiti anagrafici e contributivi di accesso al pensionamento** ai fini dell'adeguamento agli incrementi della speranza di vita, stabilito ogni due anni, in relazione all'evoluzione della speranza di vita, con apposito decreto direttoriale del Ministero dell'economia e delle finanze.
Premesso che, in base alla normativa vigente, il prossimo **incremento** dei requisiti anagrafici e contributivi decorrerà dal 2027, i suddetti commi del presente **articolo 43** dispongono che tale incremento è applicato nella misura **di un solo mese limitatamente al 2027**, mentre troverà **piena applicazione dal 1° gennaio 2028**, nella misura di tre mesi, derivante dalla suddetta evoluzione della speranza di vita.
Inoltre, l'incremento non sarà applicato ai lavoratori che svolgono attività gravose o particolarmente faticose e pesanti (cosiddette usuranti).
Si prevede altresì che per il personale delle amministrazioni pubbliche e degli enti pubblici, compresi quelli di ricerca, **il termine dilatorio per la liquidazione delle indennità di fine servizio** comunque denominate decorra non dal collocamento a riposo, ma dal momento in cui il soggetto avrebbe maturato il diritto al pensionamento a seguito del raggiungimento del requisito anagrafico o contributivo previsto dalla normativa vigente – comprensiva del relativo incremento di tre mesi – e che, in base a quanto disposto dall'**articolo 44**, tale termine dilatorio per la suddetta liquidazione nei casi di cessazione dal servizio per raggiungimento dei limiti di età (o di servizio) **è ridotto da 12 a 9 mesi a decorrere dal 2027**, con conseguente neutralizzazione a regime (dal 2028), ai fini della corresponsione della medesima buonuscita, dell'incremento di 3 mesi dell'età pensionabile.

La Relazione tecnica e il prospetto allegato ascrivono alla norma i **seguenti effetti finanziari**:

- **con riferimento alla rideterminazione per il solo anno 2027 dell'incremento dei requisiti di accesso al sistema pensionistico** di un mese e conferma a decorrere dal 1° gennaio 2028 dell'incremento stabilito dal decreto direttoriale (articolo 43, comma 1):

– 1.180 mln di euro per il 2027 (+1.100 mln per maggiore spesa pensionistica e +80 mln per maggior spesa TFR dei dipendenti privati al netto degli effetti fiscali) e 395 mln di euro per il 2028 (+475 mln per maggiore spesa pensionistica e -80 mln per maggior spesa TFR dei dipendenti privati al netto degli effetti fiscali). Nessun onere per le annualità successive al 2028;

- **con riferimento alla deroga all'incremento dei requisiti di accesso al sistema pensionistico** per i lavoratori dipendenti addetti ad attività usuranti o gravose (articolo 43, commi da 2 a 9):

– oneri crescenti fino al 2031 e decrescenti successivamente. In particolare si stimano oneri per 30 mln di euro per il 2027, 92 mln per il 2028, 132 mln per il 2029, 141 mln per il 2030, 150 mln per il 2031, 148 mln per il 2032, 147 mln per il 2033, 146 mln per il 2034 e 145 mln per il 2035 (ultimo anno del decennio di riferimento).

- **con riferimento alla liquidazione anticipata di 3 mesi del TFS** o TFR per dipendenti pubblici nei casi di accesso al pensionamento per vecchiaia (articolo 44):

– al netto degli effetti fiscali, oneri decrescenti fino al 2030 e pari a 265 mln di euro per il 2027, 272 mln per il 2028, 20 mln per il 2029 e 4 mln per il 2030.

Preliminarmente, occorre ricordare in questa sede che la normativa vigente[21] prevede l'aggiornamento biennale dei requisiti anagrafici e contributivi per l'accesso al pensionamento ai fini dell'adeguamento agli incrementi della speranza di vita (elaborati dall'Istat). Tale aggiornamento viene stabilito con cadenza biennale con apposito decreto direttoriale del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, da emanare almeno dodici mesi prima della data di decorrenza di ogni aggiornamento. Ad oggi, tale meccanismo ha portato all'innalzamento graduale del requisito anagrafico e contributivo per l'accesso alla pensione di vecchiaia e anticipata fino ad arrivare, rispettivamente, a 67 anni e a 42 anni e 10 mesi (41 anni e 10 mesi per le donne)[22].
Merita ricordare altresì che tale aggiornamento riguarda: tutti i requisiti anagrafici e contributivi per il pensionamento di vecchiaia e anticipato, ad eccezione del requisito contributivo per la pensione di vecchiaia; il requisito anagrafico per l'assegno sociale.

Incremento dell'età pensionabile

Per quanto concerne **l'incremento** dei requisiti anagrafici e contributivi per l'accesso al pensionamento decorrente dal 2027, si prevede che esso si applichi nella misura **di un solo mese limitatamente al 2027**, ferma restando la sua piena applicazione dal 1° gennaio 2028 **(articolo 43, comma 1, primo periodo)**.

[21] Di cui all'art. 12, c. 12-*bis*, del D.L. 78/2010 e all'art. 24, c. 13, del D.L. 201/2011.

[22] L'ultimo incremento, di cinque mesi, è stato stabilito con decreto 5 dicembre 2017 con efficacia dal 1° gennaio 2019. I successivi decreti del 5 novembre 2019, del 27 ottobre 2021 e del 18 luglio 2023 non hanno modificato i requisiti anagrafici e contributivi per l'accesso alla pensione a decorrere, rispettivamente dal 2021, dal 2023 e dal 2025, in quanto non si sono registrati aumenti della speranza di vita.

Come accennato, l'incremento integrale in oggetto risulta pari a 3 mesi, secondo le stime della Ragioneria generale dello Stato elaborate sulla base delle proiezioni demografiche a medio e lungo termine rilasciate a luglio 2025 dall'Istat.

Soggetti esclusi dall'incremento dell'età pensionabile

Il suddetto incremento non trova applicazione ai fini del requisito anagrafico per l'accesso alla pensione di vecchiaia e del requisito contributivo per l'accesso alla pensione anticipata, **nei confronti** dei seguenti soggetti **(articolo 43, comma 2)**, a condizione che essi al momento del pensionamento non godano già della cosiddetta APE sociale **(articolo 43, comma 6)**:

- lavoratori dipendenti che svolgono, al momento del pensionamento, da almeno sette anni negli ultimi dieci, o da almeno sei anni negli ultimi sette, **attività lavorative gravose**, nelle professioni di cui all'Allegato B della L. 205/2017, con un'anzianità contributiva pari ad almeno 30 anni **(articolo 43, comma 3, lettera *a)*)**;
- lavoratori addetti a **lavorazioni** particolarmente faticose e pesanti, cosiddette **usuranti**, di cui all'art. 1, c. 1, del D.Lgs. 67/2011, che svolgono tali attività da almeno sette anni negli ultimi dieci di attività lavorativa, o da almeno la metà della vita lavorativa complessiva, con un'anzianità contributiva pari ad almeno 30 anni. Conseguentemente, si inserisce anche l'anno 2027 tra le annualità per le quali non si procederà all'adeguamento alla speranza di vita dei requisiti richiesti per l'accesso alla pensione anticipata per tali lavoratori[23]. Per effetto di tale esclusione, si prevede un incremento sia del fondo per il pensionamento anticipato in favore degli addetti alle lavorazioni particolarmente faticose e pesanti[24] - pari a 4 milioni di euro per il 2027, 11 milioni di euro per il 2028, 15 milioni di euro per il 2029, 16 milioni di euro per il 2030 e 17 milioni di euro annui a decorrere dal 2031 - sia, in misura corrispondente, degli oneri previsti per l'attuazione delle misure per l'accesso anticipato al pensionamento per gli addetti alle lavorazioni usuranti[25] **(articolo 43, commi 3, lettera *b),* 5 e 9)**;
- lavoratori **precoci**, quindi con almeno 12 mesi di contribuzione per periodi di lavoro effettivo precedenti il compimento del diciannovesimo anno di età[26], **che svolgano le suddette attività gravose o usuranti** e rispettino le medesime condizioni. Per effetto di tale esclusione, viene incrementato il limite di spesa entro il quale ai lavoratori precoci è riconosciuto il diritto al trattamento pensionistico anticipato con un requisito contributivo ridotto; tale incremento è pari a 8 milioni di euro per il 2027, 30 milioni di euro per

[23] Le annualità già escluse da tale adeguamento sono 2019, 2021, 2023 e 2025, ai sensi dell'art. 1, c. 206, lett. *c)*, della L. 232/2016.

[24] Fondo di cui all'art. 1, c. 3, lett. f), della L. 247/2007.

[25] Oneri di cui all'art. 7 del D.Lgs. 67/2011.

[26] È richiesto altresì che tali soggetti siano iscritti ad una forma di previdenza obbligatoria da una data precedente il 1° gennaio 1996 (cfr. Circ. INPS 99/2017).

il 2028, 43 milioni di euro per il 2029, 46 milioni di euro per il 2030 e 49 milioni di euro annui a decorrere dal 2031[27] (articolo 43, commi 4 e 8).

Per le suddette categorie di lavoratori, escluse dall'incremento dell'età pensionabile, restano fermi i requisiti attualmente previsti in base ai quali:

- i lavoratori che svolgono attività usuranti ai sensi dell'art. 1 del D.Lgs. 67/2011 possono accedere, al pensionamento anticipato attraverso il sistema delle "quote". Sino al 2026 la quota è 97,6 (98,6 per i lavoratori autonomi) con almeno 61 anni e 7 mesi di età (62 anni e 7 mesi per i lavoratori autonomi) e 35 anni di anzianità contributiva e a condizione che tali attività siano state svolte per un periodo di tempo pari, alternativamente, ad almeno 7 anni negli ultimi 10 anni o ad almeno la metà della vita lavorativa complessiva. Si ricorda altresì che dal 2018 non vengono più applicate le disposizioni in materia di decorrenze annuali per il godimento del trattamento pensionistico (c.d. finestre);
- i lavoratori che svolgono attività gravose di cui all'Allegato B della L. 205/2017 possono accedere, alle suddette condizioni, al trattamento pensionistico con un'età pari a 66 anni e 7 mesi e un'anzianità contributiva di almeno 30 anni, a condizione che abbiano svolto per almeno 7 anni (nei 10 anni precedenti il pensionamento) le professioni di cui al suddetto allegato B o abbiano svolto le attività usuranti di cui all'art. 1 del D.Lgs. 67/2011 al momento dell'accesso al pensionamento, per almeno 7 anni negli ultimi 10 anni metà della vita lavorativa.

Termini di decorrenza per la corresponsione del trattamento di fine rapporto

Si prevede che per il personale delle amministrazioni pubbliche[28] e degli enti pubblici di cui all'art. 70, c. 4, del D.Lgs. 165/2001, nonché degli enti pubblici di ricerca, **il termine dilatorio per la liquidazione delle indennità di fine servizio**, comunque denominate, decorra non dal collocamento a riposo, ma dal momento in cui il soggetto avrebbe maturato il diritto al pensionamento a seguito del raggiungimento del requisito anagrafico o contributivo previsto dalla normativa vigente, comprensiva del relativo incremento di tre mesi **(articolo 43, commi 1, ultimo periodo, e 7)**.

Sul punto, il successivo **articolo 44 riduce**, a decorrere dal 2027, **da 12 a 9 mesi il termine dilatorio**[29] per la suddetta liquidazione nei casi di cessazione dal servizio per raggiungimento dei limiti di età o di servizio previsti dagli ordinamenti di appartenenza (anche per collocamento a riposo d'ufficio), con conseguente neutralizzazione a regime (dal 2028), ai fini della corresponsione della medesima buonuscita, dell'incremento di 3 mesi dell'età pensionabile.

---

[27] Si ricorda che il successivo art. 129, c. 3, del presente disegno di legge di bilancio riduce il suddetto limite di spesa nella misura di 20 milioni di euro per il 2027, 60 milioni di euro per il 2028 e 90 milioni di euro annui a decorrere dal 2029.

[28] Di cui all'art. 1, c. 2, del D.Lgs. 165/2001.

[29] Di cui all'art. 3, c. 2, del D.L. 79/1997.

Restano fermi: nei casi derivanti da cessazioni dal servizio anticipate rispetto ai limiti di età o di servizio, il termine dilatorio di ventiquattro mesi attualmente vigente; la disposizione in merito all'erogazione rateale dei suddetti trattamenti se superiori a 50.000 euro (vedi *infra*).

La Relazione tecnica allegata al ddl di bilancio afferma che l'articolo 44 intende dare seguito al monito espresso dalla Corte costituzionale, che, nella sentenza n. 130 del 2023, ha rilevato che la ridefinizione delle norme relative al termine dilatorio di differimento dei trattamenti in questione (con limitato riferimento ai trattamenti spettanti nei casi di cessazione dal servizio per raggiungimento dei limiti di età o di servizio, o per collocamento a riposo d'ufficio a causa del raggiungimento dell'anzianità massima di servizio), nonché al riconoscimento secondo modalità rateali dei medesimi trattamenti che superino un determinato importo, deve essere operata dal legislatore, mediante scelte discrezionali di rimodulazione che tengano conto del differimento generale del termine di liquidazione.

Per quanto concerne la disciplina che regola l'erogazione del trattamento di fine rapporto comunque denominato dei dipendenti pubblici, si ricorda in primo luogo che, come anticipato, l'art. 3, c. 2, del D.L. 79/1997 – su cui interviene il presente articolo 44 - prevede, come anticipato, un termine dilatorio per il riconoscimento dei trattamenti di fine servizio o di fine rapporto, comunque denominati, dei dipendenti pubblici; tale termine è pari a ventiquattro mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro ovvero a dodici mesi – ridotti a 9 dalla disposizione in commento - per i casi di cessazione dal servizio per raggiungimento dei limiti di età o di servizio nonché per i casi di collocamento a riposo d'ufficio a causa del raggiungimento dell'anzianità massima di servizio (i suddetti termini dilatori non si applicano nei casi di cessazione dal servizio per inabilità (derivante o meno da causa di servizio) e nei casi di cessazione per decesso del dipendente).

Inoltre, l'art. 12, c. 7, del D.L. 78/2010 – non modificato dal presente articolo 44 - secondo cui i trattamenti di fine servizio o di fine rapporto, comunque denominati, ferma restando l'applicazione del termine dilatorio summenzionato, sono riconosciuti in unica soluzione soltanto qualora l'ammontare complessivo, al lordo delle relative trattenute fiscali, sia complessivamente pari o inferiore a 50.000 euro; la quota eventualmente eccedente tale soglia è riconosciuta, entro un limite di ulteriori 50.000 euro, con un termine dilatorio di dodici mesi rispetto al termine per il riconoscimento della quota precedente, mentre l'eventuale quota residua è riconosciuta a distanza di ulteriori dodici mesi. Resta fermo che l'erogazione di ogni quota è effettuata entro i tre mesi successivi al relativo termine dilatorio, decorsi i quali sono dovuti gli interessi.

Entrata in vigore

Le suddette disposizioni, ad eccezione dell'articolo 44 in merito alla riduzione del termine dilatorio per la corresponsione del trattamento di fine rapporto, entrano in vigore il giorno stesso della pubblicazione in Gazzetta del presente disegno di legge **(articolo 43, comma 11)**.

Articolo 43, comma 10
(Incentivo per la prosecuzione dell'attività lavorativa dopo il conseguimento dei requisiti per il trattamento pensionistico anticipato)

Il **comma 10** estende l'ambito di applicabilità di un incentivo per la prosecuzione dell'attività lavorativa da parte di lavoratori dipendenti, pubblici e privati, rientranti in alcune fattispecie di conseguimento dei requisiti per il trattamento pensionistico anticipato; l'ampliamento della possibilità concerne i soggetti che, nell'anno 2026, abbiano maturato il diritto al pensionamento anticipato in base all'anzianità contributiva richiesta in via generale per il riconoscimento del medesimo trattamento anticipato a prescindere dall'età anagrafica. Si ricorda che l'incentivo consiste nella corresponsione al lavoratore della quota di contribuzione pensionistica a suo carico, con conseguente esclusione del versamento e dell'accredito sia di tale quota contributiva sia di quella omologa a carico del datore di lavoro.

La **relazione tecnica** quantifica gli effetti finanziari derivanti dal **comma** in esame nei seguenti termini: si prevede un onere per il periodo 2026-2029 (pari a 0,6 milioni di euro nell'anno 2026, 1,8 milioni nell'anno 2027, 1,9 milioni nell'anno 2028, 12,5 milioni nell'anno 2029) e si stima un effetto invece positivo negli anni 2030-2035 (pari a 2,3 milioni annui).

Nella disciplina finora vigente[30], la possibilità di fruizione del suddetto incentivo concerne i soggetti che, entro il 31 dicembre 2025, abbiano conseguito il requisito per il suddetto trattamento pensionistico anticipato o il requisito in base alla disciplina transitoria della cosiddetta quota 103.
In base alla disciplina dell'incentivo in esame, il lavoratore può richiedere al datore di lavoro la corresponsione in proprio favore dell'importo corrispondente alla quota a carico del medesimo dipendente di contribuzione alla gestione pensionistica, con conseguente esclusione del versamento e dell'accredito sia di tale quota contributiva sia di quella omologa a carico del datore di lavoro; la decorrenza degli effetti dell'esercizio della facoltà non può essere anteriore alla

[30] Di cui all'articolo 1, commi 286 e 287, della L. 29 dicembre 2022, n. 197, e successive modificazioni, e al D.M. attuativo del 21 marzo 2023 (D.M. oggetto di un avviso di *errata corrige* in *Gazzetta Ufficiale*); si ricorda, tuttavia, che il suddetto D.M. prevede (all'articolo 1, comma 4) il regime di imponibilità fiscale delle quote di retribuzioni in oggetto, regime poi escluso, con decorrenza dall'anno 2025, dall'articolo 1, comma 161, della L. 30 dicembre 2024, n. 207 (comma che ha novellato il citato comma 286); tale esclusione dalla base imponibile fiscale concerne implicitamente, per il periodo successivo all'anno 2024, anche i soggetti che abbiano optato per l'incentivo prima dell'anno 2025 (in base alla disciplina previgente dell'incentivo, tale opzione può essere stata esercitata, prima dell'anno 2025, dai soggetti che avessero conseguito entro il 31 dicembre 2024 il requisito corrispondente alla cosiddetta quota 103). Riguardo ad un quadro complessivo della disciplina sull'incentivo in esame, cfr. la circolare dell'INPS n. 102 del 16 giugno 2025; cfr. altresì, per i dipendenti pubblici, la risoluzione dell'Agenzia delle Entrate n. 45 del 30 giugno 2025.

prima scadenza utile per il pensionamento anticipato (in relazione ai termini dilatori intercorrenti tra maturazione dei requisiti e diritto al trattamento).
Si ricorda che l'esercizio della facoltà di rinuncia all'accredito contributivo pensionistico cessa di avere effetti in alcune fattispecie – tra le quali la revoca della stessa rinuncia e il conseguimento del requisito anagrafico per la pensione di vecchiaia[31] –.

[31] Cfr. l'articolo 1, commi 5 e 6, del citato D.M. attuativo del 21 marzo 2023 (il comma 5 è oggetto del summenzionato avviso di *errata corrige* in *Gazzetta Ufficiale*).

Articolo 45
(Disposizioni per il rafforzamento degli investimenti in infrastrutture da parte delle forme pensionistiche complementari)

L'**articolo 45** prevede la **possibilità per i fondi pensione di investire**, anche in via indiretta, **in strumenti finanziari** emessi da società ed enti operanti prevalentemente nella elaborazione o realizzazione di progetti **relativi a settori infrastrutturali** turistici, culturali, ambientali, idrici, stradali, ferroviari, portuali, aeroportuali, sanitari, immobiliari pubblici non residenziali, delle telecomunicazioni, incluse quelle digitali, e della produzione e trasporto di energia**. L'individuazione dei limiti massimi di investimento in tali attività finanziarie è demandata ad un decreto ministeriale** che dovrà, inoltre, definire i procedimenti e le condotte che i fondi pensione sono tenuti ad adottare in caso di superamento temporaneo dei limiti massimi di investimento. La norma amplia, inoltre, il perimetro nel quale i fondi pensione possono investire il proprio patrimonio, mantenendo fermo, in ogni caso, il principio che gli investimenti in attività che non sono ammesse allo scambio in un mercato regolamentato sono mantenuti a livelli prudenziali.

L'**articolo 45** non determina effetti finanziari.

La norma interviene sull'articolo 6 del **D.Lgs. n. 252 del 2005** che disciplina le **forme pensionistiche complementari**, ovvero i fondi pensione negoziali, i fondi pensione aperti, i piani individuali pensionistici (PIP) e i fondi pensione preesistenti. Si ricorda che le forme pensionistiche complementari sono vigilate dalla COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione).
L'**articolo 6, comma 5-*bis***, del D.Lgs. n. 252 del 2005 (modificato dal comma 1, lett. *a)*, in commento) prevede che **con decreto** del MEF, di concerto con il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, sentita la COVIP) **sono individuati**:
a) le attività nelle quali i fondi pensione possono investire le proprie disponibilità, avendo presente il perseguimento dell'interesse degli iscritti, eventualmente fissando limiti massimi di investimento qualora siano giustificati da un punto di vista prudenziale;
b) i criteri di investimento nelle varie categorie di valori mobiliari;
c) le regole da osservare in materia di conflitti di interesse tenendo conto delle specificità dei fondi pensione e dei principi di cui alla direttiva 2014/65/UE, alla normativa comunitaria di esecuzione e a quella nazionale di recepimento.
Si evidenzia che in attuazione della citata norma è stato emanato il **D.M. 2 settembre 2014, n. 166**, recante norme sui criteri e limiti di investimento delle risorse dei fondi pensione e sulle regole in materia di conflitti di interesse.
La **norma in esame inserisce** all'art. 6, comma 5-*bis* la **nuova lettera a-*bis*)** con cui si stabilisce che il D.M. preveda **i limiti massimi di investimento**, anche in via indiretta tramite organismi di investimento collettivo del risparmio (OICR) o

tramite titoli emessi nell'ambito di operazioni di cartolarizzazione di cui all'articolo 5, comma 2-bis, della legge 30 aprile 1999, n. 130, **in strumenti finanziari** emessi da società ed enti operanti prevalentemente nella elaborazione o realizzazione di progetti relativi a **settori infrastrutturali turistici, culturali, ambientali, idrici, stradali, ferroviari, portuali, aeroportuali, sanitari, immobiliari pubblici non residenziali, delle telecomunicazioni, incluse quelle digitali, e della produzione e trasporto di energia**.

Si ricorda che i titoli emessi in operazioni di cartolarizzazione ai sensi all'articolo 5, comma 2-bis, della legge 30 aprile 1999, n. 130 sono titoli garantiti da crediti ceduti che, anche se non sono quotati in mercati regolamentati, possono essere ammessi come riserve tecniche dalle imprese di assicurazione. La norma consente espressamente ai fondi pensioni di investire in tali titoli, nei limiti previsti dalla normativa di settore.

Con la **nuova lettera b-*bis*)** dell'art. 6, comma 5-*bis* si prevede che il D.M. disciplini i procedimenti e le condotte che i fondi pensione sono tenuti ad adottare in caso di superamento temporaneo dei limiti massimi di investimento definiti dalla lettera a-*bis*), ivi compresi i termini per il rientro, gli obblighi di informativa alla COVIP e le misure correttive.

La norma in esame sostituisce inoltre la lettera c-*bis*) del comma 13 dell'art. 6 del **D.Lgs. n. 252 del 2005** il quale nella formulazione vigente prevede che il patrimonio del fondo pensione deve essere investito in misura *predominante* su mercati regolamentati. Gli investimenti in attività che non sono ammesse allo scambio in un mercato regolamentato devono in ogni caso essere mantenute a livelli prudenziali.
La **nuova formulazione** prescrive che il patrimonio del fondo pensione è investito **in misura prevalente** in strumenti finanziari negoziati su mercati regolamentati, **nonché su sistemi multilaterali di negoziazione aventi i requisiti informativi e organizzativi definiti con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze**, da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione. Resta ferma la disciplina dei mercati di cui al TUF (D.Lgs. n. 58 del 1998). Rimane fermo che gli investimenti in attività che non sono ammesse allo scambio in un mercato regolamentato sono in ogni caso mantenuti a livelli prudenziali.

Il **comma 2**, infine, dispone che per l'attuazione di quanto inserito nel comma 1, si provvede mediante la modifica del sopra citato **D.M. 2 settembre 2014, n. 166**, nel termine di novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge in esame.

Presso la Commissione parlamentare di controllo sull'attività degli enti gestori di forme obbligatorie di previdenza e assistenza sociale si è tenuta una **Indagine conoscitiva sugli investimenti finanziari e sulla composizione del patrimonio degli enti previdenziali e dei fondi pensione** anche in relazione allo sviluppo del mercato finanziario e al contributo fornito alla crescita dell'economia reale.

La Presidente f.f. della COVIP, Francesca Balzani, nel corso dell'audizione del 10 aprile 2025 ha affermato che alla fine del 2024 l'offerta di strumenti di previdenza complementare si compone di 33 fondi negoziali, 38 aperti, 69 piani individuali pensionistici (PIP), 151 fondi preesistenti. Il totale degli iscritti è arrivato a sfiorare i dieci milioni, a fronte di posizioni individuali in essere che superano gli undici milioni.

Le **risorse** destinate alle prestazioni accumulate dalle forme pensionistiche complementari alla fine del 2024 ammontano, sulla base di dati ancora preliminari, a **243 miliardi di euro**. Esse si ragguagliano al 10,8 per cento del PIL e al 4 per cento delle attività finanziarie delle famiglie italiane. Le risorse facenti capo ai fondi pensione negoziali sono pari a circa 74,6 miliardi euro, quelle dei fondi aperti a 37,3 miliardi, quelle dei fondi preesistenti a 69,4 miliardi. Le risorse dei PIP sono complessivamente pari a 61,5 miliardi di euro, inclusi 6,8 miliardi riferibili ai PIP "vecchi".

Per un'analisi sulla composizione degli investimenti delle forme pensionistiche complementari si rinvia inoltre all'ultima Relazione annuale della COVIP.

CAPO II - MISURE IN MATERIA DI FAMIGLIA E DI PARI OPPORTUNITÀ

Articolo 46
(Misura di integrazione al reddito delle lavoratrici madri con due o più figli)

L'**articolo 46, comma 1**, reca novelle all'articolo 1, comma 219, della legge di bilancio per l'anno finanziario 2025, **posticipando dal 2026 al 2027** l'attuazione di quanto ivi disposto, in riferimento alla misura consistente nell'**esonero contributivo parziale a favore delle lavoratrici, dipendenti e autonome, madri di due o più figli**.
Il comma 2 della disposizione prevede, **nelle more dell'attuazione di quanto sopra previsto,** il riconoscimento, per il **2026,** alle **lavoratrici madri dipendenti o autonome con due figli - e sino al compimento del decimo anno di età – aventi un reddito da lavoro non superiore a 40.000 euro annui,** di una somma di **60 euro mensili** per ogni mese o frazione di mese di vigenza del rapporto di lavoro o dell'attività di lavoro autonomo.
La **medesima misura di integrazione** del reddito è riconosciuta anche alle **lavoratrici madri, dipendenti e autonome, con più di due figli,** per ogni mese o frazione di mese di vigenza del rapporto di lavoro o dell'attività di lavoro autonomo, **titolari di reddito da lavoro non superiore a 40.000 euro su base annua**, a condizione che il reddito da lavoro non consegua da attività di lavoro dipendente a tempo indeterminato e, in ogni caso, per ogni mese o frazione di mese di vigenza del rapporto di lavoro o dell'attività di lavoro autonomo non coincidenti con quelli di vigenza di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Viene infine specificato che le mensilità, che spettano nel periodo 1° gennaio 2026 e fino al mese di novembre, sono corrisposte in un'unica soluzione in sede di liquidazione della mensilità di dicembre 2026 e che questi importi non rilevano ai fini della determinazione dell'ISEE.

La **relazione tecnica** precisa che con la disposizione di cui al **comma 2** si determina una spesa complessiva valutata in **630 milioni** di euro per l'anno **2026**.

Il **comma 1** dell'articolo 46 reca alcune novelle all'articolo 1, comma 219, della legge di bilancio per l'anno finanziario 2025 (legge n. 207 del 2024).
Con tali novelle si prevede che l'entrata in vigore della misura – introdotta dal citato articolo 1, comma 219, della legge 207 del 2024 –, che consiste nell'esonero contributivo parziale a favore delle lavoratrici, dipendenti e autonome, madri di due o più figli, sia posticipata dall'anno 2026 all'anno 2027.

Nel dettaglio, si ricorda che l'articolo 1, comma 219, della richiamata legge di bilancio per il 2025 – come modificato dall'articolo 6 del decreto-legge n. 95 del

2025, convertito, con modificazioni, dalla legge n.118 del 2025 – prevede che alle lavoratrici dipendenti, a esclusione dei rapporti di lavoro domestico, nonché alle lavoratrici autonome che percepiscono almeno uno tra redditi di lavoro autonomo, redditi d'impresa in contabilità ordinaria, redditi d'impresa in contabilità semplificata o redditi da partecipazione e che non hanno optato per il regime forfetario, sia riconosciuto, nel limite di spesa di 300 milioni di euro annui, un parziale esonero contributivo della quota dei contributi previdenziali per l'invalidità, la vecchiaia e i superstiti a carico del lavoratore. Le lavoratrici di cui al primo periodo devono essere madri di due o più figli e l'esonero contributivo spetta fino al mese del compimento del decimo anno di età del figlio più piccolo.
Ciò con decorrenza dal 2026, secondo la formulazione *ante* novella operata dalla disposizione in commento.
In virtù, appunto, della prima delle novelle recate dall'articolo 46 in titolo nel sopraesposto primo periodo dell'articolo 1, comma 219, della legge di bilancio per il 2025, la decorrenza di tale misura è posticipata dal 2026 al 2027.

La successiva novella incide sul secondo periodo dell'articolo 1, comma 219, della legge di bilancio per il 2025.
Tale secondo periodo prevede che, per le madri di tre o più figli, l'esonero contributivo spetti fino al mese del compimento del diciottesimo anno di età del figlio più piccolo. In virtù di tale novella, è stato espunto il riferimento alla decorrenza di tale misura dal 2027.

Con ulteriore novella è stato soppresso il terzo periodo del citato comma 219 dell'articolo 1 della legge di bilancio 2025, ai sensi del quale per l'anno 2026 l'esonero in oggetto non spetta alle lavoratrici beneficiarie di quanto disposto dall'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, ossia che beneficino dell'esonero integrale dalla contribuzione pensionistica a loro carico, ai sensi di tale disciplina transitoria. La soppressione di tale periodo è chiaramente connessa al posticipo della misura dal 2027.

Con riferimento alle ulteriori previsioni recate dall'articolo 1, comma 219, della legge di bilancio per il 2025, si ricorda che esso prevede che l'esonero contributivo spetti a condizione che la retribuzione o il reddito imponibile ai fini previdenziali non sia superiore all'importo di 40.000 euro su base annua, salvo quanto disposto dal comma 220. Il comma 220, a sua volta, parametra il parziale esonero contributivo riconosciuto alle lavoratrici autonome di cui al comma precedente, iscritte all'assicurazione generale obbligatoria o alla gestione separata, al valore del minimale di reddito previsto dall'articolo 1, comma 3, della legge 2 agosto 1990, n. 233[32]. Infine, si stabilisce che l'applicazione dell'esonero in oggetto è subordinata alla definizione delle relative modalità attuative e delle quote di beneficio – nel rispetto di un limite di spesa pari a 300 milioni di euro annui – da parte di un decreto ministeriale.

[32] Il valore minimo, di cui all'articolo 1, comma 3, della legge n. 233 del 1990, è fissato nella misura del minimale annuo di retribuzione che si ottiene moltiplicando per 312 il minimale giornaliero stabilito.

Ai sensi del **comma 2** dell'articolo 46, nelle more dell'attuazione di quanto previsto dal richiamato articolo 1, comma 219, della legge n. 207 del 2024 - che, benché non specificato espressamente, deve intendersi chiaramente come modificato dal comma 1 della presente disposizione -, per l'anno 2026, alle lavoratrici madri dipendenti, con esclusione dei rapporti di lavoro domestico, e alle lavoratrici madri autonome – iscritte a gestioni previdenziali obbligatorie autonome, comprese le casse di previdenza professionali e la gestione separata - che abbiano due figli e un reddito da lavoro non superiore a 40.000 euro su base annua, sia riconosciuta una somma di 60 euro mensili per ogni mese o frazione di mese di vigenza del rapporto di lavoro o dell'attività di lavoro autonomo.
Tale somma è riconosciuta, su domanda, fino al mese del compimento del decimo anno da parte del secondo figlio; si specifica altresì che essa non è imponibile ai fini fiscali e contributivi.
La medesima somma è riconosciuta anche alle lavoratrici madri, dipendenti, con esclusione dei rapporti di lavoro domestico, e alle lavoratrici madri autonome – iscritte a gestioni previdenziali obbligatorie autonome, comprese le casse di previdenza professionali e la gestione separata - con più di due figli e fino al compimento del diciottesimo anno del figlio più piccolo, per ogni mese o frazione di mese di vigenza del rapporto di lavoro o dell'attività di lavoro autonomo, titolari di reddito da lavoro non superiore a 40.000 euro su base annua. Si prevede quale condizione per l'ottenimento di tale misura di integrazione del reddito, che il reddito da lavoro non consegua da attività di lavoro dipendente a tempo indeterminato e, in ogni caso, si prevede che essa sia riconosciuta per ogni mese o frazione di mese di vigenza del rapporto di lavoro o dell'attività di lavoro autonomo non coincidenti con quelli di vigenza di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Il comma 2 stabilisce altresì che le mensilità spettanti, a decorrere dal 1° gennaio 2026 e fino al mese di novembre, sono corrisposte in un'unica soluzione, in sede di liquidazione della mensilità afferente al mese dicembre 2026.
Viene anche specificato che tali somme non rilevano ai fini della determinazione dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), stabilito ai sensi del regolamento di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013.
La disposizione prevede, infine, che l'INPS provvede alle attività derivanti dal comma 2 con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente. Con riguardo a tale specifico punto riferito alle attività facenti capo all'INPS, la relazione tecnica precisa che, in caso di contemporaneità di rapporti di lavoro, di attività di lavoro autonomo o di obbligo contributivo in più gestioni previdenziali, la somma è riconosciuta dall'INPS per la sola gestione previdenziale.

La misura di integrazione al reddito per le lavoratrici madri delineata dal comma 2 dell'articolo 46 in commento si pone quindi in continuità rispetto ad analoga

misura – riferita all'anno 2025 - introdotta dall'articolo 6, comma 2, del richiamato decreto- legge n. 95/2025.
Come sopra detto, la differenza consiste nell'importo, essendo quella riferita al 2025 di 40 euro mensili, laddove quella prevista dalla norma qui in esame è di 60 euro mensili.

Nel dettaglio, si ricorda che tale articolo 6, comma 2, ha previsto, per l'anno 2025, il riconoscimento - alle lavoratrici madri dipendenti, con esclusione dei rapporti di lavoro domestico, e alle lavoratrici madri autonome iscritte a gestioni previdenziali obbligatorie autonome, comprese le casse di previdenza professionali, e la gestione separata, con due figli e fino al mese del compimento del decimo anno da parte del secondo figlio – da parte dell'INPS, a domanda, di una somma, non imponibile ai fini fiscali e contributivi, pari a 40 euro mensili, per ogni mese o frazione di mese di vigenza del rapporto di lavoro o dell'attività di lavoro autonomo, da corrispondere alla madre lavoratrice titolare di reddito da lavoro non superiore a 40.000 euro su base annua.
Inoltre, il secondo periodo del medesimo comma 2 ha previsto che la medesima somma sia riconosciuta anche alle madri lavoratrici dipendenti, con esclusione dei rapporti di lavoro domestico, e alle lavoratrici madri autonome iscritte a gestioni previdenziali obbligatorie autonome, comprese le casse di previdenza professionali, e la gestione separata, con più di due figli e fino al mese di compimento del diciottesimo anno del figlio più piccolo, per ogni mese o frazione di mese di vigenza del rapporto di lavoro o dell'attività di lavoro autonomo, titolari di reddito da lavoro non superiore a 40.000 euro su base annua, a condizione che il reddito da lavoro non consegua da attività di lavoro dipendente a tempo indeterminato e, in ogni caso, per ogni mese o frazione di mese di vigenza del rapporto di lavoro o dell'attività di lavoro autonomo non coincidenti con quelli di vigenza di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Da ultimo, rileva segnalare, con circolare dell'INPS n. 139 del 28 0ttobre 2025, sono stati illustrati i requisiti di accesso alla misura di integrazione del reddito riferita al 2025 (chiamato "nuovo *bonus* mamme") e state fornite indicazioni per la presentazione delle domande relative all'ottenimento di tale misura.
Con riferimento alla quantificazione degli oneri relativi a tale *bonus* per il 2025, tale circolare ha ricordato che il comma 3 del citato articolo 6 del decreto-legge n. 95/2025 ha previsto che agli oneri derivanti dai commi 1 e 2 del medesimo articolo 6, valutati in 480 milioni di euro per l'anno 2025 si provveda, quanto a 300 milioni di euro per l'anno 2025 a valere sulle risorse rivenienti dal comma 1 del medesimo articolo 6 e quanto a 180 milioni di euro per l'anno 2025, ai sensi dell'articolo 20 (recante disposizioni finanziarie) del citato decreto-legge n. 95/2025.

Con riferimento all'articolo 46, la **relazione tecnica** precisa che tale disposizione - nelle more dell'attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 219, della legge 30 dicembre 2024, n. 207 - conferma per il 2026, anche utilizzando le risorse di cui alla predetta norma, il riconoscimento di una somma pari a 60 euro mensili per ogni mese di lavoro e che la medesima incrementa, quindi, rispetto a quanto previsto dall'articolo 6 del decreto-legge n. 95 del 2025 per l'anno 2025, l'entità del beneficio rideterminandolo da 40 a 60 euro mensili, o frazione dello stesso

dell’anno 2026, da corrispondere in un'unica soluzione a dicembre dello stesso anno.
La relazione tecnica afferma altresì che, sulla base delle medesime basi tecniche adottate in sede di decreto-legge n. 95 del 2025[33] e tenendo conto di una spesa per 12 mesi di 720 euro, si determina una spesa complessiva valutata in 630 milioni di euro per l’anno 2026.

[33] La relazione tecnica riferita al citato articolo 6 del decreto legge 95/2025 specificava che ai sensi del comma 3, recante copertura, agli oneri derivanti dai commi 1 e 2, valutati in 480 milioni di euro per l’anno 2025 e in 13 milioni di euro per l’anno 2026, si provvedesse, quanto a 300 milioni di euro per l’anno 2025 a valere sulle risorse rivenienti dal comma 1, quanto a 13 milioni di euro per l’anno 2026 mediante corrispondente riduzione del Fondo per il sostegno alla povertà e Pagina 10 di 29 per l’inclusione attiva di cui all’articolo 1, comma 321, della legge 29 dicembre 2022, n. 197, e, quanto a 180 milioni di euro per l’anno 2025, ai sensi dell’articolo 20.

Articolo 47
(Modifiche del calcolo dell'ISEE relative alla casa di abitazione e alla scala di equivalenza e valide con riferimento all'applicazione di alcuni istituti)

L'**articolo 47** reca due modifiche alla disciplina del calcolo dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) del nucleo familiare; le modifiche sono poste con efficacia per alcuni degli istituti per i quali rileva l'ISEE; il **medesimo articolo** provvede altresì alla ridefinizione dei limiti di spesa o delle quantificazioni degli oneri finanziari inerenti agli istituti così interessati.

Si premette, in estrema sintesi, che l'ISEE è costituito dal rapporto tra il parametro derivante dalla scala di equivalenza – relativa alla specifica composizione del nucleo familiare – ed il valore ISE[34], costituito, a sua volta, dalla somma del valore dell'indicatore della situazione reddituale e del venti per cento del valore dell'indicatore della situazione patrimoniale.

Una prima modifica concerne i termini di inclusione dell'eventuale abitazione di proprietà nel computo del suddetto indicatore della situazione patrimoniale; la modifica consiste nell'elevamento da 52.500 euro a 91.500 euro del limite del valore della suddetta abitazione escluso dal computo suddetto e nell'ulteriore incremento del medesimo limite, nella misura di 2.500 euro per ogni figlio convivente successivo al primo, mentre l'identica misura di ulteriore incremento è prevista, nella normativa finora vigente, per ogni figlio convivente successivo al secondo. Resta fermo che il valore immobiliare è determinato secondo una specifica disciplina[35] e che, qualora esso superi il limite in oggetto, rientra nel computo soltanto una quota pari a due terzi dell'importo eccedente.

La seconda modifica concerne – sempre con riferimento all'ambito di istituti richiamati dall'**articolo** – il suddetto parametro della scala di equivalenza, per il quale vengono ridefinite nei seguenti termini le specifiche maggiorazioni relative alla presenza di figli nel nucleo familiare: 0,1 in caso di nucleo con due figli; 0,25 in caso di tre figli; 0,40 in caso di quattro figli e 0,55 in caso di almeno cinque figli. Rispetto alla norma vigente, dunque, si introduce una maggiorazione specifica anche per il caso di nucleo con due figli e si incrementa nella misura di 0,5 ciascuna delle altre maggiorazioni specifiche in oggetto.

Gli istituti per i quali si applicano le modifiche suddette sono: l'Assegno di inclusione e il Supporto per la formazione e il lavoro[36]; l'assegno unico e universale per i figli a carico[37]; il buono per il pagamento di rette relative alla frequenza di asili nido, pubblici e privati, e per le forme di supporto domiciliare

---

[34] Indicatore della situazione economica.

[35] Riguardo ad essa, cfr. *infra*.

[36] Riguardo a questi due istituti, cfr. il capo II del D.L. 4 maggio 2023, n. 48, convertito, con modificazioni, dalla L. 3 luglio 2023, n. 85, e successive modificazioni.

[37] Di cui al D.Lgs. 29 dicembre 2021 n. 230.

per bambini aventi meno di tre anni di età e affetti da gravi patologie croniche[38]; l'assegno *una tantum* per ogni figlio nato o adottato[39].

Come indicato nella **relazione tecnica**, l'onere finanziario complessivo derivante dal **presente articolo** è quantificato in 465,5 milioni di euro per l'anno 2026 e in un importo in genere gradualmente crescente nel decennio di riferimento; per l'anno 2035, l'onere è quantificato in 540,3 milioni.

Si ricorda che il regolamento di cui al D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159, disciplina i criteri di determinazione e i campi di applicazione dell'ISEE. Il **presente articolo** reca le modifiche in oggetto nelle more dell'adeguamento alle medesime del testo regolamentare.
In merito alla modifica sul criterio di valutazione dell'abitazione di proprietà, si ricorda che esso concerne l'ipotesi in cui il nucleo familiare risieda nella suddetta abitazione[40] e che il valore immobiliare di base – rispetto al quale si applica l'agevolazione summenzionata – corrisponde a quello determinabile ai fini dell'IMU alla data del 31 dicembre del secondo anno precedente a quello di presentazione della DSU[41], al netto dell'importo del mutuo immobiliare residuo alla suddetta data[42].
In merito alla modifica del parametro della scala di equivalenza, si ricorda che le maggiorazioni specifiche oggetto della suddetta modifica sono aggiuntive rispetto a quelle generali, inerenti al numero dei componenti del nucleo familiare; in base a queste ultime, il parametro della scala di equivalenza è pari (anziché ad 1) a 1,57 nel caso di nucleo con due componenti, a 2,04 nel caso di nucleo con tre componenti, a 2,46 nel caso di nucleo con quattro componenti, a 2,85 nel caso di nucleo con cinque componenti ed è incrementato di ulteriori 0,35 punti per ogni eventuale ulteriore componente[43].
Come detto, il **presente articolo** provvede altresì alla ridefinizione dei limiti di spesa o delle quantificazioni degli oneri finanziari inerenti agli istituti così interessati; si ricorda, in particolare, che per gli istituti dell'Assegno di inclusione, del Supporto per la formazione e il lavoro e del buono per il pagamento di rette relative alla frequenza di asili nido, pubblici e privati, e per le forme di supporto domiciliare per bambini aventi meno di tre anni di età e affetti da gravi patologie croniche, trovano applicazione limiti specifici di spesa, mentre le norme

[38] Cfr. l'articolo 1, comma 355, della L. 11 dicembre 2016, n. 232, e successive modificazioni, e il D.P.C.M. 17 febbraio 2017.
[39] Di cui all'articolo 1, commi 206-208, della L. 30 dicembre 2024, n. 207.
[40] Cfr. l'articolo 5, comma 2, del citato D.P.C.M. n. 159 del 2013, e successive modificazioni. Per i nuclei familiari residenti in un'abitazione con contratto di locazione, è riconosciuta invece una detrazione dal valore del suddetto indicatore della situazione reddituale (cfr. l'articolo 4, comma 4, del citato D.P.C.M. n. 159 del 2013, e successive modificazioni).
[41] La DSU è la dichiarazione sostitutiva unica relativa alla determinazione dell'ISEE.
[42] Tale criterio si applica indipendentemente dal periodo di possesso nel suddetto anno e anche qualora l'immobile sia esente dall'IMU.
[43] Cfr., anche per le varie disposizioni speciali, l'allegato 1 del citato D.P.C.M. n. 159 del 2013, e successive modificazioni.

sull’assegno unico e universale per i figli a carico e sull’assegno *una tantum* per ogni figlio nato o adottato recano soltanto stime sui relativi oneri finanziari.

Articolo 48
(Esonero contributivo per promuovere l'assunzione di madri lavoratrici)

L'**articolo 48** prevede il riconoscimento di un esonero totale dal versamento dei contributi previdenziali a carico del datore di lavoro in favore dei datori di lavoro privati che, a decorrere dal 1° gennaio 2026, assumono donne, madri di almeno 3 figli di età minore di diciotto anni, prive di un impiego regolarmente retribuito da almeno sei mesi; tale esonero è riconosciuto nel limite massimo di importo di 8.000 euro annui e per la durata di 24 mesi; la durata dell'esonero è di 12 mesi dalla data di assunzione, se l'assunzione è a tempo determinato, e di 18 mesi, se il relativo contratto è trasformato da tempo determinato a tempo indeterminato.
Tali benefici contributivi - che non si applicano ai rapporti di lavoro domestico e ai rapporti di apprendistato e non sono cumulabili con altri esoneri o riduzioni delle aliquote di finanziamento previsti dalla normativa vigente - sono riconosciuti entro determinati limiti di spesa per gli anni dal 2026 al 2034 e a decorrere dal 2035; il monitoraggio delle minori entrate contributive da ciò derivanti è effettuato dall'INPS, che - qualora risulti, anche in via prospettica, raggiunto tale limite di spesa - non considera ulteriori domande di accesso ai benefici medesimi.

La relazione tecnica ascrive alle disposizioni in oggetto effetti finanziari, in termini di maggiori oneri complessivi, al netto degli effetti fiscali, pari a 5,7 milioni di euro per l'anno 2026, 16,1 milioni di euro per il 2027, 18,5 milioni di euro per il 2028, 18,6 milioni di euro per 2029, 20 milioni di euro per il 2030, 20,4 milioni di euro per il 2031, 20,8 milioni di euro per il 2032, 21,3 milioni di euro per il 2033, 21,8 milioni di euro per il 2034 e 22.3 per il 2035.

L'articolo 48, al comma 1, prevede il riconoscimento di un esonero dal versamento dei contributi previdenziali, nella misura del 100 per cento, a carico del datore di lavoro in favore dei datori di lavoro privati che, a decorrere dal 1° gennaio 2026, assumono donne, madri di almeno 3 figli di età minore di diciotto anni, prive di un impiego regolarmente retribuito da almeno sei mesi. Si prevede che tale esonero è riconosciuto nel limite massimo di importo di 8.000 euro annui riparametrato e applicato su base mensile, con esclusione dei premi e contributi dovuti all'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL), precisandosi che resta ferma l'aliquota di computo delle prestazioni pensionistiche.
Il comma 2 precisa la durata dell'esonero in oggetto. In particolare, esso spetta, considerando quale termine iniziale la data dell'assunzione, per:

- **dodici mesi**, se l'assunzione è effettuata con contratto di lavoro a tempo determinato (anche in somministrazione);
- **diciotto mesi**, se il contratto a tempo determinato è trasformato a tempo indeterminato (considerando sempre quale termine iniziale la data di assunzione con il contratto a tempo determinato);

• **ventiquattro mesi**, se l'assunzione è effettuata con contratto di lavoro a tempo indeterminato.

Il comma 3, primo periodo, esclude da tali esoneri i rapporti di lavoro domestico e ai rapporti di apprendistato, stabilendo che i medesimi esoneri non sono cumulabili con altri esoneri o riduzioni delle aliquote di finanziamento previsti dalla normativa vigente. Si precisa che l'esonero in questione è compatibile, senza alcuna riduzione, con la maggiorazione del costo ammesso in deduzione in presenza di nuove assunzioni di cui all'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 2023, n. 216.

Si ricorda che l'art. 4 del d.lgs n. 216/2023, al comma 1, dispone che, per il periodo d'imposta successivo a quello in corso al 31 dicembre 2023, in attesa della completa attuazione dell'articolo 6, comma 1, lettera a) della Delega al Governo per la riforma fiscale (legge n. 111 del 2023), e della revisione delle agevolazioni a favore degli operatori economici, per i titolari di reddito d'impresa e per gli esercenti arti e professioni, il costo del personale di nuova assunzione con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato è maggiorato, ai fini della determinazione del reddito, di un importo pari al 20 per cento del costo riferibile all'incremento occupazionale determinato ai sensi del comma 3 e nel rispetto delle ulteriori disposizioni di cui al presente articolo. L'agevolazione di cui al primo periodo spetta ai soggetti che hanno esercitato l'attività nel periodo d'imposta in corso al 31 dicembre 2023 per almeno trecentosessantacinque giorni. L'agevolazione non spetta alle società e agli enti in liquidazione ordinaria, assoggettati a liquidazione giudiziale o agli altri istituti liquidatori relativi alla crisi d'impresa.
Ai sensi del comma 2, gli incrementi occupazionali rilevano a condizione che il numero dei dipendenti a tempo indeterminato al termine del periodo d'imposta successivo a quello in corso al 31 dicembre 2023 sia superiore al numero dei dipendenti a tempo indeterminato mediamente occupato del periodo d'imposta precedente. L'incremento occupazionale va considerato al netto delle diminuzioni occupazionali verificatesi in società controllate o collegate ai sensi dell'articolo 2359 del codice civile o facenti capo, anche per interposta persona, allo stesso soggetto.
Il comma 3 definisce il costo riferibile all'incremento occupazionale come pari al minor importo tra il costo effettivo relativo ai nuovi assunti e l'incremento complessivo del costo del personale risultante dal conto economico ai sensi dell'articolo 2425, primo comma, lettera B), numero 9), del codice civile rispetto a quello relativo all'esercizio in corso al 31 dicembre 2023.
Il comma 4 precisa che nessun costo è riferibile all'incremento occupazionale nel caso in cui, alla fine del periodo d'imposta successivo a quello in corso al 31 dicembre 2023, il numero dei lavoratori dipendenti, inclusi quelli a tempo determinato, risulti inferiore o pari al numero degli stessi lavoratori mediamente occupati nel periodo d'imposta in corso al 31 dicembre 2023.
Il comma 5 aggiunge che, per lo stesso periodo d'imposta di cui al comma 1, al fine di incentivare l'assunzione di particolari categorie di soggetti, il costo di cui al comma 3 riferibile a ciascun nuovo assunto, anche ai fini della determinazione dell'incremento complessivo del costo del personale risultante dal conto economico ai sensi dell'articolo 2425, primo comma, lettera B), numero 9), del codice civile, è moltiplicato per

coefficienti di maggiorazione laddove il nuovo assunto rientra in una delle categorie di lavoratori meritevoli di maggiore tutela di cui all'Allegato 1.

Il comma 4 prevede che il beneficio in commento è riconosciuto nel limite massimo di:

- 5,7 milioni di euro per il 2026;
- 18,3 milioni di euro per il 2027,
- 24,7 milioni di euro per il 2028,
- 25,3 milioni di euro per il 2029;
- 25,9 milioni di euro per il 2030;
- 26,5 milioni di euro per il 2031;
- 27 milioni di euro per il 2032;
- 27,6 milioni di euro per il 2033;
- 28,2 milioni di euro per il 2034;
- 28,9 milioni di euro a decorrere dal 2035.

Il medesimo comma statuisce, infine, che l'INPS monitora le minori entrate contributive che derivano da tali esoneri, e, qualora, anche in via prospettica, emerga il raggiungimento del limite di spesa sopraindicato, l'Istituto non considera ulteriori domande finalizzate all'accesso a tali benefici contributivi.

La relazione tecnica ascrive alle disposizioni in oggetto – sulla base di stime riguardanti la platea di donne potenzialmente beneficiarie (anche grazie a rilevazioni fatte negli archivi dell'INPS), il tasso percettuale di trasformazione di contratti a tempo indeterminato, la retribuzione media annua opportunamente rivalutata, gli effetti fiscali derivanti – al netto degli effetti fiscali, effetti finanziari complessivi, in termini di maggiori oneri, pari a 5,7 milioni di euro per l'anno 2026, 16,1 milioni di euro per il 2027, 18,5 milioni di euro per il 2028, 18,6 milioni di euro per 2029, 20 milioni di euro per il 2030, 20,4 milioni di euro per il 2031, 20,8 milioni di euro per il 2032, 21,3 milioni di euro per il 2033, 21,8 milioni di euro per il 2034 e 22.3 per il 2035.

Articolo 49
(Incentivi per la trasformazione a tempo parziale dei contratti di lavoro per alcune categorie di soggetti)

Il **comma 1** dell'**articolo 49** definisce, con decorrenza dal 1° gennaio 2026, una fattispecie nell'ambito di quelle alle quali la disciplina vigente riconosce un criterio di priorità nella trasformazione del contratto di lavoro dipendente da tempo pieno a tempo parziale (orizzontale o verticale); per la medesima fattispecie, il **comma 1** estende il criterio di priorità alla rimodulazione di un contratto a tempo parziale già stipulato; in ogni caso, la priorità riconosciuta dal **comma** è subordinata alla condizione che la trasformazione o rimodulazione determini una riduzione dell'orario di lavoro di almeno quaranta punti percentuali. La fattispecie in oggetto è costituita dalla sussistenza di almeno tre figli conviventi, che non abbiano ancora compiuto il decimo anno di età; il limite anagrafico non si applica con riferimento a un figlio con disabilità (fermi restando il numero minimo di tre figli conviventi e il limite anagrafico per tali altri figli).
In relazione alla fattispecie di cui al **comma 1**, i **commi da 2 a 5** prevedono, a talune condizioni, un esonero contributivo temporaneo per i datori di lavoro privati che, su base consensuale, attuino la trasformazione o rimodulazione suddette; il beneficio è subordinato, tra le altre condizioni[44], al mantenimento, da parte del datore di lavoro, del livello complessivo del monte orario di lavoro e al rispetto dei limiti di spesa complessiva di cui al **comma 5**. Il **comma 3** demanda a un decreto ministeriale, emanato secondo la procedura e il termine previsti dal medesimo **comma**, la definizione delle disposizioni attuative dell'esonero.

La **relazione tecnica** quantifica l'onere finanziario corrispondente al suddetto limite di spesa e al netto degli effetti fiscali positivi in 3,3 milioni di euro per l'anno 2026, 10,3 milioni per l'anno 2027, 13,7 milioni per l'anno 2028, 13,0 milioni per l'anno 2029. Per i successivi anni del decennio di riferimento si prevede un onere netto leggermente crescente; nell'anno 2035 (ultimo anno del decennio di riferimento) l'onere netto è stimato in 16,0 milioni.

Con riferimento alla fattispecie individuata dal **comma 1** al fine dell'applicazione dell'esonero contributivo summenzionato, si ricorda che, ai sensi dell'articolo 8, commi 4 e 5, del D.Lgs. 15 giugno 2015, n. 81[45], e successive modificazioni, tale fattispecie rientra (fatto salvo il suddetto caso specifico di rimodulazione) nell'ambito di ipotesi più ampie per le quali è riconosciuto il criterio di priorità nella trasformazione del rapporto di lavoro dipendente da tempo pieno a tempo parziale; tali ipotesi sono costituite da: la presenza di un figlio convivente di età non superiore a tredici anni o la presenza di un figlio convivente con disabilità;

[44] Cfr. *infra* in merito al complesso delle condizioni.
[45] Il **comma 1** in esame fa salva la disciplina di cui al capo II del citato D.Lgs. n. 81 del 2015, e successive modificazioni (capo all'interno del quale rientra l'articolo 8 suddetto).

l'ipotesi di patologie oncologiche o gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti, riguardanti il coniuge, la parte di un'unione civile[46], il convivente di fatto[47], i figli o i genitori (del lavoratore o della lavoratrice), o l'ipotesi che il lavoratore o la lavoratrice assista una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa e con disabilità che richiedano un sostegno elevato o molto elevato e l'assistenza continua per gli atti quotidiani della vita. Si ricorda altresì che qualora una patologia oncologica o una grave patologia cronico-degenerativa ingravescente riguardi il lavoratore o la lavoratrice, il medesimo soggetto ha diritto (secondo la disciplina di cui al comma 3 del citato articolo 8 del D.Lgs. n. 81 del 2015) alla trasformazione del contratto a tempo parziale; tale ipotesi, di conseguenza, è al di fuori dell'ambito di applicazione del mero criterio di priorità. *Si consideri l'opportunità di una valutazione circa la congruità dell'esclusione, in merito all'ambito dell'incentivo costituito dall'esonero contributivo, delle fattispecie di priorità già stabilite dalla normativa, relative ai suddetti casi di patologia.*

L'esonero contributivo summenzionato è riconosciuto per un periodo massimo di 24 mesi (decorrenti dalla data di trasformazione o rimodulazione), con riferimento alla quota di contribuzione a carico del datore di lavoro (privato) e per un importo non superiore a 3.000 euro su base annua (riparametrato e applicato su base mensile)[48]; sono esclusi dall'ambito i premi e contributi dovuti all'INAIL. Come detto, il beneficio è subordinato al mantenimento, da parte del datore di lavoro, del livello complessivo del monte orario di lavoro (**comma 2**) e al rispetto dei limiti di spesa complessiva di cui al **comma 5**. Quest'ultimo pone anche le clausole relative al monitoraggio della spesa e all'esclusione del riconoscimento del beneficio dopo l'eventuale raggiungimento, anche in via prospettica, del limite. Sono esclusi dall'ambito del beneficio (che riguarda, come detto, i datori di lavoro privati) i rapporti di lavoro domestico e i rapporti di apprendistato (**comma 4**). Il beneficio non è cumulabile con altri sgravi contributivi (inerenti allo stesso rapporto di lavoro), mentre è compatibile con la maggiorazione del costo ammesso in deduzione fiscale in presenza di nuove assunzioni con incremento occupazionale, di cui all'articolo 4 del D.Lgs. 30 dicembre 2023, n. 216, e successive modificazioni.

Il **comma 3**, come detto, demanda a un decreto ministeriale, emanato secondo la procedura e il termine previsti dal medesimo **comma**, la definizione delle disposizioni attuative dell'esonero.

Si ricorda altresì che il **comma 1** fa riferimento alla finalità di favorire la conciliazione tra attività lavorativa e vita privata.

[46] Di cui all'articolo 1, comma 20, della L. 20 maggio 2016, n. 76.
[47] Di cui all'articolo 1, comma 36, della citata L. n. 76 del 2016.
[48] Viene esplicitato che l'esonero contributivo non determina una riduzione dell'aliquota di computo della prestazione pensionistica.

Articolo 50
(Congedi parentali e congedi per malattia di figli minorenni)

Il **comma 1** dell'**articolo 50** estende[49] l'ambito di applicazione dei congedi parentali dei lavoratori dipendenti; l'ampliamento concerne l'applicabilità anche con riferimento ai figli di età compresa tra i 12 e i 14 anni e, in caso di adozione, nazionale o internazionale, o di affidamento, con riferimento ai minori fino al quattordicesimo anno di ingresso nella famiglia[50], anziché fino al dodicesimo anno.
Il successivo **comma 2** modifica la disciplina dei congedi dei lavoratori dipendenti per malattia dei figli di età superiore a tre anni (congedi spettanti, per il medesimo giorno, in via alternativa a uno dei genitori); la novella[51] eleva da cinque a dieci giorni lavorativi all'anno il limite di tali congedi fruibili da ciascun genitore ed estende l'applicabilità dell'istituto con riferimento ai minori di età compresa tra 8 e 14 anni. Resta fermo che la disciplina statale non contempla per tali congedi una forma di remunerazione, prevedendo, tuttavia, una specifica modalità di copertura previdenziale figurativa[52].

La **relazione tecnica** quantifica gli oneri finanziari derivanti dal **comma 1** in 14,3 milioni di euro per l'anno 2026 e in un valore annuo leggermente crescente nel decennio di riferimento; per l'anno 2035 la misura dell'onere è stimata in 17,2 milioni. Gli oneri finanziari derivanti dal **comma 2** sono stimati in 5,1 milioni di euro per l'anno 2026 e in un valore annuo leggermente crescente nel decennio di riferimento; per l'anno 2035 la misura dell'onere è stimata in 6,0 milioni.

Per un quadro sintetico della disciplina finora vigente dei congedi parentali, si rinvia ad una pagina del sito *internet* istituzionale dell'INPS.
Riguardo ai congedi per malattia dei figli, si ricorda che la disciplina oggetto della novella di cui al **comma 2** concerne – in base al rinvio di cui all'articolo 50 del testo unico di cui al D.Lgs. 26 marzo 2001, n. 151[53]– anche i casi summenzionati di adozione e di affidamento, con riferimento ai minori di età superiore a sei anni (nel caso di età inferiore, si applicano le norme previste in via generale per i congedi per malattia di figli di età non superiore a tre anni[54]). *Tuttavia*, la suddetta

[49] Il **comma** reca alcune novelle nel testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al D.Lgs. 26 marzo 2001, n. 151, e successive modificazioni.
[50] Resta fermo che il congedo non spetta dopo il compimento della maggiore età da parte del soggetto adottato o in affidamento (articolo 36, comma 2, del citato testo unico di cui al D.Lgs. n. 151 del 2001, e successive modificazioni).
[51] La novella concerne l'articolo 47, comma 2, del citato testo unico di cui al D.Lgs. n. 151 del 2001.
[52] Riguardo a quest'ultima, cfr. l'articolo 49, commi 2 e 3, del citato testo unico di cui al D.Lgs. n. 151 del 2001. Si ricorda che nel caso di malattia di figli di età non superiore a tre anni, il diritto al congedo (non retribuito in base alla disciplina statale) e alla relativa copertura figurativa non ha limiti di durata (cfr. gli articoli 47, comma 1, e 49, comma 1, del medesimo testo unico).
[53] Riguardo al testo unico, cfr. *supra*, in nota.
[54] Riguardo a queste ultime, cfr. *supra*, in nota.

norma di rinvio – che non è oggetto della novella di cui al presente **comma 2** – fa esplicito riferimento al limite dell'ottavo anno; *si consideri l'esigenza di una valutazione, con riferimento al comma 2 del citato articolo 50 del testo unico, che contempla il limite suddetto, e, per motivi di coordinamento, con riferimento al successivo comma 3.*

Articolo 51
(Prolungamento del contratto di lavoro stipulato in sostituzione delle lavoratrici in congedo)

L'**articolo 51** prevede la possibilità di prolungare il contratto di lavoro della lavoratrice o del lavoratore – assunti a tempo determinato, anche in somministrazione, al fine di sostituire le lavoratrici in congedo di maternità o parentale ai sensi del d. lgs n.151 del 2001 - per un ulteriore periodo di affiancamento della "lavoratrice sostituita" non superiore al primo anno di età del bambino.

La relazione tecnica ascrive alle disposizioni in oggetto effetti finanziari, in termini di maggiori oneri complessivi, al netto degli effetti fiscali, pari a 2 milioni di euro nel 2026, 3,8 milioni di euro per il 2027, 3,2 milioni di euro per il 2028, 3,7 milioni di euro per il 2029, 3,8 milioni di euro per il 2030, 3,9 milioni di euro per il 2031, 3,9 milioni di euro per il 2032, 4 milioni di euro per il 2033, 4,1 milioni di euro per il 2034, 4,3 milioni di euro per il 2035

L'articolo 51, al fine di favorire la conciliazione vita-lavoro e garantire la parità di genere sul lavoro**,** interviene sull'articolo 4 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, aggiungendo, dopo il comma 2, un ulteriore comma 2-*bis*, prevedendo la possibilità di prolungare il contratto di lavoro della lavoratrice o del lavoratore – assunti a tempo determinato, anche in somministrazione[55], al fine di sostituire le lavoratrici in congedo di maternità o parentale ai sensi del d. lgs n.151 del 2001 - per un ulteriore periodo di affiancamento della lavoratrice sostituita, di durata, comunque, non superiore al primo anno di età del bambino.

Si ricorda che l'art. 4, ai commi 1 e 2, prevede la possibilità per il datore di lavoro di assumere personale con contratto a tempo determinato, anche in somministrazione, al fine di sostituire **le lavoratrici e i lavoratori** assenti dal lavoro, in virtù delle disposizioni del presente testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità (d. lgs n. 151/2001 - ovvero in congedo di maternità o di paternità o parentale o per malattia del figlio), anche con anticipo fino ad un mese rispetto al periodo di inizio del congedo (salvo periodi superiori previsti dalla contrattazione collettiva).
Il comma 3, inoltre, prevede che **nelle aziende con meno di venti dipendenti**, per i contributi a carico del datore di lavoro che assume personale con contratto a tempo determinato in sostituzione di lavoratrici e lavoratori in congedo, è concesso **uno sgravio contributivo del 50 per cento**. Quando la sostituzione avviene con

[55] I commi 1, 2 e 3 dell'art. 4 del D.lgs 151/2001 fanno riferimento all'utilizzo di personale con contratto temporaneo nonché a società di fornitura di lavoro temporaneo, richiamando peraltro normative ormai abrogate e definizioni superate dalla disciplina sulla somministrazione recata dal d.lgs 81/2015.

contratto di somministrazione, l'impresa utilizzatrice recupera dalla società somministratrice le somme corrispondenti allo sgravio da questa ottenuto.
Il comma 4 del medesimo articolo stabilisce che le disposizioni del comma 3 trovano applicazione fino al compimento di un anno di età del figlio della lavoratrice o del lavoratore in congedo o per un anno dall'accoglienza del minore adottato o in affidamento[56].
Al riguardo, giova ricordare, come peraltro rilevato dalla stessa relazione tecnica del provvedimento in esame, che la circolare INPS n. 136 del 2001 ha precisato il periodo temporale di spettanza del beneficio concesso ai sensi dell'articolo 4 del citato decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, stabilendo che "I benefici contributivi continuano a trovare applicazione fino al compimento di un anno di età del figlio della lavoratrice o del lavoratore in astensione e, per un anno, dall'accoglienza del minore adottato o in affidamento la relazione tecnica". Come evidenziato nella medesima relazione tecnica, da ciò si interpreta che nel momento in cui la lavoratrice o il lavoratore torna al lavoro dopo la fruizione del periodo di astensione, cessa il beneficio contributivo per il contratto datore di lavoro sul contratto posto in essere in sostituzione della stessa.
La finalità della disposizione in esame, dunque, come osservato nella già richiamata relazione tecnica, è quella di garantire la prosecuzione della fruizione dello sgravio anche dopo il rientro della lavoratrice dalla maternità per un ulteriore periodo "di affiancamento", sempre entro l'anno di vita del bambino.

Considerato che l'art. 51 in esame, nel consentire la prosecuzione del contratto di lavoro a tempo determinato in oggetto fa riferimento esclusivamente all'esigenza di affiancare la lavoratrice sostituita (al suo ritorno al lavoro) e non al lavoratore, *si valuti l'opportunità di chiarirne l'ambito di applicazione, a fronte del fatto che la sostituzione, sulla base della normativa vigente, può riguardare sia le madri lavoratrici sia i padri lavoratori in congedo, come peraltro ricordato nella medesima relazione tecnica del provvedimento.*

La stessa relazione tecnica - sulla base di stime riguardanti il numero di assunzioni in sostituzione di **lavoratori in maternità** (ridotto del 50 per cento), il periodo medio di affiancamento dopo il rientro al lavoro della lavoratrice in astensione per maternità (stimato considerando il periodo di astensione obbligatoria e la possibile fruizione di ulteriori periodi di congedo parentale), il ricorso al *part time*, la retribuzione media mensile, l'aliquota contributiva media a carico del datore di lavoro, gli effetti fiscali derivanti dall'esonero contributivo - ascrive alle disposizioni in oggetto effetti finanziari, in termini di maggiori oneri, al netto degli effetti fiscali, pari a 2 milioni di euro nel 2026, 3,8 milioni di euro per il 2027, 3,2 milioni di euro per il 2028, 3,7 milioni di euro per il 2029, 3,8 milioni di euro per

[56] Ai sensi del comma 5 dell'art. 4 del D.lgs 151/2001, le medesime possibilità di assunzionesono previste anche a favore delle lavoratrici autonome, in caso di maternità delle suddette lavoratrici, e comunque entro il primo anno di età del bambino o nel primo anno di accoglienza del minore adottato o in affidamento, , per un periodo massimo di dodici mesi, con le medesime agevolazioni di cui al precedente comma 3.

il 2030, 3,9 milioni di euro per il 2031, 3,9 milioni di euro per il 2032, 4 milioni di euro per il 2033, 4,1 milioni di euro per il 2034, 4,3 milioni di euro per il 2035.

Si ricorda, infine, che la disciplina vigente in materia di contratti a tempo determinato è attualmente dettata dal richiamato D.Lgs. 81/2015, come modificato dal D.L. 87/2018 (cd. Decreto dignità) e dal D.L. 48/2023 (cd. decreto lavoro).

Al contratto di lavoro subordinato può essere apposto un termine di durata non superiore a dodici mesi. Il contratto può avere una durata superiore, ma comunque non eccedente i ventiquattro mesi, solo in presenza di almeno una delle seguenti condizioni:

a) nei casi previsti dai contratti collettivi nazionali, territoriali o aziendali stipulati da associazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale e i contratti collettivi aziendali stipulati dalle loro rappresentanze sindacali aziendali ovvero dalla rappresentanza sindacale unitaria;

b) in assenza delle previsioni di cui alla lettera a), nei contratti collettivi applicati in azienda, e comunque entro il 31 dicembre 2025, per esigenze di natura tecnica, organizzativa o produttiva individuate dalle parti;

b-*bis)* in sostituzione di altri lavoratori

Attualmente, a seguito delle modifiche introdotte dal D.L. 48/2023, la possibilità della acausalità al di sotto dei 12 mesi è consentita non solo per le ipotesi di proroga ma anche in caso di rinnovo.

Si ricorda che la disciplina vigente conferma la previsione introdotta dal D.L. 81/2017 in base a cui non vi è un limite al numero dei rinnovi, purché sia rispettata la durata massima di 24 mesi, mentre il numero di proroghe, sempre entro il medesimo arco temporale, non può essere superiore a 4, nonché quella introdotta dal D.L. 73/2021 secondo cui qualora il lavoratore sia riassunto a tempo determinato entro dieci giorni dalla data di scadenza di un contratto di durata fino a sei mesi, ovvero venti giorni dalla data di scadenza di un contratto di durata superiore a sei mesi, il secondo contratto si trasforma in contratto a tempo indeterminato.

Articolo 52
(Fondo per le attività socioeducative a favore dei minori)

L'articolo 52 istituisce un **Fondo per le attività socio-educative a favore dei minori,** con una dotazione pari a 60 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, destinato al finanziamento di iniziative dei comuni volte al potenziamento dei centri estivi, dei servizi socioeducativi territoriali e dei centri con funzione educativa e ricreativa.

L'**articolo 52** comporta oneri pari **60 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026**.

L'articolo in commento, composto da due commi, istituisce un **Fondo per le attività socio-educative a favore dei minori,** con una dotazione pari a 60 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026.

In particolare, il **comma 1**, al fine di sostenere le famiglie e facilitare la conciliazione fra vita privata e lavoro, istituisce nello stato di previsione della spesa del Ministero dell'economia e delle finanze, per il successivo trasferimento al bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei ministri - **Dipartimento per le politiche della famiglia**, un Fondo con una dotazione pari a **60 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026**, per le attività socio-educative a favore dei minori, destinato al finanziamento di **iniziative dei comuni**, da attuare anche in collaborazione con enti pubblici e privati, finalizzate al potenziamento dei **centri estivi**, dei **servizi socioeducativi territoriali** e dei **centri con funzione educativa e ricreativa** che svolgono attività a favore dei minori.
Il **comma 2** prevede che, con decreto dell'autorità politica delegata alle politiche per la famiglia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato, città ed autonomie locali, da adottare entro il 30 marzo di ciascun anno, sono stabiliti:
a) i **criteri di riparto** delle risorse da destinare ai comuni;
b) le modalità di **monitoraggio** dell'attuazione degli interventi finanziati e quelle di recupero delle somme trasferite nel caso di mancata o inadeguata realizzazione dell'intervento.

La **relazione tecnica** anticipa che tale **decreto** individuerà i criteri di riparto delle risorse destinate ai Comuni tenuto conto dei **dati ISTAT relativi alla popolazione minorenne** sulla base dell'ultimo censimento della popolazione residente.

Si fa presente che, per **finalità in parte sovrapponibili** a quelle di cui all'articolo in esame, l'articolo 1, commi 213-216, della legge 30 dicembre 2024, n. 207 (legge di bilancio 2025) ha istituito il **Fondo per il sostegno alle attività educative formali e non formali,** con una dotazione pari a **3 milioni** di euro per l'anno **2025**, **3,5 milioni** di euro per l'anno **2026** e **4 milioni** di euro per l'anno **2027**.

In particolare, il **comma 213** ha istituito tale fondo nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, per il successivo trasferimento al bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei ministri, al fine di contribuire al finanziamento, nel limite di spesa autorizzato, di **iniziative dei comuni**, da realizzare anche in collaborazione con enti pubblici e privati, ovvero con le istituzioni scolastiche del sistema nazionale di istruzione, anche promuovendo le comunità educanti, per le finalità descritte subito a seguire.
Il Fondo predetto è **istituito al fine di incentivare e sostenere in tutto il Paese le attività educative e ricreative**, **anche non formali**, che coinvolgono le bambine, i bambini e gli adolescenti, di contrastare la povertà educativa e l'esclusione sociale, di favorire il protagonismo delle nuove generazioni anche con il coinvolgimento delle stesse nei processi decisionali che li riguardano, in coerenza con le linee guida per la partecipazione di bambine e bambini e ragazze e ragazzi, adottate con decreto del Ministro per le pari opportunità e la famiglia 12 luglio 2022, nonché di sostenere le famiglie anche mediante l'offerta di opportunità educative rivolte al benessere dei figli dalla nascita fino al compimento della maggiore età e per incentivare il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore e degli enti religiosi che svolgono attività di oratorio o attività similari, attraverso le forme di co-programmazione e di co-progettazione previste dagli articoli da 55 a 57 del codice del Terzo settore, nonché per promuovere la diffusione di opportunità educative, anche non formali, rivolte al benessere dei minori.
Il **comma 214** prevede che le iniziative di cui al comma precedente possono essere svolte, anche attraverso accordi con i comuni limitrofi, **presso le scuole**, i **centri estivi**, i **servizi socio-educativi territoriali**, i **centri con funzione educativa e ricreativa per i minori**, gli **enti religiosi** ovvero con altre modalità definite nella co-progettazione al fine di promuovere e potenziare i percorsi di sviluppo, di crescita e di promozione del benessere psico-fisico dei minori, anche attraverso l'attività sportiva, artistica e musicale, con particolare attenzione all'apprendimento delle discipline scientifiche, tecnologiche, ingegneristiche e matematiche.
Il **comma 215** statuisce che con **decreto del Presidente del Consiglio dei ministri,** di concerto con il Ministero dell'interno e con il Ministero dell'economia e delle finanze, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del disegno di legge in esame, sono stabilite le modalità di attuazione dei commi 213 e 214, anche al fine del rispetto del limite di spesa di cui al comma 213.
Il **comma 216** dispone che agli **oneri** derivanti dall'attuazione dei commi 213 e 214, pari a 3 milioni di euro per l'anno 2025, 3,5 milioni di euro per l'anno 2026 e 4 milioni di euro per l'anno 2027, **si provvede** mediante corrispondente riduzione del **Fondo per far fronte ad esigenze indifferibili** di cui all'articolo 1, comma 200, della legge n. 190 del 2014, come rifinanziato dalla stessa legge di bilancio 2025.

Si segnala, peraltro, che sul medesimo argomento è in corso di esame, presso le Commissioni VII (Cultura) e XII (Affari sociali) della Camera dei deputati, una **proposta di legge** recante **disposizioni per il sostegno delle attività educative e ricreative non formali** (AC 1311). Rispetto alle norme già approvate nella legge di bilancio 2025, che si sono sopra illustrate, la proposta di legge appena citata **presenta un contenuto più ampio**, per una disamina del quale si rinvia al relativo dossier di documentazione.

Articolo 53
(Fondo per le iniziative legislative a sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver *familiare)*

L'**articolo 53** istituisce, nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, il **Fondo per il finanziamento delle iniziative legislative a sostegno del ruolo di cura e di assistenza del *caregiver* familiare**. Tale fondo, destinato alla copertura finanziaria di interventi legislativi di iniziativa governativa volti alla **definizione della figura del *caregiver* familiare delle persone con disabilità** e al **riconoscimento del valore sociale ed economico** della relativa attività di cura non professionale, ha una dotazione di **1,15 milioni di euro per l'anno 2026** e di **207 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027**.

Il prospetto riepilogativo degli effetti finanziari ascrive alla presente disposizione maggiori spese per **1,2 milioni di euro per il 2026** e **207 milioni di euro annui** a decorrere **dal 2027**.

L'**articolo 53**, composto da un unico comma, istituisce nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze il **Fondo per il finanziamento delle iniziative legislative a sostegno del ruolo di cura e di assistenza del *caregiver* familiare**, indirizzato alla copertura finanziaria di interventi legislativi di iniziativa governativa volti alla **definizione della figura del *caregiver* familiare delle persone con disabilità** e al **riconoscimento del valore sociale ed economico** della relativa attività di cura non professionale. Tale fondo ha una dotazione di **1,15 milioni di euro per l'anno 2026** e di **207 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027**.

Come evidenziato dalla relazione illustrativa, la disposizione pone le basi per la costruzione di un sistema di sostegni, tutele e servizi adeguati che possa supportare concretamente i *caregiver* familiari, a partire da quelli familiari conviventi e prevalenti, e si inserisce nel contesto delle misure volte a garantire la piena attuazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata e resa esecutiva con legge n. 18 del 2009[57].

In proposito si ricorda che la legge di bilancio per il 2021 (articolo 1, comma 334, L. n. 178 del 2020) ha istituito un Fondo destinato alla **copertura finanziaria di interventi legislativi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale svolta dal *caregiver* familiare** (v. box *infra*).

[57] *Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità*.

La disposizione in commento sembra pertanto volta a istituire un nuovo fondo destinato a finanziare interventi legislativi esclusivamente di iniziativa governativa.

Al riguardo, si valuti l'opportunità di riformulare la disposizione, in considerazione dei soggetti titolari di iniziativa legislativa ai sensi dell'articolo 71 della Costituzione, prevedendo la destinazione delle risorse ivi stanziate alla copertura finanziaria di interventi legislativi, a prescindere dai soggetti da cui tale iniziativa provenga, e non solo di quelli di iniziativa del Governo.

Si rileva, tuttavia, che in tal modo risulterebbero vigenti due fondi per la copertura finanziaria di interventi legislativi con le medesime finalità.

Si ricorda che il profilo del ***caregiver* familiare** è stato riconosciuto e delineato normativamente per la prima volta dalla legge di bilancio per il 2018 (articolo 1, commi 254-256, L. n. 205 del 2017), che al comma 255 lo definisce come "persona che assiste e si prende cura di specifici soggetti". Più precisamente, la norma definisce il *caregiver* familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge n. 76 del 2016[58], di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, in presenza di un *handicap* grave, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata , o sia titolare di indennità di accompagnamento.
La Corte di Giustizia dell'Unione europea (causa C-38/24, pubblicata l'11 settembre 2025) ha riconosciuto ai *caregiver* familiari il diritto a ottenere "accomodamenti ragionevoli" sul posto di lavoro, per poter svolgere la loro attività di assistenza.
Attualmente, presso la XII Commissione Affari sociali della Camera dei deputati sono all'esame diverse proposte di legge di iniziativa parlamentare (A.C. 114 ed abb.) finalizzate ad introdurre una **disciplina per il riconoscimento della figura del *caregiver* familiare** ed il sostegno dell'attività di cura ed assistenza delle persone più fragili svolta dalla stessa[59].

Si ricorda, inoltre, che in attuazione degli articoli 3, 4 e 5 della L. n. 33 del 2023[60] è stato emanato dal Governo il D.Lgs. n. 29 del 2024[61], contenente disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane. L'articolo 39 del citato D.Lgs. n. 29 del 2024, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 5, comma 2, lett. *c)*, della citata L. n. 33 del 2023, ha riconosciuto il **valore sociale ed economico per l'intera collettività dell'attività di assistenza e cura non professionale e non retribuita prestata nel contesto familiare a favore di persone anziane e di persone anziane non**

58 *Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e disciplina delle convivenze*.
59 Qui il dossier del Servizio Studi della Camera dei deputati.
60 *Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*.
61 *Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33*.

autosufficienti che necessitano di assistenza continuativa anche a lungo termine per malattia, infermità o disabilità[62].

Si ricorda, infine, che, in attuazione della L. n. 227 del 2021[63], è stato emanato il D.Lgs. n. 62 del 2024[64] che ha riformato la disciplina riguardante la definizione e l'accertamento della condizione di disabilità. Secondo le nuove disposizioni, è **persona con disabilità chi presenta durature compromissioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri, accertate all'esito della valutazione di base**. La persona con disabilità ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla necessità di sostegno o di sostegno intensivo, correlata ai domini della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF) dell'Organizzazione mondiale della sanità, individuata all'esito della valutazione di base, anche in relazione alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie. La necessità di sostegno può essere di livello lieve o medio, mentre il sostegno intensivo è sempre di livello elevato o molto elevato.
La **valutazione di base** è il procedimento unitario volto al riconoscimento della condizione di disabilità e all'accertamento delle seguenti condizioni e fattispecie: invalidità civile; cecità civile; sordità civile; sordocecità; disabilità in età evolutiva al fine dell'inclusione scolastica; disabilità al fine dell'applicazione della cosiddetta disciplina lavoristica sul collocamento obbligatorio; presupposti per la concessione di assistenza protesica, sanitaria e riabilitativa, prevista dai livelli essenziali di assistenza sanitaria; elementi utili alla definizione della condizione di non autosufficienza, nonché di disabilità gravissima; requisiti necessari per l'accesso ad agevolazioni fiscali o relative alla mobilità, nonché ad ogni altra prestazione prevista, conseguenti all'accertamento dell'invalidità.

- ***Fondi dedicati alla figura del* caregiver *familiare***

La legge di bilancio per il 2018 (articolo 1, comma 254, L. n. 205 del 2017) ha istituito il **Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del *caregiver* familiare**, con una dotazione iniziale di 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020, destinato alla copertura finanziaria di interventi legislativi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del *caregiver* familiare. Il D.L. n. 86 del 2018[65] di riordino delle competenze dei ministeri ne ha disposto il trasferimento dallo stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali al bilancio della Presidenza del Consiglio dei ministri, prevedendo al contempo

[62] Per maggiori dettagli si consulti il dossier dei Servizi Studi della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica.
[63] *Delega al Governo in materia di disabilità*.
[64] *Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato*.
[65] *Disposizioni urgenti in materia di riordino delle attribuzioni dei Ministeri dei beni e delle attività culturali e del turismo, delle politiche agricole alimentari e forestali e dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, nonché in materia di famiglia e disabilità*.

che la **dotazione del medesimo Fondo fosse destinata ad interventi in materia**, adottati secondo criteri e modalità stabiliti con decreto del Presidente del Consiglio, ovvero del Ministro delegato per la famiglia e le disabilità, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sentita la Conferenza unificata. La legge di bilancio per il 2019 (art. 1, comma 483, L. n. 145 del 2018) ha incrementato tale Fondo di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2019, 2020 e 2021. L'ultimo decreto di riparto delle risorse (anno 2023), nel definire i criteri e le modalità di utilizzo delle risorse del Fondo stabilendo che le somme siano utilizzate con **priorità** di destinazione ai *caregiver* che assistono persone in condizione di **disabilità gravissima** o persone che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali, ha complessivamente previsto il riparto di 25.807.485 euro.

La legge di bilancio per il 2024 (articolo 1, comma 212, L. n. 213 del 2023) ha disposto l'abrogazione del citato articolo 1, comma 254, della legge di bilancio per il 2018 che ha istituito il Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del *caregiver* familiare; tale Fondo è confluito nel **Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità** (istituito dall'articolo 1, comma 210, della citata L. n. 213 del 2023), il quale aveva una dotazione iniziale di euro 552.177.454 per l'anno 2024 e di euro 231.807.485 annui a decorrere dall'anno 2025. L'articolo 9-*bis*, comma 1, del D.L. n. 71 del 2024[66] ha incrementato la dotazione del fondo di 14.460.000 euro per l'anno 2024, di 213.462.224 euro per l'anno 2025, di 158.427.884 euro per l'anno 2026 e di 108.427.884 euro annui a decorrere dall'anno 2027. Il fondo è stato da ultimo rideterminato dall'articolo 4, comma 7-*ter*, del D.L. n. 208 del 2024[67]. Con il decreto 8 gennaio 2025 del Ministro per le disabilità sono stati stabiliti i criteri e le modalità di riparto della quota parte di euro 30 milioni del Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità per finanziare interventi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del *caregiver* familiare per l'anno 2024.

La legge di bilancio per il 2021 (art. 1, comma 334, L. n. 178 del 2020) ha istituito un **secondo Fondo**, destinato alla **copertura finanziaria di interventi legislativi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale svolta dal *caregiver* familiare**, con una dotazione iniziale di 30 milioni per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023. Il Fondo è stato incrementato, ad opera della Sezione II della legge di bilancio per il 2022 (L. n. 234 del 2021), di 50 milioni di euro per ciascun anno del triennio 2022-2024. La legge di bilancio per il 2025 (art. 1, comma 235, L. n. 207 del 2024) ha stabilito che, fino all'adozione dei suddetti interventi legislativi, le risorse del Fondo sono destinate alle **medesime finalità del Fondo per le non autosufficienze** (istituito dall'articolo 1 commi 1264-1265, L. n. 296 del 2006[68]), **per l'erogazione dei servizi socio-assistenziali** nelle aree previste all'articolo 1, comma 162, della legge di bilancio per il 2022 (L. n. 234 del 2021): assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie. Da ultimo, in base allo stato di previsione

[66] *Disposizioni urgenti in materia di sport, di sostegno didattico agli alunni con disabilità, per il regolare avvio dell'anno scolastico 2024/2025 e in materia di università e ricerca* (conv. con mod. dalla L. n. 106 del 2024).

[67] *Misure organizzative urgenti per fronteggiare situazioni di particolare emergenza, nonché per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza* (conv. con mod. dalla L. n. 20 del 2025).

[68] *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)*.

del Ministero del lavoro e delle politiche sociali allegato al disegno di bilancio in esame, il fondo risulta finanziato con un importo pari 56,35 milioni di euro per l'anno 2026.

Articolo 54
(Rifinanziamento del Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità)

L'**articolo 54** dispone un **incremento** del **Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità**, per specifiche finalità in materia di **Piano strategico nazionale contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica**, nonché per il **potenziamento dei centri antiviolenza** e delle **case-rifugio**.

La disposizione incrementa la dotazione del Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità di **10 milioni** di euro **annui**, **a decorrere dall'anno 2026**.

L'articolo in esame prevede un incremento delle risorse del Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità pari a 10 milioni di euro annui a decorrere dal 2026.

Si ricorda che il Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità è stato istituito dall'articolo 19, comma 3, del decreto-legge 223/2006, convertito, con modificazioni, dalla legge 248/2006, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri.
Si fa presente - per quanto in tale sede di interesse - che una parte del Fondo è destinata all'attuazione del Piano strategico nazionale contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica. Quota parte delle risorse a ciò destinate viene annualmente ripartita tra le regioni, attraverso un decreto del Ministro per la famiglia, la natalità e le pari opportunità (da ultimo v. decreto 28 novembre 2024).
Più nel dettaglio, in base a tale decreto ministeriale, si tratta di: 40 milioni da destinare al potenziamento delle forme di assistenza e di sostegno alle donne vittime di violenza e ai loro figli attraverso modalità omogenee di rafforzamento della rete dei servizi territoriali già esistenti in ogni regione (nello specifico, 20 milioni a favore dei centri antiviolenza pubblici e privati già esistenti e 20 milioni a favore delle case-rifugio pubbliche e private già esistenti); 6 milioni per l'attuazione degli obiettivi di cui al «Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne» e, in particolare, per la realizzazione di iniziative volte a sostenere la ripartenza economica e sociale nel percorso di fuoriuscita dal circuito di violenza, gli interventi per il sostegno abitativo e il **reinserimento lavorativo**; 9 milioni per la realizzazione di ulteriori interventi a titolarità regionale volti all'*empowerment* femminile, il reinserimento lavorativo, secondo un approccio di genere nelle politiche in favore delle donne come strumento di prevenzione e contrasto della violenza economica maschile e delle molestie sul luogo di lavoro, coerentemente con gli obiettivi di cui alla Strategia nazionale per la parità di genere 2021-2026.
Con il medesimo decreto si sono altresì previste - in attuazione dell'art. 1, comma 189, della legge 30 dicembre 2023, n. 213 (legge di bilancio 2024) - una ripartizione tra le regioni di risorse del fondo, per un importo pari a 5.000.000,00 di euro, per la realizzazione di centri antiviolenza , e - in attuazione dell'art. 1, comma 194 della medesima legge – una ripartizione di risorse del fondo stesso, per un importo pari a 20.000.000,00 di euro, per realizzare e acquistare immobili da adibire a case rifugio.

Si segnala, infine, che, da ultimo, la legge n. 207 del 2024 (legge di bilancio per l'anno finanziario 2025) ha previsto, ai sensi dell'articolo 1, comma 221, un incremento delle risorse del Fondo pari a 3 milioni di euro annui a decorrere dal 2025, con finalità di potenziamento di attività di **orientamento e formazione al lavoro** per le donne vittime di violenza**, allo scopo di consentirne l'emancipazione e l'indipendenza economica**. Un ulteriore incremento di 1 milione di euro annui a decorrere dall'anno 2025 del medesimo Fondo, da destinare al c.d. "reddito di libertà", è stato previsto dalla medesima legge di bilancio 2025, ai sensi dell'articolo 1, comma 222.

Come specificato dalla disposizione in titolo, il rifinanziamento del Fondo è finalizzato a supportare una specifica finalità perseguita dal Piano strategico nazionale contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica.
La finalità in oggetto - di cui all'articolo 5, comma 2, lettera d), decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 ottobre 2013, n. 119 - è quella di potenziare le forme di assistenza e di sostegno alle donne vittime di violenza e ai loro figli attraverso modalità omogenee di rafforzamento della rete dei servizi territoriali, dei centri antiviolenza e dei servizi di assistenza alle donne vittime di violenza.

Il rifinanziamento è altresì diretto a potenziare le azioni dei centri antiviolenza e delle case-rifugio (finalità di cui all'articolo 5-*bis* del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 ottobre 2013, n. 119, anch'essa espressamente indicata nell'articolo 54 in commento).

Come evidenziato nella relazione illustrativa, le **risorse** in oggetto sono quindi finalizzate a rafforzare, in relazione alle donne vittima di violenza, le **azioni di orientamento e di formazione al lavoro**, favorendone l'effettiva **emancipazione** e l'**indipendenza economica**. Si sottolinea anche che la disposizione nasce dall'esigenza di assicurare risorse finanziarie adeguate al finanziamento dei centri antiviolenza e delle case rifugio, il cui numero è in costante aumento.
La relazione illustrativa specifica altresì che la disposizione in esame è tesa a consentire a tali strutture di programmare le attività e i servizi da erogare ai fini dell'accoglienza e protezione delle donne, nonché di accompagnamento delle stesse per la fuoriuscita dalla condizione di violenza e di violenza domestica, in coerenza anche con le disposizioni della legge di bilancio per l'anno 2022, che ha reso strutturale l'adozione di un Piano Strategico nazionale sul fenomeno della violenza nei confronti delle donne e sulla violenza domestica.

Articolo 55
(Incremento del Fondo pari opportunità per interventi a favore delle donne vittime di violenza)

L'**articolo 55** dispone l'incremento, per un importo di 0,5 milioni di euro per l'anno 2026 e di 4 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027, del **Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità** per finanziare interventi a favore delle **donne vittime di violenza**.

L'**articolo 55** prevede interventi determinano oneri pari a 0,5 milioni di euro per l'anno 2026 e a 4 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.

L'**articolo 55** prevede un incremento delle risorse del **Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità,** di cui all'art. 19, comma 3, del decreto-legge n. 223 del 2006, per un importo pari a 0,5 milioni di euro per l'anno 2026 e a 4 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027, da destinare al c.d. "**reddito di libertà**".

Il reddito di libertà è una misura introdotta dell'art. 105-*bis* del decreto-legge 34/2020, convertito, con modificazioni, dalla legge 77/2020, al fine di contenere i gravi effetti economici derivanti dal Covid-19 per le donne in condizione di maggiore vulnerabilità e per favorire, attraverso l'indipendenza economica, percorsi di autonomia e di emancipazione delle donne vittime di violenza in condizione di povertà. Si ricorda che la legge di bilancio per il 2025 ha stabilito per tale finalità un incremento del Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità di 1 milione di euro l'anno a decorrere dal 2025.

Il **Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità** è stato istituito dall'articolo 19, comma 3, del decreto-legge 223/2006, convertito, con modificazioni, dalla legge 248/2006, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri. Lo scorso anno le risorse assegnate dalla legge di bilancio al sostegno delle politiche per le pari opportunità sono state pari **a euro 136.401.682 con un aumento di euro 30.986.872** rispetto all'anno precedente.

Una parte del Fondo è destinata al finanziamento di **azioni finalizzate alla prevenzione e al contrasto della violenza maschile nei confronti delle donne** ed in particolare all'attuazione del Piano strategico nazionale contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica. Quota parte delle suddette risorse viene annualmente ripartita tra le regioni, attraverso un decreto del Ministro per la famiglia, la natalità e le pari opportunità (da ultimo v. decreto 28 novembre 2024). Più nel dettaglio si tratta di:

- 40 milioni da destinare al potenziamento delle forme di assistenza e di sostegno alle donne vittime di violenza e ai loro figli attraverso modalità omogenee di rafforzamento della rete dei servizi territoriali già esistenti in ogni regione (nello specifico, 20 milioni a favore dei centri antiviolenza pubblici e privati e 20 milioni a favore delle case-rifugio pubbliche e private);

- 6 milioni per l’attuazione degli obiettivi di cui al «Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne» e, in particolare, per la realizzazione di iniziative volte a sostenere il percorso di fuoriuscita dal circuito di violenza, gli interventi per il sostegno abitativo e il reinserimento lavorativo;
- 9 milioni per la realizzazione di ulteriori interventi a titolarità regionale volti all'*empowerment* femminile, secondo un approccio di genere nelle politiche in favore delle donne come strumento di prevenzione e contrasto della volenza economica maschile e delle molestie sul luogo di lavoro, coerentemente con gli obiettivi di cui alla Strategia nazionale per la parità di genere 2021-2026 e al PNRR.

Articolo 56
(Contributo per il sostegno abitativo dei genitori separati o divorziati)

L'**articolo 56** prevede l'istituzione di un Fondo nello stato di previsione del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti destinato a misure di **sostegno abitativo ai genitori separati o divorziati,** non assegnatari dell'abitazione familiare di proprietà e con figli a carico; il contributo può essere riconosciuto fino al compimento del ventunesimo anno di età da parte del figlio.
Si demanda ad un **decreto ministeriale** la definizione dei criteri e delle modalità per l'attribuzione dei contributi a valere sul fondo medesimo.

L'**articolo 56** reca oneri pari a **20 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026**.

Il **comma 1** reca l'istituzione del fondo in esame con la finalità di garantire, come già accennato, un sostegno abitativo ai genitori separati o divorziati non assegnatari dell'abitazione familiare di proprietà e con figli a carico; il contributo può essere riconosciuto fino al compimento del ventunesimo anno di età da parte del figlio.
Prevede una dotazione finanziaria del fondo pari a **20 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026.**
Il **comma 2** demanda ad un **decreto** del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, da emanarsi di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, la definizione dei criteri e delle modalità per l'erogazione dei contributi a valere sul suddetto fondo, nel rispetto del limite di spesa costituito dalla dotazione del medesimo fondo.
Si valuti l'opportunità di definire in termini espliciti la nozione di figlio a carico.

Articolo 57
(Potenziamento delle misure contro la tratta degli esseri umani)

L'**articolo 57** incrementa di 4 milioni di euro per l'anno 2026 e di 9,2 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027 le risorse da destinare all'attuazione del **Piano nazionale d'azione contro la tratta e il grave sfruttamento degli esseri umani**.

L'**articolo 57** prevede interventi determinano oneri pari a 4 milioni di euro per l'anno 2026 e a 9,2 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.

L'**articolo 57** incrementa di 4 milioni di euro per l'anno 2026 e di 9,2 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027 le risorse da destinare al programma di emersione, assistenza e integrazione sociale attuativo del Piano nazionale **d'azione contro la tratta e il grave sfruttamento degli esseri umani.** Le somme sono destinate al bilancio della Presidenza del Consiglio.

A tal fine la disposizione interviene sull'articolo 1, comma 417, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016), che ha destinato al suddetto programma una somma pari a 3 milioni di euro per ciascuno degli anni 2016, 2017 e 2018, in attuazione del Piano nazionale d'azione contro la tratta e il grave sfruttamento degli esseri umani, nonché per la realizzazione delle correlate azioni di supporto e di sistema da parte della Presidenza del Consiglio dei ministri-Dipartimento per le pari opportunità. Da ultimo, tali risorse erano state incrementate per un importo pari a 2 milioni di euro per l'anno 2023 e a 7 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2024 ad opera dell'art. 1, comma 339, della L. 29 dicembre 2022, n. 197 (legge di bilancio 2023)

L'art. 18 del TU immigrazione (D.Lgs. n. 286 del 1998), ha previsto un **programma di emersione, assistenza e integrazione sociale** destinato agli stranieri e ai cittadini UE **vittime del reato di riduzione** (o mantenimento) in **schiavitù o servitù** (art. 600 c.p.)**, del reato di tratta** (art. 601 c.p.) **e del reato di acquisto e alienazione di schiavi (art. 602 c.p.)** o nei cui confronti siano accertate situazioni di violenza o di grave sfruttamento ed emergano concreti pericoli per la loro incolumità, per effetto dei tentativi di sottrarsi ai condizionamenti di un'associazione criminale dedita alla tratta o delle dichiarazioni rese nel corso delle indagini preliminari o del giudizio penale (comma 3-*bis*). Il programma garantisce, in via transitoria, adeguate condizioni di alloggio, di vitto e di assistenza sanitaria e, successivamente, la prosecuzione dell'assistenza e l'integrazione sociale. La disciplina del programma unico di emersione, assistenza e integrazione sociale è contenuta nel D.P.C.M. del 16 maggio 2016.
Il **Piano nazionale d'azione contro la tratta e il grave sfruttamento degli esseri umani** di cui all'articolo 13, comma 2-*bis*, della legge 11 agosto 2003, n. 228, è adottato su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri e del Ministro dell'interno nell'ambito delle rispettive competenze, sentiti gli altri Ministri interessati, previa acquisizione

dell'intesa in sede di Conferenza Unificata, al fine di definire strategie pluriennali di intervento per la prevenzione e il contrasto al fenomeno della tratta e del grave sfruttamento degli esseri umani, nonché azioni finalizzate alla sensibilizzazione, alla prevenzione sociale, all'emersione e all'integrazione sociale delle vittime. Il Piano nazionale d'azione contro la tratta e il grave sfruttamento degli esseri umani relativo al periodo 2022-2025 è stato adottato dal Consiglio dei ministri del 19 ottobre 2022 (l'adozione del precedente Piano risaliva a febbraio 2016 ed era relativo agli anni 2016-2018).

TITOLO IV - MISURE IN MATERIA DI PUBBLICO IMPIEGO

Articolo 58, comma 1
(Imposta sostitutiva per il trattamento economico accessorio dei lavoratori dipendenti pubblici)

L'**articolo 58, comma 1,** per il periodo di imposta relativo all'anno 2026, introduce, per i dipendenti pubblici non rientranti nel personale dirigenziale e aventi un determinato requisito di reddito, un'imposta sostitutiva dell'IRPEF e delle relative addizionali regionali e comunali, con riferimento al trattamento economico accessorio (ivi comprese le indennità di natura fissa e continuativa), fino a un limite massimo del relativo imponibile pari a 800 euro; l'aliquota dell'imposta sostitutiva è pari a 15 punti percentuali; il riconoscimento di tale regime tributario è subordinato alla condizione che il reddito da lavoro dipendente del soggetto non sia superiore a 50.000 euro. È escluso dall'ambito del regime sostitutivo il personale delle Forze di polizia a ordinamento civile e militare e delle Forze armate che benefici del regime tributario agevolato di cui all'articolo 45, comma 2, del D.Lgs. 29 maggio 2017, n. 95, e successive modificazioni[69].

La **relazione tecnica** quantifica le minori entrate derivanti dal **presente comma** in 358,5 milioni di euro per l'anno 2026 e in 60,2 milioni per l'anno 2027, mentre per l'anno 2028 viene stimato un effetto positivo (relativo all'addizionale comunale dell'IRPEF), pari a 4,6 milioni. Il **comma** non determina effetti finanziari per gli anni successivi al 2028.

Riguardo all'ambito di applicabilità dell'imposta sostitutiva in esame, la disposizione fa riferimento alle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni[70]; nell'ambito di esse, viene esplicitamente compreso anche il personale in regime cosiddetto di diritto pubblico[71].

---

[69] Si ricorda che anche quest'ultimo regime agevolato è subordinato al possesso di un reddito da lavoro dipendente non superiore a un determinato limite; per il beneficio relativo all'anno 2025, il limite di reddito da lavoro dipendente (riferito all'anno 2024) è pari a 30.208 euro (cfr. il D.P.C.M. 24 luglio 2025).

[70] Si ricorda che, in base al suddetto articolo 1, comma 2, per "amministrazioni pubbliche si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane, e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300", nonché (fino ad una revisione organica della disciplina di settore) il CONI.

[71] Riguardo a tale personale, cfr. l'articolo 3 dello stesso D.Lgs. n. 165 del 2001, e successive modificazioni.

Si valuti l'opportunità di chiarire a quale periodo di imposta si riferisca il suddetto limite di reddito da lavoro dipendente.
Per il personale dipendente dagli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale, il regime sostitutivo in esame è esplicitamente cumulabile con l'applicazione dei regimi tributari sostitutivi sui compensi per "prestazioni aggiuntive" e per lavoro straordinario, di cui all'articolo 7, comma 2, del D.L. 7 giugno 2024, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla L. 29 luglio 2024, n. 107, e all'articolo 1, comma 354, della L. 30 dicembre 2024, n. 207.
È fatta salva la facoltà di rinuncia scritta (da parte del lavoratore) al regime di imposta sostitutiva in esame, con conseguente applicazione delle imposte sui redditi ordinarie.

Riguardo a regimi di imposta sostitutiva nel settore del lavoro privato, cfr. i **commi da 1 a 6** del precedente **articolo 4**.

Articolo 58, comma 2
(Risorse finanziarie per il trattamento economico accessorio del personale di alcune amministrazioni)

Il **comma 2** prevede che, a decorrere dall'anno 2026, una quota del fondo[72] destinato all'incremento delle risorse per la determinazione, da parte della contrattazione collettiva integrativa, del trattamento economico accessorio del personale (anche dirigenziale) dei Ministeri e della Presidenza del Consiglio dei ministri sia attribuita alle amministrazioni di cui al relativo **allegato**, al fine dell'incremento omologo. Per la determinazione della quota in oggetto, il **comma** fa rinvio a uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, da emanarsi su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e del Ministro dell'economia e delle finanze.

La **relazione tecnica** osserva che il **comma** concerne il riparto di un fondo la cui dotazione è incrementata dalla successiva **sezione II** (in merito, cfr. *infra*, nella presente scheda).

Le istituzioni individuate nel suddetto **allegato** sono: la Corte dei conti; il Segretariato generale della giustizia amministrativa; l'Avvocatura dello Stato; l'Ispettorato nazionale del lavoro; l'ICE-Agenzia per la promozione all'estero e l'internazionalizzazione delle imprese italiane; l'Agenzia italiana del farmaco; l'Agenzia italiana per la cooperazione allo sviluppo; l'Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata; l'Agenzia nazionale di valutazione del sistema universitario e della ricerca; l'Agenzia italiana per la gioventù.
La **relazione tecnica** osserva che la dotazione del fondo richiamato dal **comma** è incrementata dalla successiva **sezione II**; l'incremento è pari a 7,90 milioni di euro annui (a decorrere dall'anno 2026)[73]; il conseguente importo complessivo è pari a 21.143.427 euro annui (sempre a decorrere dall'anno 2026).

[72] Fondo di cui all'articolo 14, comma 1, del D.L. 14 marzo 2025, n. 25, convertito, con modificazioni, dalla L. 9 maggio 2025, n. 69; cfr., in merito, anche il D.P.C.M. 15 aprile 2025.

[73] Cfr. il **capitolo 3065** del **programma 23.1** dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze.

Articolo 59
(Disposizioni in materia di personale del corpo di Polizia penitenziaria)

L'**articolo 59** oltre ad autorizzare l'**assunzione straordinaria** di un contingente massimo di 2.000 unità di agenti del Corpo di Polizia penitenziaria, prevede la possibilità per il Ministero della giustizia di disporre il **trattenimento in servizio** di un contingente massimo di 150 unità di personale del medesimo Corpo.

L'**articolo 59** quantifica in euro 1.561.948; 26.154.964 e 73.730.670 gli oneri complessivi, rispettivamente per il 2026, 2027 e 2028, per l'assunzione straordinaria di 2.000 agenti di polizia penitenziaria. Non sono previsti invece nuovi oneri a carico della finanza pubblica con riguardo al trattenimento in servizio di un contingente massimo di 150 unità di personale del medesimo Corpo.

Il **comma 1** autorizza l'**assunzione straordinaria** di un contingente **massimo** di **2.000 unità** del Corpo di **polizia penitenziaria**, nel limite della dotazione organica di cui alla tabella A allegata al decreto legislativo n. 443 del 1992 (*qui di seguito riportata*).

RUOLI	QUALIFICHE	DOTAZIONE ORGANICA		
		UOMINI	DONNE	TOTALE
RUOLO ISPETTORI	SOSTITUTO COMMISSARIO		640	
	ISPETTORE SUPERIORE		3.550	
	ISPETTORE CAPO			
	VICE ISPETTORE			
	VICE ISPETTORE			
RUOLO SOVRINTENDENTI	SOVRINTENDENTE CAPO	4.820	480	5.300
	SOVRINTENDENTE			
	VICE SOVRINTENDENTE			
RUOLO AGENTI/ASSISTENTI	ASSISTENTE CAPO	29.522	3.138	32.660
	ASSISTENTE			
	AGENTE SCELTO			
	AGENTE			
TOTALE				42.15

Tale assunzione straordinaria, che si aggiunge alle facoltà assunzionali già previste dalla legislazione vigente, è autorizzata per un numero massimo di 500 unità per l'anno 2026; 1000 unità per l'anno 2027 e 500 unità per l'anno 2028, non prima del 1° dicembre di ciascun anno.

E' fatto salvo quanto previsto dall'articolo 703 del decreto legislativo n. 66 del 2010 (Codice dell'ordinamento militare) che stabilisce le percentuali di riserva di

posti nei concorsi per l'accesso nelle carriere iniziali di alcune Forze di Polizia e del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco per i volontari in ferma prefissata.

Al fine di dare attuazione alle suddette assunzioni straordinarie, il **comma 2** istituisce **un fondo nello stato di previsione del Ministero della giustizia,** con una dotazione di euro 743.948 per l'anno 2026, di euro 24.264.464 per l'anno 2027, di euro 71.742.670 per l'anno 2028, di euro 99.203.807 per l'anno 2029, di euro 101.937.454 per l'anno 2030, di euro 101.973.896 per l'anno 2031, di euro 102.447.648 per l'anno 2032, di euro 103.285.824 per l'anno 2033, di euro 103.686.691 annui per gli anni 2034 e 2035, di euro 103.794.816 per l'anno 2036, di euro 105.200.441 per l'anno 2037 e di euro 107.687.316 annui a decorrere dall'anno 2038.

Il **comma 3** autorizza e quantifica in euro 135.500 euro, la spesa da sostenere per le procedure **concorsuali** per ciascuno degli anni dal 2026 al 2028.

Ancora, il **comma 4** autorizza ulteriori somme per la copertura delle **spese di funzionamento** connesse alle predette assunzioni per ciascuno degli anni dal 2026 al 2028, nonché gli oneri annui a decorrere dall'anno 2029. Nel dettaglio è autorizzata la spesa di euro 682.500 per l'anno 2026, di euro 1.755.000 per l'anno 2027, di euro 1.852.500 per l'anno 2028 e di euro 1.560.000 annui a decorrere dall'anno 2029

Nel dichiarato intento di fronteggiare le criticità della situazione carceraria e incidere positivamente sui livelli di sicurezza, operatività e di efficienza degli istituti penitenziari e dei servizi di polizia penitenziaria, il **comma 5** introduce, poi, la possibilità per il Ministero della giustizia di disporre, con decreto del Capo del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria (DAP), il **trattenimento in servizio** per la durata di un anno, prorogabile, nel caso in cui perdurino le esigenze di servizio, di un contingente massimo di 150 unità di personale dei ruoli degli agenti e assistenti, dei sovraintendenti e degli ispettori del Corpo di polizia penitenziaria. Il trattenimento non può interessare il periodo successivo al compimento del sessantaduesimo anno di età (**comma 7**).

Ai sensi del **comma 6** il trattenimento si attiva **su richiesta del dipendente** formulata nei sei mesi precedenti la data del collocamento a riposo. In ogni caso non può essere disposto nei confronti del personale che presenti almeno uno dei seguenti requisiti:

- nel triennio precedente abbia riportato un giudizio inferiore a "distinto";
- sia sospeso cautelarmente dal servizio nell'ambito di un procedimento disciplinare;
- nel quinquennio precedente abbia riportato una sanzione disciplinare;

- sia sottoposto ad un procedimento penale nel quale è stata esercitata l’azione penale;
- abbia subito una condanna per un delitto non colposo (anche con sentenza di patteggiamento).

Articolo 60 commi 1 e 2
(Disposizioni relative al personale di ItaliaMeteo)

L'**articolo 60, comma 1** autorizza l'Agenzia nazionale per la meteorologia e la climatologia «**ItaliaMeteo**» a prorogare, fino al 31 dicembre 2026, **i comandi del personale proveniente da amministrazioni pubbliche**, in essere alla data del 30 settembre 2025, nonché a prorogare, fino al medesimo termine, i **contratti di lavoro flessibili** in corso.
Il **comma 2** riconosce un'**indennità di amministrazione** al personale della medesima Agenzia «**ItaliaMeteo**», nelle misure spettanti al personale del Ministero dell'università e della ricerca appartenenti alle corrispondenti aree del comparto funzioni centrali.

Il **comma 1** non comporta oneri a carico della finanza pubblica.
Il **comma 2** prevede interventi pari a un importo di **286.632 euro** per la costituzione del fondo risorse decentrate del personale appartenente alle aree funzionali e **356.593 euro** per la costituzione del fondo per il finanziamento della retribuzione di posizione e di risultato del personale dirigenziale di seconda fascia.
La **relazione tecnica non ascrive nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica** alla disposizione in esame, in quanto l'Agenzia provvede nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente.

Il **comma 1** prevede che l'Agenzia nazionale per la meteorologia e climatologia «**ItaliaMeteo**» sia autorizzata a **prorogare, fino al 31 dicembre 2026**, **i comandi in essere alla data del 30 settembre 2025** del personale proveniente da amministrazioni pubbliche. Si tratta delle posizioni di comando disposte ai sensi del comma 556 dell'articolo 1 della legge n. 205 del 2017 (legge di bilancio per il 2018). Tale comma 556 prevede che, nei limiti delle disponibilità del proprio organico, l'Agenzia possa avvalersi di personale proveniente da amministrazioni pubbliche, ad esclusione del personale scolastico, da collocare in posizione di comando nell'ambito delle risorse finanziarie previste dall'articolo 1, comma 559, della medesima legge n. 205 del 2017.
Si prevede, inoltre, che la medesima Agenzia possa prorogare, fino al medesimo termine del **31 dicembre 2026**, i **contratti di lavoro flessibili** in corso.
La finalità indicata esplicitamente dalle disposizioni in esame è quella di garantire la piena funzionalità dell'Agenzia ItaliaMetero e il perseguimento delle sue finalità istituzionali, in particolare lo svolgimento delle funzioni e dei compiti conoscitivi, tecnico-scientifici e di responsabilità operativa nel campo della meteorologia e climatologia, fatte salve le specifiche competenze delle Forze armate per gli aspetti riguardanti la difesa e la sicurezza nazionale.
Il comma 555 dell'articolo 1 della legge di bilancio per il 2018 stabilisce che al personale dell'Agenzia si applichino le disposizioni sull'ordinamento del lavoro

alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche recate dal decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 ed il contratto collettivo delle funzioni centrali.

Il **comma 2** introduce un nuovo comma 555-*bis* all'articolo 1 della legge n. 205 del 2017 (legge di bilancio per il 2018). Vi si prevede che **al personale di «ItaliaMeteo»** appartenente alle aree previste dal sistema di classificazione professionale del comparto funzioni centrali, è riconosciuta l'indennità di amministrazione nelle misure spettanti al personale del Ministero dell'università e della ricerca appartenenti alle aree corrispondenti. Il nuovo comma prevede inoltre che il **fondo risorse decentrate del personale appartenente alle aree funzionali** e il **fondo per il finanziamento della retribuzione di posizione e di risultato del personale dirigenziale di seconda fascia** siano costituiti rispettivamente nei limiti di **286.632 euro** e di **356.593 euro**, tenendo conto delle assunzioni effettuate ai sensi della normativa vigente. Sono fatti salvi i successivi incrementi previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro del comparto e dell'area funzioni centrali e le risorse derivanti da specifiche disposizioni di legge che prevedano specifici trattamenti economici in favore del personale.
Agli oneri derivanti dal nuovo comma si provvede a valere sulle risorse di cui al comma 559.

Riguardo alle **risorse finanziarie** per il funzionamento e per il personale dell'Agenzia, il comma 559 autorizza la spesa di 2 milioni di euro per l'anno 2019 e 3 milioni di euro per ciascuno degli anni 2020 e 2021 per gli investimenti tecnologici e di 1 milione di euro per l'anno 2018, 5 milioni di euro per l'anno 2019 e 7 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2020, da iscrivere nello stato di previsione del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca.

L'**Agenzia nazionale per la meteorologia e la climatologia "Italia Meteo",** organo con sede centrale a Bologna, che, fatte salve le competenze delle Forze armate per ciò che attiene la difesa e la sicurezza nazionale, svolge funzioni e compiti conoscitivi, tecnico-scientifici e operativi nel settore della meteorologia e della climatologia, è stata istituita e disciplinata dall'articolo 1, comma 552-559 della n. 205 del 2017 (legge di bilancio per il 2018).
I **compiti** dell'Agenzia prevedono:

- elaborazione, sviluppo e realizzazione di prodotti e servizi per la previsione, valutazione monitoraggio e sorveglianza meteorologica e meteo-marina, omogeneizzazione dei linguaggi e dei contenuti, con attenzione ad un'efficace informazione alla popolazione;
- attività di ricerca e sviluppo nelle previsioni globali e ad area limitata del sistema terra;
- realizzazione, sviluppo e gestione di reti, sistemi e piattaforme per l'osservazione, la raccolta dei dati, per le telecomunicazioni e per la condivisione, l'interoperabilità e lo scambio dei dati e delle informazioni;
- elaborazione, sviluppo e distribuzione di prodotti e servizi climatici;
- comunicazione, informazione, divulgazione e formazione, anche post-universitaria;

- partecipazione in ambito europeo e internazionale a organismi, progetti e programmi in materia di meteorologia e climatologia;
- promozione di attività di partenariato con soggetti privati.

Lo statuto dell'Agenzia è stato approvato con d.P.C.m 24 settembre 2020.
Il d.P.R. n. 186 del 2020 reca il regolamento di organizzazione dell'Agenzia.
Per ulteriori informazioni su ItaliaMeteo si veda il dossier di documentazione (vol. II) sulla legge n. 205 del 2017.

Articolo 60, comma 3
(Convenzione tra la Consob e la Sogei per l'utilizzo delle infrastrutture informatiche)

Il comma in esame stabilisce che la **CONSOB** possa avvalersi delle **infrastrutture informatiche** e dei sistemi informativi della **società Sogei** attraverso **specifica convenzione**, per migliorare l'efficacia dell'attività di vigilanza e favorire la digitalizzazione dei servizi e dei processi.

La relazione tecnica non ascrive effetti finanziari alla disposizione in oggetto.

Nel dettaglio, l'**articolo 60, comma 3**, prevede che la Commissione nazionale per le società e la borsa **(CONSOB),** nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente, possa avvalersi mediante **apposita convenzione** in coerenza con le proprie strategie informatiche di **Sogei - Società Generale d'Informatica S.p.A**.

SOGEI- Società Generale d'informatica S.p.A è una società per azioni, costituita nel 1976 e posseduta al 100% del MEF, che ha per oggetto sociale prevalente la prestazione di sevizi strumentali all'esercizio delle funzioni pubbliche attribuite al Ministero dell'Economia e finanze ed alle Agenzie fiscali, in particolare relative alla conduzione del sistema informativo della fiscalità per l'amministrazione fiscale e le attività connesse, le attività informatiche riservate allo Stato e quelle di sviluppo dei sistemi informatici, nonché le altre attività informatiche di competenza del MEF. La SOGEI può svolgere inoltre altre attività in base a disposizioni legislative e regolamentari, per conto di regioni, enti locali, società a partecipazione pubblica, anche indiretta, di organismi ed enti che svolgono attività di interesse pubblico o rilevanti nel settore pubblico, nonché in base all'articolo 51 del decreto-legge n. 124 del 2019, offre servizi informatici, tramite convenzioni, alla Presidenza del Consiglio, all'Avvocatura dello stato, alle Capitanerie di porto, alla società di gestione della piattaforma pagoPA., e al Consiglio di Stato.

Articolo 60, comma 4
(Indennità per oneri specifici dei ricercatori e tecnologi dell'ISTAT)

Il **comma 4** dell'**articolo 60** consente all'**ISTAT** di incrementare le risorse finanziarie, a valere sul proprio bilancio, destinate alla corresponsione dell'**indennità per oneri specifici dei profili di ricercatore e tecnologo** (IOS) a decorrere dall'anno 2026.

L'incremento delle risorse **a valere sul bilancio ISTAT** per la corresponsione della IOS di ricercatori e tecnologi è autorizzato **in misura non superiore a 347.197 euro annui,** in considerazione degli oneri riflessi per l'amministrazione. L'effetto della disposizione è quantificato **in 0,5 milioni di euro (di cui 0,2 milioni per effetti riflessi) annui dal 2026, in termini di fabbisogno e di indebitamento netto**.

La disposizione è posta in deroga quanto previsto dall'art. 23, comma 2, del decreto legislativo n.75 del 2017, esplicitamente richiamato. Esso dispone in via generale che - a decorrere dal 1° gennaio 2017 - l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni pubbliche non possa superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2016.
L'**indennità per oneri specifici - IOS dei profili di ricercatore e tecnologo** è prevista dall'articolo 8 della Sezione II "Ricercatori e tecnologi" del CCNL 5 marzo 1998 (contratto per il personale dirigente del comparto Istituzioni ed Enti di ricerca e sperimentazione - parte economica 1996-1997) il quale demanda la definizione dei criteri per l'attribuzione dell'indennità alla contrattazione decentrata.

Il **comma in esame** pone un **limite** all'incremento delle risorse destinate alla corresponsione della IOS in favore del personale dell'ISTAT pari, come detto, **a 347.197 euro,** in considerazione dei maggiori oneri riflessi gravanti sul datore di lavoro costituiti – per il personale dipendente - dalla quota di contribuzione previdenziale a carico del datore di lavoro e dall'applicazione dell'aliquota IRAP.
La **relazione tecnica** asserisce che l'ammontare di 347.197 euro corrisponde agli oneri a carico dell'ISTAT a fronte dell'adeguamento della IOS dei ricercatori e tecnologi (pari a 235,04 euro annui per ciascuno dei tre livelli in cui sono articolati tali profili professionali) alla IOS dei corrispondenti profili del CNR (che varia da 494 a 546 euro in relazione al livello di appartenenza).

Si rammenta che l'ISTAT rientra nel novero degli enti di ricerca non vigilati dal Ministero dell'Università e della ricerca. L'amministrazione responsabile è il Ministero dell'economia e delle finanze. Nel capitolo 1680 del bilancio del MEF è allocata la somma da destinare all'ISTAT, pari a circa 223 milioni annui di competenza e cassa a

decorrere dal 2026. Tale ammontare conferma lo stanziamento previsto a legislazione vigente.

Articolo 60, commi 5 e 6
(Comitato nazionale per la bioetica; Comitato nazionale per la biosicurezza, le biotecnologie e le scienze della vita)

L'**articolo 60, comma 5** disciplina la composizione numerica del Comitato nazionale per la bioetica e del Comitato nazionale per la biosicurezza, le biotecnologie e le scienze della vita, nonché la durata del mandato. Ulteriori profili è previsto siano disciplinati con d.P.C.m.
Il **comma 6** prevede e quantifica un gettone di presenza, per il presidente e per i componenti di ciascuno dei due Comitati.

L'**articolo 60, comma 6** prevede un intervento pari a un importo 678.000 euro annui a decorrere dal 2026.
La relazione tecnica ascrive effetti finanziari per 678.000 euro annui, derivanti dall'erogazione ai presidenti ed ai componenti del Comitato nazionale per la bioetica e del Comitato nazionale per la biosicurezza, le biotecnologie e le scienze della vita, di un gettone di presenza nel limite, rispettivamente, di 1.000 e 800 euro (comprensivi degli oneri a carico dell'amministrazione) per seduta, fino ad un massimo di 15 sedute annue.

Questi due commi dettano disposizioni relative al Comitato nazionale per la bioetica – istituito dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 28 marzo 1990 – ed al Comitato nazionale per la biosicurezza, le biotecnologie e le scienze della vita – istituito dalla legge n. 142 del 1992 (articolo 40, comma 2) presso la Presidenza del Consiglio.
Per quanto concerne il **Comitato nazionale per la bioetica**, si viene a 'legificare' una composizione numerica – massimo di trentasei membri – nonché la durata del mandato dei componenti – quattro anni – e la tipologia di atto di loro nomina – decreto del Presidente del Consiglio.
Tale Comitato è definito "organismo consultivo del Governo".
Per il **Comitato nazionale per la biosicurezza, le biotecnologie e le scienze della vita** (denominazione che si è andata mutando in prosieguo di tempo, da quella originaria che era: Comitato scientifico per i rischi derivati dall'impiego di agenti biologici), si viene del pari a prevedere con disposizione di legge una composizione numerica – massimo di venti membri – nonché la durata quadriennale del mandato dei componenti e la loro nomina con decreto del Presidente del Consiglio.
Tale Comitato è definito "organismo consultivo tecnico-scientifico, di supporto al Governo".
Ulteriore disciplina normativa dei due Comitati – circa le finalità, i compiti, il funzionamento, la composizione – è demandata a **decreto del Presidente del Consiglio**.

Tale atto individuerà altresì i Presidenti di enti di ricerca e di altri organismi ed enti pubblici, i quali siano componenti del Comitato nazionale di bioetica, tuttavia senza diritto di voto.
Così il **comma 5**.
Il **comma 6** prevede la corresponsione ai presidenti ed ai componenti dei due Comitati di un **gettone di presenza**.
Esso è stabilito nel limite, rispettivamente, di 1.000 e di 800 euro, comprensivi degli oneri a carico dell'amministrazione, per seduta, fino ad un massimo di 15 sedute annue.
A tal fine è autorizzata la complessiva spesa di 678.000 euro annui, a decorrere dal 2026.

Articolo 60 commi 7-9
(Sistema contributivo a carico del mercato di riferimento per il finanziamento di AGCOM)

L'**articolo 60, ai commi 7-9, introduce modifiche** al s**istema di finanziamento dell'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni (AGCOM).**

L'**articolo 60, ai commi 7-9, non introduce nuovi oneri per la finanza pubblica.**

Il **comma 7** prevede modifiche all'articolo 1 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. In particolare:

- al comma 65, la soppressione delle parole «dell'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni»;
- i commi 66, 66-*bis* e 66-*ter* sono interamente sostituiti. **La nuova formulazione del comma 66** prevede che a decorrere dal **1° gennaio 2026**, alle spese derivanti dal funzionamento dell'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni, si provvede mediante un contributo annuale avente natura tributaria, da corrispondere entro il **31 marzo di ciascun anno**, nella misura del **2 per mille dei ricavi** derivanti dalle seguenti attività:

  a) fornitura, gestione e messa a disposizione di reti di comunicazioni elettroniche e infrastrutture digitali, nonché dall'attività di operatore di rete anche televisivo e dalla prestazione di servizi di comunicazioni elettroniche, inclusi i servizi interattivi associati o di accesso condizionato e l'utilizzo anche indiretto di risorse di numerazione, ai sensi del decreto legislativo 1° agosto 2003, n. 259;

  b) prestazione dei servizi postali oggetto di licenza individuale e autorizzazione generale, ivi inclusi i servizi di corriere espresso e i servizi di consegna pacchi, ai sensi del decreto legislativo 22 luglio 1999, n. 261;

  c) fornitura di servizi media audiovisivi e radiofonici, di radiodiffusione sonora, nonché di servizi di piattaforme di condivisione video e di contenuti, di creazione, produzione o organizzazione di contenuti sulle piattaforme per la condivisione di video, di produzione o distribuzione di programmi audiovisivi e radiofonici, compresi i format, nonché di opere cinematografiche e musicali, di attività pubblicitaria e di sponsorizzazione realizzata, anche online, direttamente o mediante concessionarie di pubblicità, ai sensi del decreto legislativo 8 novembre 2021, n. 208, e del decreto legislativo 8 novembre 2021, n. 177;

  d) editoria, anche elettronica, dalla prestazione di servizi della società della informazione che consentono l'utilizzo online delle pubblicazioni di carattere

giornalistico, nonché di agenzia di stampa, di media monitoring e di rassegna stampa di cui al decreto legislativo 8 novembre 2021, n. 177;

e) prestazione di servizi digitali nonché di fornitura di beni e servizi acquistati dagli utenti attraverso interfacce online inclusi quelli di e-commerce, di prestazione di servizi intermediari di cui all'articolo 3, lettere g), i) e j), del Regolamento (UE) 2022/2065 non ricompresi nelle precedenti lettere da a) a d).

La nuova formulazione del comma 66-*bis* prevede che per le spese relative all'esercizio delle competenze attribuite dal decreto legislativo 9 gennaio 2008, n.9, si provvede con un contributo fissato nella misura dello 0,5 per mille annuo dei ricavi derivanti dalla commercializzazione dei diritti audiovisivi da parte dell'organizzatore della competizione. Per le spese relative all'esercizio delle competenze attribuite dalla legge 14 luglio 2023 n. 93, è stabilito un contributo ulteriore nella misura dello 0,5 per mille dei ricavi derivanti dalla commercializzazione dei diritti sulle opere musicali, cinematografiche e audiovisive compresi i format televisivi; dalla attività di intermediazione dei diritti d'autore e connessi da parte di organismi di gestione collettiva ed entità di gestione indipendenti ai sensi del decreto legislativo 15 marzo 2017, n. 35; dalla fornitura di servizi di media audiovisivi a pagamento; dalla commercializzazione di diritti delle opere riguardanti eventi sportivi.

Per «ricavi» si intendono i ricavi realizzati nel territorio nazionale, anche se contabilizzati nei bilanci di società aventi sede all'estero, come risultante dall'ultimo bilancio di esercizio approvato, o, per i soggetti non obbligati alla redazione di tale bilancio, dalle omologhe voci di altre scritture contabili.

Il **comma 66-*ter*** prevede che in sede di prima applicazione, per i soggetti operanti negli ambiti di attività di cui alle lettere a) e b), la misura dell'aliquota del contributo stabilita dall'Autorità **per l'anno 2025 è incrementata dello 0,1 per mille per anno**, **a partire dall'anno 2026**, sino al raggiungimento del limite di cui al comma 66.

Il **comma 66-*quater* prevede** che a decorrere dal **1° gennaio 2029**, eventuali variazioni della misura e delle modalità della contribuzione di cui al comma 66 possono essere disposte con deliberazione motivata dell'Autorità, sottoposta all'approvazione del Presidente del Consiglio dei ministri, sentito il Ministro dell'economia e delle finanze ai sensi del comma 65, fino al limite massimo del 2,5 per mille. In ogni caso, gli eventuali incrementi dell'aliquota di cui al comma 66, fino al limite del 2,5 per mille, possono essere disposti nella misura massima dello 0,1 per mille annui, e comunque per non più di tre incrementi nell'arco di un quinquennio.

Il **comma 66-*quinquies*** prevede che resta fermo il potere dell'Autorità di stabilire eventuali soglie di esenzione per i casi in cui il contributo risulterebbe inferiore o uguale a 100 euro.

Il **comma 8** dell'articolo in esame sostituisce l'articolo 16 del decreto legislativo 1° agosto 2003, n. 259, con una nuova formulazione che prevede che al primo comma, oltre ai contributi di cui all'articolo 42 e al contributo per le spese di funzionamento dell'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni di cui all' articolo 1, comma 66, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, sono imposti alle imprese che forniscono reti o servizi ai sensi dell'autorizzazione generale o alle quali sono stati concessi diritti di uso, diritti amministrativi che coprano complessivamente i soli costi amministrativi sostenuti per la gestione, il controllo e l'applicazione del regime di autorizzazione generale, dei diritti di uso e degli obblighi specifici di cui all' articolo 13 comma 2.

Sono ivi compresi i costi di cooperazione internazionale, di armonizzazione e di standardizzazione, di analisi di mercato, di sorveglianza del rispetto delle disposizioni e di altri controlli di mercato, nonché di preparazione e di applicazione del diritto derivato e delle decisioni amministrative, e in particolare di decisioni in materia di accesso e interconnessione, dovuti per le attività di competenza del Ministero. I diritti amministrativi sono imposti alle singole imprese in modo proporzionato, obiettivo e trasparente che minimizzi i costi amministrativi aggiuntivi e gli oneri accessori.

Il comma 2 del nuovo articolo 16 prevede che per la copertura dei costi amministrativi, la misura dei diritti amministrativi di cui al comma 1 è individuata nell'allegato 12 (composto dagli artt. 1, 1 bis, 2 bis, 3, 4, 5). Il Ministero nel determinare l'entità della contribuzione può definire eventuali soglie di esenzione.

Il comma 3 prevede che il Ministero pubblica annualmente sul proprio sito internet i costi amministrativi sostenuti per le attività di cui al comma 1 e l'importo complessivo dei diritti riscossi ai sensi, rispettivamente, dei commi 1 e 2. In base alle eventuali differenze tra l'importo totale dei diritti e i costi amministrativi, vengono apportate opportune rettifiche. Le modifiche sono apportate di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze.

Il **comma 9** prevede che a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge cessano gli effetti delle norme di previsione del sistema contributivo a carico del mercato di riferimento quale fonte di finanziamento dell'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni.

Articolo 60, comma 10
(Poteri dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza - STRALCIATO)

Il comma 10 dell'articolo 60 è stato stralciato ai sensi dell'articolo 126, comma 3 del Regolamento del Senato in quanto recante disposizioni estranee all'oggetto del disegno di legge di bilancio.
Il **comma** prevede che l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza possa sottoscrivere con le amministrazioni interessate e, in particolare, con l'Arma dei carabinieri, la Polizia di Stato e la Guardia di finanza accordi di collaborazione, intesi a concordare modalità di svolgimento diretto di visite e ispezioni.

Il **comma**, come indica la **relazione tecnica**, non determina effetti finanziari.

Il **comma in esame** introduce un articolo 4-*bis* nella L. 12 luglio 2011, n. 112, istitutiva dell'Autorità garante in oggetto.
Il **comma**, come detto, prevede che l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza possa sottoscrivere con le amministrazioni interessate e, in particolare, con l'Arma dei carabinieri, la Polizia di Stato e la Guardia di finanza accordi di collaborazione, intesi a concordare modalità di svolgimento diretto di visite e ispezioni.
Le modalità definite dagli accordi summenzionati sono intese a consentire: un intervento diretto dell'Autorità garante nei casi di verifiche sui sospetti di violazioni dei diritti delle persone di minore età, con accesso libero e gratuito ai documenti ritenuti indispensabili alle verifiche stesse; le richieste dell'Autorità garante alle amministrazioni competenti, con riferimento a situazioni oggetto di segnalazione riguardanti persone di minore età che vivano al di fuori del loro ambito familiare, dello svolgimento di verifiche, il cui esito sia tempestivamente comunicato all'Autorità stessa.

Articolo 61
(Assunzione di magistrati ordinari)

L'**articolo 61** reca un'autorizzazione al Ministero della giustizia per l'**assunzione**, nel biennio 2026-2027, di **718 magistrati** ordinari vincitori di **concorsi già banditi**, stanziando la relativa copertura finanziaria.

L'**articolo 61** autorizza la spesa nel limite di euro 3.438.133 per l'anno 2026, di euro 18.456.249 per l'anno 2027, di euro 33.825.017 per l'anno 2028, di euro 39.334.069 per l'anno 2029, di euro 40.982.414 per l'anno 2030, di euro 47.311.407 per l'anno 2031, di euro 51.144.208 per l'anno 2032, di euro 51.626.869 per l'anno 2033, di euro 53.055.222 per l'anno 2034 e di euro 53.621.395 per l'anno 2035 e di euro 55.012.230 annui a decorrere dall'anno 2036.

L'art. 61 prevede dunque un'autorizzazione al Ministero della giustizia finalizzata all'**assunzione dei vincitori di concorsi per magistrato ordinario** già banditi, in numero pari a **718 unità**.
L'assunzione avverrà nel corso degli anni 2026 e 2027 e sarà articolata in due fasi:

- le prime **440 unità** saranno assunte in data non anteriore al **1° luglio 2026**;
- le restanti **278 unità** saranno assunte in data non anteriore al **1° luglio 2027**.

Si tratta dei vincitori di due concorsi banditi nel 2024, con i decreti del Ministro della giustizia dell'8 aprile 2024 e del 10 dicembre 2024, rispettivamente a 400 e a 350 posti, entrambi elevabili del 10 per cento in virtù di quanto disposto dal d.lgs. 160 del 2006[74]. Per il primo dei due concorsi si stanno attualmente svolgendo le prove orali, mentre per il secondo la commissione sta esaminando gli elaborati scritti.

Le assunzioni in tal modo programmate rientrano **nei limiti della dotazione organica vigente**, stabilita in **11.171 unità** a seguito dell'aumento di 58 unità[75] disposto, proprio a decorrere dal 1° luglio 2026, dall'art. 8 del decreto-legge n. 117 del 2025, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 148 del 2025.

Si ricorda che la tabella del ruolo organico della magistratura (tabella B), allegata alla legge n. 71 del 1991, prima dell'intervento operato dal d.l. n. 117 del 2025, era stata da ultimo integralmente sostituita dalla legge n. 114 del 2024, recante modifiche al codice penale, al codice di procedura penale, all'ordinamento giudiziario e al codice

[74] Ai sensi dell'art. 8, comma 3-*bis*, del d.lgs. 160/2006, il CSM, su richiesta del Ministro della giustizia, può disporre l'assegnazione dei concorrenti risultati idonei, secondo l'ordine della graduatoria, degli ulteriori posti disponibili o che si renderanno tali entro sei mesi dall'approvazione della graduatoria medesima, nel limite di un decimo di quelli messi a concorso.

[75] Nello specifico, si tratta di magistrati da destinare, come specificato dall'art. 8, comma 2, del d.l. 117/2025, agli uffici di sorveglianza (2 posti in ciascuno dei 29 tribunali di sorveglianza a livello distrettuale).

dell'ordinamento militare, che aveva aumentato l'organico di 250 posti a decorrere dal 1° luglio 2025.
Secondo i dati pubblicati ad ottobre 2025 nell'area Cosmag (rete intranet del Consiglio superiore della magistratura) e riportati nella relazione tecnica, risulterebbe una vacanza di organico nei ruoli della magistratura pari 912 unità, al netto dell'incremento di 58 unità sopra ricordato.

A copertura degli oneri derivanti dalle suddette assunzioni, è autorizzata la spesa di 3.438.133 euro per l'anno 2026, di 18.456.249 euro per l'anno 2027, di euro 33.825.017,00 per l'anno 2028, di euro 39.334.069,00 per l'anno 2029, di euro 40.982.414,00 per l'anno 2030, di euro 47.311.407,00 per l'anno 2031, di euro 51.144.208,00 per l'anno 2032, di euro 51.626.869,00 per l'anno 2033, di euro 53.055.222,00 per l'anno 2034 e di euro 53.621.395,00 per l'anno 2035 e di euro 55.012.230,00 annui a decorrere dall'anno 2036.

Come illustrato nella relazione tecnica, la copertura non riguarda tutte le assunzioni stabilite dall'articolo in commento, in quanto alcune sono poste a valere sulle risorse da cessazione derivanti dai pensionamenti e sulle risorse residue stanziate dalla legge n. 114 del 2024 e dal d.l. n. 117 del 2025.

Articolo 62, comma 1
(In materia di turn over *per i Corpi di polizia e per il Corpo nazionale dei vigili del fuoco)*

L'**articolo 62, comma 1** ripristina per l'anno 2026 il *turn over* al 100 per cento per i Corpi di polizia e per il Corpo nazionale dei vigili del fuoco.

L'**articolo 62, comma 1** prevede un intervento pari ad un importo di 89.684.131 euro.
La relazione tecnica ascrive quale effetto finanziario una riduzione delle entrate, pari a: 10,57 milioni, per quanto riguarda il Corpo nazionale dei vigili del fuoco; 28,07 milioni per l'Arma dei carabinieri; 16,73 milioni per la Guardia di finanza; 27,03 milioni per la Polizia di Stato; 7,25 milioni per la Polizia penitenziaria.

L'**articolo 62, comma 1, ripristina per l'anno 2026 il *turn over* al 100 per cento per i Corpi di polizia e per il Corpo nazionale dei vigili del fuoco**.
In altri termini, è rimossa la riduzione del *turn over* al 75 per cento per l'anno 2026, la quale era stata dettata dalla legge di bilancio 2025 (legge n. 207 del 2024) all'articolo 1, comma 825, lettera *a)*.
Tali interventi normativi si dispiegano nella forma di novellazione all'articolo 66, comma 9-*bis*, del decreto-legge n. 112 del 2008.
Esso prevedeva (così come modificato in seguito, specie dall'articolo 14, comma 2, del decreto-legge n. 95 del 2012) per gli anni 2010 e 2011 che i Corpi di polizia e il Corpo nazionale dei vigili del fuoco potessero assumere personale a tempo indeterminato, nel limite di un contingente di personale complessivamente corrispondente a una spesa pari a quella relativa al personale cessato dal servizio nel corso dell'anno precedente e per un numero di unità non superiore a quelle cessate dal servizio nel corso dell'anno precedente, fissando tali assunzioni nella misura del 20 per cento per il triennio 2012-2014, del 50 per cento per l'anno 2015 e del 100 per cento a decorrere dall'anno 2016.
Su tale modulazione, è intervenuta la legge di bilancio 2025 (con la citata lettera *a)* del comma 825 dell'articolo 1) con la previsione che per il solo 2026, la percentuale di *turn over* fosse del 75 per cento, non già del 100 per cento.
La disposizione ora in esame sopprime quella previsione relativa al 2026, affinché valga anche per quell'anno la percentuale 'piena' del 100 per cento (prevista per tutti gli anni a decorrere dal 2016).
Dunque il disegno di legge in esame elimina la riduzione del 25 per cento del *turn over* per l'anno 2026, introdotta dalla legge di bilancio 2025.
Si ricorda che con "assunzioni" si intende il reclutamento di personale attraverso la procedura concorsuale di cui all'articolo 35 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 ("Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"), disposto tramite una determinazione della pubblica

amministrazione o dell’ente interessato sulla base del piano dei fabbisogni (approvato ai sensi dell'articolo 6, comma 4 del medesimo decreto legislativo, e autorizzato con d.P.C.m. di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze).

Articolo 62, comma 2
(Personale Capitaneria di porto)

Il **comma in esame annulla la riduzione** degli oneri riferiti alle consistenze dei **volontari di truppa per il Corpo delle capitanerie di porto**, che la legge di bilancio dello scorso anno aveva previsto a decorrere dal 2026.

L'**articolo 62, comma 2** prevede un intervento pari ad un importo di euro 657.573.

L'art. 585 del codice dell'ordinamento militare (di cui al decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66) stabilisce gli oneri riferiti alle consistenze di ciascuna categoria dei volontari del Corpo delle capitanerie di porto, che sono previsti in aumento nel corso dei prossimi anni.
La **legge di bilancio 2025 aveva stabilito una riduzione di tali oneri** nella misura di 657.573 annui, a decorrere dal 2026.
La disposizione in esame **annulla tale riduzione**.

Si ricorda che le consistenze delle diverse categorie di volontari sono determinate con decreto del Ministero della difesa, mentre i corrispondenti oneri sono a carico del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti.

TITOLO V - MISURE IN MATERIA DI SANITÀ E DI LOTTA ALLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Articolo 63
(Rifinanziamento del Servizio sanitario nazionale)

L'**articolo 63, comma 1,** prevede l'**incremento** del livello del **finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard*** cui concorre lo Stato, anche per le finalità di cui agli articoli da 64 a 84, in misura pari a 2.400 milioni di euro per l'anno 2026 e 2.650 milioni di euro annui, a decorrere dall'anno 2027.
Il **comma 2** destina, a decorrere dall'anno 2026, una quota dell'importo di cui al comma 1, pari a **100 milioni di euro annui**, al finanziamento delle spese per **Alzheimer e altre patologie di demenza senile**.
Il **comma 3** autorizza le regioni, nelle more dell'assegnazione del finanziamento sanitario per l'emersione di lavoratori irregolari, ad iscrivere nel bilancio dell'esercizio di riferimento, l'ultimo valore annuale assegnato in esercizi precedenti, fermi restando i successivi conguagli a seguito della assegnazione definitiva.
Il **comma 4,** al fine di rafforzare il monitoraggio sulle risorse destinate a specifiche **finalità assistenziali**, demanda a un **decreto del Ministro della salute**, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa Intesa con la Conferenza permanente Stato- Regioni, da adottarsi entro il 31 marzo 2026, il compito di individuare le disposizioni normative per le quali si procede al **riparto delle risorse** nell'ambito della proposta complessiva di riparto delle disponibilità finanziarie del Servizio sanitario nazionale, ferma restando la verifica dell'utilizzo delle risorse per specifiche finalità assistenziali a cui sono destinate risorse ricomprese nel fabbisogno sanitario.
Infine, il **comma 5** destina **una quota delle risorse incrementali** di cui al comma 1, pari a 206 milioni di euro per l'anno 2026, 17 milioni di euro per l'anno 2027 e 60 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2029 all'incremento delle disponibilità per il **perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale**.

L'**articolo 63** prevede l'incremento del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale in misura pari a:
- 2.400 milioni di euro per l'anno 2026;
- 2.650 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.

Il **comma 1 dell'art. 63** dispone l'**incremento** del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato **pari a 2.400 milioni di euro** per l'anno **2026** e **2.650 milioni di euro** annui **a decorrere dall'anno 2027**.

Lo stesso comma prevede che tale incremento è altresì destinato alle finalità di cui agli articoli da 64 a 84, alle cui schede si fa rinvio.

Il **comma 2** destina a decorrere dall'anno 2026 una quota dell'importo di cui al comma 1, pari a 100 milioni di euro annui, al finanziamento delle spese per Alzheimer e altre patologie di demenza senile.

Si ricorda in proposito che il Fondo per l'Alzheimer e le demenze è stato previsto dai commi 320, 321 e 322 della Legge n. 178 del 30 dicembre del 2020[76] (Legge di Bilancio 2021), con uno stanziamento di 5 milioni di euro all'anno per il triennio 2021-2023.
In considerazione della rilevanza crescente in termini di sanità pubblica del tema delle demenze e degli importanti risultati preliminari delle attività portate avanti tramite il Fondo, la legge di Bilancio 30 dicembre 2023 n. 213[77], al comma 247, ha previsto un rifinanziamento e l'incremento del **Fondo Alzheimer e demenze per il triennio finanziario 2024-2026**.
Il Decreto di riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze approvato in Conferenza Stato Regioni il 25 luglio, è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 7 ottobre 2024.

Il **comma 3** prevede che le regioni, nelle more dell'assegnazione del finanziamento sanitario per l'emersione di lavoratori irregolari di cui all'articolo 103, comma 24, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34[78], conv. con modif. dalla legge 19 luglio 2020, n. 77, sono autorizzate ad iscrivere nel bilancio dell'esercizio di riferimento, l'ultimo valore annuale assegnato in esercizi precedenti, fermi restando i successivi conguagli a seguito della assegnazione definitiva.

Si può ricordare che l'articolo 103, comma 24, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, ha incrementato il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato di 170 milioni di euro per l'anno 2020 e di 340 milioni di euro a decorrere dall'anno 2021, al fine di garantire il finanziamento sanitario per l'emersione di lavoratori irregolari. La stessa disposizione prevede che con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente Stato-Regioni i relativi importi sono ripartiti tra le regioni in relazione al numero dei lavoratori extracomunitari emersi ai sensi del presente articolo. Tuttavia, l'assegnazione, come chiarito dal comma in commento, non è ancora avvenuta.

Al fine di rafforzare il monitoraggio dell'utilizzo delle risorse ricomprese nel fabbisogno sanitario destinate a specifiche finalità assistenziali e al fine di ridurre gli adempimenti a carico delle regioni e province autonome, il **comma 4** demanda a un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e

[76] *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023.*
[77] *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026.*
[78] *Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.*

delle finanze, previa Intesa con la Conferenza permanente Stato- Regioni, da adottarsi entro il **31 marzo 2026**, il compito di individuare le disposizioni normative, per le quali si procede al riparto delle risorse nell'ambito della proposta complessiva di riparto delle disponibilità finanziarie del Servizio sanitario nazionale, ferma restando la verifica dell'utilizzo delle risorse per le finalità assistenziali ivi previste.

Le relazioni illustrativa e tecnica precisano che la disposizione ha funzione di mera razionalizzazione amministrativa, volta anche al monitoraggio della spesa, e dunque non determina nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Infine, il **comma 5** destina una **quota delle risorse incrementali** di cui al comma 1, pari a **206 milioni di euro** per **l'anno 2026**, **17 milioni di euro** per l'anno **2027** e **60 milioni di euro** annui **a decorrere dall'anno 2029** all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662[79].

In proposito si ricorda che i commi 34 e 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996 recante **misure di razionalizzazione della finanza pubblica**, trattano, più in dettaglio, delle quote vincolate del Fondo sanitario nazionale da parte del Comitato interministeriale per la programmazione economica a favore di progetti per la realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale. In particolare, la priorità è data a quelli riguardanti la tutela della salute materno-infantile, della salute mentale, della salute degli anziani, oltre che progetti finalizzati alla prevenzione, e in particolare alla prevenzione delle malattie ereditarie, nonché alla realizzazione degli obiettivi definiti dal Patto per la salute purché relativi al miglioramento dell'erogazione dei LEA[80].
La procedura di erogazione delle risorse è prevista all'art. 34-*bis* ed è volta ad agevolare le Regioni nell'attuazione dei progetti di carattere prioritario di cui al comma 34. In sintesi, tale procedura prevede che il MEF eroghi, a titolo di acconto, il 70% dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione, mentre l'erogazione del restante 30% deve essere subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente Stato-regioni dei progetti presentati dalle Regioni, pena la mancata erogazione della quota residua ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione già erogata.

- ***Livello di finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale***

Il *livello del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre ordinariamente lo Stato* è il livello annuo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN)

[79] *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica.*

[80] Ulteriori progetti finanziabili con le risorse vincolate nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive nell'infanzia, riguardano la concessione gratuita da parte delle regioni, nell'ambito delle loro disponibilità finanziarie, dei vaccini per le vaccinazioni non obbligatorie (quali antimorbillosa, antirosolia, antiparotite, antipertosse e antihaemophulius influenza e tipo B) se richieste dietro prescrizione medica.

determinato per legge previa Intesa Stato-Regioni, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica. Il livello delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale può essere incrementato nel corso dell'anno con provvedimenti legislativi, tra cui il più rilevante quantitativamente è l'incremento approvato con la legge di bilancio. Il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, come incrementato dai provvedimenti legislativi adottati nel corso dell'anno, è ripartito tra le Regioni e Province Autonome con delibera CIPE.

Nel **2025**, il fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, come incrementato dalla legge di bilancio 2025, **è pari a 136,5 miliardi nel 2025, 140,6 miliardi nel 2026 e 141,1 miliardi nel 2027**, in base a quanto ricostruito dalla Corte di Conti[81]. In proposito, si può ricordare che nel 2024, il riparto del fabbisogno sanitario cui concorre lo Stato per il Servizio Sanitario Nazionale fra regioni e province autonome è stato pari a 134.017 milioni di euro, di cui il finanziamento indistinto ammonta a 128.600 milioni.

Il livello del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre ordinariamente lo Stato rappresenta la componente principale del finanziamento della spesa sanitaria totale[82].

Con riguardo al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, si ricorda che il fabbisogno sanitario nazionale comprende diverse componenti: il fabbisogno indistinto, su cui ci si concentra di seguito; il Fondo farmaci innovativi (in parte finanziati direttamente con il FSN e in parte con le risorse destinate a specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale), attraverso il quale lo Stato concorre al finanziamento di tali medicinali, che viene ripartito in proporzione alla spesa sostenuta dalle Regioni per l'acquisto degli stessi (legge n. 232 del 2016); alcune quote vincolate, distinte tra quelle destinate alle Regioni e Province autonome, principalmente rivolte a obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano sanitario nazionale, e quelle riservate agli altri enti, essenzialmente agli Istituti zooprofilattici sperimentali, alla Croce Rossa italiana, alle Università per quanto riguarda la formazione dei medici specialisti e una quota detta "premiale". Al netto di tali poste, si determina il fabbisogno indistinto, che comprende ancora alcune voci soggette a meccanismi di riparto specifici.

Per quel che attiene al meccanismo di riparto, secondo le disposizioni del decreto legislativo n. 68 del 2011[83], il costo del settore sanitario, che impegna gran parte dei bilanci regionali, deve essere determinato secondo i fabbisogni *standard* delle regioni.

I fabbisogni *standard* definiscono i criteri di ripartizione del Fondo sanitario nazionale, in base al livello di finanziamento della spesa sanitaria fissata periodicamente in specifici accordi tra Stato ed enti territoriali, detti Patti per la salute. L'ammontare di risorse necessarie per assicurare i livelli essenziali di assistenza (decreto del Presidente del

[81] Audizione sul disegno di legge recante "Bilancio di previsione dello stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027" (p. 56).

[82] Con il termine *spesa sanitaria* si fa invece riferimento all'aggregato di contabilità nazionale nel conto consolidato delle pubbliche amministrazioni che comprende tutte le risorse spese dalle amministrazioni pubbliche operanti nel comparto sanità. In questo aggregato sono incluse sia le spese per i servizi sanitari finanziati con le risorse del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, sia le prestazioni finanziate dagli enti sanitari locali (ESL) con maggiori entrate proprie, sia le spese sanitarie coperte da altre autorizzazioni o programmi di spesa, come quelle a valere sulle risorse del PNRR o sulle risorse destinate al contrasto del Covid-19 non impiegate nell'anno di competenza.

[83] Come rivisto dalla legge n. 190 del 2014.

Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017)[84] in condizione di efficienza e appropriatezza, viene definito come "livello di fabbisogno sanitario *standard*".
In merito ai **criteri di riparto del Fondo sanitario**, fino al 2022, il principale parametro utilizzato per il riparto fra le regioni era la popolazione, parametrata sulla base delle classi di età[85], senza ulteriori indicatori capaci di rappresentare il diverso bisogno di salute. Si provvedeva inoltre ad indicare come ulteriori fattori da considerare: la popolazione residente, la frequenza dei consumi sanitari per età e genere, i tassi di mortalità ed altri dati relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili per definire i bisogni sanitari delle regioni e indicatori epidemiologici territoriali. Inoltre, il decreto legislativo n. 68 del 2011, come modificato, disponeva che si tenesse altresì conto, ai fini del riparto, del percorso di miglioramento degli *standard* di qualità, attraverso la realizzazione e l'applicazione di un sistema di valutazione delle cure e dell'uniformità dell'assistenza e il monitoraggio dei servizi.
Con **l'Intesa in Conferenza Stato-regioni del 21 dicembre 2022** è stato raggiunto l'accordo su un nuovo meccanismo di riparto dei finanziamenti per la sanità tra le regioni, recepito con il decreto del Ministro della Salute del 30 dicembre 2022[86]. In particolare, dal 2023, al criterio capitario, parzialmente pesato per tenere conto dell'influenza dell'età sui consumi sanitari, sono stati affiancati altri parametri, ovvero la mortalità e alcuni indicatori delle condizioni socioeconomiche.
Più in dettaglio, il nuovo meccanismo tiene conto, tra i nuovi criteri di riparto, del tasso di mortalità della popolazione al di sotto dei 75 anni e degli indicatori relativi a particolari situazioni territoriali quali l'incidenza della povertà relativa individuale, il livello di bassa scolarizzazione e il tasso di disoccupazione, aggregati in un unico indice composito di deprivazione attribuendo a ognuno di essi lo stesso valore[87].

---

84 *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".*

85 Come evidenzia il *focus* n. 3 del 2024 dell'Ufficio parlamentare di bilancio del 27 marzo 2024 ("Il riparto del fabbisogno sanitario nazionale tra nuovi criteri e attuazioni incompiute"): "Tenendo conto dei diversi consumi per fascia di età si opera, inevitabilmente, una significativa redistribuzione del finanziamento. Data la curva dei consumi, pesare la quota capitaria in base all'età assicura risorse addizionali ai territori con maggiore presenza di anziani e riduce quelle della Lombardia, del Lazio e delle grandi regioni del Mezzogiorno (a parte la Sardegna). Nelle stesse macro-aree, tuttavia, alcune regioni subiscono una perdita, in particolare la Lombardia (78 milioni) e il Lazio (59 milioni). Le regioni con le maggiori correzioni negative sono comunque collocate nel Mezzogiorno, con una riduzione di risorse pari a circa 336 milioni in Campania e 121 in Sicilia, mentre la Sardegna percepisce 55 milioni in più".

86 "*Definizione dei nuovi criteri e dei pesi relativi per la ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale standard".*

87 Nella premessa del citato decreto si fa presente che tra i criteri previsti dalla legge n. 662 del 1996 (di cui il decreto è attuazione) non sono stati considerati gli indicatori epidemiologici territoriali: le ragioni sono dovute alla mancata emanazione del decreto del Ministro della salute previsto dall'articolo 7, comma 2, del decreto-legge 9 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, deputato ad individuare "i dati personali, anche inerenti alle categorie particolari di dati di cui all'articolo 9 del regolamento UE 2016/679, che possono essere trattati, le operazioni eseguibili, le modalità di acquisizione dei dati dai sistemi informativi dei soggetti che li detengono e le misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti degli interessati, nonché i tempi di conservazione dei dati trattati". Inoltre, sempre nella premessa, si evidenzia che non si è tenuto conto del percorso di miglioramento degli *standard* di qualità, poiché per la valutazione si dovrebbe fare riferimento al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), che sostituisce la precedente "Griglia LEA" ai fini del monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA) per la verifica del "mantenimento dell'erogazione dei LEA" (uno degli adempimenti cui le regioni sono tenute per accedere all'intero finanziamento spettante). Tuttavia, sarebbe stato necessario disporre dei risultati del NSG relativi ad almeno due anni e quelli del 2021,

Tale meccanismo risulta semplificato rispetto al precedente, in quanto l'articolo 2 del decreto del Ministro della salute del 30 dicembre 2022 prevede che la ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, ai fini della definizione dei fabbisogni sanitari regionali *standard*, avviene applicando i seguenti criteri di riparto:

- il 98,5 per cento delle risorse da ripartire tra le regioni è distribuito sulla base della popolazione residente e della frequenza dei consumi sanitari per età, applicando il procedimento dettato dai commi da 5 a 11 dell'articolo 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68;
- lo 0,75 per cento delle risorse da ripartire tra le regioni è distribuito in base al tasso di mortalità della popolazione (< 75 anni);
- lo 0,75 per cento delle risorse da ripartire tra le regioni è distribuito in base al dato complessivo risultante dagli indicatori utilizzati per definire particolari situazioni territoriali che impattano sui bisogni sanitari.

Infine, in base al comma 384 dell'articolo 1 della legge di bilancio per l'anno 2025 (L. n. 207 del 2024), a decorrere dall'anno 2025, in sede di riparto tra le regioni del finanziamento della spesa sanitaria corrente, si tiene conto delle caratteristiche territoriali e delle dimensioni delle regioni con popolazione inferiore a 500.000 abitanti, riservando, in favore delle medesime regioni, una quota annuale non inferiore a 20 milioni di euro.

Va ricordato che il Servizio sanitario viene finanziato secondo i criteri stabiliti dal decreto legislativo n. 56 del 2000[88], mediante entrate proprie (*ticket*), mediante i gettiti derivanti dall'IRAP e dall'addizionale regionale all'IRPEF valutate ad aliquota base e, fino a concorrenza del fabbisogno medesimo, mediante l'attribuzione alle regioni di risorse a titolo di compartecipazione all'IVA.

Le componenti del finanziamento del Servizio sanitario nazionale vincolate per legge a obiettivi specifici (quali gli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996)[89] sono finanziate a valere sul capitolo del bilancio statale denominato Fondo sanitario nazionale. Se i valori del gettito dell'IRAP e dell'addizionale regionale dell'IRPEF risultano inferiori ai gettiti stimati, il differenziale è assicurato dal fondo di garanzia di cui all'articolo 13 del decreto legislativo n. 56 del 2000.

La **quantificazione dei singoli fabbisogni *standard* regionali** (cumulativamente pari al livello del fabbisogno sanitario nazionale *standard*) si basa sul **calcolo del costo *standard* sanitario *pro capite*** rilevato nelle **regioni** individuate come ***benchmark***, che esprimono il costo di erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, efficacia e appropriatezza.

secondo anno dopo l'entrata a regime, non erano stati ancora validati al momento dell'emanazione del decreto sui nuovi criteri di riparto.

88 *Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133.*

89 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica".

Articolo 64
(Misure di prevenzione)

Il **comma 1 dell'articolo 64** destina, al fine di potenziare le misure in materia di prevenzione collettiva e sanità pubblica, una quota del fabbisogno sanitario *standard*, pari a **238 milioni di euro annui** a decorrere dall'anno **2026**, al rafforzamento degli interventi nel settore, con particolare riferimento:
a) al potenziamento dello *screening* mammografico per il tumore della mammella, allo scopo di estenderlo alle donne di età compresa tra 45 e 49 anni e tra 70 e 74 anni;
b) al potenziamento dello *screening* per il tumore del colon-retto, allo scopo di estenderlo alle persone di età compresa tra 70 e 74 anni;
c) alla prosecuzione del programma di prevenzione e monitoraggio del tumore polmonare di cui all'articolo 34, comma 10-*sexies*, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n 106, nell'ambito della rete italiana *screening* polmonare (RISP), allo scopo di garantire la più ampia copertura sul territorio nazionale e una maggiore equità di accesso e favorire l'accessibilità ampliando la platea dei potenziali beneficiari aventi i requisiti per accedere al programma;
d) all'incremento del finanziamento previsto dall'articolo 1, comma 408, della legge 11 dicembre 2016 n. 232, per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel calendario nazionale vaccinale.
Il **comma 2** destina, inoltre, per l'anno **2026**, un importo aggiuntivo rispetto a quello previsto al comma 1, pari a **247 milioni** di euro, a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 275, della legge 30 dicembre 2024, n. 207 (legge di bilancio 2025), per **127 milioni** di euro, e a valere sul fabbisogno sanitario *standard* di cui all'articolo 63, comma 1, per **120 milioni** di euro, all'ulteriore potenziamento delle misure di prevenzione.
Al **comma 3** si prevede altresì che, in aggiunta a quanto previsto dal comma 1, è autorizzata la spesa di **1 milione** di euro annui a decorrere dall'anno **2026** finalizzata alla realizzazione, da parte del Ministero della salute, di apposite campagne di comunicazione istituzionale sulla prevenzione. Ai relativi oneri si provvede mediante utilizzo delle risorse destinate al perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, indicate all'articolo 1, comma 275, della legge 30 dicembre 2024, n. 207.
Il **comma 4** precisa che, fermo restando quanto previsto dal comma 3, i criteri di riparto degli importi di cui al comma 1, sono definiti in sede di riparto del complessivo fabbisogno sanitario standard dell'anno di riferimento.

L'articolo 64 comporta l'utilizzo di risorse già stanziate da altri provvedimenti e dall'art. 63 del presente disegno di legge, non comportando nuovi o ulteriori oneri.

Il **comma 1 dell'articolo 64** destina, al fine di potenziare le misure in materia di prevenzione collettiva e sanità pubblica, una quota del fabbisogno sanitario *standard*, pari a **238 milioni di euro annui** a decorrere dall'anno **2026**, al rafforzamento degli interventi nel settore, con particolare riferimento:

a) al potenziamento dello *screening* mammografico per il tumore della mammella, allo scopo di estenderlo alle donne di età compresa tra 45 e 49 anni e tra 70 e 74 anni;
b) al potenziamento dello *screening* per il tumore del colon-retto, allo scopo di estenderlo alle persone di età compresa tra 70 e 74 anni;
c) alla prosecuzione del programma di prevenzione e monitoraggio del tumore polmonare di cui all'articolo 34, comma 10-*sexies*, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73[90], convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n 106, nell'ambito della rete italiana screening polmonare (RISP), allo scopo di garantire la più ampia copertura sul territorio nazionale e una maggiore equità di accesso e favorire l'accessibilità ampliando la platea dei potenziali beneficiari aventi i requisiti per accedere al programma;
d) all'incremento del finanziamento previsto dall'articolo 1, comma 408, della legge 11 dicembre 2016 n. 232[91], per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel calendario nazionale vaccinale.

In merito allo *screening* mammografico, si ricorda che con l'art. 85, comma 4, della **legge n. 388 del 2000 (Legge finanziaria 2001**)[92] la mammografia per le donne di età compresa tra i **50 e i 69 anni**, da eseguirsi **ogni 2 anni,** è esente da ticket**.**
Al fine di estendere la platea dei soggetti beneficiari, il **comma 11-*bis*** dell'**articolo 4,** del Decreto-legge n. 202 del 2024, conv. con modif. dalla Legge n. 15 del 2025[93], ha autorizzato la spesa di **200 mila euro** per l'anno **2025** e di **800 mila** euro per l'anno **2026** per avviare progetti di rafforzamento dell'adesione e dell'estensione alle misure di prevenzione per il tumore al seno, mediante campagne di *screening* regionale per le donne nelle fasce d'età 45-50 anni e 70-74 anni. A tali oneri predetti, si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo finalizzato all'attuazione di misure in favore degli enti locali e alla realizzazione di interventi in materia sociale e di infrastrutture, sport e cultura.
Con specifico riguardo al **tumore al seno**, la L. n. 207/2024 (art. 1, commi 298 e 299, Legge di bilancio per il 2025) ha previsto l'istituzione del **Registro unico nazionale delle *Breast Unit,*** con l'obiettivo di raccogliere tutti i dati provenienti dalle *Breast Unit* sul territorio nazionale e garantire la centralizzazione e l'analisi dei dati sul carcinoma mammario. In particolare, le attività connesse all'istituzione, all'attivazione e al funzionamento di tale Registro unico nazionale devono essere svolte in stretta sinergia e coordinamento con le attività dell'Osservatorio per il monitoraggio e l'implementazione delle Reti delle *Breast Unit*, istituito presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari.
Con riguardo al tumore al colon-retto, il test di screening utilizzato è il **test del sangue occulto nelle feci**, eseguito **ogni 2 anni** nelle persone tra i **50 e i 69 anni.**

[90] *Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali.*
[91] *Legge di bilancio 2017*
[92] *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001).*
[93] *Disposizioni urgenti in materia di termini normativi.*

In merito ai **tumori polmonari**, il finanziamento di **appositi programmi di screening oncologico**, specialmente rivolti alle fasce di età considerate a maggior rischio, previsti nei livelli essenziali di assistenza (DPCM 12 gennaio 2017), nell'ambito del livello prevenzione collettiva e sanità pubblica – area "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale. Si sottolinea che sono individuate promotrici dell'adesione agli screening, anche nel processo di erogazione dei test di primo livello, le farmacie di comunità, nella sperimentazione nazionale dei nuovi servizi, come previsto dai commi 403-406, art. 1, della legge di stabilità 2018 (L. n. 205/2017).
In proposito si evidenzia il finanziamento, attuato dal DM Salute 8 novembre 2021 che ne ha individuato le strutture destinatarie, per il potenziamento su tutto il territorio nazionale dei **centri della Rete italiana screening polmonare** (**RISP**) ai fini della realizzazione di programmi di **prevenzione e monitoraggio del tumore del polmone**, nei limiti della spesa autorizzata di **1 milione di euro** per ciascuno degli **anni 2021 e 2022**, previsto dai commi da 10- sexies a 10-octies del DL. n. 73/2021 cd. Sostegni bis (L. n. 106/2021). Il RISP è coordinato dalla Fondazione IRCCS Istituto nazionale dei tumori di Milano e, all'atto della sua ufficializzazione a fine 2019, comprendeva 10 centri oncologici. Con la Legge n. 207/2024 (art. 1, commi 333-335, Legge di bilancio per il 2025), è stata consentita la prosecuzione delle **attività della Rete italiana screening polmonare**, finalizzate ad una migliore presa in carico del paziente oncologico, rifinanziando con **200 mila euro per il 2025, 400 mila euro per l'anno 2026 e 600 mila euro per l'anno 2027** l'autorizzazione di spesa, a valere sul Fondo per far fronte ad esigenze indifferibili nello stato di previsione del MEF.

Il **comma 2** destina, inoltre, per l'anno **2026**, un importo aggiuntivo rispetto a quello previsto al comma 1, pari a **247 milioni** di euro, a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 275, della legge 30 dicembre 2024, n. 207[94], per **127 milioni** di euro, e a valere sul fabbisogno sanitario *standard* di cui all'articolo 63, comma 1, per **120 milioni** di euro, all'ulteriore potenziamento delle misure di prevenzione.

Si ricorda che l'articolo 1, comma 275, della legge 30 dicembre 2024, n. 207 (Legge di bilancio 2025) destina una parte delle risorse incrementali, pari a 773,9 milioni di euro per l'anno 2026, a 340,9 milioni di euro per l'anno 2027 e a 379,2 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028, del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale stabilite con tale legge (comma 273) al perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilevo nazionale di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 (su tali disposizioni v. *infra*).

Al **comma 3** si prevede altresì che, in aggiunta a quanto previsto dal comma 1, è autorizzata la spesa di **1 milione** di euro annui a decorrere dall'anno **2026** finalizzata alla realizzazione, da parte del Ministero della salute, di apposite campagne di comunicazione istituzionale sulla prevenzione. Ai relativi oneri si provvede mediante utilizzo delle risorse destinate al perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale di cui all'articolo 1, commi 34

[94] *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027.*

e 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, indicate all'articolo 1, comma 275, della legge 30 dicembre 2024, n. 207.

In proposito si ricorda che i commi 34 e 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996 recante **misure di razionalizzazione della finanza pubblica**, trattano, più in dettaglio, delle quote vincolate del Fondo sanitario nazionale da parte del Comitato interministeriale per la programmazione economica a favore di progetti per la realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale. In particolare, la priorità è data a quelli riguardanti la tutela della salute materno-infantile, della salute mentale, della salute degli anziani, oltre che progetti finalizzati alla prevenzione, e in particolare alla prevenzione delle malattie ereditarie, nonché alla realizzazione degli obiettivi definiti dal Patto per la salute purché relativi al miglioramento dell'erogazione dei LEA[95].
La procedura di erogazione delle risorse è prevista all'art. 34-*bis* ed è volta ad agevolare le Regioni nell'attuazione dei progetti di carattere prioritario di cui al comma 34. In sintesi, tale procedura prevede che il MEF eroghi, a titolo di acconto, il 70% dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione, mentre l'erogazione del restante 30% deve essere subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente Stato-regioni dei progetti presentati dalle Regioni, pena la mancata erogazione della quota residua ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione già erogata.

Il **comma 4** precisa che, fermo restando quanto previsto dal comma 3, i criteri di riparto degli importi di cui al comma 1, sono definiti in sede di riparto del complessivo fabbisogno sanitario *standard* dell'anno di riferimento.

[95] Ulteriori progetti finanziabili con le risorse vincolate nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive nell'infanzia, riguardano la concessione gratuita da parte delle regioni, nell'ambito delle loro disponibilità finanziarie, dei vaccini per le vaccinazioni non obbligatorie (quali antimorbillosa, antirosolia, antiparotite, antipertosse e antihaemophulius influenza e tipo B) se richieste dietro prescrizione medica.

Articolo 65
(Piano nazionale di azioni per la salute mentale - PANSM)

L'**articolo 65** dispone la destinazione di una **quota del fabbisogno sanitario nazionale *standard*** (cfr. Art. 63), pari a **80 milioni di euro per il 2026**, **85 milioni di euro per il 2027**, **90 milioni di euro per il 2028** e **30 milioni di euro annui** a decorrere **dal 2029**, per la **realizzazione** degli obiettivi e delle azioni strategiche definiti nel **Piano nazionale di azioni per la salute mentale 2025-2030** (**PANSM 2025-2030**) (**comma 1**). Nel triennio 2026-2028, una quota pari al **30 per cento** di tali risorse è indirizzata all'implementazione delle **azioni di prevenzione** previste nel PANSM (**comma 2**). La **ripartizione tra le regioni** delle risorse previste dal comma 1 viene effettuata con **decreto del Ministro della salute**, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e sentita la Conferenza Stato-Regioni, che disciplina anche il **monitoraggio delle azioni strategiche definite nel PANSM** (**comma 3**). Infine, nell'ambito delle risorse previste dal comma 1, viene previsto l'impiego di una quota pari a **30 milioni di euro** per l'**assunzione a tempo indeterminato di personale dei ruoli sanitario e socio-sanitario da destinare ai Servizi di salute mentale** delineati nel PANSM (**comma 4**).

Agli oneri derivanti dalla disposizione, quantificati in un importo pari a **80 milioni di euro per l'anno 2026**, **85 milioni di euro per l'anno 2027**, **90 milioni di euro per l'anno 2028** e **30 milioni di euro annui** a decorrere **dall'anno 2029**, si provvede a valere sull'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, previsto dall'articolo 63 del disegno di legge di bilancio in esame.

L'**articolo 65**, composto da quattro commi, prevede la destinazione di una **quota del fabbisogno sanitario nazionale *standard*** (cfr. art. 63) per l'implementazione e il potenziamento del **Piano nazionale di azioni per la salute mentale 2025-2030** (**PANSM 2025-2030**).

Si ricorda che il **Piano di azioni nazionale per la salute mentale** (**PANSM 2025-2030**)[96] è curato dal **Tavolo tecnico per la salute mentale**, istituito con il decreto del Ministro della salute 27 aprile 2023 (la cui composizione è stata integrata con il decreto 13 settembre 2023). Il Piano fa riferimento al Piano di azione globale per la salute mentale 2013-2030, elaborato dall'Organizzazione mondiale della sanità e approvato dalla settantaquattresima Assemblea mondiale della Salute.
Il PANSM 2025-2030 prevede **sei aree di intervento**, per ognuna delle quali sono definiti gli **obiettivi**, le **azioni**, gli **attori** e gli **indicatori**. Le aree sono le seguenti:

[96] La Conferenza unificata deve ancora sancire l'intesa sul PANSM 2025-2030. Qui il testo del Piano del 29 settembre 2025, con le modifiche e le integrazioni rispetto alla bozza di luglio 2025, derivanti dal confronto con le Regioni. Il precedente Piano è stato approvato in Conferenza unificata con l'accordo n. 4 del 24 gennaio 2013.

- salute mentale e percorsi di promozione, prevenzione e cura;
- salute mentale in infanzia e adolescenza, transizione dai servizi per l'infanzia e l'adolescenza ai servizi per l'età adulta, accesso e continuità di cura;
- salute mentale per le persone detenute/imputabili e per le persone affette da disturbi mentali autrici di reato in misura di sicurezza;
- salute mentale: *management* e sicurezza;
- salute mentale e integrazione socio-sanitaria;
- salute mentale: formazione e ricerca.

Il 24 marzo 2025 è stata pubblicata dall'OMS la **Guida sulle politiche di salute mentale e sui piani d'azione strategici**, costituita da cinque moduli:

- Introduzione, finalità e utilizzo della guida;
- Principali aree di riforma, direttive, strategie e azioni per le politiche di salute mentale e i piani d'azione strategici;
- Processo per lo sviluppo, implementazione e valutazione delle politiche di salute mentale e dei piani d'azione strategici;
- Scenari relativi a contesti nazionali;
- Elenco completo delle aree di intervento, direttive, strategie e azioni.

In particolare, il **comma 1** stabilisce che, a decorrere dall'anno 2026, una **quota del fabbisogno sanitario nazionale *standard***, pari a **80 milioni di euro** per il **2026**, **85 milioni di euro** per il **2027**, **90 milioni di euro** per il **2028** e **30 milioni di euro annui** a decorrere dall'anno **2029**, sia indirizzata all'implementazione e al rafforzamento delle **strategie e delle azioni per prevenzione, diagnosi, cura e assistenza** individuate dal PANSM 2025-2030), con il fine di **realizzare gli obiettivi e le azioni strategiche previsti nel medesimo Piano**, utili al potenziamento e alla qualificazione dell'assistenza integrata a tutela della salute mentale della persona nell'intero arco della propria vita.

La relazione tecnica evidenzia la necessità di tali risorse anche in considerazione dell'aumento dei cittadini presi in carico dai servizi di salute mentale e degli accessi in pronto soccorso per problematiche legate alla salute mentale.
Dal Rapporto sulla salute mentale 2023 (pubblicato a giugno 2024), che analizza i dati rilevati attraverso il Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) relativi all'anno 2023, risulta che gli utenti psichiatrici assistiti dai servizi specialistici nel corso del 2023 ammontano a 854.040 unità (erano 776.829 unità nel 2022) e che il numero complessivo di accessi al Pronto Soccorso per patologie psichiatriche ammonta a 573.663 (nel 2022 il numero ammontava a 547.477 unità).

Il **comma 2** dispone che una quota pari al **30 per cento delle risorse** previste dal comma 1 sia destinata, per il **triennio 2026-2028**, alla messa a punto delle **azioni di prevenzione** per la completa realizzazione degli argomenti presenti nel PANSM.

Il **comma 3** individua le **modalità di ripartizione** tra le regioni degli importi previsti dal comma 1. Tale ripartizione avviene con **decreto del Ministro della salute**, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato-Regioni, da adottare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della legge di bilancio in esame. Il medesimo decreto detta disposizioni relative al **monitoraggio della realizzazione delle azioni strategiche individuate nel PANSM**, al fine di accertare il recepimento nella pianificazione regionale del mandato del Piano e il conseguimento degli obiettivi strategici nazionali.

In proposito, analogamente alla procedura seguita per la ripartizione del Fondo sanitario nazionale, si valuti l'opportunità di prevedere l'Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni in luogo del parere.

Il **comma 4**, infine, dispone l'utilizzo di una quota pari a **30 milioni di euro**, nell'ambito delle risorse previste dal comma 1 e limitatamente alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie riguardanti l'implementazione delle azioni strategiche di intervento previste dal PANSM 2025-2027, per l'**assunzione a tempo indeterminato di personale dei ruoli sanitario e socio-sanitario** da indirizzare ai **Servizi di salute mentale**, come intesi nel medesimo PANSM.

Si ricorda che presso la Commissione Affari sociali della Camera dei deputati è in corso di esame il disegno di legge "Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria" (A.C. 2365), approvato dal Senato. L'articolo 14 prevede una serie di **assunzioni a tempo indeterminato**, nel biennio 2025-2026, per consentire un **potenziamento dell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari da parte dei Dipartimenti di salute mentale**. A tal fine sono stanziati 18.193.020 euro per l'anno 2025 e 21.092.822 euro annui a decorrere dall'anno 2026[97].
Va inoltre ricordato che presso la medesima Commissione della Camera sono all'esame, in sede referente alcune proposte di legge (A.C. 814 ed abb.) dirette ad istituire e disciplinare la figura dello "**psicologo di base**" ed il servizio di **psicologia di assistenza primaria** nell'ambito del Sevizio sanitario nazionale.

[97] Per maggiori dettagli si consulti il dossier dei Servizi Studi della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica. Per un approfondimento relativo alla rete dei servizi di salute mentale si veda la pagina dedicata del Ministero della salute.

Articolo 66
(Incremento della quota del Fondo sanitario nazionale destinata agli Istituti zooprofilattici sperimentali)

L'**articolo 66** prevede un incremento di **10 milioni di euro annui**, **a decorrere dal 2026**, della **quota destinata al funzionamento degli Istituti zooprofilattici sperimentali** nell'ambito del **Fondo sanitario nazionale**, al fine di garantire le risorse necessarie a far fronte alle maggiori spese derivanti dall'aumento del costo dei servizi nonché dalle ricorrenti emergenze sanitarie nei settori della sicurezza alimentare, della sanità animale e dell'igiene zootecnica.

L'**articolo 66** prevede un incremento di **10 milioni di euro annui, a decorrere dal 2026**, del finanziamento per il funzionamento degli Istituti zooprofilattici sperimentali. La copertura finanziaria è a valere sull'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno nazionale standard cui concorre lo Stato ai sensi dell'articolo 63.

L'**articolo 66**, prevede un incremento di **10 milioni di euro annui**, a decorrere dal 2026, della **quota destinata al funzionamento degli Istituti zooprofilattici sperimentali** nell'ambito del Fondo sanitario nazionale (cfr. art. 63), al fine di garantire le risorse necessarie a far fronte alle maggiori spese derivanti dall'aumento del costo dei servizi nonché dalle ricorrenti emergenze sanitarie nei settori della sicurezza alimentare, della sanità animale e dell'igiene zootecnica.

Gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (I.Z.S) rappresentano lo strumento operativo di cui dispone il Servizio Sanitario Nazionale per assicurare la **sorveglianza epidemiologica**, la ricerca sperimentale, la formazione del personale, il supporto di laboratorio e la diagnostica nell'ambito del **controllo ufficiale degli alimenti**. Più nel dettaglio, la capillare distribuzione degli IZS costituisce un insieme di laboratori pubblici al servizio dello Stato e delle Regioni che assicurano, insieme alle altre strutture del SSN, la salvaguardia della salute pubblica tramite lo sviluppo di nuove strategie diagnostiche, il continuo perfezionamento e l'implementazione di quelle già consolidate e la standardizzazione e la validazione dei protocolli operativi sia nel campo della sicurezza alimentare che della salute animale, soddisfacendo la richiesta per l'erogazione di prestazioni sanitarie di elevati livelli di qualità che garantiscano livelli uniformi di intervento su tutto il territorio nazionale. Gestiscono inoltre, sia a livello di ricerca che di piani di sorveglianza, l'analisi del rischio nei settori di competenza della Sanità Pubblica Veterinaria, contribuendo in modo sostanziale alla raccolta e divulgazione delle conoscenze scientifiche che sono alla base della comunicazione del rischio al cittadino. Gli IZS presentano 10 sedi centrali e 90 sezioni diagnostiche periferiche (qui l'approfondimento dal sito del Ministero della salute).
Quanto ai fondi ad essi destinati si veda l'ultimo riparto disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale, di cui alla Delibera Cipess 19.12.2024.

Articolo 67
(Finanziamento destinato all'aggiornamento delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere per acuti e per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica)

L'**articolo 67** dispone l'aumento della spesa annuale destinata all'**aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti** erogate in regime di ricovero ordinario e diurno. In particolare, tale spesa viene aumentata, a decorrere dall'anno 2027, **da 650 milioni di euro a 1.000 milioni di euro** (**comma 1**).
Viene inoltre previsto che una quota del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, pari a **100 milioni di euro per l'anno 2026 e 183 milioni di euro annui** a decorrere **dall'anno 2027**, sia vincolata per assicurare al SSN le risorse necessarie all'**aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica** (**comma 2**).

Agli oneri derivanti dalla disposizione, quantificati in un importo pari a **350 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027** (comma 1), a **100 milioni di euro per l'anno 2026** e a **ulteriori 183 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027** (comma 2), si provvede a valere sull'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, previsto dall'articolo 63 del disegno di legge di bilancio in esame.

L'**articolo 67**, composto da due commi, modifica l'articolo 1, comma 300, della legge di bilancio per il 2025 (L. n. 207 del 2024), **aumentando, a decorrere dall'anno 2027, l'importo della spesa annuale** diretta a garantire al Servizio sanitario nazionale le risorse necessarie per provvedere alla progressiva attuazione dell'**aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario e diurno** in attuazione dell'articolo 1, comma 280, della legge di bilancio per il 2022 (L. n. 234 del 2021). Inoltre, viene disposto l'incremento delle risorse indirizzate all'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica.

In particolare, il **comma 1** prevede l'aumento della spesa annuale, **a decorrere dall'anno 2027**, destinata all'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti **da 650 milioni di euro** (come stabilito dal citato articolo 1, comma 300, della legge di bilancio per il 2025) **a 1.000 milioni di euro**. In relazione all'anno 2026, l'importo di tale spesa non viene modificato; non viene altresì modificato l'importo della spesa annuale (350 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026), relativa

all'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza erogate in post acuzie.

Si ricorda che l'articolo 300, comma 1, della legge di bilancio per il 2025 (L. n. 207 del 2024), nel testo vigente, prevede, al fine di garantire al Servizio sanitario nazionale le risorse necessarie per provvedere alla progressiva attuazione dell'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza erogate in post acuzie e dell'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario e diurno in attuazione dell'articolo 1, comma 280, della legge di bilancio per il 2022 (L. n. 234 del 2021), le seguenti autorizzazioni di spesa:

- per il 2025, 77 milioni di euro destinati ai *Diagnosis Related Groups* (DRG) post acuzie;
- a decorrere dal 2026, 1.000 milioni di euro annui, destinati rispettivamente per:
  - 350 milioni ai DRG post acuzie;
  - 650 milioni ai DRG per acuti.

Il citato articolo 1, comma 280, della L. n. 234 del 2021 aveva previsto che, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente Stato-Regioni, entro il 30 giugno 2023 dovesse procedersi all'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a carico del SSN, oltre che, congiuntamente, all'aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera. Si era peraltro stabilito che tali tariffe massime così aggiornate dovessero costituire un limite invalicabile per le prestazioni rese a carico del SSN e che le stesse tariffe fossero successivamente aggiornate ogni due anni con la medesima procedura. Tuttavia, il decreto di aggiornamento non risulta ancora emanato.

Si ricorda, inoltre, che il sistema chiamato "Raggruppamento omogeneo di diagnosi" (*Diagnosis Related Group*, DRG), permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale in gruppi omogenei in base alle risorse impegnate per la loro cura[98]. Attualmente, il D.M. 18 ottobre 2012 fissa le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti (allegato 1) e per riabilitazione e lungodegenza (allegato 2).

Il **comma 2** dispone che, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* (cfr. art. 63), è vincolata una quota pari a **100 milioni di euro per l'anno 2026** e **183 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027** per assicurare al SSN le risorse necessarie all'**aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica**.

Si ricorda che il D.P.C.M 12 gennaio 2017 (*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre*

[98] Per maggiori informazioni relative al sistema DRG si veda la pagina del Ministero della salute.

1992, n. 502), pubblicato sulla G.U. n. 65 del 18 marzo 2017, ha aggiornato i nuovi livelli rispetto ai precedenti LEA definiti per la prima volta con D.P.C.M. del 29 novembre 2001. In particolare, l'Allegato 4 al suddetto DPCM ha aggiornato il **nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale** disciplinato dal decreto 22 luglio 1996 e l'Allegato 5 ha aggiornato il **nomenclatore dell'assistenza protesica**, in precedenza normato dal decreto 27 agosto 1999, n. 332.
Con il decreto 23 giugno 2023 sono state determinate le tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, come previsto dall'articolo 64, commi 2 e 3 del DPCM 12 gennaio 2017. Con il decreto 31 marzo 2024 si è differita dal 1° aprile 2024 al 1° gennaio 2025 l'entrata in vigore delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, definite dal citato decreto del 23 giugno 2023. Per questo, è stato adottato il decreto del 25 novembre 2024 del Ministero della Salute, che modifica il DM 23 giugno 2023. Il provvedimento è entrato in vigore dal 30 dicembre 2024 e interviene ad aggiornare il nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e quello dell'assistenza protesica.

Articolo 68
(Farmacia dei servizi)

L'**articolo 68** dispone che, in attuazione delle previsioni di cui all'articolo 1, comma 406-*bis* della L. n. 205/2017[99], e tenuto conto dell'esito della relativa sperimentazione da comunicarsi da parte del Ministero della salute, **i servizi resi dalle farmacie** a norma del D.Lgs n. 153/2009[100], **siano stabilmente integrati nel Servizio sanitario nazionale**. Pertanto le farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale sono riconosciute come strutture eroganti prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ai sensi del D.P.C.M. sui LEA del 12 gennaio 2017[101], anche in sinergia con gli altri professionisti sanitari. Viene poi stabilito che per le ulteriori prestazioni assistenziali eventualmente da erogarsi da parte delle farmacie convenzionate con il SSN rispetto a quanto disciplinato dall'articolo 18 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private, il Ministero della salute adotta **apposite linee guida** al fine di definire **i requisiti per lo svolgimento delle predette prestazioni**, in particolare con riferimento ai requisiti delle farmacie che operano in contesti decentrati, di disagio e di ruralità. (**comma 1**).

Per le finalità di cui al comma 1 è vincolata, nell'ambito del fabbisogno sanitario standard (cfr. *supra* art. 63), una quota pari a **50 milioni di euro annui a decorrere dal 2026,** al cui riparto si provvede in sede di riparto complessivo del citato fabbisogno nell'anno di riferimento **(comma 2).**

La remunerazione dei servizi di cui al comma 1 viene definita dalle Regioni e province autonome nell'ambito degli **Accordi integrativi regionali**, all'esito delle negoziazioni con le organizzazioni di categoria maggiormente rappresentative delle farmacie, sulla base di quanto stabilito dall'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private, di cui all'articolo 8, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992, nei limiti dell'importo di cui al comma 2 (**comma 3**).

Alle Regioni e province autonome viene attribuito il compito di rendicontare al Ministero della salute, entro il 30 giugno di ogni anno, l'utilizzo delle risorse ed i volumi di attività erogati nel corso dell'anno precedente, anche ai fini della verifica degli impatti economici ed organizzativi dei servizi resi dalle farmacie (**comma 4)**.

I**l comma 5** reca poi alcune modifiche puntuali alle lettere c-*bis* e c-*ter* del comma 2 del citato articolo 8 del D.Lgs. n. 502/1992, dirette essenzialmente ad agganciare

---

[99] *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020.*

[100] *Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69.*

[101] *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.*

alle risorse vincolate del fabbisogno sanitario standard di cui al comma 2, il limite di spesa da stabilire per la remunerazione dei servizi di cui al comma 1.
Per le finalità di cui all'articolo in esame viene infine rimesso ad **un decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute**, da emanarsi entro il 30 marzo 2026, la disciplina delle modifiche alle procedure delle prescrizioni mediche dematerializzate nell'ambito del Sistema tessera sanitaria, nonché delle relative erogazioni, fatte salve le modalità già operative per l'assistenza farmaceutica, anche ai fini del rimborso delle stesse da parte del Servizio sanitario nazionale, fermo restando quanto previsto al comma 5, lettera *b)* (**comma 6**).

L'**articolo 68** nel prevedere l'integrazione stabile delle farmacie nel Servizio sanitario nazionale, individua una quota, pari a 50 milioni di euro annui a decorrere dal 2026, del fabbisogno nazionale *standard* cui concorre lo Stato vincolata a tali finalità.

L'**articolo 68** dispone che, **i servizi resi dalle farmacie** a norma del D.Lgs n. 153/2009, **siano stabilmente integrati nel Servizio sanitario nazionale**, in attuazione delle previsioni di cui all'articolo 1, comma 406-*bis* della L. n. 205/2017, e tenuto conto dell'esito della relativa sperimentazione da comunicarsi da parte del Ministero della salute.

Il citato comma 406-*bis*[102], ha prorogato al **biennio 2021-2022** la sperimentazione in materia dei **nuovi servizi resi dalle farmacie**, prevista dalla normativa vigente per 9 regioni già individuate nel triennio 2018-2020 (Piemonte, Lombardia, Veneto; Emilia-Romagna, Umbria, Lazio; Campania, Puglia, Sicilia), con oneri posti a carico del Servizio sanitario nazionale – comma 403 della L. n. 205/2017 -, ampliandola, nel medesimo biennio, alle restanti regioni a statuto ordinario e autorizzando a tale scopo la spesa di 25,3 mln di euro per ciascuno degli anni 2021/2022 - comma 406-*ter* inserito dalla legge di Bilancio per il 2020 (L. n. 160/2019).
La sperimentazione di cui al primo periodo è stata poi estesa anche agli anni 2024 e 2025[103], disponendosi anche che entro il 30 settembre 2025, il Comitato paritetico e il Tavolo tecnico ai quali il comma 405 della medesima legge n. 207/2015 affida il monitoraggio sullo svolgimento della sperimentazione, valutano gli esiti complessivi della stessa ai fini della rendicontazione delle spese e dell'eventuale stabilizzazione dei nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito delle attività di cui al decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153.

[102] Inserito dall'art. 1, comma 461, L. 27 dicembre 2019, n. 160.
[103] Così disposto dall'art. 4, comma 7, lett. a), D.L. 30 dicembre 2023, n. 215, convertito, con modificazioni, dalla l. 23 febbraio 2024, n. 18, e dall'art. 1, comma 328, lett. a), nn. 1) e 2), L. 30 dicembre 2024, n. 207,a decorrere dal 1° gennaio 2025.

- ***La farmacia dei servizi***

L'introduzione in Italia del modello della Farmacia dei servizi è avvenuta con la legge n. 69 del 18 giugno 2009, che, all'articolo 11 ha delegato il Governo all'emanazione di uno o più decreti legislativi finalizzati all'individuazione di nuovi servizi a forte valenza socio-sanitaria erogati dalle farmacie pubbliche e private nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. Successivamente, il decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, e i successivi decreti ministeriali attuativi, hanno indicato la tipologia di prestazioni e le attività delle Farmacie di comunità, poi configurate come "strutture di servizio".

In sostanza, il D. Lgs. 153/2009 ha formalizzato e rafforzato un **nuovo ruolo della farmacia**, intesa non solo come luogo specifico e privilegiato di erogazione dei farmaci, ma anche come centro socio-sanitario polifunzionale di prestazioni al servizio della comunità dei cittadini, sia per favorire la deospedalizzazione della sanità, sia per ampliare il ruolo che le farmacie devono assolvere nell'ambito del SSN: a completare ed integrare tale quadro normativo sono poi successivamente intervenuti alcuni decreti ministeriali, più in particolare: il **Decreto del 16 dicembre 2010** (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 57 del 10 marzo 2011), che fa riferimento ai test "autodiagnostici", test gestibili direttamente dai pazienti in funzione di autocontrollo a domicilio, o che possono, in caso di condizioni di fragilità di non completa autosufficienza, essere utilizzati mediante il supporto di un operatore sanitario, presso le farmacie territoriali pubbliche e private, il **Decreto del 16 dicembre 2010** (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 19 aprile 2011), che regolamenta l'attività degli operatori sanitari in farmacia e il **Decreto dell'8 luglio 2011** che disciplina le prenotazioni delle prestazioni specialistiche da parte delle farmacie.

Peraltro le prestazioni sanitarie erogabili dalle farmacie hanno subìto una improvvisa e sostanziale accelerazione – con la conseguente integrazione delle disposizioni di cui all'articolo 1 del citato D.Lgs - con la pandemia Covid-19, durante la quale le farmacie hanno operato come fondamentale presidio sanitario sul territorio per la fornitura di servizi sanitari essenziali per la diagnosi del Covid-19 e la sua prevenzione.

Sinteticamente può qui ricordarsi che ai sensi dell'articolo 1 del citato D.Lgs n. 153/2009 (e dei successivi d.m.) i **nuovi compiti e le funzioni assistenziali previsti per le Farmacie di comunità** sono rappresentati da:

a) la **partecipazione delle Farmacie al servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI)** a supporto delle attività del medico di medicina generale (MMG) o del pediatra di famiglia (PdF) attraverso: la dispensazione e la consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici; la preparazione nonché dispensazione a domicilio delle miscele per la nutrizione artificiale e dei medicinali antidolorifici; la dispensazione per conto delle Strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta ; la collaborazione di operatori socio-sanitari, di infermieri e di fisioterapisti, per l'effettuazione a domicilio di specifiche prestazioni professionali richieste dal MMG o dal PdF e per l'effettuazione di ulteriori prestazioni presso la Farmacia[104].

[104] Questo tipo di attività risulta di notevole importanza nella gestione di pazienti disabili o anziani non autosufficienti, in particolare attraverso la consegna a domicilio dei farmaci, il noleggio di apparecchiature elettromedicali e protesiche, lo scadenzario delle forniture integrative (avviso ai

Su tale linea il **Decreto del 16 dicembre 2010**, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 19 aprile 2011, regolamenta l'attività degli operatori sanitari in farmacia, prevedendo che le attività erogate presso le farmacie e a domicilio del paziente, previste dal Decreto, devono essere effettuate esclusivamente da infermieri e da fisioterapisti, in possesso di titolo abilitante ed iscritti al relativo Collegio professionale laddove esistente. Il farmacista titolare o direttore è tenuto ad accertare, sotto la propria responsabilità, il possesso di tali requisiti.

b) la **collaborazione delle Farmacie** alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio nonché l'aderenza alle terapie anche attraverso la partecipazione a **specifici programmi di Farmacovigilanza**;

c) l'**erogazione di servizi di primo livello**, attraverso i quali le Farmacie partecipano alla realizzazione dei **programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione per le principali patologie a forte impatto sociale**, rivolti alla popolazione generale ed ai gruppi a rischio e realizzati a livello nazionale e regionale, ricorrendo a modalità di informazione adeguate al tipo di struttura e, ove necessario, previa formazione dei farmacisti che vi operano;

d) l'**erogazione di servizi di secondo livello** rivolti ai singoli assistiti, su prescrizione dei MMG e dei PdF, secondo Linee guida e Percorsi diagnostico-terapeutici, avvalendosi anche di personale infermieristico e prevedendo l'inserimento delle Farmacie tra i punti forniti di defibrillatori semiautomatici.

I servizi di secondo livello erogabili in farmacia tramite dispositivi strumentali per la misurazione (art. 3 del decreto 16 dicembre 2010) sono: le misurazioni della pressione arteriosa; della capacità polmonare tramite auto - spirometria; della saturazione percentuale dell'ossigeno; della pressione arteriosa e dell'attività cardiaca; l'effettuazione di elettrocardiogrammi con modalità di Telecardiologia da effettuarsi in collegamento con Centri di cardiologia accreditati dalla Regione. Gli accertamenti effettuati in Farmacia possono essere un utile supporto all'attività dei medici di medicina generale nelle situazioni in cui l'esecuzione degli stessi accertamenti negli studi dei medici di assistenza primaria e di pediatria di libera scelta non risulti possibile dal punto di vista organizzativo. Ai fini dell'effettuazione delle prestazioni e dell'assistenza ai pazienti che fruiscono di tali servizi, la Farmacia (**art. 4 decreto 16 dicembre 2010)** deve mettere a disposizione spazi dedicati separati dagli altri ambienti, adeguatamente attrezzati, idonei sotto il profilo igienico-sanitario, che permettano l'utilizzo, la manutenzione e la conservazione degli apparecchi, degli strumenti e degli eventuali reagenti impiegati in condizioni di sicurezza. Per quanto riguarda i defibrillatori, il decreto ministeriale 18 marzo 2011 "Determinazione dei criteri e delle modalità di diffusione dei defibrillatori automatici di cui all'articolo 2, comma 46, della Legge n. 191/2009" cita le Farmacie tra i luoghi e le strutture nelle quali è possibile collocare i defibrillatori semiautomatici esterni, di cui è già in atto una diffusione negli stadi, negli aeroporti, nei grandi magazzini e in altri luoghi di aggregazione;

e) l'effettuazione, presso le Farmacie, tra i servizi di secondo livello, di **prestazioni analitiche di prima istanza** rientranti nell'ambito dell'autocontrollo.

cittadini, con 2-3 giorni di anticipo, della data di scadenza dei prodotti), i messaggi per avvisare i pazienti in politerapia dell'orario di assunzione dei farmaci.

I test di autodiagnostica/autocontrollo (decreto 16 dicembre 2010), che possono essere effettuati presso tutte le Farmacie di comunità, comprese quelle comunali, sono: la misurazione della glicemia, del colesterolo, dei trigliceridi, dell'emoglobina, dell'emoglobina glicata, della creatinina, delle transaminasi e dell'ematocrito; la misurazione di componenti delle urine; il test di ovulazione, di gravidanza, di menopausa e il test per la rilevazione del sangue occulto nelle feci. Sono test che "in via ordinaria sono gestibili direttamente dai pazienti in funzione di autocontrollo, ovvero in caso di condizioni di fragilità, di non completa autosufficienza";

e-*bis*) in attuazione del **piano nazionale della cronicità**[105] al fine di favorire la presa in cura dei pazienti cronici e di concorrere all'efficientamento della rete dei servizi, la possibilità di usufruire presso le farmacie, in collaborazione con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta e comunque nel rispetto di prescrizioni mediche, **di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci**;

e-*ter*) l'effettuazione presso le farmacie da parte di un farmacista di **test diagnostici che prevedono il prelievo di sangue capillare**;

e-*quater*) la somministrazione, con oneri a carico degli assistiti, presso le farmacie, da parte di farmacisti opportunamente formati, **di vaccini anti SARS-CoV-2 e di vaccini antinfluenzali nei confronti dei soggetti di età non inferiore a diciotto anni**, previa presentazione di documentazione comprovante la pregressa somministrazione di analoga tipologia di vaccini, nonché l'effettuazione di test diagnostici che prevedono il prelevamento del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo, da effettuare in aree, locali o strutture, anche esterne, dotate di apprestamenti idonei sotto il profilo igienico-sanitario e atti a garantire la tutela della riservatezza. Le aree, i locali o le strutture esterne alla farmacia devono essere compresi nella circoscrizione farmaceutica prevista nella pianta organica di pertinenza della farmacia stessa;

f) prenotazione delle prestazioni specialistiche, pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino e ritiro dei referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (in tal senso il decreto 8 luglio 2011 prevede che le farmacie, attraverso una postazione dedicata, possono operare anche come canali di accesso al Sistema CUP per prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, provvedere al pagamento dei ticket a carico del cittadino e ritirare i relativi referti).

Viene poi disposto che l'adesione delle farmacie pubbliche ai servizi indicati è subordinata all'osservanza di criteri fissati con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro dell'interno, in base ai quali garantire il rispetto delle norme vigenti in materia di patto di stabilità dirette agli enti locali, senza maggiori oneri per la finanza pubblica e senza incrementi di personale: in attuazione di tale previsione è stato emanato il D.M. 11 dicembre 2012, recante **Criteri in base ai quali subordinare l'adesione delle farmacie pubbliche ai nuovi servizi, di cui all'*art. 1, comma 3, del decreto legislativo n. 153/2009*.**

[105] Di cui all'intesa del 15 settembre 2016 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano,

Il rapporto delle farmacie con il Servizio sanitario nazionale per lo svolgimento dei nuovi servizi è disciplinato dalle medesime convenzioni di cui all'articolo 8, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502[106], e successive modificazioni, conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati a norma dell'articolo 4, comma 9[107], della legge 30 dicembre 1991, n. 412[108], ed ai correlati accordi di livello regionale. Gli accordi nazionali e gli accordi di livello regionale fissano altresì i requisiti richiesti alle farmacie per la partecipazione alle attività sopra elencate.

Attualmente tali rapporti sono regolati da una Convenzione Nazionale stipulata tra Federfarma e le Regioni. Il testo della Convenzione, è stato reso esecutivo con il D.P.R. 8 luglio 1998, n. 371. La Convenzione è scaduta nel 2001 ed è in regime di *prorogatio*.

E' poi disposto che il Servizio sanitario nazionale promuove la collaborazione interprofessionale dei farmacisti delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, in riferimento ai nuovi servizi sopra descritti.

Viene quindi previsto che le farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale sono riconosciute come strutture eroganti prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ai sensi del D.P.C.M. sui LEA del 12 gennaio 2017[109], anche in sinergia con gli altri professionisti sanitari. Per le ulteriori prestazioni assistenziali eventualmente da erogarsi da parte delle farmacie convenzionate con il SSN rispetto a quanto disciplinato dall'articolo 18[110] dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private ai sensi dell'articolo 8, comma 2, D.Lgs n. 502/1992[111], di cui all'Intesa presso la Conferenza Stato-Regioni del 6 marzo 2025, il Ministero della salute adotta **apposite linee guida** al fine di definire **i requisiti per lo svolgimento delle predette prestazioni**, in particolare con riferimento ai requisiti delle farmacie che operano in contesti decentrati, di disagio e di ruralità. (**comma 1**).

---

[106] Tale disposizione prevede che il rapporto con le farmacie pubbliche e private è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati a norma dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:

[107] La citata disposizione istituisce la struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Tale struttura, che rappresenta la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionale, è costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. Della predetta delegazione fanno parte, limitatamente alle materie di rispettiva competenza, i rappresentanti dei Ministeri dell'economia e delle finanze, del lavoro e delle politiche sociali, e della salute, designati dai rispettivi Ministri. Con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è disciplinato il procedimento di contrattazione collettiva relativo ai predetti accordi.

[108] *Disposizioni in materia di finanza pubblica*.

[109] *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*.

[110] Disciplinante i nuovi servizi erogati dalle farmacie

[111] *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*.

Va qui brevemente ricordato che il citato articolo 8, comma 2 del D.Lgs n. 502/1992, demanda la disciplina del rapporto con le farmacie pubbliche e private a convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati a norma dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Di tali accordi la norma citata definisce linee guida e contenuti necessari (lettere da a) a c-*ter*)).

Per le descritte finalità è vincolata, nell'ambito del fabbisogno sanitario *standard* (cfr. *supra*, art. 63), una quota pari a **50 milioni di euro annui a decorrere dal 2026,** al cui riparto si provvede in sede di riparto complessivo del citato fabbisogno nell'anno di riferimento **(comma 2).**

La remunerazione dei servizi di cui al comma 1 viene definita dalle Regioni e province autonome nell'ambito degli accordi integrativi regionali, all'esito delle negoziazioni con le organizzazioni di categoria maggiormente rappresentative delle farmacie, sulla base di quanto stabilito dall'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private[112], di cui all'articolo 8, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992, nei limiti dell'importo di cui al comma 2 (**comma 3**).

Alle Regioni e province autonome viene attribuito il compito (**comma 4**) di **rendicontare al Ministero della salute**, entro il 30 giugno di ogni anno, l'utilizzo delle **risorse ed i volumi di attività erogati nel corso dell'anno precedente**, anche ai fini della verifica degli impatti economici ed organizzativi dei servizi resi dalle farmacie.

Il comma 5 reca alcune modifiche puntuali alle lettere **c-*bis)* e c-*ter)*** del comma 2 del citato articolo 8 del D.Lgs. n. 502/1992, dirette sostanzialmente ad agganciare alle risorse vincolate del fabbisogno sanitario *standard* di cui al comma 2, il limite di spesa da stabilire per la remunerazione dei servizi di cui al comma 1.

Per una migliore comprensione delle modifiche descritte si rinvia al testo a fronte illustrato di seguito

Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 (D.Lgs. 502/1992)	
Testo vigente	**Modificazioni apportate dall'art. 67 dell'AS 1689**
Art. 8 *(Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali)*	Art. 8 *(idem)*
Comma 1 *Omissis*	*Identico*
2. Il rapporto con le farmacie pubbliche e private è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati a norma dell'articolo 4,	*Identico*

[112] Sul quale il 6 marzo 2025 la Conferenza Stato-Regioni ha sancito Intesa.

Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 (D.Lgs. 502/1992)	
Testo vigente	**Modificazioni apportate dall'art. 67 dell'AS 1689**
comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:	
lettere da *a)* a *c)* *Omissis*	*Identiche*
c-*bis*) l'accordo collettivo nazionale definisce i principi e i criteri per la remunerazione, da parte del Servizio sanitario nazionale, delle prestazioni e delle funzioni assistenziali di cui all'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69**,** e al **relativo** decreto legislativo **di attuazione, fissando il relativo tetto di spesa, a livello nazionale, entro il limite dell'accertata diminuzione degli oneri derivante, per il medesimo Servizio sanitario nazionale, per le regioni e per gli enti locali, dallo svolgimento delle suddette attività da parte delle farmacie, e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica; all'accertamento della predetta diminuzione degli oneri provvedono congiuntamente, sulla base di certificazioni prodotte dalle singole regioni, il Comitato e il Tavolo di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa stipulata il 23 marzo 2005 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano**;	c-*bis*) l'accordo collettivo nazionale definisce i principi e i criteri per la remunerazione, da parte del Servizio sanitario nazionale, delle prestazioni e delle funzioni assistenziali di cui all'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69 e al decreto legislativo **3 ottobre 2009, n. 153, nei limiti delle risorse a tale scopo vincolate nell'ambito del fabbisogno sanitario nazionale *standard**;***
c-*ter*) fermi restando i limiti di spesa fissati dall'accordo nazionale ed entro un limite di spesa relativo alla singola regione di importo non superiore a quello **accertato dai citati Comitato e Tavolo ai sensi della lettera c-*bis)*,** gli accordi di livello regionale disciplinano le modalità e i tempi dei pagamenti per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali di cui alla lettera c-*bis)*; gli accordi regionali definiscono, altresì, le caratteristiche strutturali e organizzative e le dotazioni tecnologiche minime in base alle quali individuare le farmacie con le quali stipulare accordi contrattuali finalizzati alla fornitura dei servizi di secondo livello, entro il medesimo limite di spesa**;** eventuali prestazioni e funzioni assistenziali al di fuori	c-*ter*) fermi restando i limiti di spesa fissati dall'accordo nazionale ed entro un limite di spesa relativo alla singola regione **e provincia autonoma** di importo non superiore a quello **a tale scopo vincolato nell'ambito del fabbisogno sanitario nazionale *standard*,** gli accordi di livello regionale **e provinciale** disciplinano le modalità e i tempi dei pagamenti per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali di cui alla lettera c-*bis)**;*** gli accordi regionali definiscono, altresì, le caratteristiche strutturali e organizzative e le dotazioni tecnologiche minime in base alle quali individuare le farmacie con le quali stipulare accordi contrattuali finalizzati alla fornitura dei servizi di secondo livello, entro il medesimo limite di spesa **e fermo restando**

Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 (D.Lgs. 502/1992)	
Testo vigente	**Modificazioni apportate dall'art. 67 dell'AS 1689**
dei limiti di spesa indicati dagli accordi regionali sono a carico del cittadino che le ha richieste.	**quanto previsto al comma 1**; eventuali prestazioni e funzioni assistenziali al di fuori dei limiti di spesa indicati dagli accordi regionali sono a carico del cittadino che le ha richieste.
Commi da 2-*bis* a 8-*bis Omissis*	*Identici*

Per le finalità di cui all'articolo in esame viene infine rimesso ad **un decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute**, da emanarsi entro il 30 marzo 2026, la disciplina delle modifiche alle procedure delle prescrizioni mediche dematerializzate nell'ambito del Sistema tessera sanitaria, nonché delle relative erogazioni, fatte salve le modalità già operative per l'assistenza farmaceutica, anche ai fini del rimborso delle stesse da parte del Servizio sanitario nazionale, fermo restando quanto previsto al comma 5, lettera *b)* (**comma 6**).

Articolo 69
(Indennità per il personale sanitario e socio-sanitario e maggiorazioni per prestazioni aggiuntive del personale sanitario)

I **commi da 1 a 4** dell'**articolo 69** prevedono un incremento delle risorse stanziate dall'articolo 1, commi da 350 a 353, della L. 30 dicembre 2024, n. 207, per l'elevamento, da parte dei contratti collettivi nazionali di lavoro, della misura di alcune indennità, relative alle seguenti categorie di personale sanitario e socio-sanitario, dipendente dagli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale: medici e medici veterinari (**comma 1**); infermieri (**comma 2**); dirigenti sanitari inquadrati nei profili diversi da quelli di medico e medico veterinario (**comma 3**); personale appartenente alle professioni sanitarie della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie e di ostetrica e alla professione di assistente sociale, nonché operatori socio-sanitari (**comma 4**). Tali elevamenti sono operati a valere sull'incremento, disposto dal precedente **articolo 63**, del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard.
Il **comma 5** eleva, per l'anno 2026, i limiti di spesa lorda per la remunerazione secondo particolari maggiorazioni, ammesse in via transitoria – secondo la disciplina già vigente e che cessa al termine del medesimo anno 2026 – rispetto alle maggiorazioni contrattuali, delle prestazioni aggiuntive dei dirigenti medici e del personale sanitario del comparto sanità, dipendenti dagli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale. L'incremento è pari a 143,500 milioni di euro (come detto, per l'anno 2026), di cui 101,885 milioni per i dirigenti medici e 41,615 milioni per il suddetto personale sanitario (i corrispondenti importi complessivi diventano quindi pari, rispettivamente, a 423,500 milioni, 301,885 milioni, 121,615 milioni). Il relativo **allegato** opera il riparto dei due importi, inerenti alle suddette due categorie, tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Resta fermo che, per l'anno 2026, i compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive sono soggetti a una imposta sostitutiva dell'IRPEF (e delle relative addizionali regionali e comunali) pari al 15 per cento[113]. L'incremento di cui al **comma 5** è operato a valere sulla quota delle risorse finanziarie vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale[114] per il Servizio sanitario nazionale.

L'**articolo**, come indica la **relazione tecnica**, non determina oneri ulteriori, in quanto i relativi interventi sono operati a valere sul finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard (con specifico riferimento, nel caso del **comma 5**, alla quota delle risorse finanziarie vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per il Servizio sanitario nazionale).

[113] Cfr. il richiamato articolo 4, comma 11, del D.L. 27 dicembre 2024, n. 202, convertito, con modificazioni, dalla L. 21 febbraio 2025, n. 15.
[114] Riguardo alla fonte legislativa di tali obiettivi, cfr. i commi 34 e 34-*bis* dell'articolo 1 della L. 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni.

Riguardo, più in particolare, ai **commi da 1 a 4**, inerenti a indennità per categorie di personale sanitario e socio-sanitario, dipendente dagli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale, si rileva, in primo luogo, che il **comma 1** eleva da 327 a 412 milioni di euro annui, a decorrere dall'anno 2026, le risorse lorde stanziate dall'articolo 1, comma 350, della citata L. n. 207 del 2024 per l'incremento, da parte del relativo contratto collettivo nazionale di lavoro, dell'indennità di specificità medico-veterinaria, di cui all'articolo 65 del contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area dirigenziale sanità per il triennio 2019-2021. Per l'anno 2025 resta fermo l'importo di 50 milioni di euro, disposto (per l'anno 2025) per l'incremento dell'indennità in oggetto dal citato articolo 1, comma 350.
Il **comma 2** eleva da 285 a 480 milioni di euro annui, a decorrere dall'anno 2026, le risorse lorde stanziate dall'articolo 1, comma 352, della citata L. n. 207 del 2024 per l'incremento, da parte del relativo contratto collettivo nazionale di lavoro, dell'indennità di specificità infermieristica, di cui all'articolo 104 del contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto sanità per il triennio 2019-2021. Per l'anno 2025 resta fermo l'importo di 35 milioni di euro, disposto (per l'anno 2025) per l'incremento dell'indennità in oggetto dal citato articolo 1, comma 352.
Il **comma 3** eleva da 5,5 a 13,5 milioni di euro annui, a decorrere dall'anno 2026, le risorse lorde stanziate dall'articolo 1, comma 351, della citata L. n. 207 del 2024 per l'incremento, da parte del relativo contratto collettivo nazionale di lavoro, dell'indennità di specificità sanitaria relativa ai dirigenti sanitari inquadrati nei profili diversi da quelli di medico e medico veterinario, indennità di cui all'articolo 66 del suddetto contratto dell'area dirigenziale sanità per il triennio 2019-2021. Per l'anno 2025 resta fermo l'importo di 5,5 milioni di euro, disposto per l'incremento dell'indennità in oggetto dal citato articolo 1, comma 351.
Il **comma 4** eleva da 150 a 208 milioni di euro annui, a decorrere dall'anno 2026, le risorse lorde stanziate dall'articolo 1, comma 353, della citata L. n. 207 del 2024 per l'incremento, da parte del relativo contratto collettivo nazionale di lavoro, dell'indennità di tutela del malato e di promozione della salute, spettante al personale appartenente alle professioni sanitarie della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie e di ostetrica e alla professione di assistente sociale, nonché agli operatori socio-sanitari, indennità di cui all'articolo 105 del suddetto contratto relativo al personale del comparto sanità per il triennio 2019-2021. Per l'anno 2025 resta fermo l'importo di 15 milioni di euro, disposto (per l'anno 2025) per l'incremento dell'indennità in oggetto dal citato articolo 1, comma 353.
Come accennato, gli elevamenti di cui ai **commi da 1 a 4** sono operati, come indica la **relazione tecnica**, a valere sull'incremento, disposto dal precedente **articolo 63**, del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard.
Riguardo alle prestazioni aggiuntive di cui al **comma 5** (riguardo al disposto del **comma**, cfr. *supra*), si ricorda che:

- l'articolo 24, comma 6, e l'articolo 115, comma 2, del contratto collettivo nazionale di lavoro, per il periodo 2016-2018, dei dirigenti medici, sanitari,

veterinari e delle professioni sanitarie dipendenti dal Servizio sanitario nazionale, prevedono che gli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale possano richiedere ai propri dirigenti, in via eccezionale e temporanea, prestazioni ad integrazione dell'attività istituzionale, inquadrate formalmente nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria (cosiddetta *intramoenia*) e remunerate con una tariffa oraria pari a 60 euro lordi onnicomprensivi; la disciplina legislativa transitoria[115], oggetto di integrazione da parte del presente **comma 5**, consente, sino al 31 dicembre 2026, un elevamento della tariffa oraria fino a 100 euro lordi onnicomprensivi (al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione[116]); restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive, con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili[117], all'orario massimo di lavoro ed ai riposi;

- la remunerazione delle prestazioni aggiuntive da parte del personale sanitario non dirigenziale è stabilita dalla contrattazione integrativa; la disciplina legislativa transitoria[118], oggetto di integrazione da parte del presente **comma 5**, consente, fino al 31 dicembre 2026, un elevamento della tariffa oraria (delle prestazioni aggiuntive) fino a 60 euro lordi onnicomprensivi (al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione[119]); restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive, con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili, all'orario massimo di lavoro ed ai riposi.

L'incremento di cui al **comma 5** è operato a valere sulla quota delle risorse finanziarie vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale[120] per il Servizio sanitario nazionale.

Si ricorda che il **comma 5** fa riferimento alle finalità di far fronte alla carenza di personale sanitario negli enti e nelle aziende del Servizio sanitario nazionale e di ridurre le liste d'attesa.

---

[115] Cfr. l'articolo 1, commi 218 e 220, della L. 30 dicembre 2023, n. 213.

[116] Oneri (a carico dell'amministrazione) corrispondenti all'applicazione di un'aliquota - a titolo di IRAP - pari all'8,5 per cento.

[117] Si ricorda che, in base all'articolo 1, comma 4, lettera *a)*, della L. 3 agosto 2007, n. 120, e successive modificazioni, i volumi delle prestazioni libero-professionali non devono superare, globalmente considerati, quelli eseguiti nell'orario di lavoro.

[118] Cfr. l'articolo 1, commi 219 e 220, della citata L. n. 213 del 2023.

[119] Nella fattispecie in oggetto, gli oneri riflessi (a carico dell'amministrazione) sono costituiti dall'applicazione sia della suddetta aliquota IRAP sia della quota di contribuzione previdenziale a carico del datore di lavoro.

[120] Riguardo alla fonte legislativa di tali obiettivi, cfr. *supra*, in nota.

Articolo 70
(Assunzioni di personale sanitario nel Servizio sanitario nazionale)

Il **comma 1** dell'**articolo 70** prevede, nel limite complessivo di 450 milioni di euro annui, decorrenti dall'anno 2026, la possibilità di assunzioni a tempo indeterminato di personale sanitario, da parte degli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale, in deroga ai limiti di spesa vigenti per il personale del Servizio sanitario regionale; lo stanziamento in esame concerne anche le regioni a statuto speciale. Il **comma 2** provvede alla copertura finanziaria del medesimo stanziamento; la copertura è disposta in parte a valere sul finanziamento complessivo del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e in parte a valere sulla quota del medesimo finanziamento complessivo destinata alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale. Il **comma 3** prevede che le regioni possano elevare, rispetto al limite già vigente, l'importo della spesa per il personale del Servizio sanitario regionale, nella misura massima di incremento pari al 3 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto al relativo esercizio precedente.

La **relazione tecnica** indica che la quota degli oneri finanziari derivanti dal presente **articolo** non coperta su risorse finanziarie a legislazione già vigente rientra nell'ambito dell'incremento – di cui al precedente **articolo 63** – del finanziamento complessivo del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato; tale quota: è pari, per quanto riguarda gli effetti dei **commi 1 e 2**, a 207 milioni di euro per l'anno 2026, 328 milioni per l'anno 2027 e 340 milioni annui a decorrere dall'anno 2028; è stimata, per quanto riguarda gli effetti del **comma 3**, in 180 milioni annui (a decorrere dall'anno 2026).

Le risorse relative alle assunzioni di cui al **comma 1** concernono, come accennato, anche quelle autonomie territoriali speciali che, in via generale, provvedono al finanziamento della spesa sanitaria corrente in via autonoma[121]. In via generale, il riparto di tali risorse tra le regioni e le province autonome è definito in sede di determinazione della quota complessiva d'accesso (relativa a ciascuno di tali enti) al fabbisogno sanitario indistinto corrente per l'anno 2026. Il **comma** fa riferimento alla finalità di garantire – in relazione alla carenza di personale sanitario – la riduzione delle liste di attesa e dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie.
In base al successivo **comma 2**, la copertura finanziaria del suddetto stanziamento è disposta – nella misura di 207 milioni di euro per l'anno 2026, 328 milioni per l'anno 2027 e 340 milioni annui a decorrere dall'anno 2028 – a valere sul finanziamento complessivo del fabbisogno sanitario nazionale standard cui

[121] In tale fattispecie rientrano le regioni a statuto speciale, tranne la regione Siciliana, e le province autonome di Trento e di Bolzano.

concorre lo Stato e – nella misura di 243 milioni per l'anno 2026, 122 milioni per l'anno 2027 e 110 milioni annui a decorrere dall'anno 2028 – a valere sulla quota del medesimo finanziamento complessivo destinata alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale.

Il **comma 3** – oltre a porre una novella di coordinamento letterale, in relazione al dispositivo della sentenza della Corte costituzionale n. 114 dell'11 giugno-21 luglio 2025 – prevede che le regioni possano elevare, rispetto al limite già vigente, l'importo della spesa per il personale del Servizio sanitario regionale, nella misura massima di incremento pari al 3 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto al relativo esercizio precedente[122]; nel caso di esercizio di tale facoltà, la regione ne dà comunicazione al Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti[123]. Si ricorda che i limiti in oggetto non concernono[124] quelle autonomie territoriali speciali che, in via generale, provvedono al finanziamento della spesa sanitaria corrente in via autonoma.

Si ricorda che l'articolo 5 del D.L. 7 giugno 2024, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla L. 29 luglio 2024, n. 107, – articolo oggetto di novella parziale da parte del presente **comma** –, prevede il superamento di ogni limite specifico di spesa per il personale in oggetto, fermi restando i limiti del finanziamento complessivo della spesa sanitaria corrente; tale articolo dispone infatti che la vigenza di tali limiti specifici cessi a decorrere dall'adozione di una nuova metodologia nazionale di determinazione dei fabbisogni del suddetto personale (ferma restando, nella fase precedente, l'applicazione della metodologia già definita[125]). Si ricorda altresì che la Corte costituzionale, con la citata sentenza n. 114 del 2025, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale di due disposizioni del suddetto articolo 5 del D.L. n. 73 del 2024[126]; esse prevedevano, rispettivamente, che: un eventuale ulteriore incremento del limite di spesa annua per il personale del Servizio sanitario di una regione dovesse essere autorizzato con decreto ministeriale[127], previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano – tale eventuale ulteriore incremento concorre quindi alla determinazione del limite finora vigente –; i piani triennali della regione, inerenti ai fabbisogni di personale del Servizio

[122] Il **comma** in esame fa salvo il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale e dei livelli essenziali di assistenza.

[123] Di cui all'articolo 12 dell'intesa "in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della L. 30 dicembre 2004, n. 311" (intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 23 marzo 2005).

[124] Cfr. l'articolo 11, comma 4.1, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla L. 25 giugno 2019, n. 60.

[125] Quest'ultima è stata adottata con D.M. del 24 gennaio 2023, emanato secondo la procedura di cui all'articolo 11, comma 1, del citato D.L. n. 35 del 2019, e successive modificazioni, procedura che contempla anche la previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano (la relativa intesa è stata sancita nella seduta del 21 dicembre 2022).

[126] Si ricorda che la sentenza ha dichiarato invece infondata la questione di legittimità della norma che prevede, oltre all'adozione della suddetta metodologia nazionale di determinazione del fabbisogno in oggetto, l'applicazione della stessa metodologia da parte delle regioni.

[127] Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze.

sanitario regionale e adottati sulla base della relativa metodologia nazionale, dovessero essere approvati con decreto ministeriale[128], previa intesa nella suddetta sede di Conferenza. La sentenza ha affermato, richiamando precedenti sentenze della medesima Corte, il principio che un limite di spesa posto per ragioni di coordinamento finanziario dalla disciplina statale deve avere una natura complessiva e che, in coerenza con tale principio, la disciplina dello stesso articolo 5, nella parte non oggetto del contenzioso e della sentenza, ribadisce il vincolo del rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale; un limite specifico inerente alla sola spesa per il personale del suddetto Servizio, invece, secondo la Corte, inciderebbe in ambiti discrezionali di scelta riservati alla regione e basati sulle competenze legislative di quest'ultima in materia di organizzazione regionale e di tutela della salute. In base a tale motivazione, non solo le quote di incremento ma il medesimo limite di spesa per il personale del Servizio sanitario regionale – limite di cui il medesimo articolo 5 del D.L. n. 73 prevede, come detto, il superamento – *non sembrerebbe avere* un fondamento giuridico-costituzionale, benché la relativa norma, posta dal primo periodo del comma 1 del suddetto articolo 5 del D.L. n. 73, non sia oggetto della sentenza n. 114, in quanto non rientrante nelle questioni di legittimità sottoposte dai relativi ricorsi. *Si consideri l'opportunità di valutare i profili costituzionali inerenti al* ***presente articolo***.

[128] Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze.

Articolo 71
(Emolumenti accessori al personale sanitario e socio-sanitario assegnato ai servizi di pronto soccorso)

L'**articolo 71** prevede che le regioni possano incrementare in via sperimentale, in ciascuno degli anni 2026-2029, l'ammontare della componente variabile dei fondi per la retribuzione delle condizioni di lavoro e dei fondi per la retribuzione di risultato della dirigenza dell'area sanità nonché dei fondi inerenti alla premialità e alle condizioni di lavoro del personale del comparto sanità, all'esclusivo fine dell'impiego delle relative risorse aggiuntive, da parte della contrattazione integrativa, per il riconoscimento di emolumenti accessori ai medici, agli infermieri, agli assistenti infermieri e agli operatori sociosanitari (dipendenti dalle aziende e dagli enti del Servizio sanitario nazionale) assegnati ai servizi di pronto soccorso. L'incremento è ammesso nella misura massima di 1 punto percentuale rispetto alla componente stabile dei fondi medesimi.

L'**articolo**, come indica la **relazione tecnica**, non determina effetti finanziari, in quanto esso concerne un criterio di impiego di dotazioni finanziarie già previste.

Gli emolumenti accessori – o la quota dei medesimi – derivanti dall'incremento in esame sono ammessi anche in deroga alle norme limitative sulla misura degli emolumenti accessori per il personale pubblico, anche dirigenziale (norme di cui all'articolo 23, comma 2, del D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 75). Viene invece richiamato il rispetto della disciplina sui limiti di spesa per il personale del Servizio sanitario regionale (riguardo a tale disciplina, cfr. la scheda di lettura del precedente **articolo 70**) e del principio dell'equilibrio annuale di bilancio.

Articolo 72
(Incremento delle risorse per le cure palliative)

L'**articolo 72** incrementa di **20 milioni di euro annui**, a decorrere dal 2026, **l'importo delle risorse previste per l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore**.

L'**articolo 72 incrementa le risorse destinate alle cure palliative, di ulteriori 20 milioni di euro annui a partire dal 2026**. Agli oneri di cui al presente articolo si provvede a valere sull'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno nazionale standard cui concorre lo Stato ai sensi dell'articolo 63.

L'articolo 72, modificando il terzo periodo del comma 2 dell'articolo 12 della legge n. 38/2010[129], incrementa di **20 milioni di euro annui**, a decorrere dal 2026[130], **l'importo delle risorse vincolate del Fondo sanitario nazionale** - che attualmente prevede un vincolo di risorse non inferiore a 110 milioni di euro annui -, per la realizzazione delle finalità della legge che garantisce **l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.**

Il comma 2 del citato articolo 12 della legge n. 38/2010 prevede che per la realizzazione delle finalità di cui alla presente legge, il Comitato interministeriale per la programmazione economica, in attuazione dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662[131], vincola, per un importo non inferiore a 100 milioni di euro annui, una quota del Fondo sanitario nazionale su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. A decorrere dall'anno 2024, l'importo di cui al primo periodo è incrementato di 10 milioni di euro annui (cfr. articolo 1, comma 245 della Legge di bilancio 2024). A decorrere dall'anno 2025, l'importo di cui al primo periodo è ulteriormente incrementato di 10 milioni di euro annui (cfr. art. 1, comma 332 della Legge di bilancio per il 2025).

In linea più generale va ricordato che la legge n. 38/2010 ha introdotto alcuni principi e linee guida omogenee su tutto il territorio nazionale, per quanto attiene l'erogazione dell'assistenza, la formazione del personale impiegato nel settore, l'uso dei farmaci per la terapia del dolore, il monitoraggio dell'attuazione delle nuove disposizioni, e di quelle preesistenti, da parte delle regioni e dei soggetti impegnati in tale ambito.

---

[129] *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.*

[130] L'incremento di tali risorse a decorrere dal 2024 è stato disposto dall'articolo 1, comma 245 della Legge di bilancio 2024 (L. n. 213/2023), e a decorrere dal 2025 è stato disposto dall'articolo 1, comma 332, della Legge di bilancio 2025 (L. n. 207/2024)

[131] *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*

Dopo aver definito le cure palliative e le terapie del dolore obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale, la legge rimette al Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, previo parere del Consiglio superiore di sanità, nel rispetto del riparto di competenze tra Stato e regioni, la definizione delle linee guida per il coordinamento degli interventi regionali negli ambiti individuati dalla legge**.** L'accordo è intervenuto già dal dicembre 2010.
Con l'Accordo del 10 luglio 2014 (qui il testo) sono state successivamente individuate le figure professionali con specifiche competenze nei settori delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, con particolare riferimento ad alcune categorie espressamente previste, nonché delle tipologie di strutture nelle quali, a livello regionale, si articolano le due reti - per le cure palliative e per la terapia del dolore - e delle modalità per assicurare il coordinamento delle due reti a livello nazionale e regionale.
Una particolare attenzione viene dedicata alla formazione e all'aggiornamento del personale medico e sanitario sulle cure palliative e sulla terapia del dolore. In proposito, il comma 522, articolo 1, della legge 145 del 2018 (*Legge di bilancio 2019*) ha stabilito che i medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche e private accreditate sono idonei ad operare presso tali reti se in possesso di specifici requisiti individuati dal Ministero della salute. Scopo della norma è garantire l'attuazione della legge sulle cure palliative (L. n. 38 del 2010) ed il rispetto dei livelli essenziali di assistenza di cui al DPCM 12 gennaio 2017 sui Nuovi LEA (v. *box*).
Presso il Ministero della salute è stato peraltro attivato un apposito ufficio di monitoraggio per l'attuazione della semplificazione della prescrizione di farmaci per il trattamento di pazienti affetti da dolore severo.
Ogni anno il Ministero della salute trasmette una relazione annuale sullo stato di attuazione della legge n. 38/2010 (DOC CLXVI).
Si sottolinea che il comma 83, art. 1, della Legge di Bilancio 2023 (L. n. 197/2022), novellando con il comma 4-*bis* la vigente legge di disciplina delle cure palliative, prevede la presentazione da parte delle Regioni, entro il 30 gennaio di ciascun anno, di un **piano di potenziamento delle cure palliative** finalizzato al raggiungimento entro il 2028 del 90% della relativa popolazione regionale. Il monitoraggio del piano è affidato, a cadenza semestrale, all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). Si prevede che la presentazione del Piano in esame e la relativa attuazione costituiscano adempimento regionale ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo statale del Servizio sanitario nazionale[132].

[132] *In proposito di ricorda che l'articolo 2, comma 68, lett.* c) della legge finanziaria 2010 (legge n. 191/2009) fino al 2012 e, dal 2013, l'art. 15, comma 24 del DL. n. 95/2012[132] di revisione della spesa, hanno stabilito che una quota di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, disposta a regime come **anticipazione di tesoreria** del **finanziamento** per il **SSN**, venga condizionata alla verifica positiva degli adempimenti regionali nella misura del 3% e del 2% da calcolare con riferimento alla quota indistinta del suddetto finanziamento, al netto delle entrate proprie regionali, rispettivamente per le regioni che accedono all'erogazione nella misura del 97% e per quelle che accedono all'erogazione nella misura del 98% o in misura superiore, queste ultime regioni in regola, nell'ultimo triennio, con gli adempimenti degli equilibri bilancio previsti dalla normativa vigente.

• ***Le cure palliative nei LEA***

Le cure palliative sono presenti nei livelli essenziali di assistenza DPCM 12 gennaio 2017 (decreto LEA), allo scopo di garantirne l'**uniforme erogazione**, con particolare riferimento agli interventi previsti ai seguenti articoli:

- **articolo 23**: **cure palliative domiciliari**;

Le cure palliative a domicilio sono erogate dall'**unità di cure palliative domiciliari**, che ne assicura il coordinamento e vede la collaborazione integrata tra i medici di medicina generale o i pediatri di libera scelta e l'equipe medico-infermieristica, composta prevalentemente, dal medico palliativista, dall'infermiere e dall'operatore socio-sanitario. L'équipe garantisce l'erogazione delle seguenti prestazioni sulla base di protocolli formalizzati: prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura di farmaci, dispositivi medici e preparati per nutrizione artificiale, aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale.

- **articolo 31**: **assistenza sociosanitaria residenziale** alle persone nella **fase terminale** della vita;

L'erogazione delle cure palliative residenziali, nell'ambito della Rete locale di cure palliative, avviene presso strutture residenziali dette *hospice*[133] che garantiscono il complesso integrato di accertamenti diagnostici, prestazioni mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, l'assistenza farmaceutica, la somministrazione di preparati di nutrizione artificiale, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere e il sostegno spirituale. Le prestazioni sono erogate da équipe multidisciplinari e multiprofessionali, e sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale

- **articolo 38, comma 2**: prestazioni garantite nell'ambito delle attività di **ricovero ordinario per acuti**.

In tale ambito sono garantite tutte le prestazioni cliniche, mediche e chirurgiche, ostetriche, farmaceutiche, strumentali e tecnologiche necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico, della terapia, **inclusa la terapia del dolore e le cure palliative**, o di specifici controlli clinici e strumentali.

[133] L'*hospice* è quel luogo in cui i malati vengono accolti temporaneamente o definitivamente quando non possono essere assistiti a domicilio per particolare aggravamento delle condizioni cliniche, o per impossibilità dei familiari a garantire l'assistenza necessaria, per mancanza del *caregiver* (familiare di riferimento) o per inadeguatezza dell'abitazione.

Articolo 73
(Ripartizione del Fondo farmaci innovativi)

L'**articolo 73, comma 1, interviene** sull'articolo 1, comma 283, della legge 30 dicembre 2024, n. 207 (Legge di bilancio 2025), volto a definire le finalità del fondo per i farmaci innovativi, stabilendo che alle **risorse di tale Fondo** accedono, **dal 1° gennaio 2026**, **tutte le regioni e le province autonome** di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente.
Il **comma 2** precisa che la disposizione di cui al comma 1 è approvata ai sensi e per gli effetti dell'articolo 104 del Testo unico delle leggi costituzionali concernenti lo statuto speciale per il Trentino-Alto Adige.

La relazione tecnica non ascrive effetti finanziari alle disposizioni in oggetto.

L'**articolo 73, comma 1,** aggiunge all'articolo 1, comma 283, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, volto a stabilire le finalità del fondo per i farmaci innovativi, un periodo diretto a prevedere che «Alle risorse del Fondo di cui al primo periodo accedono, dal 1° gennaio 2026, tutte le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente».
Di conseguenza, tutte le Regioni, anche quelle a statuto speciale, e le province autonome di Trento e Bolzano possono accedere alle risorse del Fondo per il concorso al rimborso alle regioni delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci innovativi[134] (d'ora in poi "Fondo").

Si può ricordare che l'articolo 1, comma 283, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, stabilisce che le risorse del Fondo per il concorso al rimborso alle regioni delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci innovativi sono finalizzate a favorire l'accesso a farmaci innovativi in specifiche indicazioni terapeutiche relative a malattie o condizioni patologiche gravi a medio-basso impatto epidemiologico, come definite al successivo comma 5.
La disposizione mira a prevede la possibilità per tutte le regioni, comprese quelle a statuto speciale, e le province autonome di Trento e Bolzano di accedere a tali risorse. Invero, si ricorda che le regioni ad autonomia speciale finanziano autonomamente il proprio servizio sanitario, eccetto la Sicilia, la cui aliquota di partecipazione alla spesa sanitaria è fissata nella misura del 49,11 per cento, ai sensi della legge 296 del 2006, articolo 1 comma 830.

[134] Di cui al richiamato articolo 1, comma 401, della legge 11 dicembre 2016, n. 232 (legge di bilancio 2017).

Il **comma 2** precisa che la disposizione di cui al comma 1 è approvata ai sensi e per gli effetti dell'articolo 104 del Testo unico delle leggi costituzionali concernenti lo statuto speciale per il Trentino-Alto Adige, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670[135].

Si ricorda che l'articolo 104 del Testo unico delle leggi costituzionali concernenti lo statuto speciale per il Trentino-Alto Adige, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670, stabilisce le procedure di modifica delle disposizioni previste dal titolo VI (relativo alla finanza della regione e delle province) e dall'art. 13 (concernente concessioni per grandi derivazioni d'acqua a scopo idroelettrico) del medesimo testo unico. In particolare le predette norme possono essere modificate con legge ordinaria dello Stato su concorde richiesta del Governo e, per quanto di rispettiva competenza, della regione o delle due province.
Inoltre, le disposizioni di cui agli articoli 30 e 49, relative al cambiamento del Presidente del Consiglio regionale e di quello del Consiglio provinciale di Bolzano, possono essere modificate con legge ordinaria dello Stato su concorde richiesta del Governo e, rispettivamente, della regione o della provincia di Bolzano.

[135] *Approvazione del testo unico delle leggi costituzionali concernenti lo statuto speciale per il Trentino-Alto Adige.*

Articolo 74
(Quote premiali)

L'**articolo 74, comma 1** prevede l'assegnazione in via transitoria, anche per gli **anni 2025 e 2026**, delle **quote premiali** accantonate a valere sul **finanziamento del Servizio sanitario nazionale a favore delle Regioni** che abbiano introdotto misure idonee a garantire l'equilibrio di bilancio, tenendo anche conto dei criteri di riequilibrio indicati dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.
Il **comma 2** chiarisce che la disposizione di cui al comma 1 entra in vigore il giorno stesso della pubblicazione della presente legge.

La relazione tecnica non ascrive effetti finanziari alle disposizioni in oggetto.

L'**articolo 74, comma 1,** mediante novella all'articolo 2, comma 67-*bis*, quinto periodo, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria 2010), sostituisce le parole «e per l'anno 2024,» con le seguenti: «, per l'anno 2024, per l'anno 2025 e per l'anno 2026,».
Con la modifica predetta, la disposizione in commento prevede l'**applicazione anche agli anni 2025 e 2026** della procedura transitoria di riparto adottata dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente Stato-regioni, delle **quote premiali** da destinare alle **regioni virtuose ai fini della spesa sanitaria**, accantonate a valere sul **finanziamento del Servizio sanitario nazionale**, in base anche ai **criteri di riequilibrio e riparto** indicati in sede di Conferenza Stato-Regioni.

La disposizione si rende necessaria, considerata la mancata emanazione del decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute[136], tenuto a individuare diverse modalità di ripartizione delle **forme premiali** calcolate sul finanziamento statale al Servizio sanitario nazionale ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza per le regioni cd. "virtuose" (v. *infra*).
In proposito, si precisa che l'articolo in commento non ha, invece, esteso al 2025 e al 2026 l'aumento della quota premiale previsto nel 2024. Pertanto, la quota premiale risulta pari allo **0,25 per cento delle risorse ordinarie** previste dalla legislazione vigente per il finanziamento del fabbisogno del SSN (in passato è stato previsto 0,30% per il 2013, 1,75% per il 2014, 0,32% nel 2021, 0,40% nel 2022 e 0,50% nel 2023 e nel 2024).

Il citato decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, avrebbe dovuto essere emanato entro il 30 novembre 2011, previa intesa con la Conferenza permanente Stato-regioni, che tuttavia non è stata ancora raggiunta, allo scopo di stabilire forme premiali a valere sulle risorse ordinarie fissate dalla vigente legislazione per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale.
Secondo il regime previsto, ma non ancora attuato, le quote premiali spettano alle Regioni che istituiscano una Centrale regionale per gli acquisti e l'aggiudicazione di procedure di

[136] Di cui al citato comma 67-bis dell'articolo 2 della L. n. 191/2009.

gara per l'approvvigionamento di beni e servizi per un volume annuo non inferiore ad un importo determinato con il medesimo decreto e per quelle che introducano misure idonee a garantire, in materia di equilibrio di bilancio, la piena applicazione per gli erogatori pubblici di quanto previsto dalla normativa vigente del D. Lgs. n. 502/1992 all'articolo 4, comma 8 (chiusura in pareggio del proprio bilancio, con possibilità di utilizzo dell'eventuale avanzo di amministrazione) e 9 (accorpamento funzionale di più ospedali eventualmente presenti nelle unità sanitarie locali), nel rispetto del principio della remunerazione a prestazione.

Il **comma 2** chiarisce che la disposizione di cui al comma 1 entra in vigore il giorno stesso della pubblicazione della presente legge.

- ***La quota premiale per il finanziamento della spesa sanitaria regionale***

L'articolo 2, comma 67-*bis* della legge 191/2009 (legge finanziaria 2010), come successivamente modificato con ulteriori interventi legislativi, ha previsto, a decorrere dal 2012, **forme premiali** per le regioni cd. "virtuose" in cui, tra le altre cose, fosse stata istituita una Centrale regionale per gli acquisti e si fosse provveduto all'aggiudicazione di procedure di gara per l'approvvigionamento di beni e servizi, per un volume annuo non inferiore ad uno specifico importo determinato con il medesimo decreto, oltre che per quelle che introducano misure idonee a garantire, in materia di equilibrio di bilancio, la piena applicazione per gli erogatori pubblici di quanto previsto dal **D. Lgs. 502 del 1992, all'articolo 4, commi 8** (pareggio di bilancio per le aziende ospedaliere, con utilizzo dell'eventuale avanzo di amministrazione per gli investimenti in conto capitale, per oneri di parte corrente e per eventuali forme di incentivazione al personale) **e 9** (autonomia economico-finanziaria dei presìdi ospedalieri, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale), nel rispetto del principio della remunerazione a prestazione.
Dal 2014, è stato previsto, in via transitoria, con norma ripetutamente prorogata, che in vista della proposta di riparto delle risorse finanziarie del Fondo sanitario nazionale (FSN) per l'anno di riferimento, vengano tenuti in conto, per il riparto delle quote premiali, i **criteri di riequilibrio indicati dalla Conferenza delle regioni** e delle province autonome.

Articolo 75
(Aggiornamento delle piattaforme informatiche dell'INPS per il potenziamento dell'assistenza a tutela della salute psicologica e psicoterapica)

L'**articolo 75** dispone la destinazione **all'INPS** di una somma pari a **200.000 euro**, a decorrere **dall'anno 2026**, per l'**adeguamento della piattaforma informatica**, la **semplificazione delle procedure di accesso** e il **potenziamento del supporto agli utenti** in relazione al cd. ***bonus* psicologo** (**comma 1**). Inoltre, stabilisce, a decorrere dal 2026, il **trasferimento all'INPS delle risorse** volte al finanziamento di tale *bonus* (**comma 2**), Infine, prevede che agli **oneri derivanti dal comma 1** si provvede nell'ambito delle **risorse già previste a normativa vigente** per il *bonus* psicologo dall'articolo 1-*quater*, comma 3, del D.L. n. 228 del 2021[137] (**comma 3**).

La **relazione tecnica non ascrive effetti finanziari alle disposizioni in oggetto**, in quanto gli oneri di gestione della piattaforma informatica e dei servizi correlati sono ricompresi nelle risorse già previste dall'articolo 1-*quater*, comma 3, del D.L. n. 228 del 2021.

L'**articolo 75**, composto da tre commi, detta disposizioni relative al cd. ***bonus* psicologo** (v. *box infra*), previsto dall'articolo 1-*quater*, comma 3, del D.L. n. 228 del 2021.

Si ricorda che l'articolo 1-*quater* del citato D.L. n. 228 del 2021 ha inteso fronteggiare la crisi psico-sociale causata anche dall'emergenza pandemica potenziando i servizi di salute mentale nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale affinché fosse garantita, su tutto il territorio nazionale, l'erogazione uniforme dei livelli essenziali di assistenza previsti dagli artt. 25 e 26 del DPCM 12 gennaio 2017 (c.d. Nuovi LEA), rispettivamente dedicati alla "Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo" e alla "Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali". Per tali finalità le regioni e le province autonome sono state chiamate ad adottare, entro il 31 maggio 2022, un **programma di interventi per l'assistenza socio-sanitaria** delle **persone con disturbi mentali** e delle persone affette da disturbi correlati allo stress. L'intervento, rivolto a tutte le fasce di età, è finalizzato ai seguenti obiettivi:

a) il **rafforzamento dei servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza**, potenziando l'assistenza ospedaliera in area pediatrica e l'assistenza territoriale con particolare riferimento all'ambito semiresidenziale.
b) il **potenziamento dell'assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali**, ai sensi dell'articolo 26 del Decreto Nuovi LEA;

[137] *Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi* (conv. con mod. dalla L. n. 15 del 2022).

c) il **potenziamento dell'assistenza per il benessere psicologico individuale e collettivo**, anche mediante l'**accesso ai servizi di psicologia e psicoterapia in assenza di una diagnosi di disturbi mentali**, e per fronteggiare situazioni di disagio psicologico, depressione, ansia, trauma da *stress*.

In particolare, il **comma 1** stabilisce che, a decorrere **dall'anno 2026**, per consentire l'efficace aggiornamento delle modalità di gestione, erogazione e monitoraggio del contributo previsto dall'articolo 1-*quater*, comma 3, del D.L. n. 228 del 2021 (cd. ***bonus* psicologo**; *v. box infra*), sia destinato **all'INPS** un importo pari a **200.000 euro annui**, per l'**adeguamento della piattaforma informatica**, la **semplificazione delle procedure di accesso** al contributo e il **potenziamento delle attività di supporto agli utenti**.

Il **comma 2** dispone che, a decorrere **dall'anno 2026**, **le risorse indirizzate al finanziamento del suddetto contributo siano trasferite all'INPS**. **Restano ferme le modalità di ripartizione di tali risorse tra le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano**, in base alle quote di accesso al fabbisogno sanitario nazionale *standard*, e considerando anche i criteri reddituali da definire annualmente, come previsto nell'Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 23 novembre 2023.

Si ricorda che, sulla base della suddetta Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 23 novembre 2023, è stato emanato il decreto del Ministro della salute 24 novembre 2023, che ha definito i tempi di presentazione della domanda e l'entità e la validità del *bonus* psicologo. Successivamente, è stato emanato il decreto del Ministro della salute 10 luglio 2025 che ha ripartito le risorse del *bonus* psicologo per le annualità 2024 e 2025 e ha introdotto dei correttivi volti all'efficiente utilizzo del contributo[138].

Il **comma 3**, infine, stabilisce che agli **oneri** derivanti dal comma 1 si provvede avvalendosi delle **risorse** previste dal citato **articolo 1-*quater*, comma 3, del D.L. n. 228 del 2021** (cfr. *box infra*).

- ***Il* bonus *psicologo***

Il cd. ***bonus* psicologo** è stato istituito dall'articolo 1-*quater*, comma 3, del D.L. n. 228 del 2021 e consiste in un contributo per sostenere le spese per sessioni di psicoterapia fruibili presso specialisti privati regolarmente iscritti nell'elenco degli psicoterapeuti nell'ambito dell'albo degli psicologi. Il contributo è parametrato alle diverse fasce dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) al fine di sostenere le persone con ISEE più basso e non spetta alle persone con ISEE superiore a 50.000 euro. Per l'anno 2022 il contributo era è stabilito nell'importo massimo di 600 euro a persona e nel limite massimo di spesa di 25 milioni di euro (limite così modificato, rispetto a

[138] Per i dettagli relativi alle istruzioni operative per l'accesso al *bonus* psicologo 2025 e alla sua entità in base alla differenziazione dell'ISEE, si può consultare la pagina dedicata dell'INPS.

quello iniziale pari a 10 milioni di euro, dall'articolo 25, comma 1, del D.L. n. 115 del 2022[139]).

Successivamente, la **legge di bilancio per il 2023** (articolo 1, comma 538, L. n. 197 del 2022) ha **esteso la corresponsione del *bonus* psicologo anche per l'anno 2023 e per gli anni 2024 e seguenti**, innovando in ordine al limite massimo *pro capite* del contributo (elevato a 1.500 euro a persona, rispetto al limite massimo di 600 euro a persona previsto per il 2022) e ponendo al contempo nuovi limiti complessivi (5 milioni di euro per il 2023 e 8 milioni di euro a decorrere dal 2024). Il limite massimo di spesa relativo all'anno 2023 è stato incrementato di 5 milioni di euro dall'articolo 22-*bis*, comma 1, del D.L. n. 145 del 2023[140] (tali risorse sono state ripartite con il DM 17 dicembre 2024) e il limite massimo di spesa relativo all'anno 2024 è stato incrementato di 2 milioni di euro dall'articolo 4, comma 8-*quater*, del D.L. n. 215 del 2023[141] e di ulteriori 2 milioni di euro dall'articolo 11, comma 5-*bis*, del D.L. n. 113 del 2024[142].

La **legge di bilancio per il 2025** (articolo 1, comma 344, L. n. 207 del 2024), infine, mantenendo fermo il limite di 8 milioni per l'anno 2024, ha **incrementato le risorse a 9,5 milioni per il 2025, 8,5 milioni per il 2026, 9 milioni per l'anno 2027, riportando gli oneri a 8 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028**.

Le **disposizioni attuative** del *bonus* psicologo sono recate dal DM 31 maggio 2022, dal DM 24 novembre 2023 e dal DM 10 luglio 2025.

[139] *Misure urgenti in materia di energia, emergenza idrica, politiche sociali e industriali* (conv. con mod. dalla L. n. 142 del 2022).

[140] *Misure urgenti in materia economica e fiscale, in favore degli enti territoriali, a tutela del lavoro e per esigenze indifferibili* (conv. con mod,. dalla L. n. 191 del 2023).

[141] *Disposizioni urgenti in materia di termini normativi* (conv. con mod. dalla L. n. 18 del 2024).

[142] *Misure urgenti di carattere fiscale, proroghe di termini normativi ed interventi di carattere economico* (con. con mod. dalla L. n. 143 del 2024).

Articolo 76
(Revisione annuale del Prontuario farmaceutico nazionale)

L'**articolo 76** prevede che l'AIFA, con **cadenza annuale** e comunque entro e non oltre il 30 novembre dell'anno precedente a quello di riferimento, provveda alla revisione e all'aggiornamento del **Prontuario farmaceutico nazionale (PFN)** dei medicinali erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale, ai fini del perseguimento di obiettivi di razionalizzazione della spesa farmaceutica (**comma 1**)
I criteri in base ai quali effettuare la revisione sono quelli di efficacia clinica, sicurezza, appropriatezza d'uso, facilità di accesso al farmaco per l'assistito, costo-beneficio ed economicità complessiva per il Servizio sanitario nazionale. A seguito della revisione, l'AIFA individua i medicinali da includere, mantenere, riclassificare o escludere dal Prontuario, nonché quelli per i quali procedere alla rinegoziazione delle condizioni di prezzo e rimborso anche in ragione dell'ampliamento dei consumi o della presenza di alternative con costo terapia più favorevole per il Servizio sanitario nazionale (**comma 2**).
I provvedimenti di revisione, adottati con determina AIFA, hanno efficacia dal 1° gennaio dell'anno di riferimento (**comma 3**).
Viene poi attribuita all'AIFA la facoltà di prevedere, per i medicinali esclusi dal Prontuario, misure transitorie volte a garantire la continuità terapeutica dei pazienti già in trattamento, stabilendone modalità e durata (**comma 4**).
Viene infine stabilita la **clausola di invarianza degli oneri finanziari** (**comma 5**).

La relazione tecnica non ascrive effetti finanziari alle disposizioni in oggetto.

L'**articolo 76** prevede che l'AIFA, con **cadenza annuale** e comunque entro e non oltre il 30 novembre dell'anno precedente a quello di riferimento, provveda alla revisione e all'aggiornamento del **Prontuario farmaceutico nazionale (PFN)** dei medicinali erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale, ai fini del perseguimento di obiettivi di razionalizzazione della spesa farmaceutica (**comma 1**)

Il Prontuario Farmaceutico Nazionale (PFN)[143], gestito dall'AIFA, è un elenco di tutti i farmaci che possono essere prescritti a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e include informazioni essenziali sulla loro rimborsabilità. I farmaci sono suddivisi in fasce (A, H e C) a seconda che siano rimborsati interamente, in regime ospedaliero, o totalmente a carico del cittadino, e costituisce uno strumento dinamico per guidare la prescrizione medica.
Per rimborsabilità di un farmaco o di un medicinale si intende la possibilità di ottenere il farmaco stesso in modo gratuito, a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), salvo pagamento di una piccola quota detta "ticket".

[143] Art. 1 L. n. 37/1989.

Ai fini della rimborsabilità, i farmaci sono classificati in tre diverse fasce:

- **FASCIA A**: comprendente i **farmaci essenziali e quelli per le malattie croniche, interamente rimborsati dal SSN,** a meno che non sia presente una nota AIFA, che vincola la rimborsabilità a specifiche condizioni patologiche o terapeutiche in atto. La modalità di fornitura dei farmaci di fascia A avviene attraverso le farmacie territoriali o le strutture sanitarie pubbliche;
- **FASCIA H**: comprendente i **farmaci di esclusivo uso ospedaliero** utilizzabili solo in ospedale o che possono essere distribuiti dalle strutture sanitarie;
- **FASCIA C**: comprendente **farmaci a totale carico del paziente** (ad eccezione dei titolari di pensione di guerra diretta vitalizia – legge 203/2000). Con riferimento al regime di fornitura, i farmaci di classe C sono distinti in farmaci con obbligo di prescrizione medica e farmaci senza obbligo di prescrizione medica. I farmaci di classe C senza obbligo di prescrizione medica sono a loro volta distinti in due sottoclassi: farmaci utilizzati per patologie di lieve entità o considerate minori con accesso alla pubblicità (OTC) individuati dalla legge 537/1993 nella fascia C-*bis* e farmaci senza obbligo di prescrizione medica (SOP), per i quali non è possibile fare pubblicità.

Quando un farmaco ha superato le fasi obbligatorie della sperimentazione clinica, **la Commissione Tecnico Scientifica (CTS)** dell'Agenzia Italiana del Farmaco - AIFA, effettua tutte le valutazioni necessarie (chimico-farmaceutiche, biologiche, farmaco-tossicologiche e cliniche) per assicurarne i requisiti di sicurezza ed efficacia. La CTS esamina anche i risultati delle ricerche condotte dall'azienda produttrice del farmaco.
Se tutte le valutazioni sono positive, il farmaco è pronto per essere immesso in commercio e l'AIFA rilascia l'Autorizzazione all'immissione in commercio (AIC), la carta di identità del farmaco che stabilisce: il nome del medicinale; la sua composizione; la descrizione del metodo di fabbricazione; le indicazioni terapeutiche, le controindicazioni e le reazioni avverse; la posologia, la forma farmaceutica, il modo e la via di somministrazione; le misure di precauzione e di sicurezza da adottare per la conservazione del medicinale e per la sua somministrazione ai pazienti; il riassunto delle caratteristiche del prodotto; il modello dell'imballaggio esterno; il foglio illustrativo; la valutazione dei rischi che il medicinale può comportare per l'ambiente. Ogni successiva modifica nel dosaggio o nella forma farmaceutica, nella presentazione o nella via di somministrazione del farmaco, comporta la richiesta e il rilascio di un'ulteriore autorizzazione.

Per essere immessi in commercio, tutti i farmaci hanno bisogno, oltre che dell'autorizzazione, anche dell'attribuzione di un prezzo e di una **classe di rimborsabilità**; deve essere infatti stabilito se il farmaco è a carico del Ssn (medicinale di classe A e H) o del cittadino (medicinale classe C).
I **prezzi dei farmaci di fascia C** sono liberamente determinati dalle imprese produttrici e sono unici su tutto il territorio nazionale, il loro prezzo, e quello dei medicinali di fascia C-*bis*, può essere aumentato soltanto nel mese di gennaio di ogni anno dispari. Per i medicinali di fascia C da vendersi dietro presentazione di ricetta medica, il farmacista è obbligato ad informare il paziente dell'eventuale presenza di medicinali aventi la stessa composizione quali-quantitativa e la stessa forma farmaceutica con un prezzo più basso. Se il paziente accetta, il farmacista può sostituire il medicinale prescritto con un equivalente di prezzo minore. Il farmacista non può effettuare la sostituzione se sulla ricetta il medico ha indicato la non sostituibilità del medicinale. Anche per i **farmaci**

senza obbligo di prescrizione (SOP) il prezzo è stabilito liberamente dal produttore. Nella pluralità dei casi si tratta di farmaci di automedicazione, per l'acquisto e l'assunzione dei quali non è necessaria la prescrizione medica, poiché sono destinati all'utilizzo autonomo da parte del cittadino per curare disturbi lievi o passeggeri. Per alcuni **farmaci di libera vendita, definiti da banco o OTC** (acronimo di *over the counter*), introdotti dalla legge finanziaria 2004 (legge 311/2004) nella classe C-*bis*, è consentita la pubblicità. Ai sensi dell'articolo 96 del D.Lgs. 219/2006 sull'etichetta dei medicinali compresi nella classe C-*bis* deve essere riportata la dicitura «medicinale di automedicazione».
Per quanto riguarda i medicinali erogabili a carico del SSN, il decreto legge 158/2012 ha introdotto, all'articolo 12, **novità rilevanti** in materia di procedure per la rimborsabilità e la determinazione del prezzo del farmaco. In seguito a tali innovazioni normative, le **aziende farmaceutiche possono presentare all'AIFA la domanda di avvio delle procedure relative alla classificazione di un medicinale fra quelli erogabili a carico del SSN soltanto dopo aver ottenuto l'Autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) per lo stesso medicinale.** A questo punto, l'AIFA istruisce la domanda di concedibilità (ovvero di classificazione del medicinale fra i medicinali erogabili a carico del SSN) contestualmente alla contrattazione del relativo prezzo.
Per quanto riguarda la determinazione del prezzo dei farmaci rimborsati dal SSN, si ricorda che la materia è stata recentemente innovata dal decreto 2 agosto 2019, entrato in vigore soltanto nel luglio 2020, che ha abrogato la deliberazione CIPE 1° febbraio 2001 "Individuazione dei criteri per la contrattazione del prezzo dei farmaci", che fino a quel momento aveva regolato la materia. Per una puntuale descrizione del decreto si rinvia alla pagina dedicata del sito istituzionale del Ministero della salute.

Il comma 2 definisce i criteri in base ai quali effettuare la revisione, che sono quelli di efficacia clinica, sicurezza, appropriatezza d'uso, facilità di accesso al farmaco per l'assistito, costo-beneficio ed economicità complessiva per il Servizio sanitario nazionale. A seguito della revisione, l'AIFA individua i medicinali da includere, mantenere, riclassificare o escludere dal Prontuario, nonché quelli per i quali procedere alla rinegoziazione delle condizioni di prezzo e rimborso anche in ragione dell'ampliamento dei consumi o della presenza di alternative con costo terapia più favorevole per il Servizio sanitario nazionale.
I provvedimenti di revisione, adottati con determina AIFA, hanno efficacia dal 1° gennaio dell'anno di riferimento (**comma 3**).
Viene poi attribuita all'AIFA la facoltà di prevedere, per i medicinali esclusi dal Prontuario, misure transitorie volte a garantire la continuità terapeutica dei pazienti già in trattamento, stabilendone modalità e durata (**comma 4**).
Viene infine stabilita la **clausola di invarianza degli oneri finanziari,** disponendosi che all'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo l'AIFA provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica (**comma 5**).

Articolo 77
(Dematerializzazione della ricetta per l'erogazione dei prodotti per celiaci)

L'**articolo 77** prevede l'implementazione delle procedure per la generazione del **buono dematerializzato per l'erogazione dei prodotti senza glutine a carico del SSN** (**comma 1**). Tale buono può essere utilizzato dalle persone affette da celiachia nelle **farmacie**, **parafarmacie**, **negozi alimentari specializzati** e **negozi della grande distribuzione organizzata** (GDO) (**comma 2**), con i quali le regioni e le province autonome hanno stipulato apposite **convenzioni** (**comma 3**). Inoltre, dispone che, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato-Regioni, siano individuati i **criteri** per la definizione e l'attuazione, tramite il Sistema tessera sanitaria, del **sistema centralizzato di generazione del** suddetto **buono**, delle **modalità di utilizzo** di esso presso i negozi convenzionati, dell'**assegnazione del *budget* mensile** ai singoli beneficiari, della **tracciabilità dell'importo residuo** disponibile di tale *budget* e delle **modalità di compensazione** tra regioni e province autonome delle **spese effettuate in un luogo diverso da quello di residenza e di domicilio sanitario dell'acquirente** (**comma 4**). Viene infine stabilito che, alla **copertura degli oneri** derivanti dai precedenti commi, quantificati in un importo pari a **2 milioni di euro per l'anno 2026** e **1 milione di euro annui** a decorrere **dal 2027**, si provvede tramite l'**utilizzo delle risorse destinate al perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale** (**comma 5**).

Agli oneri derivanti dalla presente articolo, quantificati in un importo pari a **2 milioni di euro per l'anno 2026** e **1 milione di euro annui a decorrere dall'anno 2027**, si provvede tramite l'**utilizzo delle risorse destinate al perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale** (articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, L. n. 662 del 1996[144]), indicate all'articolo 1, comma 275, della legge di bilancio per il 2025 (L. n. 207 del 2024).

La relazione tecnica specifica la destinazione dei suddetti oneri (importi comprensivi di IVA). In relazione all'**anno 2026**, i costi riguardano:

- per complessivi **0,3 milioni di euro**, il potenziamento e l'estensione delle procedure per l'interconnessione al Sistema anche delle ulteriori strutture che erogano prodotti per celiaci, tenuto conto delle procedure telematiche già operative dell'infrastruttura del Sistema Tessera Sanitaria inerenti ai collegamenti telematici fra il medesimo Sistema e le strutture sanitarie pubbliche e private convenzionate (come ad esempio le farmacie);

[144] *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*.

- per complessivi **0,1 milioni di euro**, l'implementazione delle funzionalità di scambio dei dati con le regioni/ASL e la reportistica di stato di avanzamento dell'impianto delle procedure nelle regioni;
- per complessivi **0,6** milioni di euro, l'implementazione delle specifiche funzionalità previste;
- per complessivi **1 milione di euro**, l'implementazione dell'Infrastruttura Nazionale per la generazione e assegnazione dei buoni dematerializzati per ciascun beneficiario.

Le quantificazioni considerano anche i costi necessari per la conduzione del Sistema, l'assistenza di primo e secondo livello e il *disaster recovery*.

L'**articolo 77**, composto da **cinque commi**, dispone la **dematerializzazione del buono per l'erogazione dei prodotti per celiaci.**

Si ricorda che la **celiachia** è una infiammazione cronica dell'intestino tenue a carattere genetico, con caratteristiche di malattia autoimmune, dovuta al glutine, che determina la necessità di rimozione di tale componente a vita dalla dieta individuale. Si stima che circa la metà delle persone affette da celiachia non ha una diagnosi accertata a causa della sintomatologia lieve o atipica. Il test diagnostico è rappresentato dalla presenza nel sangue di autoanticorpi specifici che sono in grado, se non curati, di creare, in particolare nella popolazione giovane e in fase di sviluppo, compromissioni della crescita strutturale e della mineralizzazione ossea, oltre a disturbi gastro-intestinali di carattere cronico. Lo *screening* condotto con questi anticorpi può precocemente identificare persone affette da celiachia, sia asintomatiche che sintomatiche.
La Direzione Generale per l'Igiene e la Sicurezza degli Alimenti e la Nutrizione (DGISAN) del Ministero della salute presenta al Parlamento una relazione annuale sulla celiachia Dall'ultima relazione, pubblicata a marzo 2025 (dati 2023), si evince che nel 2023 in Italia il numero di celiaci ha raggiunto i 265.102 soggetti, di cui il 70% (184.731) appartenenti alla popolazione femminile ed il restante 30% (80.371) a quella maschile. La celiachia risulta concentrata nella fascia di età tra i 18 e i 59 anni (67%). Il dato epidemiologico rassicurante che emerge è che il saldo delle diagnosi del 2023 ha oltrepassato quello del 2019.

In particolare, il **comma 1** prevede, nell'ambito del Sistema tessera sanitaria del Ministero dell'economia e delle finanze, l'implementazione delle procedure per la **generazione del buono dematerializzato per l'erogazione dei prodotti senza glutine a carico del Servizio sanitario nazionale**. **Le modalità di tali procedure** sono stabilite dal **successivo comma 4** (v. *infra*). Inoltre, dispone che alle persone affette da celiachia il **Sistema tessera sanitaria** rilascia il buono dematerializzato tramite un codice personale valido su tutto il territorio nazionale e con l'indicazione del limite massimo di spesa previsto dalla normativa vigente.

Si ricorda che il **Sistema Tessera Sanitaria (TS)**, istituito in conformità all'**articolo 50**, comma 1, del **D.L. n. 269 del 2003**[145], è lo strumento volto alla **digitalizzazione** e **semplificazione** del **sistema sanitario italiano**, tramite il monitoraggio della spesa sanitaria e la rilevazione telematica delle prescrizioni e delle prestazioni farmaceutiche e specialistiche erogate dal Sevizio Sanitario Nazionale (SSN).
All'interno del Sistema Tessera Sanitaria rientrano i seguenti servizi:

- **Anagrafe Nazionale degli Assistiti (ANA)**;
- **Ricetta elettronica**;
- **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)**;
- **dati di spesa sanitaria** a supporto della **dichiarazione dei redditi precompilata**;
- **esenzioni sanitarie per reddito** (esonero totale o parziale del pagamento del *ticket*);
- **trasmissione telematica** dei dati dei **certificati di malattia**;
- **emergenza COVID-19** (certificazione verde, applicazione Immuni, tamponi antigenici rapidi, tamponi molecolari, test sierologici, vaccini);
- **Tessera sanitaria e Carta Nazionale dei Servizi** (TS-CNS);
- rilevazione delle prestazioni farmaceutiche e specialistiche attraverso l'**invio telematico dei dati delle ricette al Ministero dell'Economia e delle Finanze** (MEF);
- **dematerializzazione del Piano Terapeutico** (PT) per consentire la mobilità degli assistiti tra regioni.

Si ricorda, inoltre, che le indicazioni "senza glutine" e "a contenuto di glutine molto basso", presenti nell'etichettatura degli alimenti, sono disciplinate dal Regolamento (UE) 828/2014. Può anche essere presente l'espressione "specificamente formulato per celiaci" o "per persone intolleranti al glutine", quando un alimento è prodotto specificamente per persone affette da celiachia.

Si ricorda, altresì, che in base all'articolo 4 della legge n. 123 del 2005[146] ai soggetti affetti da celiachia è riconosciuto il diritto all'erogazione gratuita di prodotti dietoterapeutici senza glutine, con limiti massimi di spesa fissati con decreto del Ministro della salute e aggiornati periodicamente in base alla rilevazione del prezzo dei prodotti garantiti senza glutine sul libero mercato.
In attuazione di tali disposizioni è stato adottato il decreto 10 agosto 2018.

Il **comma 2** specifica che tale buono dematerializzato può essere adoperato dai soggetti affetti da celiachia per l'**acquisto di prodotti senza glutine** nelle **farmacie**, nelle **parafarmacie**, nei **negozi alimentari specializzati** e nei **negozi della grande distribuzione organizzata** (GDO)[147].

Il **comma 3** stabilisce che le **regioni e le province autonome di Trento e Bolzano** provvedono a stipulare **convenzioni con i negozi della GDO e i negozi specializzati nella vendita di alimenti senza glutine** e a fornire, sui propri siti

[145] *Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici* (con. con mod. dalla L. n. 326 del 2003).
[146] *Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia*.
[147] La Grande Distribuzione Organizzata (GDO) è l'insieme delle attività commerciali che si occupano di vendere al dettaglio prodotti di largo consumo, tramite una rete di negozi gestiti in modo centralizzato (ne fanno parte, per esempio, supermercati, ipermercati, grandi magazzini, *discount*).

internet, l'**elenco dei negozi convenzionati**, aggiornato con cadenza semestrale. Inoltre, tale elenco deve essere comunicato, da parte delle regioni e province autonome, al Sistema tessera sanitaria e al Ministero della salute per la pubblicazione sui rispettivi siti *internet*.

Il **comma 4** dispone che, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di bilancio in commento, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, sia adottato un **decreto del Ministro della salute**, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e sentita la Conferenza Stato-Regioni, recante i **criteri *standard*** per la definizione e l'attuazione, attraverso il Sistema tessera sanitaria:

- del **sistema centralizzato di generazione del buono dematerializzato** previsto dal comma 1, valido sull'intero territorio nazionale e da assegnare a ciascun beneficiario;
- delle **modalità di attribuzione a ciascun beneficiario del *budget* mensile** a carico del SSN;
- delle **modalità di utilizzo del buono presso i negozi** elencati nel comma 3;
- della **tracciabilità dell'importo del *budget* residuo disponibile** per ciascun beneficiario;
- delle **modalità di compensazione tra regioni e province autonome** relative alle **spese effettuate**, nei negozi convenzionati per l'erogazione dei prodotti senza glutine, dai soggetti che hanno acquistato tali prodotti **in un luogo diverso da quello della residenza o del domicilio sanitario**.

Il **comma 5**, infine, quantifica gli **oneri derivanti dall'articolo in esame**, pari a **2 milioni di euro per il 2026** e **1 milione di euro annui a decorrere dal 2027**, e dispone che a essi si provvede tramite l'utilizzo delle risorse destinate al perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale (articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, L. n. 662 del 1996[148]), indicate all'articolo 1, comma 275, della legge di bilancio per il 2025 (L. n. 207 del 2024).

Si ricorda che i commi 34 e 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996 recante **misure di razionalizzazione della finanza pubblica**, trattano, più in dettaglio, delle quote vincolate del Fondo sanitario nazionale, da parte del Comitato interministeriale per la programmazione economica, a favore di progetti per la realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale. In particolare, la priorità è data a quelli riguardanti la **tutela della salute materno-infantile**, della **salute mentale**, della **salute degli anziani**, oltre che progetti finalizzati alla prevenzione, e in particolare alla **prevenzione delle malattie ereditarie**, nonché alla **realizzazione degli obiettivi definiti dal Patto per la salute** purché **relativi al miglioramento dell'erogazione dei LEA**[149].

[148] *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*.

[149] Ulteriori progetti finanziabili con le risorse vincolate nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive nell'infanzia, riguardano la concessione gratuita da parte delle regioni, nell'ambito delle loro disponibilità finanziarie, dei vaccini per le vaccinazioni non obbligatorie (quali antimorbillosa,

La procedura di erogazione delle risorse è prevista all'art. 34-*bis* ed è volta ad agevolare le Regioni nell'attuazione dei progetti di carattere prioritario di cui al comma 34. In sintesi, tale procedura prevede che il MEF eroghi, a titolo di acconto, il 70% dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione, mentre l'erogazione del restante 30% deve essere subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente Stato-regioni dei progetti presentati dalle Regioni, pena la mancata erogazione della quota residua ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione già erogata.

Si ricorda, inoltre, che l'articolo 1, comma 275, della legge di bilancio per il 2025 (L. n. 207 del 2024) prevede che una quota delle risorse incrementali del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato (stabilito dall'articolo 1, comma 273, della citata legge di bilancio per il 2025) è destinata all'**incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale**, previsti dall'articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996 , come segue:

- **773,9 milioni di euro per l'anno 2026**;
- **340,9 milioni per l'anno 2027**;
- **379,2 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028**.[150]

antirosolia, antiparotite, antipertosse e antihaemophulius influenza e tipo B) se richieste dietro prescrizione medica.

[150] Per l'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato e per le quote di tali risorse incrementali destinate all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale, disposti dal disegno di legge di bilancio in esame, si veda la scheda relativa all'articolo 63 del presente dossier.

Articolo 78
(Altre disposizioni in materia di farmaceutica)

L'**articolo 78** interviene a modificare diverse disposizioni relative al **settore farmaceutico.**

In particolare, il **comma 1** incrementa, **a decorrere dall'anno 2026**, il **tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti** dello **0,20 per cento** e il **tetto della spesa farmaceutica convenzionata** dello **0,05 per cento**.

Il **comma 2** precisa che **resta fermo** il valore percentuale del **tetto per acquisti diretti di gas medicinali** pari allo 0,2 per cento.

Il **comma 3** stabilisce che, a **decorrere dall'anno 2026**, non si applicano le disposizioni relative al c.d *payback* 1,83%, di cui al quarto e quinto periodo dell'articolo 11, comma 6, del decreto-legge n. 78/2010[151], esclusivamente con riferimento alla quota dovuta dalle aziende farmaceutiche in favore delle regioni.

Il **comma 4** stabilisce che agli **oneri previsti dal comma 3,** pari a **166 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026**, si provvede a valere sulle risorse incrementali del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale stabilite dall'articolo 1, comma 275, della legge 30 dicembre 2024, n. 207 (*Legge di bilancio 2025*).

Il **comma 5** inserisce un nuovo comma 225-*bis* all'articolo 1 della legge 30 dicembre 2023, n. 213 (*Legge di bilancio 2024*), stabilendo che per tutti i medicinali il cui prezzo di vendita al netto dell'imposta sul valore aggiunto (IVA), sia superiore a euro 100, le quote di remunerazione di cui al precedente comma 225 delle citata Legge di bilancio, relativo al **rimborso dei farmaci erogati in regime di Servizio sanitario nazionale alle farmacie,** si applicano in misura corrispondente a quelle previste per i medicinali aventi un prezzo al pubblico, al netto dell'IVA, pari a euro 100.

Il **comma 6 sostituisce** il **comma 33-*bis*** dell'**articolo 48**, del **decreto-legge n. 269/2003**[152], prevedendo che alla scadenza del brevetto sul principio attivo di un medicinale biotecnologico e in assenza dell'avvio di una concomitante procedura di contrattazione del prezzo relativa ad un medicinale biosimilare o terapeuticamente assimilabile, l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), oltre a poter avviare una nuova **procedura di contrattazione del prezzo** con il titolare dell'autorizzazione in commercio (AIC) del medesimo **medicinale biotecnologico**, può in alternativa ricevere la proposta da parte del titolare dell'AIC del medicinale biotecnologico di un prezzo di rimborso da parte del SSN con uno **sconto** di **almeno il 20 per cento** rispetto a quello previgente.

Il **comma 7** novella l'articolo 1, comma 324, della legge n. 207 del 2024 (*Legge di bilancio 2025*), precisando che le percentuali di spettanza sul prezzo di vendita al pubblico (66 per cento per le aziende farmaceutiche e 3,65 per cento per i

[151] *Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica.*

[152] *Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici*, conv. con mod. dalla L. n. 326/2003.

grossisti) si riferiscono ai farmaci di fascia A erogati attraverso il canale dell'assistenza convenzionata, ovvero tramite le farmacie aperte al pubblico, con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Il **comma 8** proroga dal 31 dicembre 2025 al 31 dicembre 2028 la possibilità per l'AIFA di avvalersi, ai fini del monitoraggio complessivo della spesa farmaceutica per acquisti diretti, dei dati presenti nel **Nuovo sistema informativo sanitario**, nonché il termine per la rilevazione del fatturato di ciascuna azienda titolare di autorizzazione all'immissione in commercio di farmaci, sulla base dei dati delle fatture elettroniche, previsti all'articolo 1, comma 583, della legge n. 145 del 2018[153].

Il **comma 9** novella il decreto legislativo n. 219 del 2006, che recepisce la direttiva europea 2001/83/CE e disciplina l'immissione in commercio dei medicinali per uso umano. In particolare,: la lettera *a)* sostituisce il comma 6 dell'articolo 34 del citato D.Lgs stabilendo un obbligo più stringente per i titolari dell'AIC in caso di interruzione, sia temporanea che definitiva, della commercializzazione di una confezione di medicinale, dovendo informare l'AIFA con almeno due mesi di anticipo. La lettera *b)* modifica l'articolo 148 del citato decreto legislativo in tema di sanzioni amministrative. In particolare: al punto 1) si escludono dal regime sanzionatorio generale le violazioni del comma 6 dell'articolo 34, che disciplina gli obblighi di comunicazione all'AIFA in caso di interruzione della commercializzazione di un medicinale. Il punto 2) inserisce, all'articolo 148, un nuovo comma (1-*bis*), che prevede la sanzione amministrativa da 6.000 a 36.000 euro per i titolari di AIC che violino gli obblighi di comunicazione previsti dall'articolo 34, comma 6, limitatamente ai medicinali inclusi in un apposito elenco pubblicato da AIFA. Il punto 3) prevede un innalzamento del minimo e del massimo edittale della sanzione amministrativa già prevista (ora da 1.000 a 6.000 euro), per la persona qualificata che non ottemperi agli obblighi previsti dall'articolo 52, comma 8. Inoltre, si prevede che la sanzione sia raddoppiata in caso di violazione degli obblighi più rilevanti, individuati nelle lettere e) ed f) del medesimo comma, relativi alla gestione della qualità e alla farmacovigilanza.

Il **comma 10** novella l'articolo 2, comma 7, del decreto legislativo n. 17 del 2014[154] stabilendo che le somme incassate dall'AIFA a titolo di sanzioni amministrative non confluiscono nel bilancio generale dello Stato, ma vengano trattenute dall'Agenzia stessa.

Il **comma 11** prevede che, dal 1° gennaio 2026, venga meno la possibilità per le aziende farmaceutiche di sospendere la riduzione del 5 per cento del prezzo al pubblico dei medicinali rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ove prevista, con conseguente abrogazione dell'articolo 1, comma 796, lettera *g)* della legge n. 296 del 2006[155] che prevede che le aziende farmaceutiche possono

[153] *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021.*

[154] *Attuazione della direttiva 2011/62/UE, che modifica la direttiva 2001/83/CE, recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano, al fine di impedire l'ingresso di medicinali falsificati nella catena di fornitura legale.*

[155] *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007).*

chiedere all'AIFA la sospensione della riduzione del 5% dei prezzi dei propri farmaci aderendo a un meccanismo alternativo di compensazione economica, nonché l'articolo 1, commi 225 e 227, della legge n. 147 del 2013[156], che prevedono il meccanismo di sospensione della riduzione del prezzo e definiscono le modalità di applicazione e i criteri per la sospensione di tale riduzione con i provvedimenti dell'AIFA, in accordo con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze.

L'**articolo 78** comporta l'utilizzo di risorse già stanziate da altri provvedimenti e dall'art. 63 del presente disegno di legge, non comportando nuovi o ulteriori oneri.

L'**articolo 78** interviene a modificare diverse disposizioni relative al **settore farmaceutico**.
In particolare, il **comma 1** incrementa, **a decorrere dall'anno 2026**, il **tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti** di cui all'articolo 1, comma 398, della Legge 11 dicembre 2016, n. 232, rispetto a quanto previsto dall'articolo 1, comma 223, della Legge 30 dicembre 2023, n. 213[157], dello **0,20 per cento** e il **tetto della spesa farmaceutica convenzionata** di cui all'articolo 1, comma 399, della medesima legge n. 232 del 2016, dello **0,05 per cento**.

La voce della spesa farmaceutica rappresenta una delle più consistenti nell'ambito della spesa sanitaria rientrante nel fabbisogno sanitario nazionale *standard*. Per tale motivo, la normativa di settore ha introdotto progressivamente strumenti di monitoraggio per la ***governance*** ed il controllo sull'**appropriatezza dell'uso** dei farmaci.
A tal fine, è stato introdotto il **tetto per la spesa farmaceutica convenzionata** innalzato ed esteso, dal decreto-legge 1º ottobre 2007, n. 159[158] (commi 398 e 399), **anche alla spesa diretta.**
Nel corso degli anni, il **tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti** è stato più volte modificato: da ultimo, l'articolo 1, comma 223, della L. 30 dicembre 2023, n. 213 ha stabilito il tetto nella misura dell'**8,5 per cento** a decorrere **dall'anno 2024**, fermi i valori percentuali del tetto per acquisti diretti di gas medicinali pari allo 0,2 per cento. Conseguentemente il **tetto della spesa farmaceutica convenzionata** è stato rideterminato nel valore del **6,8 per cento** a decorrere dal medesimo anno 2024. Pertanto, il valore complessivo della spesa farmaceutica è **rideterminato nel 15,30% a decorrere dall'anno 2024.**
Con la **disposizione in commento** si interviene, dunque, a **innalzare** ulteriormente il tetto della **spesa farmaceutica per gli acquisti diretti all'8,7 per cento** e il tetto della **spesa farmaceutica convenzionata** al **6,85** per cento, come chiarito dalla relazione tecnica. Pertanto, il valore complessivo della spesa farmaceutica è **rideterminato nel 15,55 per cento,** a decorrere dall'anno 2026**.**

[156] *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2014).*
[157] *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026.*
[158] *Interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale.*

Il **comma 2** precisa che resta fermo il valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali di cui all'articolo 1, comma 575, della legge 30 dicembre 2018, n. 145[159].

Si ricorda che l'articolo 1, comma 575, della legge 30 dicembre 2018, n. 145 prevede, nell'ambito del tetto della spesa farmaceutica per gli acquisti diretti, un tetto pari allo 0,2 per cento relativo alla spesa per acquisti diretti di gas medicinali.

Il **comma 3** stabilisce che, a **decorrere dall'anno 2026**, non si applicano le disposizioni di cui al quarto e quinto periodo dell'articolo 11, comma 6, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78[160], conv. con modif., dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, esclusivamente con riferimento alla quota dovuta dalle aziende farmaceutiche in favore delle regioni.

Si ricorda che l'art. 11, comma 6, D.L. n. 78 del 2010, introduce il c.d *payback* 1,83%. In particolare, è previsto che le Aziende farmaceutiche debbano corrispondere alle regioni e all'erario un importo dell'1,83% sul prezzo di vendita al pubblico al lordo dell'imposta sul valore aggiunto dei medicinali erogati in regime di SSN (farmaci di classe A).
In particolare, il quarto periodo della predetta disposizione stabilisce che a decorrere dal 31 maggio 2010 le aziende farmaceutiche, sulla base di tabelle approvate dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e definite per regione e per singola azienda, corrispondono alle regioni medesime e all'erario l'importo predetto dell'1,83 per cento sul prezzo di vendita al pubblico al lordo dell'imposta sul valore aggiunto dei medicinali erogati in regime di Servizio sanitario nazionale. Al quinto periodo si stabilisce che i predetti importi sono versati per il 90,91 per cento alle singole regioni e per il 9,09 per cento all'erario, senza possibilità di compensazione, secondo le modalità indicate all'articolo 17 del decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241[161].

Il **comma 4** stabilisce che agli oneri previsti dal comma 3, pari a 166 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, si provvede a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 275, della legge 30 dicembre 2024, n. 207 (*Legge di bilancio 2025*)[162].

Si ricorda che l'articolo 1, comma 275, della legge 30 dicembre 2024, n. 207 (Legge di bilancio 2025) destina una parte delle risorse incrementali, pari a 773,9 milioni di euro per l'anno 2026, a 340,9 milioni di euro per l'anno 2027 e a 379,2 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028, del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale stabilite con tale legge (al comma 273) al perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere

[159] *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021.*
[160] *Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica.*
[161] *Norme di semplificazione degli adempimenti dei contribuenti in sede di dichiarazione dei redditi e dell'imposta sul valore aggiunto, nonché di modernizzazione del sistema di gestione delle dichiarazioni.*
[162] *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027.*

prioritario e di rilevo nazionale di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662[163].
In proposito, si ricorda che i commi 34 e 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996 recante *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*, trattano, più in dettaglio, delle quote vincolate del Fondo sanitario nazionale da parte del Comitato interministeriale per la programmazione economica a favore di progetti per la realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale. In particolare, la priorità è data ai progetti riguardanti la tutela della salute materno-infantile, della salute mentale, della salute degli anziani, oltre che progetti finalizzati alla prevenzione, e in particolare alla prevenzione delle malattie ereditarie, nonché alla realizzazione degli obiettivi definiti dal Patto per la salute purché relativi al miglioramento dell'erogazione dei LEA[164].
La procedura di erogazione delle risorse è prevista all'art. 34-*bis* ed è volta ad agevolare le Regioni nell'attuazione dei progetti di carattere prioritario di cui al comma 34. In sintesi, tale procedura prevede che il MEF eroghi, a titolo di acconto, il 70% dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione, mentre l'erogazione del restante 30% deve essere subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente Stato-regioni dei progetti presentati dalle Regioni, pena la mancata erogazione della quota residua ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione già erogata.

Il **comma 5** inserisce un nuovo comma 225-*bis* all'articolo 1 della legge 30 dicembre 2023, n. 213 (Legge di bilancio 2024)[165], stabilendo che per tutti i medicinali il cui prezzo di vendita al netto dell'imposta sul valore aggiunto (IVA), sia superiore a euro 100, le quote di remunerazione di cui al comma 225 si applicano in misura corrispondente a quelle previste per i medicinali aventi un prezzo al pubblico, al netto dell'IVA, pari a euro 100.

Si può ricordare che il **comma 225** dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2023, n. 213 stabilisce che, a decorrere dal 1° marzo 2024, il sistema di remunerazione delle farmacie per il **rimborso dei farmaci erogati in regime di Servizio sanitario nazionale** è sostituito da una quota variabile e da quote fisse. Dette quote sono così determinate:
a) una quota percentuale del 6% rapportata al prezzo al pubblico al netto dell'IVA per ogni confezione di farmaco (quota variabile);
b) una quota fissa pari a euro 0,55 per ogni confezione di farmaco con prezzo al pubblico non superiore a 4,00 euro;
c) una quota fissa pari a euro 1,66 per ogni confezione di farmaco con prezzo al pubblico compreso tra euro 4,01 e euro 11,00;
d) una quota fissa pari a euro 2,50 per ogni confezione di farmaco con prezzo al pubblico superiore a euro 11,00;

[163] *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*
[164] Ulteriori progetti finanziabili con le risorse vincolate nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive nell'infanzia, riguardano la concessione gratuita da parte delle regioni, nell'ambito delle loro disponibilità finanziarie, dei vaccini per le vaccinazioni non obbligatorie (quali antimorbillosa, antirosolia, antiparotite, antipertosse e antihaemophulius influenza e tipo B) se richieste dietro prescrizione medica.
[165] *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026.*

e) una quota fissa aggiuntiva pari a euro 0,1 per ogni confezione di farmaco appartenente alle liste di trasparenza[166]. Quest'ultima quota è, dal successivo **comma 226**, rideterminata in euro 0,115 a decorrere dal 1° gennaio 2025.
Il comma 225 precisa che il descritto nuovo sistema di remunerazione è previsto nell'ambito dei limiti fissati per la spesa a carico del Servizio sanitario nazionale per i farmaci erogati sulla base della disciplina convenzionale. Tale innovazione del sistema è dichiaratamente attuativa di quanto disposto dall'articolo 15, comma 2, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95[167] (c.d. *spending review*). L'ultimo periodo del comma in esame precisa che è da intendersi invariato il prezzo di vendita dei farmaci essenziali e dei farmaci per malattie croniche.

Il **comma 6 sostituisce** il **comma 33-*bis*** dell'**articolo 48**, del **decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269**[168], conv. con modif. dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, prevedendo che alla scadenza del brevetto sul principio attivo di un medicinale biotecnologico e in assenza dell'avvio di una concomitante procedura di contrattazione del prezzo relativa ad un medicinale biosimilare o terapeuticamente assimilabile, l'Agenzia italiana del farmaco avvia una nuova procedura di contrattazione del prezzo, ai sensi del comma 33 del citato D.L. n. 269/2003, con il titolare dell'autorizzazione in commercio (AIC) del medesimo medicinale biotecnologico al fine di ridurre il prezzo di rimborso da parte del Servizio sanitario nazionale. In alternativa, si prevede, in luogo della contrattazione di cui al primo periodo, che l'AIFA possa ricevere la proposta da parte del titolare dell'AIC del medicinale biotecnologico di un prezzo di rimborso da parte del SSN con uno sconto di almeno il 20 per cento rispetto a quello previgente.

Si ricorda che l'**articolo 48**, **comma 33-*bis***, del **decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269,** detta la procedura seguita dall'AIFA per la contrattazione del prezzo di medicinali biotecnologici, alla scadenza del brevetto sul principio attivo di un medicinale biotecnologico e in assenza dell'avvio di una concomitante procedura di contrattazione del prezzo relativa ad un medicinale biosimilare o terapeuticamente assimilabile.
L'**intervento normativo** è volto a introdurre una **modalità ulteriore e alternativa per determinare il prezzo** del medicinale biotecnologico: in particolare, si prevede che l'AIFA possa ricevere la **proposta** da parte del titolare di AIC del medicinale biotecnologico di un **prezzo di rimborso** da parte del SSN con uno **sconto di almeno il 20 per cento** rispetto a quello **previgente**.

Il **comma 7** aggiunge all'articolo 1, comma 324, della legge 30 dicembre 2024, n. 207[169], più volte citata, dopo le parole «della legge 24 dicembre 1993, n. 537», le seguenti: «erogati in regime di assistenza convenzionata».

---

[166] Le liste di trasparenza sono, in sostanza, elenchi dei medicinali equivalenti disponibili nel circuito distributivo, pubblicati e aggiornati periodicamente dall'AIFA.
[167] *Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.*
[168] *Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici.*
[169] *Legge di bilancio 2025*

Si può ricordare che il **comma 324** dell'articolo 1, della più volte citata legge 30 dicembre 2024, n. 207 (*Legge di bilancio 2025*) opera, all'interno della filiera del farmaco, una rideterminazione delle **quote di spettanza** delle **aziende farmaceutiche e dei grossisti**, trasferendo una percentuale pari allo 0,65 per cento sul **prezzo di vendita al pubblico delle specialità medicinali di classe A** - ossia farmaci essenziali e farmaci per malattie croniche, interamente rimborsati dal SSN - dalle aziende farmaceutiche ai grossisti. Pertanto, in relazione ai farmaci di classe A, le quote di spettanza di aziende farmaceutiche e grossisti sono rideterminate, rispettivamente, nel 66 per cento e nel 3,65 per cento dal comma 324 della predetta Legge di bilancio 2025.
Come precisa la relazione illustrativa, con **la disposizione in commento**, si **precisa** che le percentuali delle **quote di spettanza sul prezzo di vendita al pubblico** si riferiscono ai **farmaci di fascia A**, erogati attraverso il canale dell'assistenza convenzionata, ovvero tramite le farmacie aperte al pubblico, con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Il **comma 8** interviene a modificare l'articolo, 1, comma 583, della Legge 30 dicembre 2018, n. 145[170], come segue:
a) le parole «Fino al 31 dicembre 2025» sono sostituite dalle seguenti: «Fino al 31 dicembre 2028»;
b) le parole «fino alla medesima data del 31 dicembre 2025» sono sostituite dalle seguenti: «fino alla medesima data del 31 dicembre 2028».

Il comma 583 dell'articolo 1 della Legge n. 145 del 2018 (*Legge di bilancio 2019*) prevede che, fino al 31 dicembre 2025, l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), ai fini del **monitoraggio della spesa per acquisti diretti**, si avvalga dei **dati delle fatture elettroniche**, nonché, sempre fino al 31 dicembre 2025, dei **dati presenti nel Nuovo sistema informativo sanitario**. La disposizione in commento pertanto estende tali modalità di monitoraggio fino al 31 dicembre 2028.

Il **comma 9** modifica alcune disposizioni del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, recante il *codice comunitario concernente i medicinali per uso umano.*
In particolare, la disposizione interviene come segue:
a) all'articolo 34, il comma 6 è sostituito dal seguente: «6. In caso di interruzione, temporanea o definitiva, della commercializzazione di una confezione del medicinale nel territorio nazionale, il titolare dell'AIC ne dà comunicazione all'AIFA. Detta comunicazione, è effettuata **non meno di due mesi prima dell'interruzione della commercializzazione del prodotto,** ed è rinnovata in caso di prolungamento del periodo di interruzione precedentemente comunicato, fatto salvo il caso di interruzione dovuta a circostanze imprevedibili. Il termine non si applica alle sospensioni della commercializzazione connesse a motivi di sicurezza del prodotto. Il titolare dell'AIC, anche qualora i motivi dell'interruzione abbiano esclusivamente natura commerciale, informa l'AIFA dei motivi di tale azione conformemente alle previsioni di cui al comma 7.»;

[170] *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021.*

L’art. 34 detta gli obblighi di controllo sui progressi scientifici e tecnici posti in capo al titolare dell’autorizzazione all’immissione in commercio (AIC), a seguito del rilascio dell’autorizzazione stessa. In particolare, il comma 6 di tale articolo prevede che in caso di interruzione, temporanea o definitiva, della commercializzazione del medicinale nel territorio nazionale, il titolare dell'AIC ne dà comunicazione all'AIFA. Detta comunicazione è effettuata non meno di quattro mesi prima dell'interruzione della commercializzazione del prodotto, fatto salvo il caso di interruzione dovuta a circostanze imprevedibili. Il termine non si applica alle sospensioni della commercializzazione connesse a motivi di sicurezza del prodotto. Il titolare dell'AIC, anche qualora i motivi dell'interruzione hanno esclusivamente natura commerciale, informa l'AIFA dei motivi di tale azione conformemente alle previsioni di cui al comma 7.
La modifica in commento interviene a ridurre il termine per l’invio della comunicazione all’AIFA: si prevede, invero, che la comunicazione relativa all’interruzione della commercializzazione del medicinale nel territorio nazionale debba essere fatta **due mesi** prima della predetta interruzione ed è rinnovata in caso di prolungamento del periodo di interruzione precedentemente comunicato, fatto salvo il caso di interruzione dovuta a circostanze imprevedibili. Tale obbligo si applica anche quando l’interruzione è motivata da ragioni esclusivamente commerciali, e deve essere rinnovato qualora il periodo di interruzione si prolunghi. Fanno eccezione le interruzioni dovute a motivi di sicurezza del prodotto o a circostanze imprevedibili.

b) all’articolo 148:

1) al comma 1, primo periodo, le parole «commi 6 e 7» sono sostituite dalle seguenti: «comma 7»;

2) dopo il comma 1, è inserito il seguente: «1-*bis*. In caso di violazione delle disposizioni di cui all'articolo 34, comma 6, relativamente a confezioni presenti in apposito elenco pubblicato e periodicamente aggiornato dall’AIFA, recante i medicinali per i quali sono stati adottati specifici provvedimenti al fine di prevenire o limitare stati di carenza o indisponibilità, anche temporanee, sul mercato o in assenza di valide alternative terapeutiche, il titolare dell’AIC è soggetto alla sanzione amministrativa da euro seimila a euro trentaseimila. L’AIFA, d’intesa con le autorità sanitarie, le associazioni di categoria del settore farmaceutico e dei pazienti, individua i criteri per l’inserimento delle confezioni dei farmaci nell’elenco di cui al precedente comma e per il suo periodico aggiornamento, almeno annuale.»;

3) il comma 3 è sostituito dal seguente: «3. Salvo che il fatto costituisca reato, in caso di inottemperanza agli obblighi previsti dall’articolo 52, comma 8, la persona qualificata soggiace a una sanzione amministrativa da mille euro a seimila euro. La sanzione è raddoppiata in caso di violazione degli obblighi di cui alle lettere *e)* e *f)* del medesimo comma 8.».

Si ricorda che l’articolo 148, oggetto di modifica da parte della disposizione in commento, prevede la disciplina sanzionatoria in caso di violazione degli obblighi dettati dal medesimo codice comunitario concernente i medicinali per uso umano.
In particolare, il comma 1, primo periodo, dell’art. 148 stabilisce le sanzioni applicabili in caso di violazione degli obblighi posti in capo al titolare dell’AIC ai sensi dell’art. 34, commi 6 e 7. **La modifica in commento elimina il riferimento al comma 6, escludendo**

dal regime sanzionatorio generale le violazioni del comma 6 dell'articolo 34, poc'anzi citato, che disciplina gli obblighi di comunicazione all'AIFA in caso di interruzione della commercializzazione di un medicinale.
Dopo il comma 1 del medesimo art. 148 viene **aggiunto un nuovo comma 1-*bis*, che prevede la sanzione amministrativa da 6.000 a 36.000** euro per i titolari di AIC che violino gli obblighi di comunicazione previsti dall'articolo 34, comma 6, limitatamente ai medicinali inclusi in un apposito elenco pubblicato da AIFA. Tale elenco comprende i farmaci per i quali sono stati adottati provvedimenti per prevenire o limitare carenze o indisponibilità, anche temporanee, e per i quali non esistono valide alternative terapeutiche. L'elenco è aggiornato almeno annualmente dall'AIFA, in collaborazione con le autorità sanitarie, le associazioni di categoria del settore farmaceutico e le associazioni dei pazienti.
Infine, viene **sostituito il comma 3 dell'art. 148, intervenendo sulla misura della sanzione amministrativa, che da 200 a 1200 euro viene innalzata da 1.000 a 6.000 euro,** per la persona qualificata che non ottemperi agli obblighi previsti dall'articolo 52, comma 8[171]. La sanzione è raddoppiata in caso di violazione degli obblighi più rilevanti, individuati nelle lettere e) ed f) (vedi nota precedente) del medesimo comma, relativi alla gestione della qualità e alla farmacovigilanza.

Il **comma 10** aggiunge al comma 7 dell'articolo 2 del decreto legislativo 19 febbraio 2014, n. 17[172], il seguente periodo: «Gli importi delle suddette sanzioni sono acquisite al bilancio dell'AIFA come remunerazione per l'attività amministrativa svolta in funzione dell'irrogazione delle stesse.».

Si ricorda che il decreto legislativo 19 febbraio 2014, n. 17, attua la direttiva 2011/62/UE, che modifica la direttiva 2001/83/CE, recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano, al fine di impedire l'ingresso di medicinali falsificati nella catena di fornitura legale. In particolare, l'art. 2, comma 7, stabilisce che l'autorità

[171] L'art. 52, comma 8, prevede che "La persona qualificata:
a) vigila che ogni lotto di medicinali sia prodotto e controllato con l'osservanza delle norme di legge e delle condizioni imposte in sede di autorizzazione alla immissione in commercio del medicinale;
b) controlla che, nel caso di medicinali di provenienza da paesi non appartenenti alla Comunità economica europea, ogni lotto di produzione importato è oggetto di un'analisi qualitativa completa, di un'analisi quantitativa di almeno tutte le sostanze attive e di qualsiasi altra prova e verifica necessaria a garantire la qualità dei medicinali nell'osservanza delle condizioni previste per l'AIC, fatto salvo quanto stabilito da eventuali accordi di mutuo riconoscimento;
b-bis) nel caso di medicinali destinati a essere immessi in commercio nell'Unione europea, assicura che sull'imballaggio siano stati apposti i bollini ovvero gli identificativi univoci di cui all'articolo 73, comma 1, lettera p-bis);
c) attesta su apposita documentazione le operazioni di cui alle lettere a), b) e b-bis);
d) è responsabile secondo quanto previsto dal capo II del presente titolo della tenuta della documentazione di cui alla lettera c), ed è obbligato ad esibirla a richiesta dell'autorità sanitaria;
e) comunica immediatamente all'AIFA e al responsabile dell'azienda dalla quale dipende ogni sostanziale irregolarità rilevata nel medicinale che è già stato immesso in commercio;
f) collabora attivamente alle ispezioni effettuate dall'autorità sanitaria ai sensi del presente decreto ed effettua le operazioni richieste dalla stessa;
g) vigila sulle condizioni generali di igiene dei locali di cui è responsabile."
[172] *Attuazione della direttiva 2011/62/UE, che modifica la direttiva 2001/83/CE, recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano, al fine di impedire l'ingresso di medicinali falsificati nella catena di fornitura legale.*

competente per l'applicazione delle sanzioni amministrative di cui all'articolo 148 del decreto legislativo n. 219 del 2006, diretta a sanzionare la violazione di determinate condotte previste nel codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, è l'AIFA. **La disposizione in commento aggiunge che gli importi di tali sanzioni sono acquisite al bilancio dell'AIFA** come remunerazione per l'attività amministrativa svolta in funzione dell'irrogazione delle stesse.

Il **comma 11** dispone che, a decorrere dal 1° gennaio 2026, viene meno la facoltà delle aziende farmaceutiche di avvalersi della sospensione della riduzione nella misura del 5 per cento del prezzo al pubblico dei medicinali comunque impiegati o dispensati dal Servizio sanitario nazionale, ove prevista. Dalla medesima data, sono abrogati l'articolo 1, comma 796, lettera *g)*, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e l'articolo 1, commi 225 e 227, della legge 27 dicembre 2013, n. 147.

Si ricorda che con la Determinazione AIFA n. 26 del 27 settembre 2006 "Manovra per il governo della spesa farmaceutica convenzionata e non convenzionata", è stata adottata la misura finalizzata a ridurre nella misura del 5% il prezzo al pubblico dei medicinali comunque dispensati o impiegati dal SSN. Successivamente, la L. n. 296 del 2006 (Legge finanziaria per l'anno 2007) ha consentito alle Aziende farmaceutiche di chiedere all'Aifa la sospensione degli effetti di cui alla deliberazione n. 26 del 27 settembre 2006, ossia la sospensione della riduzione del 5 per cento sul prezzo delle specialità medicinali di cui esse sono titolari, dietro versamento del relativo controvalore su appositi conti correnti indicati dalle Regioni.
Tale meccanismo si applica sia alla spesa farmaceutica convenzionata sia alla spesa per acquisti diretti:

- in particolare, il *payback* 5% per la spesa farmaceutica convenzionata è relativo alla sospensione della riduzione di prezzo del 5 per cento per medicinali di fascia A[173] erogati in regime di assistenza convenzionata, ai sensi art. 1 comma 796, lettera *g)* della legge 27 dicembre 2006, n. 296;
- il *payback* 5% per la spesa farmaceutica per acquisti diretti riguarda la sospensione della riduzione di prezzo del 5 per cento per medicinali di fascia A e H[174] erogati in regime di erogati in regime di assistenza non convenzionata, ai sensi art. 1 comma 796, lettera *g)* della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

L'articolo 1, commi 225 e 227, della legge 27 dicembre 2013, n. 147 ha poi previsto che tale meccanismo si applichi a decorrere dal 1° gennaio 2014, anche ai farmaci immessi in commercio dopo il 31 dicembre 2006.
La **disposizione in commento esclude** a decorrere dal **1° gennaio 2026** tale **facoltà** per le **aziende farmaceutiche** per i medicinali comunque impiegati o dispensati dal Servizio sanitario nazionale, abrogando di conseguenza le disposizioni di cui l'articolo 1, comma 796, lettera *g)*, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e l'articolo 1, commi 225 e 227, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, che prevedevano tale possibilità.

[173] Sono i farmaci totalmente rimborsati al paziente dal Servizio Sanitario Nazionale, in quanto farmaci essenziali e per le malattie croniche.
[174] Sono i farmaci totalmente rimborsati ma disponibili solo a livello ospedaliero.

Articolo 79
(Finanziamento dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù)

L'**articolo 79** incrementa da 20 a 70 milioni di euro annui il limite massimo di finanziamento previsto – nell'ambito della quota delle risorse finanziarie vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale[175] per il Servizio sanitario nazionale – in favore dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù – organizzazione della Santa Sede riconosciuta, nell'ordinamento italiano, come Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato (IRCCS) –. L'elevamento è disposto con efficacia già dall'anno 2025.

L'**articolo**, come indica la **relazione tecnica**, non determina effetti finanziari, in quanto esso concerne una quota di riparto, nell'ambito di dotazioni finanziarie già previste.

Il finanziamento in oggetto è stato introdotto dall'articolo 2 del D.L. 1° agosto 2025, n. 110, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 settembre 2025, n. 133 (articolo oggetto della presente novella parziale). Si ricorda che la disposizione demanda a un decreto del Ministro della salute, da emanarsi di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, la definizione delle funzioni assistenziali a cui è connesso il finanziamento in esame e del relativo importo annuale, nel rispetto del suddetto limite massimo; tale determinazione è operata sulla base delle funzioni e attività in oggetto svolte dal suddetto Ospedale nell'anno precedente, rendicontate secondo le modalità definite dal medesimo decreto ministeriale.
L'Ospedale pediatrico in esame – in quanto organizzazione della Santa Sede – non può rientrare tra le strutture pubbliche dei servizi sanitari regionali, mentre presenta la suddetta qualifica di IRCCS di diritto privato ed è titolare di accordi contrattuali secondo le norme generali relative alla remunerazione delle strutture sanitarie[176]. Si ricorda altresì che, nel corso dell'esame del disegno di legge di conversione del suddetto D.L. n. 110 da parte dell'Assemblea del Senato, è stato accolto un ordine del giorno che impegna il Governo "a dare attuazione alla norma

[175] Riguardo alla fonte legislativa di tali obiettivi, cfr. i commi 34 e 34-*bis* dell'articolo 1 della L. 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni.

[176] Il suddetto articolo 2 del D.L. n. 110 richiama in particolare le norme generali di cui ai commi 1 e 2 dell'articolo 8-*sexies* del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502. La relazione tecnica allegata al disegno di legge di conversione del medesimo D.L. n. 110 (relazione reperibile nell'A.S. n. 1611) ricorda altresì il principio di cui all'articolo 1, comma 171, della L. 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, secondo cui la remunerazione dei singoli soggetti erogatori, pubblici e privati, di singole prestazioni sanitarie non può essere differenziata a seconda della residenza dell'assistito.
I rapporti tra l'ospedale pediatrico Bambino Gesù e il Servizio sanitario nazionale sono definiti da un accordo tra il Governo italiano e la Santa Sede, fatto nella Città del Vaticano il 15 febbraio 1995 e ratificato dall'Italia ai sensi della L. 18 maggio 1995, n. 187.

di cui al decreto in esame nel senso di prevedere la remunerazione a livello statuale delle funzioni assistenziali all'Ospedale pediatrico Bambino Gesù con riferimento alle attività sanitarie erogate a favore di pazienti non residenti nel Lazio" (riguardo alla procedura di emanazione dei decreti attuativi e ai criteri per le relative determinazioni, cfr. *supra*).

Articolo 80
(Spesa per l'acquisto di dispositivi medici)

L'articolo 80 interviene a innalzare, **a decorrere dall'anno 2026**, il tetto nazionale per la spesa dei dispositivi medici al **4,6 per cento**. La disposizione precisa altresì che restano ferme le procedure per la determinazione dei tetti regionali previsti.

L'**articolo 80** prevede l'innalzamento di **0,2 percentuali** del tetto nazionale per la spesa dei dispositivi medici (che sale da 4,4 a 4,6 per cento). Pertanto, secondo la relazione tecnica, l'intervento comporta oneri complessivi pari a 280 milioni di euro annui.

L'articolo 80 interviene a innalzare al **4,6 per cento**, **a decorrere dall'anno 2026**, il **tetto nazionale per la spesa dei dispositivi medici** di cui all'articolo 9-*ter*, comma 1, lettera *b)*, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78[177], conv. con modif. dalla legge 6 agosto 2015, n. 125. La disposizione precisa altresì che restano ferme le procedure per la determinazione dei tetti regionali previste dal medesimo articolo 9-*ter*, comma 1, lettera *b)*.

Si può ricordare che l'art. 17, comma 1, lettera *c)*, del decreto legge 6 luglio 2011 n. 98, convertito dalla legge 15 luglio 2011 n. 111, ha stabilito che a decorrere dal 1° gennaio 2013 la spesa sostenuta dal S.S.N. per l'acquisto di dispositivi medici è fissata entro un tetto a livello nazionale e di ogni singola Regione.
Il valore del tetto di spesa nazionale è stato fissato al 4,4% dall'art. 1, comma 131, lettera *b)*, della legge 24 dicembre 2012 n. 228.
L'art. 9-*ter* del decreto legge 19 giugno 2015 n. 78, demanda, al comma 1 lettera *b)*, la fissazione del tetto di spesa regionale per l'acquisto di dispositivi medici all'accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni, fermo restando il tetto di spesa nazionale fissato al 4,4%.

• *La disciplina del payback per le aziende fornitrici di dispositivi medici*

L'art. 9-*ter* del decreto legge 19 giugno 2015 n. 78, più volte citato, oltre a demandare, al comma 1 lettera *b)*, la fissazione del tetto di spesa regionale per l'acquisto di dispositivi medici all'accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni, fermo restando il tetto di spesa nazionale fissato al 4,4%, ha altresì previsto:
- al comma 8 (nel testo modificato dall'art. 1, comma 557, della legge 30 dicembre 2018 n. 145), di demandare a un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottarsi entro il 30 settembre di ogni anno, la certificazione dell'eventuale superamento del tetto di spesa a livello nazionale e regionale

[177] *Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali.*

per l'acquisto di dispositivi medici; la rilevazione per l'anno 2019 è effettuata entro il 31 luglio 2020 e, per gli anni successivi, entro il 30 aprile dell'anno seguente a quello di riferimento, sulla base dei dati risultanti dalla fatturazione elettronica, relativi all'anno solare di riferimento;

- al comma 9, di porre a carico l'eventuale superamento del tetto di spesa regionale di cui al comma 8, certificato dal Ministero della salute, alle aziende fornitrici di dispositivi medici per una quota complessiva pari al 40% nell'anno 2015, al 45% nell'anno 2016 e al 50% a decorrere dall'anno 2017, in misura pari per ciascuna azienda all'incidenza percentuale del proprio fatturato sul totale della spesa per l'acquisto di dispositivi medici a carico del Servizio sanitario regionale (c.d. payback).

Con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 6 luglio 2022, è stato certificato il superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici a livello nazionale e regionale per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018, calcolato con riferimento ai dati di costo, rilevati a consuntivo per ciascuno dei predetti anni come risultanti dai conti economici regionali consolidati.

Tuttavia, la normativa predetta ha subito una serie di deroghe:

- innanzitutto, l'art. 8, DL. 34/2023 (L. n. 56/2023), oltre a istituire, nello stato di previsione del MEF, un fondo con dotazione di 1.085 milioni di euro per l'anno 2023, come contributo statale per il superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici relativo agli anni da 2015 a 2018, ha previsto che le aziende fornitrici di dispositivi medici possono versare a ciascuna regione e provincia autonoma, entro il 30 novembre 2023, in luogo della quota intera, una somma pari al 48 per cento di quanto dovuto a titolo di contributo al ripiano;
- di recente, tale quota è stata ulteriormente ridotta. Con l'art. 7 del decreto-legge n. 95 del 2025[178], si è modificata la disciplina relativa alle quote di ripiano dovute dalle aziende produttrici dei dispositivi medici in caso di sforamento del tetto di spesa regionale previsto per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018 (c.d. payback). In particolare, si riduce la quota di ripiano posta a carico delle aziende produttrici di dispositivi medici per gli anni dal 2015 al 2018, ritenendo assolti i relativi obblighi con il versamento, in favore delle regioni, entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione, della quota del 25 per cento degli importi indicati nei provvedimenti regionali e provinciali. Pertanto, si prevede che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano comunicano al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze l'avvenuto integrale recupero degli importi a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici secondo la modalità prevista dal primo periodo del comma 1; in caso di inadempimento del pagamento da parte delle aziende fornitrici, i debiti per acquisti di dispositivi medici delle singole regioni e province autonome, anche per il tramite degli enti del servizio sanitario regionale, nei confronti delle predette aziende fornitrici inadempienti, sono compensati fino a concorrenza dell'intero ammontare;
- con lo scopo di coprire le minori entrate delle regioni, dopo la riduzione della quota posta a carico delle aziende fornitrici, si istituisce, nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, un fondo con dotazione pari a 360 milioni di euro per l'anno 2025, che si aggiunge al fondo già esistente, con dotazione di 1.085 milioni di euro per l'anno 2023. Il fondo dovrà poi essere ripartito tra le regioni e le province autonome, con le modalità previste dalla norma.

[178] *Disposizioni urgenti per il finanziamento di attività economiche e imprese, nonché' interventi di carattere sociale e in materia di infrastrutture, trasporti ed enti territoriali*

Inoltre, l'art. 9 del citato D.L. n. 34/2023[179], al fine di limitare la spesa a carico del SSN per i versamenti effettuati per ripianare lo sforamento in considerazione del fatto che i tetti regionali e nazionale sono calcolati al lordo dell'IVA, prevede che, in relazione ai versamenti effettuati dalle aziende produttrici di dispositivi medici alle regioni, le aziende possano portare in detrazione l'IVA determinata scorporando la medesima dall'ammontare dei versamenti effettuati, secondo le modalità previste dalla normativa fiscale, emettendo un apposito documento contabile nel quale sono indicati gli estremi dei provvedimenti regionali e provinciali da cui deriva l'obbligo del *payback*.
Più recentemente è intervenuto il DL. 98 del 2023[180] (L. n. 127/2023) che ha disposto la **proroga, dal 31 luglio 2023 al 30 ottobre 2023,** del termine per il versamento di importi dovuti a titolo di ***payback*** **dalle aziende fornitrici di dispositivi medici** al Servizio Sanitario Nazionale (articolo 4, comma 2). Si tratta, in particolare, del termine per il versamento riferito al **ripiano del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici relativo agli anni da 2015 a 2018**, da parte delle aziende fornitrici che intendono avvalersi della possibilità di pagamento in misura ridotta prevista dalla normativa vigente.
In relazione al governo dei dispositivi medici, l'art. 1, commi 329-331, Legge n. 207 del 2024 (Legge di bilancio per il 2025)[181] ha introdotto un nuovo sistema di governo del settore dei dispositivi medici. In particolare, i predetti commi recano una specifica procedura per l'adozione di misure concernenti il settore dei **dispositivi medici**, fissando la data del 1° gennaio 2026 per l'entrata in vigore del Programma nazionale di *Health technology assessment* (HTA - Valutazione delle tecnologie sanitarie) e per la definizione di una nuova codifica dei dispositivi medici, da parte del Ministero della salute. Intervengono, altresì, sui compiti dell'Osservatorio nazionale sui dispositivi medici, il quale assume questa nuova denominazione, e sulle incombenze delle regioni in merito al sistema di governo del settore dei dispositivi medici.
In proposito, il decreto ministeriale 29 dicembre 2023, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 33 del 9 febbraio 2024, è intervento a dettare i criteri e le modalità per il versamento delle quote annuali, per il monitoraggio, nonché per la gestione del Fondo per il governo dei dispositivi medici.

[179] *Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali.*
[180] *Misure urgenti in materia di tutela dei lavoratori in caso di emergenza climatica e di termini di versamento.*
[181] *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027.*

Articolo 81
(Disposizioni sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati)

L'**articolo 81** incrementa il limite di spesa regionale per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera nella misura di 1 punto percentuale a decorrere dall'anno 2026. In seguito a tale elevamento, il limite è pari al valore della medesima spesa regionale (risultante a consuntivo nell'anno 2011), incrementato di 6,5 punti percentuali (in tale ambito, in base alla disciplina già vigente[182], una quota di 0,5 punti è destinata all'acquisto di "prestazioni ospedaliere afferenti ai reparti ospedalieri di medicina generale, di recupero e riabilitazione funzionale e di assistenza ai lungodegenti", con priorità per le "strutture immediatamente disponibili e in grado di assicurare maggiore ricettività nel singolo plesso").

La **relazione tecnica** quantifica in 123 milioni di euro annui (a decorrere dall'anno 2026) l'onere finanziario derivante dal presente **articolo** e indica che il medesimo onere rientra nell'ambito dell'incremento – di cui al precedente **articolo 63** – del finanziamento complessivo del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato.

L'**articolo in esame**, nell'ambito della determinazione degli incrementi in esame, sostituisce (al **comma 2**) la clausola generale di rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario nazionale con il richiamo della disciplina relativa sia a tale obbligo di equilibrio sia alle relative misure per la salvaguardia del medesimo equilibrio.
In merito all'incremento dei suddetti limiti, si ricorda che l'**articolo 8, commi 1 e 2,** del disegno di legge di iniziativa governativa approvato in prima lettura al Senato e attualmente all'esame della Camera dei deputati, **A.C. n. 2365**, prevede un ulteriore incremento nella misura di 1 punto percentuale a decorrere dall'anno 2026 (oltre che nella misura di 0,5 punti percentuali per l'anno 2025); il citato **comma 2** dell'**articolo 8** prevede che le risorse relative a tale ulteriore incremento siano prioritariamente destinate all'acquisto di prestazioni di ricovero e ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell'emergenza-urgenza, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio. Il **comma 4** dell'**articolo 10** dello stesso disegno di legge prevede che le risorse già derivanti dalla quota di incremento di 1 punto percentuale di cui all'articolo 1, comma 277, della L. 30 dicembre 2024, n. 207, siano in via prioritaria utilizzate per l'acquisto di prestazioni di ricovero e ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso o inserite nella rete dell'emergenza-urgenza

[182] Cfr. l'articolo 1, comma 279, della L. 30 dicembre 2024, n. 207.

nonché nelle reti cliniche tempo dipendenti, conseguenti all'accesso o al trasferimento da pronto soccorso con codice di accesso rosso o arancio.
In base alla giurisprudenza della Corte costituzionale, come sviluppata anche nella sentenza n. 114 dell'11 giugno-21 luglio 2025, relativa ai limiti di spesa per il personale degli enti e aziende del Servizio sanitario regionale, la definizione di limiti specifici all'interno del limite di spesa regionale generale, relativo al settore sanitario, inciderebbe in ambiti discrezionali di scelta riservati alla regione e basati sulle competenze legislative di quest'ultima in materia di organizzazione regionale e di tutela della salute. *Si consideri l'opportunità di valutare tali profili costituzionali.*

Articolo 82
(Ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione)

L'**articolo 82** prevede **l'avvio in via sperimentale per l'anno 2026** di una **specifica progettualità** rivolta agli **Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCSS) pubblici** e agli **ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione**, al fine di promuovere modelli innovativi di gestione clinico-organizzativa nonché di potenziare la qualità dell'assistenza erogata dagli ospedali (**comma 1**).

Per le finalità indicate al comma 1 è autorizzata la spesa complessiva **di 20 milioni di euro per l'anno 2026,** da ripartire tra le regioni e province autonome interessate con **decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze**, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni. Ai conseguenti oneri pari a 20 milioni di euro per l'anno 2026, si provvede a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 275, della *Legge di bilancio* per il 2025 (Legge 30 dicembre 2024, n. 207), riguardanti le quote destinate all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale (**comma 2**).

Viene poi precisato che la disposizione di cui al presente articolo è approvata ai sensi e per gli effetti dell'articolo 104 del Testo unico delle leggi costituzionali concernenti lo statuto speciale per il Trentino-Alto Adige di cui al D.P.R n. 670/1972 (**comma 3**).

L'**articolo 82** prevede interventi pari a un importo di 20 milioni di euro per l'anno 2026 disponendo che agli oneri conseguenti si provveda a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 275, della legge 30 dicembre 2024, n. 207.

L'**articolo 82** prevede **l'avvio in via sperimentale per l'anno 2026** di una **specifica progettualità** rivolta agli **Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCSS) pubblici** e agli **ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione**, al fine di promuovere modelli innovativi di gestione clinico-organizzativa nonché di potenziare la qualità dell'assistenza erogata dagli ospedali (**comma 1**).

Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) sono enti a rilevanza nazionale dotati di autonomia e personalità giuridica di diritto pubblico o privato, i quali, secondo *standard* di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità (art. 1, D.lgs. n. 288/2003[183]).

[183] *Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3*

Le regioni possono avvalersi di tali istituti per assicurare i livelli essenziali e uniformi di assistenza, tramite la stipula di appositi accordi o contratti (art. 8, D.lgs. n. 502/1992) .
La caratteristica peculiare degli IRCCS è rappresentata dal binomio assistenza-ricerca, tra le quali sussiste "reciproca strumentalità" (come da ultimo ribadito dalla sentenza del Cons. Stato, sez. III, 01/02/2017, n. 439). L'attività di ricerca li distingue dalle ordinarie strutture del Servizio Sanitario, in cui l'attività di ricerca occupa una posizione marcatamente secondaria quando non è del tutto assente - quali gli ospedali generali- dall'altro lato, la specializzazione di questi istituti (che non ne determina tuttavia la monotematicità) li differenzia dai policlinici universitari.
In particolare, le attività degli IRCCS consistono nelle prestazioni di ricovero e cura a favore dei pazienti, nella ricerca scientifica e tecnologica diretta a migliorare i percorsi di cura e diagnostici già esistenti e nella sperimentazione.
La qualifica di IRCCS è riconosciuta dal Ministero della Salute, previa intesa con il Presidente della regione interessata (v. approfondimento sui requisiti e sulle tipologie di IRCCS). A seguito del riconoscimento, tali Istituti possono fruire di finanziamenti ministeriali per lo svolgimento dell'attività di ricerca sanitaria nelle discipline di riferimento. Spetta allo stesso Ministero della salute il compito di vigilare sull'attività traslazionale degli IRCCS, assicurando che la stessa sia svolta nell'interesse pubblico, con una diretta ricaduta sull'assistenza del malato.
Nell'ambito della Missione 6 del PNRR è stata prevista la riforma degli IRCCS. Il Parlamento ha approvato il disegno di legge di iniziativa governativa (C. 3475), divenuto Legge 3 agosto 2022, n. 129 per **delegare il Governo** al **riordino** degli **IRCCS**.
In particolare la riforma punta ad introdurre **criteri e standard internazionali** per il riconoscimento e la conferma del carattere scientifico degli IRCCS, con la valutazione basata su più ampi fattori (tra cui *impact factor*, complessità assistenziale, indice di citazione), per garantire esclusivamente la presenza di **strutture di eccellenza**. La finalità è quella di collegare gli Istituti al territorio dove operano, definendo le modalità di individuazione di un ambito di riferimento per ciascuna area tematica, per rendere la valutazione per l'attribuzione della qualifica IRCCS più coerente con le necessità dei diversi territori.
Tra gli obiettivi a cui la riforma punta, inoltre, vi è lo sviluppo delle potenzialità degli Istituti e la valorizzazione dell'attività di trasferimento tecnologico con le imprese (qui l'approfondimento Riforma IRCCS).
La delega è stata attuata con il D.Lgs n. 200/2022, recante Riordino degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.
Questi Istituti, attualmente riconosciuti dal Ministero della Salute, sono in totale 54, di cui 23 pubblici, 5 dei quali costituiti in Fondazioni di Diritto pubblico, presenti in 16 delle 21 Regioni e Provincie autonome (qui l'elenco), accomunati da una attività di ricerca che deve trovare necessariamente sbocco in applicazioni terapeutiche ospedaliere; si differenziano dagli Istituti zooprofilattici sperimentali – IZS in campo zoologico e veterinario, con 10 sedi centrali e 90 sezioni diagnostiche periferiche (qui la mappa).
Per quanto attiene **ai fondi a essi destinati**, si rinvia alla delibera del 19 dicembre 2024 del CIPESS [184]in materia **di riparto del contributo di 20 milioni di euro per l'attività degli IRCCS** in favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza.
Per un approfondimento sul tema si veda il *dossier* relativo a "Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Quadro di contesto e disciplina normativa" al seguente link.

[184] Cfr. articolo 1, comma 496, Legge 30 dicembre 2020, n. 178

Quanto agli **ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione**, va ricordato che ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992[185], il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, provvede, sulla base dell'evoluzione scientifica e tecnologica, ad aggiornare periodicamente l'elenco delle attività di alta specialità e dei requisiti necessari per l'esercizio delle attività medesime. Il comma 3 prevede che sono ospedali a rilievo nazionale e di alta specializzazione i policlinici universitari, che devono essere inseriti nel sistema di emergenza sanitaria di cui al decreto del Presidente delle Repubblica 27 marzo 1992[186].

Per le finalità indicate **al comma 1** è autorizzata la spesa complessiva **di 20 milioni di euro per l'anno 2026,** da ripartire tra le regioni e province autonome interessate con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni[187]. Ai conseguenti oneri pari a 20 milioni di euro per l'anno 2026, si provvede a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 275, della *legge di bilancio per il 2025* (Legge 30 dicembre 2024, n. 207), riguardanti le quote destinate **all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale** (**comma 2**).

Il **comma 273** della citata Legge di bilancio per il 2025 prevede la **definizione dell'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario** nazionale standard cui concorre lo Stato[188] Ai sensi del comma 274 una quota delle predette risorse incrementali, è accantonata in vista dei **rinnovi contrattuali relativi al periodo 2028-2030**, mentre il **citato comma 275** dispone che una quota di dette risorse incrementali sia destinata all'incremento delle disponibilità per il **perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilevo nazionale**, di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996[189], come segue (**comma 275**):

---

[185] *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.*

[186] *Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza.*

[187] La disposizione mira a prevede la possibilità per tutte le regioni, comprese quelle a statuto speciale, e le province autonome di Trento e Bolzano di accedere a tali risorse. Invero, si ricorda che le regioni ad autonomia speciale finanziano autonomamente il proprio servizio sanitario, eccetto la Sicilia, la cui aliquota di partecipazione alla spesa sanitaria è fissata nella misura del 49,11 per cento, ai sensi della legge 296 del 2006, articolo 1 comma 830.

[188] Pari a - **1.302 milioni di euro per l'anno 2025**;
- **5.015,4 milioni per il 2026;**
- **5.734,4 milioni per il 2027**;
- 6.605,7 milioni per il 2028;
- 7.667,7 milioni per il 2029;
- 8.840,7 milioni annui a decorrere dall'anno 2030.

[189] In proposito si ricorda che i commi 34 e 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996 recante **misure di razionalizzazione della finanza pubblica**, trattano, più in dettaglio, delle quote vincolate del Fondo sanitario nazionale da parte del CIPESS a favore di progetti per la realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale. La procedura di erogazione delle risorse, prevista all'art. 34-*bis*, è volta ad agevolare le Regioni nell'attuazione dei progetti di carattere prioritario di cui al comma 34. In sintesi, tale procedura prevede che il MEF eroghi, a titolo di acconto, il 70% dell'importo complessivo annuo

- 773,9 milioni di euro per l’anno 2026
- 340,9 milioni per il 2027
- 379,2 milioni di euro annui a decorrere dall’anno 2028.

Il comma 3 precisa poi che la disposizione di cui al presente articolo è approvata ai sensi e per gli effetti dell'articolo 104 del Testo unico delle leggi costituzionali concernenti lo statuto speciale per il Trentino-Alto Adige di cui al D.P.R n. 670/1972 (**comma 3**).

In proposito si ricorda che l’articolo 104 del Testo unico delle leggi costituzionali concernenti lo statuto speciale per il Trentino-Alto Adige, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670, stabilisce le procedure di modifica delle disposizioni previste dal titolo VI (relativo alla finanza della regione e delle province) e dall’art. 13 (concernente concessioni per grandi derivazioni d’acqua a scopo idroelettrico) del medesimo testo unico. In particolare le predette norme possono essere modificate con legge ordinaria dello Stato su concorde richiesta del Governo e, per quanto di rispettiva competenza, della regione o delle due province.
Inoltre, le disposizioni di cui agli articoli 30 e 49, relative al cambiamento del Presidente del Consiglio regionale e di quello del Consiglio provinciale di Bolzano, possono essere modificate con legge ordinaria dello Stato su concorde richiesta del Governo e, rispettivamente, della regione o della provincia di Bolzano.

spettante a ciascuna Regione, mentre l’erogazione del restante 30% deve essere subordinata all’approvazione da parte della Conferenza permanente Stato-regioni dei progetti presentati dalle Regioni, pena la mancata erogazione della quota residua ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell’anno successivo, dell’anticipazione già erogata.

Articolo 83
(Servizi di scambio transfrontaliero per le ricette mediche elettroniche, il profilo sanitario sintetico, i documenti clinici originali, i referti di laboratorio, le schede di dimissione ospedaliera e i referti di diagnostica per immagini)

L'**articolo 83** prevede la spesa di **985.222 euro per il 2026** e di **793.000 euro annui** a decorrere **dal 2027**, nell'ambito della convenzione tra il Ministero dell'economia e delle finanze e la società Sogei S.p.a., per la **realizzazione di infrastrutture** in grado di assicurare la traduzione e lo **scambio transfrontaliero**, tramite il Sistema tessera sanitaria, di **ricette elettroniche**, del **profilo sanitario sintetico**, dei **documenti clinici originali**, delle **schede di dimissione ospedaliera** e dei **referti di laboratorio e di diagnostica per immagini** (**comma 1**). Inoltre, dispone che agli oneri derivanti da tale spesa si provvede tramite l'**utilizzo delle risorse destinate al perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale** (**comma 2**).

Agli oneri derivanti dal presente articolo, quantificati in un importo pari a **985.222 euro per l'anno 2026** e **793.000 euro annui a decorrere dall'anno 2027**, si provvede tramite l'**utilizzo delle risorse destinate al perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale** (articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, L. n. 662 del 1996[190]), indicate all'articolo 1, comma 275, della legge di bilancio per il 2025 (L. n. 207 del 2024).
La relazione tecnica specifica la destinazione dei suddetti oneri (al lordo dell'IVA), come segue:

- **208.110 euro per l'anno 2026** e **173. 970 euro annui dal 2027**, per il servizio di scambio ricette elettroniche e profilo sanitario sintetico per cittadini italiani presso altro Stato membro;
- **383.024 euro per l'anno 2026** e **320.188 euro annui dal 2027**, per il servizio di scambio ricette elettroniche e profilo sanitario sintetico per cittadini europei in Italia;
- **357.488 euro per l'anno 2026** e **298.842 euro annui dal 2027**, per il servizio di scambio dei documenti clinici originali sia presso altro Stato membro che in Italia;
- **36.600 euro per l'anno 2026**, per il servizio di scambio dei referti di diagnostica per immagini, dei risultati di laboratorio e della scheda di dimissione ospedaliera sia presso altro Stato membro che in Italia.

L'**articolo 83**, **comma 1**, dispone l'autorizzazione di spesa di **985.222 euro per il 2026** e di **793.000 euro annui a decorrere dal 2027** per **garantire la continuità assistenziale nell'Unione europea**, tramite la messa a punto di infrastrutture,

[190] *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*.

nell'ambito del Sistema tessera sanitaria, che prevedono appositi servizi di **scambio transfrontaliero** e rendono possibile la traduzione e lo scambio dei seguenti documenti:

- **ricette elettroniche** (v. *infra*);
- **profilo sanitario sintetico**[191];
- **documenti clinici originali**;
- **referti di laboratorio**;
- **schede di dimissione ospedaliera**;
- **referti di diagnostica per immagini**.

Si ricorda che il **Sistema Tessera Sanitaria (TS)**, istituito in conformità all'**articolo 50**, comma 1, del **D:L. n. 269 del 2003**[192], è lo strumento volto alla **digitalizzazione** e **semplificazione** del **sistema sanitario italiano**, tramite il monitoraggio della spesa sanitaria e la rilevazione telematica delle prescrizioni e delle prestazioni farmaceutiche e specialistiche erogate dal Sevizio Sanitario Nazionale (SSN).
All'interno del Sistema Tessera Sanitaria rientrano i seguenti servizi:

- **Anagrafe Nazionale degli Assistiti (ANA)**;
- **Ricetta elettronica**;
- **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)**;
- **dati di spesa sanitaria** a supporto della **dichiarazione dei redditi precompilata**;
- **esenzioni sanitarie per reddito** (esonero totale o parziale del pagamento del *ticket*);
- **trasmissione telematica** dei dati dei **certificati di malattia**;
- **emergenza COVID-19** (certificazione verde, applicazione Immuni, tamponi antigenici rapidi, tamponi molecolari, test sierologici, vaccini);
- **Tessera sanitaria e Carta Nazionale dei Servizi** (TS-CNS);
- rilevazione delle prestazioni farmaceutiche e specialistiche attraverso l'**invio telematico dei dati delle ricette al Ministero dell'Economia e delle Finanze** (MEF);
- **dematerializzazione del Piano Terapeutico** (PT) per consentire la mobilità degli assistiti tra regioni.

Si ricorda, inoltre, che l'istituzione della **ricetta elettronica** ha consentito l'**informatizzazione** dell'intero processo riguardante la **ricetta medica cartacea tradizionale**. Le norme relative alla ricetta elettronica sono dettate dal decreto MEF 2 novembre 2011 (in attuazione dell'articolo 11, comma 16, del D.L. n. 78 del 2010[193]) e dal decreto MEF 30 dicembre 2020 (modificato dal decreto MEF 1 dicembre 2022). Con il decreto MEF 25 marzo 2020 è stata estesa la dematerializzazione delle ricette e dei piani terapeutici e con il decreto MEF 27 febbraio 2025 è stata estesa l'autenticazione a due o più fattori alle funzionalità della ricetta dematerializzata a carico del SSN.

---

[191] Con il decreto 27 giugno 2025 sono state fornite le indicazioni attuative per la definizione dei contenuti informativi del Profilo sanitario sintetico. Quest'ultimo è previsto dall'articolo 4 del decreto 7 settembre 2023 (*Fascicolo sanitario elettronico 2.0*), che lo definisce come il documento socio-sanitario informatico redatto e aggiornato dal Medico di medicina generale/Pediatra di libera scelta che riassume la storia clinica dell'assistito e la sua situazione corrente conosciuta.

[192] *Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici* (conv. con mod. dalla L. n. 326 del 2003).

[193] *Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica* (conv. con mod. dalla L. n. 122 del 2010).

Il **comma 12-*bis*** dell'**articolo 4** del D.L. n. 202 del 2024[194] ha prorogato dal 31 dicembre 2024 al 31 dicembre 2025[195] l'applicabilità – secondo le disposizioni degli articoli 2 e 3 dell'ordinanza n. 884 del 31 marzo 2022 del Capo del Dipartimento della protezione civile[196] – di strumenti alternativi al promemoria cartaceo della ricetta elettronica, nonché delle modalità di utilizzo presso le farmacie dei medesimi strumenti alternativi.
La legge di bilancio per il 2025 (articolo 1, commi 317-318, L. n. 207 del 2024) ha stabilito che tutte le **prescrizioni** a carico del Servizio sanitario nazionale, dei Servizi territoriali per l'assistenza sanitaria al personale navigante, marittimo e dell'Aviazione civile (SASN) oltre che a carico del cittadino, siano effettuate nel **formato elettronico** di cui ai decreti ministeriali del MEF in materia di **dematerializzazione delle ricette mediche**. Le Regioni, nell'esercizio delle proprie funzioni di vigilanza e controllo, devono assicurare, per mezzo delle autorità competenti per territorio, l'attuazione della **completa alimentazione del Fascicolo sanitario elettronico** (**FSE**) **in formato elettronico**.

Si ricorda, altresì, che il 26 marzo 2025 è entrato in vigore il Regolamento (UE) 2025/327 sullo **spazio europeo dei dati sanitari** che mira a istituire un quadro comune per l'uso e lo scambio di dati sanitari elettronici in tutta l'Unione europea. Lo spazio europeo dei dati sanitari ha i seguenti obiettivi:

- consentire alle persone di accedere, controllare e condividere i loro dati sanitari elettronici a livello transnazionale per facilitare la prestazione di assistenza sanitaria (uso primario dei dati);
- consentire il riutilizzo sicuro e affidabile dei dati sanitari in ambiti quali la ricerca, l'innovazione, l'elaborazione delle politiche e le attività regolatorie (uso secondario dei dati);
- promuovere un mercato unico per i sistemi di cartelle cliniche elettroniche, a sostegno dell'uso sia primario che secondario.

Si ricorda, infine, che il comma 15-*quater*[197] dell'articolo 12 del D.L. n. 179 del 2012[198] ha introdotto l'**Ecosistema Dati Sanitari** (**EDS**), alimentato dai dati trasmessi dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie, dagli enti del Servizio sanitario nazionale e da quelli resi disponibili tramite il sistema Tessera Sanitaria. L'EDS è stato attuato con il decreto del Ministero della salute 31 dicembre 2024 (modificato dal decreto 8 luglio 2025).
L'EDS consente ai cittadini la **consultazione dei propri dati di sintesi** e l'accesso alle informazioni relative al proprio quadro clinico. Inoltre, consente anche di **visualizzare l'andamento dei propri dati, relativi a parametri clinici e vitali** e valori basati su dati

[194] *Disposizioni urgenti in materia di termini normativi* (conv. con mod. dalla L. n. 15 del 2025).
[195] L'intervento di proroga è posto in forma di novella dell'articolo 4, comma 6, del D.L. n. 198 del 2022 (*Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi*; conv. con mod. dalla L. n. 14 del 2023).
[196] Ordinanza di protezione civile (pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 83 dell'8 aprile 2022) "per favorire e regolare il subentro del Ministero della salute nelle iniziative finalizzate al superamento della situazione di criticità determinatasi in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili ed altre disposizioni di protezione civile, ai sensi dell'articolo 1 del decreto-legge n. 24 del 24 marzo 2022". Le predette modalità di utilizzo, in base all'ordinanza succitata, erano valevoli fino al 31 dicembre 2022, termine poi prorogato dal citato articolo 4, comma 6, del D.L. n. 198 del 2022.
[197] Introdotto dall'articolo 17, comma 1, lett. *f)*, del D.L. n. 69 del 2013 (*Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia*; conv. con mod. dalla L. n. 98 del 2013).
[198] *Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese* (conv. con mod. dalla L. n. 221 del 2012).

relativi a eventi clinici, indicando il relativo valore soglia e il suo eventuale superamento o valore di interesse (un servizio utile soprattutto per i pazienti cronici).

Inoltre, il comma 1 prevede che la gestione di tale spesa avvenga nel quadro della **convenzione vigente tra il Ministero dell'economia e delle finanze** (Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato) **e la società SOGEI S.p.a.** e costituisce un incremento del limite di spesa annuo relativo alla medesima convenzione.

Si ricorda che tale convenzione è stata stipulata il 10 febbraio 2024 in riferimento al citato articolo 50 del D.L. n. 269 del 2003, per la realizzazione dei servizi rientranti nel Sistema tessera sanitaria.

Il **comma 2** stabilisce che agli oneri derivanti dal comma 1 si provvede tramite l'**utilizzo delle risorse destinate al perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale** (articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, L. n. 662 del 1996[199]), indicate all'articolo 1, comma 275, della legge di bilancio per il 2025 (L. n. 207 del 2024).

Si ricorda che i commi 34 e 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996 recante **misure di razionalizzazione della finanza pubblica**, trattano, più in dettaglio, delle quote vincolate del Fondo sanitario nazionale, da parte del Comitato interministeriale per la programmazione economica, a favore di progetti per la realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale. In particolare, la priorità è data a quelli riguardanti la **tutela della salute materno-infantile**, della **salute mentale**, della **salute degli anziani**, oltre che progetti finalizzati alla prevenzione, e in particolare alla **prevenzione delle malattie ereditarie**, nonché alla **realizzazione degli obiettivi definiti dal Patto per la salute** purché **relativi al miglioramento dell'erogazione dei LEA**[200].
La procedura di erogazione delle risorse è prevista all'art. 34-*bis* ed è volta ad agevolare le Regioni nell'attuazione dei progetti di carattere prioritario di cui al comma 34. In sintesi, tale procedura prevede che il MEF eroghi, a titolo di acconto, il 70% dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione, mentre l'erogazione del restante 30% deve essere subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente Stato-regioni dei progetti presentati dalle Regioni, pena la mancata erogazione della quota residua ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione già erogata.

Si ricorda, inoltre, che l'articolo 1, comma 275, della legge di bilancio per il 2025 (L. n. 207 del 2024) prevede che una quota delle risorse incrementali del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato (stabilito dall'articolo 1, comma 273, della citata legge di bilancio per il 2025) è destinata

[199] *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*.
[200] Ulteriori progetti finanziabili con le risorse vincolate nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive nell'infanzia, riguardano la concessione gratuita da parte delle regioni, nell'ambito delle loro disponibilità finanziarie, dei vaccini per le vaccinazioni non obbligatorie (quali antimorbillosa, antirosolia, antiparotite, antipertosse e antihaemophulius influenza e tipo B) se richieste dietro prescrizione medica.

all'**incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale**, previsti dall'articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996 , come segue:

- **773,9 milioni di euro per l'anno 2026**;
- **340,9 milioni per l'anno 2027**;
- **379,2 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028**.[201]

[201] Per l'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato e per le quote di tali risorse incrementali destinate all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale, disposti dal disegno di legge di bilancio in esame, si veda la scheda relativa all'articolo 63 del presente dossier.

Articolo 84
(Contributi annui in favore di organizzazioni internazionali nel settore sanitario)

L'**articolo 84** prevede che, con decorrenza dall'anno 2026, i contributi finanziari annui dell'Italia al Centro internazionale per le ricerche sul cancro[202] e all'Organizzazione mondiale della sanità animale (ex Ufficio internazionale delle epizoozie) siano determinati sulla base della richiesta degli organismi direttivi degli stessi, conformemente agli atti adottati secondo le disposizioni dei rispettivi ordinamenti e degli obblighi internazionali assunti dall'Italia in merito, e, in ogni caso, tenuto conto della disponibilità sul pertinente capitolo di bilancio. Rispetto alla disciplina finora vigente, si estende dunque al contributo suddetto all'Organizzazione mondiale per la sanità animale la previsione che l'importo sia determinato sulla base della richiesta dell'ente medesimo.

L'**articolo**, secondo le indicazioni della **relazione tecnica**, non determina nuovi o maggiori oneri finanziari.

L'**articolo** specifica che l'assegnazione dei contributi è effettuata con decreti annui del Ministro della salute ed abroga esplicitamente le leggi sulle quali, nella disciplina finora vigente, si basa la previsione delle determinazioni dei contributi in oggetto da parte delle leggi di bilancio statale (L. 21 aprile 1977, n. 164, e L. 22 dicembre 1980, n. 927).

[202] Il Centro suddetto (o Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro) è un organismo intergovernativo facente parte dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Articolo 85
(Potenziamento dei servizi di telemedicina)

L'**articolo 85** assegna all'**Agenas**, in qualità di Agenzia nazionale per la sanità digitale, la somma di **20 milioni di euro per l'anno 2026** per il **potenziamento dei servizi di telemedicina** mediante l'implementazione delle procedure finalizzate a fornire ai professionisti sanitari dispositivi medici per il monitoraggio dei pazienti e per lo sviluppo omogeneo dei percorsi di telemedicina (**comma 1**). L'**individuazione** dei suddetti **dispositivi medici e professionisti sanitari** è effettuata con un **decreto del Ministro della salute**, proposto da Agenas, sentito il Ministro dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni (**comma 2**). Infine, dispone che agli oneri derivanti dal comma 1 si provvede tramite l'**utilizzo delle risorse destinate al perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale** (**comma 3**).

Agli oneri derivanti dalla presente articolo, quantificati in un importo pari a **20 milioni di euro per l'anno 2026**, si provvede tramite l'**utilizzo delle risorse destinate al perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale** (articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, L. n. 662 del 1996[203]), indicate all'articolo 1, comma 275, della legge di bilancio per il 2025 (L. n. 207 del 2024).

L'**articolo 85**, composto da tre commi, prevede l'assegnazione di risorse per il potenziamento dei **servizi di telemedicina**.

Si ricorda che la telemedicina[204] è costituita dall'insieme delle prestazioni sanitarie che possono essere effettuate a distanza tra il paziente e il professionista sanitario tramite l'utilizzo di tecnologie avanzate, che consentono, per esempio, di svolgere visite di controllo da remoto, di monitorare i parametri vitali dei pazienti e di agevolare la comunicazione tra professionisti sanitari e la trasmissione di documenti, referti e immagini.

In particolare, il **comma 1 assegna all'Agenas** (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), in qualità di Agenzia nazionale per la sanità digitale (in base a quanto previsto dall'articolo 21 del D.L. n. 4 del 2022[205]), la somma di **20 milioni di euro per l'anno 2026**, con il fine di garantire **servizi di telemedicina** omogenei a livello nazionale ed efficienti nella realizzazione delle politiche di prevenzione e nell'erogazione dei servizi sanitari. Tale somma è indirizzata al potenziamento e all'efficientamento dei servizi di telemedicina tramite l'implementazione delle procedure volte a dotare i professionisti sanitari di **dispositivi medici** in grado di

[203] *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*.
[204] Cfr. pagina dedicata Ministero della salute
[205] *Misure urgenti in materia di sostegno alle imprese e agli operatori economici, di lavoro, salute e servizi territoriali, connesse all'emergenza da COVID-19, nonchè per il contenimento degli effetti degli aumenti dei prezzi nel settore elettrico* (conv. con mod. dalla L. n. 25 del 2022).

assicurare l'adeguato **monitoraggio dei pazienti** e di agevolare lo **sviluppo omogeneo dei percorsi di telemedicina**.

Si ricorda che l'articolo 21, comma 1, lett. *u)*, del citato D.L. n. 4 del 2022 ha inserito il comma 15-*decies* nell'articolo 12 del D.L. n. 179 del 2012[206] recante misure relative al Fascicolo sanitario elettronico (FSE), ai sistemi di sorveglianza nel settore sanitario e al governo della sanità digitale. Il suddetto comma 15-*decies* ha attribuito all'Agenas il ruolo di **Agenzia nazionale per la sanità digitale** (**ASD**), al fine di assicurare il **potenziamento della digitalizzazione dei servizi e dei processi in sanità.** La norma ha la finalità di **garantire l'omogeneità** a livello nazionale e l'efficienza nell'**attuazione delle politiche di prevenzione** e nell'**erogazione dei servizi sanitari**, ivi **inclusi quelli di telemedicina**. Nello svolgimento di tale ruolo, l'Agenas è chiamata a conformarsi alle **Linee guida AGID per la digitalizzazione della pubblica amministrazione**[207] previste dall'articolo 71 del D.Lgs. n. 82 del 2005[208]. Inoltre, l'AGENAS, nell'ambito del nuovo ruolo di Agenzia nazionale per la sanità digitale (ASD), deve basarsi sugli **indirizzi del Ministro delegato per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale**.
In base al comma 15-*undecies*, lett. *g)*, dell'articolo 12 del citato D.L. n. 179 del 2012 (anch'esso inserito dall'articolo 21, comma 1, lett. *u)*, del citato D.L. n. 4 del 2022) all'Agenas è assegnata la **gestione della piattaforma nazionale di telemedicina** (**PNT**).

Si ricorda, inoltre, che lo sviluppo della piattaforma nazionale di telemedicina è previsto dalla linea di investimento 1.2.3.1 della **Missione 6**, **Componente 1**, del **PNRR**. Tale sub-investimento rientra nell'**sub-investimento 1.2.3** (*Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici*), a sua volta parte dell'investimento 1.2 (*Casa come primo luogo di cura e telemedicina*).
Le risorse previste per il citato investimento 1.2 della Missione 6 sono pari a **4.750 milioni di euro** e sono suddivise tra tre linee di intervento:

- presa in carico tramite assistenza domiciliare del 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni (**Sub-I. 1.2.1** – **2.970 milioni di euro**);
- attivazione di almeno 480 Centrali operative territoriali per il collegamento e il coordinamento dei servizi domiciliari con i servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza (**Sub-I. 1.2.2 – 280 milioni di euro)**);
- investimenti nel settore della telemedicina per il supporto dei pazienti cronici (**Sub-I. 1.2.3 – 1.500 milioni di euro**).

In particolare, il sub-investimento 1.2.3, di cui Agenas è soggetto attuatore quale tramite del Ministero della salute, prevede l'assegnazione di almeno **un progetto di telemedicina a ciascuna Regione** (M6C1-8) e la presa in carico, tramite strumenti di telemedicina, di almeno **300.000 persone entro la fine del 2025** (M6C1-9). Sono previsti finanziamenti *ad hoc* di iniziative di ricerca sulle tecnologie digitali della sanità e dell'assistenza.
In riferimento all'attuazione del sub-investimento 1.2.3, con decreto del Ministro della salute 21 settembre 2022 sono state approvate le linee guida, predisposte da AGENAS, per i servizi di telemedicina, che stabiliscono i requisiti funzionali e i livelli di servizio per la progettazione dei Servizi di Telemedicina da parte di Regioni/PP.AA.; successivamente, è stato approvato il decreto del Ministro della salute 28 settembre 2023,

[206] *Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese* (conv. con mod. dalla L. n. 221 del 2012).
[207] Qui il link di raccolta.
[208] *Codice dell'amministrazione digitale*.

che ha ripartito le risorse della M6C1, sub-investimento 1.2.3.2 "Servizi di telemedicina", e con il decreto del Ministro della salute 19 febbraio 2025 sono state ripartite le risorse residue relative al medesimo investimento 1.2.3.2. Il monitoraggio degli assistiti sarà garantito, a regime, attraverso la Piattaforma nazionale di Telemedicina, presentata da Agenas il 4 febbraio 2025[209]. Nella seduta del 10 settembre 2025 la Conferenza Stato-Regioni ha espresso parere favorevole sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri con delega all'innovazione tecnologica, recante la "disciplina dei trattamenti di dati personali nell'ambito della infrastruttura piattaforma nazionale di telemedicina di cui al PNRR, Missione 6 Salute, Componente 1, Sub-misura 1.2.3. "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici"[210]. In attuazione dell'articolo 9, comma 2, del D.Lgs. n. 29 del 2024 è stato adottato il decreto del Ministro della salute 7 ottobre 2025[211] che individua le prestazioni di telemedicina da erogare, con prioritario riferimento ai "grandi anziani" (cioè persone ultra 80enni) affetti da almeno una patologia cronica, al fine di consentire il mantenimento delle migliori condizioni di vita degli stessi presso il proprio domicilio (telemonitoraggio domiciliare); le risorse finanziarie assegnate con tale decreto sono pari a 150 milioni di euro.

Si ricorda, infine, che, in base a quanto previsto dal sub-investimento 1.3.2.4 della Missione 6, Componente 1, del PNRR il Ministero della salute ha realizzato il Portale Nazionale di Diffusione della Telemedicina (PN-DT), al fine di assicurare trasparenza, informazione, accesso e qualità nell'erogazione dei servizi di telemedicina.

Il **comma 2** rimette l'**individuazione dei dispositivi medici e dei professionisti sanitari**, interessati da quanto previsto dal comma 1, ad un **decreto adottato dal Ministro della salute**, sentito il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni. Tale decreto viene **proposto da Agenas** d'intesa con le competenti direzioni generali del Ministero della salute e deve essere adottato entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di bilancio in esame.

Si ricorda che Agenas ha pubblicato le Linee di indirizzo relative al percorso evolutivo dei Sistemi medicali per il Telemonitoraggio (Versione 1.8 del 9 dicembre 2024), con l'obiettivo di orientare i referenti aziendali nella scelta dei dispositivi medici e di guidare l'evoluzione multifattoriale dei dispositivi medici attualmente in produzione o in aggiornamento da parte degli operatori economici.
Inoltre, Agenas ha pubblicato due documenti nell'ambito della piattaforma nazionale di telemedicina: il Documento analitico sul modello orientativo di erogazione del Telemonitoraggio e Telecontrollo (Aggiornamento 5.2) e il Documento analitico sul modello orientativo di erogazione della Televisita (Aggiornamento 5.3).

[209] Qui il link relativo alla presentazione.
[210] Su tale schema di decreto il Garante per la protezione dei dati personali ha espresso parere favorevole il 16 gennaio 2025.
[211] Il decreto è attualmente all'esame degli Organi di controllo e, concluse le verifiche, sarà pubblicato in Gazzetta Ufficiale.

Il **comma 3**, infine, dispone che agli oneri derivanti dal comma 1, pari a **20 milioni di euro**, si provvede tramite l'**utilizzo delle risorse destinate al perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale** (articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, L. n. 662 del 1996[212]), indicate all'articolo 1, comma 275, della legge di bilancio per il 2025 (L. n. 207 del 2024).

Si ricorda che i commi 34 e 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996 recante **misure di razionalizzazione della finanza pubblica**, trattano, più in dettaglio, delle quote vincolate del Fondo sanitario nazionale, da parte del Comitato interministeriale per la programmazione economica, a favore di progetti per la realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale. In particolare, la priorità è data a quelli riguardanti la **tutela della salute materno-infantile**, della **salute mentale**, della **salute degli anziani**, oltre che progetti finalizzati alla prevenzione, e in particolare alla **prevenzione delle malattie ereditarie**, nonché alla **realizzazione degli obiettivi definiti dal Patto per la salute** purché **relativi al miglioramento dell'erogazione dei LEA**[213].
La procedura di erogazione delle risorse è prevista all'art. 34-*bis* ed è volta ad agevolare le Regioni nell'attuazione dei progetti di carattere prioritario di cui al comma 34. In sintesi, tale procedura prevede che il MEF eroghi, a titolo di acconto, il 70% dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione, mentre l'erogazione del restante 30% deve essere subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente Stato-regioni dei progetti presentati dalle Regioni, pena la mancata erogazione della quota residua ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione già erogata.

Si ricorda, inoltre, che l'articolo 1, comma 275, della legge di bilancio per il 2025 (L. n. 207 del 2024) prevede che una quota delle risorse incrementali del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato (stabilito dall'articolo 1, comma 273, della citata legge di bilancio per il 2025) è destinata all'**incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale**, previsti dall'articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996 , come segue:

- **773,9 milioni di euro per l'anno 2026**;
- **340,9 milioni per l'anno 2027**;
- **379,2 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028**.[214]

[212] *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*.
[213] Ulteriori progetti finanziabili con le risorse vincolate nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive nell'infanzia, riguardano la concessione gratuita da parte delle regioni, nell'ambito delle loro disponibilità finanziarie, dei vaccini per le vaccinazioni non obbligatorie (quali antimorbillosa, antirosolia, antiparotite, antipertosse e antihaemophulius influenza e tipo B) se richieste dietro prescrizione medica.
[214] Per l'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato e per le quote di tali risorse incrementali destinate all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale, disposti dal disegno di legge di bilancio in esame, si veda la scheda relativa all'articolo 63 del presente dossier.

Articolo 86
(Accertamento e riscossione del contributo per il governo dei dispositivi medici)

La disposizione in esame disciplina l'**accertamento e la riscossione del contributo dello 0,75** per cento del fatturato per le vendite al Servizio sanitario nazionale dovuto dalle aziende fornitrici di **dispositivi medici**. In caso di mancata o errata dichiarazione da parte delle aziende, il Ministero della salute può notificare un avviso di accertamento entro il quinto anno successivo, determinando il contributo dovuto. Il **comma 2** prevede, inoltre, la possibilità di regolarizzazione spontanea senza sanzioni, prima che sia stato notificato l'avviso di accertamento. Il **comma 3** dispone, invece, l'applicazione di una sanzione del 30 per cento, ridotta al 10 per cento se il pagamento avviene entro 60 giorni. Ai sensi del **comma 4**, l'avviso costituisce titolo esecutivo e, in caso di mancato pagamento, le somme sono iscritte a ruolo per il recupero coattivo.

La relazione tecnica non ascrive effetti finanziari alle disposizioni in oggetto.

Nel dettaglio, la disposizione in esame prevede una disciplina organica per **l'accertamento e la riscossione del contributo** dovuto dalle imprese che operano **nel settore dei dispositivi medici**, in caso di omissioni o irregolarità nella dichiarazione del fatturato di riferimento.

> Si ricorda che l'articolo 28 del decreto legislativo n. 37 del 2022 ha istituito, nello stato di previsione del Ministero della salute, un fondo per il governo dei dispositivi medici; esso è alimentato mediante l'introduzione di un contributo, a carico delle aziende che producono o commercializzano dispositivi medici, pari allo 0,75 per cento del fatturato - al netto dell'imposta sul valore aggiunto - derivante dalla vendita al Servizio sanitario nazionale dei dispositivi medici e delle grandi apparecchiature. La definizione di alcuni profili della disciplina in oggetto è demandata ad un decreto del Ministro della salute, emanato secondo la procedura di cui ai commi 3 e 4.

Il **comma 1** stabilisce che, in caso di omessa presentazione della dichiarazione o di dichiarazione incompleta o non veritiera, prevista dall'articolo 2 del decreto del Ministro della salute del 29 dicembre 2023, il Ministero della salute procede alla notifica di un **avviso di accertamento** entro il 31 dicembre del **quinto anno successivo** a quello in cui la dichiarazione avrebbe dovuto essere presentata o è stata presentata. L'avviso determina il fatturato e il contributo dovuto, costituendo titolo esecutivo.

Il **comma 2** consente al contribuente di **regolarizzare** spontaneamente l'omesso o parziale **versamento** prima della notifica dell'avviso di accertamento. In tal caso

sono dovuti il contributo e gli interessi al tasso legale, senza applicazione di sanzioni.

Il **comma 3** prevede che, in caso di omesso o parziale pagamento dopo la notifica, si applichi una **sanzione amministrativa** pari al trenta per cento del contributo non versato. La **sanzione è ridotta a un decimo** se il pagamento avviene entro sessanta giorni dalla notifica dell'avviso.

Il **comma 4** dispone che, **trascorsi sessanta giorni dalla notifica** senza pagamento, le somme siano affidate all'agente della riscossione per il **recupero coattivo** mediante iscrizione a ruolo, secondo le disposizioni del D.P.R. n. 602 del 1973. Le somme iscritte a ruolo comprendono il contributo, gli interessi e la sanzione in misura piena.

Per un approfondimento sul contributo, si rinvia al pagina dedicata sul sito del Ministero della salute.

Articolo 87
(Disposizioni relative al Fondo per il governo dei dispositivi medici)

L'**articolo 87,** detta alcune diposizioni di interpretazione autentica sul tema del **Fondo per il governo dei dispositivi medici**.
Più nello specifico, il **comma 1, chiarisce** che, con riguardo all'obbligo di corresponsione al citato Fondo, da parte delle aziende che producono o commercializzano dispositivi medici, di una quota non superiore **allo 0,75 per cento** del fatturato derivante dalla vendita al Servizio sanitario nazionale dei dispositivi medici e delle grandi apparecchiature, per fatturato derivante dalla vendita al Servizio sanitario nazionale deve intendersi la sola **vendita diretta** al Servizio sanitario nazionale.
Il **comma 2** chiarisce, inoltre, che sono escluse dall'obbligo di versamento del contributo predetto, le aziende, il cui fatturato derivante dalla vendita diretta al Servizio sanitario nazionale sia inferiore, per l'anno di riferimento, a euro 50.000.

La relazione tecnica e il prospetto riepilogativo degli effetti finanziari non ascrivono effetti finanziari alle disposizioni in oggetto.

Il **comma 1** dell'**articolo 87,** chiarisce che l'espressione «vendita al Servizio sanitario nazionale» di cui agli articoli 15, comma 2, della legge 22 aprile 2021, n. 53[215], e 28, comma 1, del decreto legislativo 5 agosto 2022, n. 137[216], si intende riferita alla sola vendita diretta al Servizio sanitario nazionale.

Si può ricordare che l'articolo 15, comma 2, lett. *h)* della Legge n. 53 del 2022 ha delegato il Governo, al fine di adeguare l'ordinamento nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/745, in materia di dispositivi medici, a introdurre, ai fini del finanziamento del governo dei dispositivi medici, l'obbligo di corresponsione, da parte delle aziende che producono o commercializzano dispositivi medici, di una quota non superiore **allo 0,75 per cento** del fatturato - al netto dell'imposta sul valore aggiunto - derivante dalla vendita al Servizio sanitario nazionale dei dispositivi medici e delle grandi apparecchiature.
Il relativo decreto attuativo n. 137 del 2022 ha poi istituito, all'art. 28, comma 1, nello stato di previsione del Ministero della salute un fondo per il governo dei dispositivi medici alimentato, ai sensi dell'articolo 15, comma 2, lettera *h)*, della legge 22 aprile 2021, n. 53, da una quota annuale pari allo 0,75 per cento del fatturato, al netto dell'imposta sul valore

[215] *Delega al Governo per il recepimento delle direttive europee e l'attuazione di altri atti dell'Unione europea - Legge di delegazione europea 2019-2020.*

[216] *Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017, relativo ai dispositivi medici, che modifica la direttiva 2001/83/CE, il regolamento (CE) n. 178/2002 e il regolamento (CE) n. 1223/2009 e che abroga le direttive 90/385/CEE e 93/42/CEE del Consiglio, nonchè per l'adeguamento alle disposizioni del regolamento (UE) 2020/561 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 aprile 2020, che modifica il regolamento (UE) 2017/745 relativo ai dispositivi medici, per quanto riguarda le date di applicazione di alcune delle sue disposizioni ai sensi dell'articolo 15 della legge 22 aprile 2021, n. 53.*

aggiunto, derivante dalla vendita al SSN dei dispositivi medici e delle grandi apparecchiature da parte delle aziende che producono o commercializzano dispositivi medici.
Pertanto, la norma in commento fornisce l'interpretazione autentica del legislatore, chiarendo che l'espressione «vendita al Servizio sanitario nazionale» deve intendersi riferita alla sola vendita diretta al SSN.

Il **comma 2** chiarisce che sono escluse dall'obbligo di versamento del contributo di cui agli articoli 15, comma 2, della legge 22 aprile 2021, n. 53, e 28, comma 1, del decreto legislativo 5 agosto 2022, n. 137, e dell'articolo 24 decreto legislativo 5 agosto 2022, n. 138, le aziende, il cui fatturato derivante dalla vendita diretta al Servizio sanitario nazionale sia inferiore, per l'anno di riferimento, a euro 50.000.

Si può ricordare che il decreto legislativo n. 137 del 2022 poc'anzi citato concerne l'adeguamento alla disciplina, relativa alla generalità dei dispositivi medici, posta dal regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017 (come modificato dal regolamento (UE) 2020/561 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 aprile 2020). Tale adeguamento richiede la sostituzione della disciplina sia del D.Lgs. 24 febbraio 1997, n. 46, relativo in generale ai dispositivi medici, sia del D.Lgs. 14 dicembre 1992, n. 507, concernente i dispositivi medici impiantabili attivi, che infatti sono stati abrogati dal medesimo decreto legislativo n. 137/2022.
Il decreto legislativo n. 138 del 2022, in attuazione della delega di cui all'art. 15 della Legge n. 53 del 2021, concerne l'adeguamento alla disciplina sui dispositivi medico-diagnostici *in vitro* posta dal regolamento (UE) 2017/746 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017 (come modificato dal regolamento (UE) 2022/112 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 25 gennaio 2022). In particolare, lo stesso è intervenuto a sostituire la disciplina posta dal D.Lgs. 8 settembre 2000, n. 332, dallo stesso abrogata.
L'art. 24 del predetto decreto chiarisce che il fondo di cui all'art. 28 del d.lgs. 137 del 2022 per i dispositivi medici, prima richiamato, è alimentato con le medesime modalità anche dalle aziende che producono o commercializzano dispositivi medico-diagnostici in vitro ed è ripartito con le medesime modalità di cui al citato decreto legislativo.

- ***Dispositivi medici***

Con l'entrata in vigore del Regolamento (UE) 2017/745, è stata modificata la normativa nazionale sui dispositivi medici, attraverso l'adozione del Decreto legislativo 137 del 5 agosto 2022[217].

[217] *Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017, relativo ai dispositivi medici, che modifica la direttiva 2001/83/CE, il regolamento (CE) n. 178/2002 e il regolamento (CE) n. 1223/2009 e che abroga le direttive 90/385/CEE e 93/42/CEE del Consiglio, nonché' per l'adeguamento alle disposizioni del regolamento (UE) 2020/561 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 aprile 2020, che modifica il regolamento (UE) 2017/745 relativo ai dispositivi medici, per quanto riguarda le date di applicazione di alcune delle sue disposizioni ai sensi dell'articolo 15 della legge 22 aprile 2021, n. 53.*

Per quanto riguarda la regolamentazione dei dispositivi medico-diagnostici in vitro, questa è prevista dal Decreto legislativo 138/2022[218].
Soffermandosi sui dispositivi medici, il decreto 137/2022 disciplina aspetti di competenza nazionale in continuità con i decreti legislativi 46/97 e 507/92, in particolare:

- stabilisce la lingua italiana per l'etichetta e le istruzioni d'uso dei dispositivi messi a disposizione sul territorio italiano;
- conferma l'obbligo di registrazione per i fabbricanti di dispositivi su misura;
- fornisce indicazioni per la pubblicità e la vendita *on line*;
- definisce criteri per le autorizzazioni in deroga per l'immissione sul mercato e la messa in servizio sul territorio italiano di dispositivi privi di marcatura CE che risultano carenti;
- istituisce l'apparato sanzionatorio per le violazioni delle condotte previste nel Regolamento e dallo stesso Decreto legislativo 137/2022.

Dei Decreti legislativi 24 febbraio 1997, n. 46 e 14 dicembre 1992, n. 507, abrogati dalla data di entrata in vigore del Decreto legislativo 137/2022, restano in vigore alcune specifiche disposizioni finalizzate a garantire le segnalazioni di incidente da parte degli operatori sanitari, la registrazione nella Banca dati nazionale di fabbricanti e dispositivi medici e le notifiche delle azioni sui certificati da parte degli Organismi notificati finché uno o più moduli della banca dati europea Eudamed non saranno dichiarati funzionanti e pronti per l'utilizzo obbligatorio.
Infine, si ricorda che l'art. 1, commi 329-331, Legge n. 207 del 2024 (Legge di bilancio per il 2025), ha introdotto un nuovo sistema di governo del settore dei dispositivi medici. In particolare, i predetti commi recano una specifica procedura per l'adozione di misure concernenti il settore dei **dispositivi medici**, fissando la data del 1° gennaio 2026 per l'entrata in vigore del Programma nazionale di *Health technology assessment* (HTA - Valutazione delle tecnologie sanitarie) e per la definizione di una nuova codifica dei dispositivi medici, da parte del Ministero della salute. Intervengono, altresì, sui compiti dell'Osservatorio nazionale sui dispositivi medici, il quale assume questa nuova denominazione, e sulle incombenze delle regioni in merito al sistema di governo del settore dei dispositivi medici.
In merito alle risorse, si può richiamare il decreto ministeriale 29 dicembre 2023, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 33 del 9 febbraio 2024, che detta i criteri e le modalità per il versamento delle quote annuali, per il monitoraggio, nonché per la gestione del Fondo per il governo dei dispositivi medici.

[218] *Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/746, relativo ai dispositivi medico-diagnostici in vitro e che abroga la direttiva 98/79/CE e la decisione 2010/227/UE della commissione, nonché' per l'adeguamento alle disposizioni del regolamento (UE) 2022/112 che modifica il regolamento (UE) 2017/746 per quanto riguarda le disposizioni transitorie per determinati dispositivi medico-diagnostici in vitro e l'applicazione differita delle condizioni concernenti i dispositivi fabbricati internamente ai sensi dell'articolo 15 della legge 22 aprile 2021, n. 53.*

Articolo 88
(Modifica all'articolo 2, comma 2-sexies, del decreto-legge 17 febbraio 2022, n. 9, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 aprile 2022, n. 29)

L'**articolo 88** amplia le competenze del **Commissario straordinario** per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto della diffusione della pesta suina africana (**PSA**) attribuendo allo stesso Commissario il compito di definire i **criteri di ripartizione delle somme destinate alle Regioni** per gli interventi di contenimento del numero **dei cinghiali**.

La relazione tecnica non ascrive effetti finanziari alla disposizione in oggetto.

Nel dettaglio la disposizione in commento, **novella l'articolo 2** del decreto-legge n. 9 del 2022 recante "*Misure urgenti per arrestare la diffusione delle peste suina africana*", convertito, con modificazioni, dalla legge n. 29 del 2022 , **inserendo** dopo il comma 2-*sexies*, **il nuovo comma 2-*septies*** nel quale è specificato che il Commissario straordinario per il contenimento e il contrasto della diffusione della PSA, con proprio provvedimento, stabilisce i **criteri di ripartizione** delle somme destinate alle Regioni per la realizzazione degli interventi di riduzione della popolazione dei cinghiali, nonché le misure di prevenzione e controllo della malattia e le azioni di monitoraggio sanitario, assicurando che la distribuzione avvenga in modo coerente con le finalità previste dalla legislazione vigente.

L'**articolo 2 del decreto legge n. 9 del 2022** sopra citato attribuisce al Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto della diffusione della PSA **compiti di coordinamento e monitoraggio** delle azioni e delle misure poste in essere per prevenire ed eradicare la peste suina africana anche mediante misure di contenimento della specie cinghiale (*sus scrofa*) (comma 1). Il Commissario straordinario provvede con ordinanza (comma 1- *bis*). Tra i compiti attribuiti al Commissario dal comma 2 si menzionano:
1) il coordinamento dei servizi veterinari delle aziende sanitarie locali competenti per territorio, per le finalità dell'eradicamento della peste suina africana e per il contenimento della specie cinghiale;
2) la definizione, sentite le regioni interessate, del piano straordinario delle catture a livello nazionale e regionale comprendente l'indicazione dei tempi e degli obiettivi numerici di cattura e, sentito l'ISPRA, di abbattimento e smaltimento, e lo comunica alle regioni;
3) l'individuazione all'interno del piano straordinario delle aree di stoccaggio degli animali catturati o abbattuti e dell'eventuale smaltimento delle carcasse;
4) il monitoraggio le attività delle regioni e verifica il raggiungimento degli obiettivi prefissati nei termini indicati;
5) la verifica della regolarità delle procedure dell'abbattimento e della distruzione degli animali infetti e dello smaltimento delle carcasse di suini nonché le procedure di disinfezione svolte sotto il controllo della ASL competente;
E' poi previsto che in caso di inerzia o mancato raggiungimento degli obiettivi da parte delle competenti autorità regionali il Commissario attivi la procedura di cui all'articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131, per l'esercizio dei poteri sostitutivi con le medesime prerogative e strutture regionali, oppure affida a ditte specializzate il servizio a valere sulle risorse disponibili nella contabilità speciale di cui al comma 2-bis del presente articolo.

Si ricorda che sulla base del sopra richiamato articolo 2 è stato nominato un **Commissario straordinario** - attualmente l'incarico è ricoperto dal dott. Giovanni Filippini (DPCM 8 agosto 2024, DPCM 12 maggio 2025 proroga incarico al 28 marzo 2026), in precedenza era il dott. Vincenzo Caputo (DPCM 24 febbraio 2023) - che può indire procedure di gara - ai sensi dell'articolo 63, comma 2, lettera c), del codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 per la messa in opera di recinzioni o altre strutture temporanee ed amovibili idonee al contenimento dei cinghiali selvatici. L'autorizzazione di spesa per la predetta misura ammonta a 10 milioni di euro per l'anno 2022 (articolo 2, comma 2-bis, D.L. n. 9/2022).
Con riferimento all'articolo 2 prima citato, il Parlamento ha approvato:

- il **potenziamento** dei **poteri** e delle attività svolte dal **Commissario straordinario** per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto della diffusione della **peste suina africana (PSA)**, nonché la **nomina** e l'attribuzione di specifici compiti a **tre subcommissari** [art. 29, comma 1, lettera b-bis), D.L. n. 75/2023];
- un'estensione **temporanea** dell'operatività del Commissario straordinario fino a 36 mesi (articolo 4, comma 8-*novies*, D.L. n. 215/2023);
- l'introduzione del compito per le **società concessionarie autostradali e agli enti proprietari delle strade** di attuare nelle zone infette gli interventi necessari per il **rafforzamento delle barriere stradali e autostradali** mediante la chiusura dei varchi, autorizzando la spesa di **13 milioni di euro per l'anno 2025** [art. 16-*bis*, comma 4, lettere a) e b), D.L. n. 113/2024];
- un **contributo**, nel limite massimo di **150 euro per unità che** il Commissario straordinario (PSA) può riconoscere in favore dei **soggetti che conferiscono carcasse di animali infetti nelle aree di stoccaggio o nei macelli**. E' stata quindi autorizzata la spesa di 1 milione di euro per l'anno 2025, che confluisce nella contabilità speciale intestata al Commissario straordinario (art. 16-bis, comma 4, lettera c) e comma 5, D.L. n. 113/2024).

L'articolo in esame si inserisce nel più vasto ambito delle disposizioni normative intervenute negli ultimi anni a tutela del settore zootecnico italiano gravemente colpito da diverse malattie, tra le quali la peste suina africana (PSA), che ha determinato effetti molto pesanti sul patrimonio suinicolo italiano e sulle relative filiere.
Si ricorda, in proposito, che a partire dal 7 gennaio 2022 in Italia è stata accertata la presenza della (PSA) nelle popolazioni di cinghiali nei territori delle regioni Piemonte e Liguria, quindi al fine della salvaguardia del patrimonio genetico animale, il Parlamento ha approvato alcune misure urgenti finalizzate all'eradicazione dalla malattia nei cinghiali e per prevenirne l'introduzione nei suini da allevamento, tra cui, l'istituzione del **Fondo nazionale per la suinicoltura** - di cui all'**art. 11-*bis***, comma 1, D.L. n. 27/2019 - e successivamente il D.L. n. 9/2022.
Con riferimento al predetto Fondo si segnala il decreto 24 luglio 2023 con cui, per l'anno finanziario 2023 è assegnata la somma di euro 3,5 milioni di euro a favore del Commissario straordinario, per provvedere alle attività previste [art. 2, comma 2, lettere a) - g) , D.L. 9/2022] a valere sulle risorse iscritte, come residui di stanziamento di provenienza dall'esercizio finanziario 2022, sul capitolo 7827 dello stato di previsione del Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste.

Sono, inoltre, state assegnate risorse per 400 mila euro del **Fondo nazionale per la suinicoltura** per l'anno 2023, per il finanziamento di interventi a sostegno delle aziende che operano nel settore faunistico-venatorio e agrituristico-venatorio che nel 2022 hanno subito danni causati dalla PSA (art. 29, D.L. n. 75/2023), in attuazione della disposizione è stato emanato il DM 10 gennaio 2024.

Per ulteriori approfondimenti sulle misure di natura economica e di sostegno alle imprese operanti nel settore suinicolo nonché per le altre disposizioni normative italiane si veda il relati tema web a cura del Servizio Studi della Camera dei deputati.

Articolo 89
(Misure in materia di patrocinio obbligatorio dell'Avvocatura generale dello Stato e di litisconsorzio necessario dell'AIFA - STRALCIATO)

L'articolo 89 è stato stralciato ai sensi dell'articolo 126, comma 3 del Regolamento del Senato in quanto recante disposizioni estranee all'oggetto del disegno di legge di bilancio.
L'**articolo** estende il patrocinio dell'Avvocatura dello Stato anche all'AIFA. Viene inoltre abrogato il litisconsorzio necessario della stessa Agenzia con riguardo alle controversie in materia di riconoscimento del danno da vaccino e somministrazione di farmaci

La relazione tecnica non ascrive effetti finanziari alle disposizioni in oggetto.

Più nel dettaglio il **comma 1** prevede che all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) è esteso il **patrocinio dell'Avvocatura dello Stato**, ai sensi dell'articolo 1 del testo unico 30 ottobre 1933, n. 1611.

L'**Avvocatura dello Stato** rappresenta e difende in giudizio gli organi costituzionali, gli organi giudiziari (Cassazione, Corti di Appello, ecc.) e tutte le amministrazioni dello Stato, in modo esclusivo ed obbligatorio (c.d. patrocinio obbligatorio), e le Regioni a statuto speciale ex art. 1 del R.D. 30 ottobre 1933, n. 1611, nonché varie amministrazioni pubbliche non statali ed enti sovvenzionati (c.d. patrocinio autorizzato), sottoposti a tutela od anche solo a vigilanza dello Stato, tra i quali, in primo luogo, diverse Regioni a statuto ordinario (c.d. patrocinio speciale delle Regioni a statuto ordinario), ex art. 107 del D.P.R. n. 616/1977; l'Avvocatura rappresenta e difende, poi, alcuni organismi internazionali (ad esempio, la Commissione UE, la BEI Banca Europea per gli Investimenti, la N.A.T.O. e la F.A.O.); è prevista, altresì, la possibilità per l'Avvocatura di assumere la rappresentanza e difesa dei pubblici impiegati "nei giudizi civili e penali che li interessano per fatti e cause di servizio, qualora le amministrazioni o gli enti ne facciano richiesta e l'Avvocato Generale dello Stato ne riconosca la opportunità" (art. 44 R.D. n. 1611/1933 cit.). In virtù di quanto previsto dall'art. 48 del R.D. n. 1611/1933, l'Avvocatura dello Stato rappresenta e difende anche amministrazioni estere, quale, ad esempio, il consolato di uno stato straniero od anche uno Stato straniero (il Senegal, ex D.P.R. 19-7-1996). Particolare rilievo assume la difesa dell'Avvocatura dello Stato a favore delle Regioni e degli enti regionale (l'ente parco nazionale di Veio e tutti gli altri enti parco nazionale), alla luce della legge di modifica del titolo V della Costituzione.
L'Avvocatura dello Stato inoltre difende le c.d autorità indipendenti (Autorità garante per la concorrenza e il mercato, Autorità per le garanzie nelle comunicazioni, Autorità per i servizi di pubblica utilità per l'energia elettrica ed il gas e per le telecomunicazioni, CONSOB – Commissione nazionale per società e la borsa, Garante per la radiodiffusione e per l'editoria, Garante protezione dati personali, Commissione di garanzia per l'attuazione della Legge 12-6-1990, n. 146 sul diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali, ecc.), alcune società per azioni a partecipazione pubblica (come, ad esempio, l'ANAS ed il CONI) e diversi altri soggetti privati (ad esempio le fondazioni

liricosinfoniche).

Il **comma 2**, modificando l'articolo 5-bis, comma 1, del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73 (conv. legge n. 119 del 2017) sopprime il **litisconsorzio necessario dell'AIFA** nei procedimenti giudiziari (civili e amministrativi) relativi a controversie aventi ad oggetto domande di riconoscimento di indennizzo da vaccinazione (di cui alla L. 25 febbraio 1992, n.210), o a ogni altra controversia intesa al riconoscimento del danno da vaccinazione, oppure a controversie aventi ad oggetto domande di autorizzazione alla somministrazione di presunti farmaci, non oggetto di sperimentazione almeno di fase 3 e da porre economicamente a carico del Servizio sanitario nazionale o di enti o strutture sanitarie pubblici. Con riguardo a tali procedimenti il comma 2 prevede che il Ministero della salute possa avvalersi del supporto tecnico-scientifico dell'AIFA.

Articolo 90
(Aumento del fondo destinato ai bambini affetti da malattie oncologiche e misure in materia di epilessia farmacoresistente)

L'**articolo 90**, **al comma 1**, al fine di assicurare l'assistenza dei bambini affetti da malattia oncologica, dispone l'incremento delle risorse del Fondo di cui all'articolo 1, comma 338 della legge 27 dicembre 2017, n. 205 (Legge di bilancio 2018) per un ammontare pari a **2 milioni di euro annui per il triennio 2026-2028.**
Il comma 2 dispone che alle **persone affette da forme di epilessia farmacoresistente**, certificata dal medico competente per le epilessie in coerenza con le linee guida nazionali ed internazionali, venga riconosciuta la la necessità di sostegno elevato o molto elevato, ai sensi dell'articolo 3, commi 1 e 3 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104[219].

Il comma 1 dell'articolo 90 prevede che le risorse del fondo di cui all'articolo 1, comma 338, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, siano incrementate di **2 milioni di euro annui per il triennio 2026-2028**, al fine di assicurare l'assistenza dei bambini affetti da malattia oncologica.
Il comma 2 prevede che alle persone affette da forme di epilessia farmacoresistente caratterizzate da crisi con perdita di contatto con l'ambiente e capacità d'agire, su richiesta dell'interessato e a seguito di accertamento sanitario, sia riconosciuta la connotazione di gravità, ai sensi **dell'articolo 3, commi 1 e 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104.**
La relazione tecnica evidenzia che pertanto, a seguito di tale riconoscimento, vengono conseguentemente estese le tutele ai sensi dell'articolo 33, comma 3, della legge n. 104 del 1992 (3 giorni di permesso al mese) e dell'articolo 42, comma 5, del decreto legislativo n. 151 del 2001 (congedo straordinario) per la cura e l'assistenza di persone affette da epilessia farmacoresistente in situazione di gravità.

Il comma 1 dell'**articolo 90** in esame dispone l'incremento delle risorse del **Fondo di assistenza in favore dei bambini affetti da malattia oncologica**, istituito dall'articolo 1, comma 338 della Legge 27 dicembre 2017, n. 205 (*Legge di bilancio 2018*), per un importo pari a **due milioni di euro annui per il triennio 2026-2028**.

Il citato **comma 338** ha istituito, per il triennio 2018-2020, **un fondo per l'assistenza dei bambini affetti da malattia oncologica**, con una dotazione **di un milione di euro annui per ciascuno degli anni 2018 e 2019 e di 5 milioni di euro per l'anno 2020**. Al Fondo possono accedere gli enti del Terzo settore di cui all'articolo 4 del Codice del Terzo settore[220], costituiti in forma di associazione o fondazione che svolgono attività di

[219] *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.*
[220] Decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117.

assistenza psicologica, psicosociologica e sanitaria in tutte le forme a favore dei bambini affetti da malattia oncologica e delle loro famiglie. L'utilizzo del Fondo, nei limiti di spesa di cui al primo periodo, è disciplinato con regolamento adottato con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge (in attuazione di quanto disposto dal presente comma si veda il D.M. 9 ottobre 2019, n. 175).

Il comma 2 prevede che alle persone affette da forme di epilessia farmacoresistente, caratterizzata da crisi con perdita di contatto con l'ambiente e da perdita di capacità di agire, certificata, in coerenza con le linee guida nazionali ed internazionali, dal medico competente per le epilessie, sia riconosciuta, a seguito di accertamento sanitario, su richiesta dell'interessato, la necessità di sostegno elevato o molto elevato, ai sensi dell'articolo 3, commi 1 e 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104[221].

L'epilessia farmaco-resistente colpisce oltre il 30% delle persone con epilessia[222] e si manifesta con la persistenza di crisi quando almeno due farmaci anti-crisi appropriati e ben tollerati sono stati sperimentati, per un periodo di osservazione di almeno due anni. Nella definizione di resistenza va inclusa anche la gravità clinica delle crisi (caduta, perdita non preannunciata della coscienza, attività a rischio).
Tale condizione non è definitiva né irreversibile. In alcuni casi, infatti, può essere avviato un iter per valutare la fattibilità e l'indicazione ad un intervento chirurgico o, laddove questo non fosse possibile, esistono terapie alternative che includono la stimolazione vagale, la Deep Brain Stimulation o la dieta chetogenica.
Le cause della resistenza sono in larga parte individuali e non sempre chiare, e si attendono lumi dalla ricerca genetica. I meccanismi più probabili sono due: 1) la mancata risposta dei recettori sui quali i farmaci dovrebbero agire a causa di una refrattarietà costituzionale o acquisita nel corso della ripetizione delle crisi; 2) l'impossibilità dei farmaci di raggiungere i recettori a causa di alcune proteine di trasporto che "afferrano" le molecole del farmaco e le trasportano al di fuori del tessuto nervoso. Ognuna di queste teorie possiede argomenti a favore e contrari.

Va inoltre ricordato che **l'articolo 3** della citata legge n. 104/1992 detta la definizione di **persona con disabilità avente diritto ai sostegni**, prevedendo, al **comma 3,** la definizione della condizione di **disabilità connotata da una maggiore gravità.**
Più nello specifico, **il comma 1** del citato articolo prevede che è persona con disabilità chi presenta durature compromissioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri, accertate all'esito della valutazione di base.
Il comma 3 dispone che qualora la compromissione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di

[221] *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.*
[222] Cfr. www.osservatoriomalattierare.it

relazione, il sostegno è intensivo e determina priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.

Articolo 91
(Misure in materia di dipendenze patologiche)

L'**articolo 91,** con un'integrazione al comma 369 della Legge di bilancio 2025 (Legge 30 dicembre 2024, n. 207), dispone che la **quota pari all'1,5 per cento delle risorse del Fondo per le dipendenze patologiche** – istituito dal comma 367 della medesima legge - trasferita annualmente, con decreto del Ministro della salute, al Dipartimento nazionale per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri, sia destinata oltre che, come attualmente previsto, alla realizzazione di attività di analisi e monitoraggio del fenomeno delle dipendenze patologiche da parte dell'Osservatorio nazionale permanente sull'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze, anche **allo sviluppo di programmi di formazione degli operatori socio sanitari, di linee di indirizzo, di progetti a valenza nazionale in materia di prevenzione, reinserimento, valutazione, raccolta ed elaborazione dati.**

La relazione tecnica non ascrive effetti finanziari alle disposizioni in oggetto.

L'**articolo 91,** con un'integrazione al comma 369 della Legge di bilancio 2025 (Legge 30 dicembre 2024, n. 207), dispone che la **quota pari all'1,5 per cento delle risorse del Fondo per le dipendenze patologiche** – istituito dal comma 367 della medesima legge - trasferita annualmente, con decreto del Ministro della salute, al Dipartimento nazionale per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri, sia destinata oltre che, come attualmente previsto, alla realizzazione di attività di analisi e monitoraggio del fenomeno delle dipendenze patologiche da parte dell'Osservatorio nazionale permanente sull'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze, anche **allo sviluppo di programmi di formazione degli operatori socio sanitari, di linee di indirizzo, di progetti a valenza nazionale in materia di prevenzione, reinserimento, valutazione, raccolta ed elaborazione dati.**

In proposito va ricordato che i **commi 367-375**, della legge di bilancio 2025 (L. n.207/2024) definiscono una disciplina organica e complessiva in tema di **prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie da dipendenze** (come definite dall'OMS), operando un riassetto ed alcuni puntuali modifiche delle disposizioni vigenti.
Viene in primo luogo istituito il **Fondo per le dipendenze patologiche (FDP)** nello stato di previsione del Ministero della salute, per la cui dotazione viene autorizzata la spesa di 94 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, allo scopo di garantire le prestazioni di prevenzione cura e riabilitazione sopra descritte. La ripartizione del Fondo tra le Regioni, al netto delle risorse di cui al comma 369 – cfr. *infra* - avviene secondo criteri definiti da un decreto del Ministro della salute, da emanare entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza Stato-Regioni (cfr. D.M. 10 luglio 2025). Con una norma transitoria viene poi disposto che i decreti di ripartizione del Fondo per il gioco d'azzardo patologico, già adottati ai sensi dell'articolo 1, comma

946, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (*Legge di stabilità 2016*), articolo abrogato dal successivo comma 374, o il cui procedimento di adozione risulti già avviato, alla data di entrata in vigore della presente disposizione, mantengono la loro efficacia (**comma 367**).
In deroga **ai valori massimi** – di cui all'articolo 5 del D.L. n. 73/2024 - **del tetto di spesa** per l'assunzione di personale del Servizio sanitario nazionale, limitatamente alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie concernenti l'attuazione dei piani regionali di prevenzione cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche a carico del FDP, viene autorizzato **l'impiego del 30 per cento delle risorse del Fondo** su base annua per l'assunzione a tempo indeterminato di personale dei ruoli sanitario e socio-sanitario da destinare ai Servizi pubblici per le Dipendenze (**comma 368**).
Viene poi previsto (**comma 369**) che a **decorrere dall'anno 2025** con decreto del Ministro della salute (in attuazione di tale disposizione cfr. D.M. 31 gennaio 2025) viene disposto annualmente **il trasferimento dell'1,5 per cento del FDP al Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri** per la realizzazione di attività di analisi e monitoraggio del fenomeno delle dipendenze patologiche da parte dell'Osservatorio Nazionale Permanente (cfr. *infra*).
Viene inoltre stabilito che nell'ambito del FDP, il 34,25 per cento annuo è destinato alla realizzazione di piani regionali sul gioco d'azzardo patologico; il restante 34,25 per cento annuo è destinato alla realizzazione di piani regionali sulle dipendenze patologiche. Con il decreto di cui al comma 1 viene anche disciplinato il monitoraggio delle attività previste nei piani regionali e le verifiche circa l'effettiva destinazione dei finanziamenti erogati dal Ministero della salute (**comma 370**).
Viene soppresso l'**Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave**, di cui al **decreto interministeriale 12 agosto 2019** disponendo contestualmente il trasferimento dei compiti di coordinamento all'Osservatorio Nazionale Permanente del Dipartimento politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri **(comma 371**).
Vengono conseguente operate limitate modifiche di coordinamento al TU n. 309/1990 in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope sostituendo la denominazione del Dipartimento nazionale per le politiche antidroga con quella di Dipartimento delle politiche contro la droga e contro le altre dipendenze e integrando con il riferimento a queste ultime la denominazione dell'Osservatorio sopracitato (**comma 372)**.
E' abrogato il **comma 133** della Legge 23 dicembre 2014, n. 190 (*Legge di stabilità 2015*), che ha previsto e disciplinato la destinazione di **specifiche risorse alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo** come definita dall'Organizzazione mondiale della sanità (**comma 373**).
Viene disposta anche l'abrogazione del **comma 946 dell'articolo 1 della Legge di stabilità 2016** (L. n. 208/2015) che ha istituito, presso il Ministero della salute, il **Fondo per il gioco d'azzardo patologico** (**comma 374**).
Per effetto delle previsioni di cui al comma 367 il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale viene ridotto di 50 milioni di euro a decorrere dal 2025 **(comma 375**).

Articolo 92
(Misure per il contenimento dei consumi energetici delle strutture sanitarie)

L'**articolo 92** prevede l'istituzione, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di un **tavolo tecnico per l'analisi e l'efficientamento dei consumi energetici delle strutture sanitarie pubbliche** (**comma 1**). **Ai componenti** del suddetto tavolo – rappresentanti del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze e specifiche professionalità da individuarsi presso le Regioni e le province autonome o gli enti del SSN o altri enti pubblici competenti per materia **- non spettano compensi** o altri emolumenti comunque denominati (**comma 2**).

La relazione tecnica non ascrive effetti finanziari alle disposizioni in oggetto.

L'**articolo 92**, composto da due commi, prevede misure volte al **contenimento dei consumi energetici delle strutture sanitarie**.

In particolare, il **comma 1** dispone che, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sia istituito un **tavolo tecnico**, entro trenta giorni dalla dall'entrata in vigore della legge di bilancio in esame, con l'obiettivo di **analizzare i consumi energetici delle strutture sanitarie pubbliche** e di **individuare margini per rendere maggiormente efficienti tali consumi** e concorrere al conseguimento dell'equilibrio economico degli enti del settore sanitario.

In base all'Analisi sull'aumento dei costi energetici nelle Aziende Sanitarie Pubbliche tra il 2021 e il 2022, elaborata da Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), nel corso del 2022 si è assistito ad un progressivo aumento del costo delle risorse energetiche in tutta Europa, anche in conseguenza dello scoppio del conflitto in Ucraina. A livello nazionale, la spesa sanitaria relativa ai costi energetici di tutte le Regioni per l'anno 2022 ha riscontrato un incremento di 1.415.612.935 euro, corrispondente ad un aumento medio *pro capite* di 23,98 euro. La spesa per l'energia nelle aziende sanitarie pubbliche, che nel 2021 in Italia ha avuto un'incidenza media di 1,3% sul totale dei costi di produzione, ha raggiunto a fine 2022 una media di 2,3%, con un impatto negativo sui bilanci di aziende sanitarie e regioni.

Si ricorda che l'articolo 5, comma 11-*bis*[223], del D.Lgs. n. 102 del 2014[224] ha previsto che il Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, di concerto con il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, possono predisporre programmi, anche

[223] Comma inserito dall'articolo 5, comma 1, lett. *f)*, del D.Lgs. n. 73 del 2020 (*Attuazione della direttiva (UE) 2018/2002 che modifica la direttiva 2012/27/UE sull'efficienza energetica*).

[224] *Attuazione della direttiva 2012/27/UE sull'efficienza energetica, che modifica le direttive 2009/125/CE e 2010/30/UE e abroga le direttive 2004/8/CE e 2006/32/CE*.

congiunti, per il finanziamento di interventi di miglioramento della prestazione energetica degli immobili della pubblica amministrazione, **con particolare riferimento agli immobili ospedalieri, scolastici e universitari, agli impianti sportivi e all'edilizia residenziale pubblica**. Per tali finalità, i Ministeri dello sviluppo economico e dell'ambiente, avvalendosi del supporto di ENEA e GSE, possono emanare bandi pubblici, anche congiunti, che definiscono il perimetro, le risorse disponibili, le modalità di attuazione dei citati programmi e il monitoraggio dei risultati ottenuti.

Il **comma 2** disciplina la **composizione del tavolo tecnico** previsto dal comma 1, stabilendo che vi partecipano i rappresentanti del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze e specifiche professionalità da individuarsi presso le regioni e le province autonome, o presso gli enti del SSN, o presso altri enti pubblici competenti per materia. Inoltre, dispone che **ai membri del tavolo tecnico non spettano compensi**, gettoni di presenza, rimborsi spese o altri emolumenti comunque denominati.

Articolo 93
(Misure in materia di monitoraggio della spesa sanitaria)

L'**articolo 93** prevede l'integrazione del **sistema di indicatori di *performance* dei servizi sanitari regionali** con un **monitoraggio permanente dell'equilibrio tra i livelli e le variazioni di finanziamento del Servizio sanitario nazionale e l'evoluzione dei livelli di servizio erogati**, in coerenza con i criteri di riparto vigenti e con i fabbisogni *standard*.

La relazione tecnica non ascrive effetti finanziari alla disposizione in oggetto.

L'**articolo 93**, composto da un unico comma, dispone l'**integrazione del sistema di indicatori di *performance* dei servizi sanitari regionali**, previsto dalla legge di bilancio per il 2025 (articolo 1, comma 304, L. n. 207 del 2024), con un **monitoraggio permanente dell'equilibrio tra i livelli e le variazioni di finanziamento del Servizio sanitario nazionale e l'evoluzione dei livelli di servizio erogati**, coerentemente con i criteri di riparto vigenti e con i fabbisogni *standard* stabiliti dagli articoli 26 e 27 del D.Lgs. n. 68 del 2011[225] (v. *box infra*).

Si ricorda che l'articolo 1, comma 304, della legge di bilancio per il 2025 (L. n. 207 del 2024) prevede l'individuazione, con decreto del Ministro della salute[226], di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e sentita la Conferenza Stato-Regioni, di un **sistema di indicatori di *performance* dei servizi sanitari regionali**, con la finalità di integrare il **nuovo sistema di garanzia** per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria disciplinato dal Decreto del Ministro della Salute 12 marzo 2019.

Si ricorda, inoltre, che il **Nuovo Sistema di Garanzia** (NSG), introdotto dal citato decreto del Ministro della salute del 12 marzo 2019, è lo strumento che rende possibile la verifica dell'erogazione a tutti i cittadini italiani delle cure e delle prestazioni comprese nel Livelli essenziali di assistenza (LEA), in base ai parametri dell'equità, dell'efficacia e della appropriatezza. Tale verifica utilizza i dati messi a disposizione dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e si basa su 88 indicatori individuati dall'Allegato 1 al medesimo D.M. del 12 marzo 2019. Il 4 agosto 2025 è stata pubblicata la Relazione 2023 sul monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia.

Si ricorda, infine, che l'articolo 26 del citato D.Lgs. n. 68 del 2011 stabilisce che il fabbisogno sanitario nazionale *standard* è determinato, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)

[225] *Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario*.

[226] Tale decreto, la cui adozione era prevista entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge di bilancio per il 2025 (L. n. 207 del 2024), non risulta ancora adottato, come si evince anche dalla relazione tecnica relativa al disegno di legge di bilancio in esame.

erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza. Il successivo articolo 27 disciplina la procedura per la determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* regionali (v. *box infra*).

- ***Livello di finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale***

Il *livello del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre ordinariamente lo Stato* è il livello annuo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) determinato per legge previa Intesa Stato-Regioni, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica. Il livello delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale può essere incrementato nel corso dell'anno con provvedimenti legislativi, tra cui il più rilevante quantitativamente è l'incremento approvato con la legge di bilancio. Il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, come incrementato dai provvedimenti legislativi adottati nel corso dell'anno, è ripartito tra le Regioni e Province Autonome con delibera CIPESS (Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile).
Nel **2025**, il fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, come incrementato dalla legge di bilancio 2025, **è pari a 136,5 miliardi nel 2025, 140,6 miliardi nel 2026 e 141,1 miliardi nel 2027**, in base a quanto ricostruito dalla Corte di Conti[227]. In proposito, si può ricordare che nel 2024, il riparto del fabbisogno sanitario cui concorre lo Stato per il Servizio Sanitario Nazionale fra regioni e province autonome è stato pari a 134.017 milioni di euro, di cui il finanziamento indistinto ammonta a 128.600 milioni.
Il livello del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre ordinariamente lo Stato rappresenta la componente principale del finanziamento della spesa sanitaria totale[228].
Con riguardo al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, si ricorda che il fabbisogno sanitario nazionale comprende diverse componenti: il fabbisogno indistinto, su cui ci si concentra di seguito; il Fondo farmaci innovativi (in parte finanziati direttamente con il FSN e in parte con le risorse destinate a specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale), attraverso il quale lo Stato concorre al finanziamento di tali medicinali, che viene ripartito in proporzione alla spesa sostenuta dalle Regioni per l'acquisto degli stessi (legge n. 232 del 2016[229]); alcune quote vincolate, distinte tra quelle destinate alle Regioni e Province autonome, principalmente rivolte a obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano sanitario nazionale, e quelle riservate agli altri enti, essenzialmente agli Istituti zooprofilattici sperimentali, alla Croce Rossa italiana, alle Università per quanto riguarda la formazione dei medici specialisti e una quota detta

[227] Audizione sul disegno di legge recante "Bilancio di previsione dello stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027" (p. 56).
[228] Con il termine *spesa sanitaria* si fa invece riferimento all'aggregato di contabilità nazionale nel conto consolidato delle pubbliche amministrazioni che comprende tutte le risorse spese dalle amministrazioni pubbliche operanti nel comparto sanità. In questo aggregato sono incluse sia le spese per i servizi sanitari finanziati con le risorse del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, sia le prestazioni finanziate dagli enti sanitari locali (ESL) con maggiori entrate proprie, sia le spese sanitarie coperte da altre autorizzazioni o programmi di spesa, come quelle a valere sulle risorse del PNRR o sulle risorse destinate al contrasto del Covid-19 non impiegate nell'anno di competenza.
[229] *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019.*

"premiale". Al netto di tali poste, si determina il fabbisogno indistinto, che comprende ancora alcune voci soggette a meccanismi di riparto specifici.
Per quel che attiene al meccanismo di riparto, secondo le disposizioni del D.Lgs. n. 68 del 2011, il costo del settore sanitario, che impegna gran parte dei bilanci regionali, deve essere determinato secondo i fabbisogni *standard* delle regioni.
I fabbisogni *standard* definiscono i criteri di ripartizione del Fondo sanitario nazionale, in base al livello di finanziamento della spesa sanitaria fissata periodicamente in specifici accordi tra Stato ed enti territoriali, detti Patti per la salute. L'ammontare di risorse necessarie per assicurare i livelli essenziali di assistenza (decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017)[230], in condizione di efficienza e appropriatezza, viene definito come "livello di fabbisogno sanitario *standard*".
In merito ai **criteri di riparto del Fondo sanitario**, fino al 2022, il principale parametro utilizzato per il riparto fra le regioni era la popolazione, parametrata sulla base delle classi di età[231], senza ulteriori indicatori capaci di rappresentare il diverso bisogno di salute. Si provvedeva inoltre ad indicare come ulteriori fattori da considerare: la popolazione residente, la frequenza dei consumi sanitari per età e genere, i tassi di mortalità ed altri dati relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili per definire i bisogni sanitari delle regioni e indicatori epidemiologici territoriali. Inoltre, il D.Lgs. n. 68 del 2011, come modificato, disponeva che si tenesse altresì conto, ai fini del riparto, del percorso di miglioramento degli *standard* di qualità, attraverso la realizzazione e l'applicazione di un sistema di valutazione delle cure e dell'uniformità dell'assistenza e il monitoraggio dei servizi.
Con **l'Intesa in Conferenza Stato-regioni del 21 dicembre 2022** è stato raggiunto l'accordo su un nuovo meccanismo di riparto dei finanziamenti per la sanità tra le regioni, recepito con il decreto del Ministro della Salute del 30 dicembre 2022[232]. In particolare, dal 2023, al criterio capitario, parzialmente pesato per tenere conto dell'influenza dell'età sui consumi sanitari, sono stati affiancati altri parametri, ovvero la mortalità e alcuni indicatori delle condizioni socioeconomiche.
Più in dettaglio, il nuovo meccanismo tiene conto, tra i nuovi criteri di riparto, del tasso di mortalità della popolazione al di sotto dei 75 anni e degli indicatori relativi a particolari situazioni territoriali quali l'incidenza della povertà relativa individuale, il livello di bassa scolarizzazione e il tasso di disoccupazione, aggregati in un unico indice composito di deprivazione attribuendo a ognuno di essi lo stesso valore[233].

---

[230] *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.*

[231] Come evidenzia il *focus* n. 3 del 2024 dell'Ufficio parlamentare di bilancio del 27 marzo 2024 ("Il riparto del fabbisogno sanitario nazionale tra nuovi criteri e attuazioni incompiute"): "Tenendo conto dei diversi consumi per fascia di età si opera, inevitabilmente, una significativa redistribuzione del finanziamento. Data la curva dei consumi, pesare la quota capitaria in base all'età assicura risorse addizionali ai territori con maggiore presenza di anziani e riduce quelle della Lombardia, del Lazio e delle grandi regioni del Mezzogiorno (a parte la Sardegna). Il Piemonte ottiene circa 156 milioni in più rispetto alla distribuzione attuata in base alla quota capitaria semplice, la Toscana 131 e la Liguria 119. Nelle stesse macro-aree, tuttavia, alcune regioni subiscono una perdita, in particolare la Lombardia (78 milioni) e il Lazio (59 milioni). Le regioni con le maggiori correzioni negative sono comunque collocate nel Mezzogiorno, con una riduzione di risorse pari a circa 336 milioni in Campania e 121 in Sicilia, mentre la Sardegna percepisce 55 milioni in più".

[232] *Definizione dei nuovi criteri e dei pesi relativi per la ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale standard.*

[233] Nella premessa del citato decreto si fa presente che tra i criteri previsti dalla legge n. 662 del 1996 (di cui il decreto è attuazione) non sono stati considerati gli indicatori epidemiologici territoriali: le ragioni

Tale meccanismo risulta semplificato rispetto al precedente, in quanto l'articolo 2 del decreto del Ministro della salute del 30 dicembre 2022 prevede che la ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, ai fini della definizione dei fabbisogni sanitari regionali *standard*, avviene applicando i seguenti criteri di riparto:

- il 98,5 per cento delle risorse da ripartire tra le regioni è distribuito sulla base della popolazione residente e della frequenza dei consumi sanitari per età, applicando il procedimento dettato dai commi da 5 a 11 dell'articolo 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68;
- lo 0,75 per cento delle risorse da ripartire tra le regioni è distribuito in base al tasso di mortalità della popolazione (< 75 anni);
- lo 0,75 per cento delle risorse da ripartire tra le regioni è distribuito in base al dato complessivo risultante dagli indicatori utilizzati per definire particolari situazioni territoriali che impattano sui bisogni sanitari.

Infine, in base al comma 384 dell'articolo 1 della legge di bilancio per l'anno 2025 (L. n. 207 del 2024), a decorrere dall'anno 2025, in sede di riparto tra le regioni del finanziamento della spesa sanitaria corrente, si tiene conto delle caratteristiche territoriali e delle dimensioni delle regioni con popolazione inferiore a 500.000 abitanti, riservando, in favore delle medesime regioni, una quota annuale non inferiore a 20 milioni di euro.

Va ricordato che il Servizio sanitario viene finanziato secondo i criteri stabiliti dal decreto legislativo n. 56 del 2000[234], mediante entrate proprie (*ticket*), mediante i gettiti derivanti dall'IRAP e dall'addizionale regionale all'IRPEF valutate ad aliquota base e, fino a concorrenza del fabbisogno medesimo, mediante l'attribuzione alle regioni di risorse a titolo di compartecipazione all'IVA.

Le componenti del finanziamento del Servizio sanitario nazionale vincolate per legge a obiettivi specifici (quali gli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996)[235] sono finanziate a valere sul capitolo del bilancio statale denominato Fondo sanitario nazionale. Se i valori del gettito dell'IRAP e dell'addizionale regionale dell'IRPEF risultano inferiori ai gettiti stimati, il differenziale è assicurato dal fondo di garanzia di cui all'articolo 13 del decreto legislativo n. 56 del 2000.

La **quantificazione dei singoli fabbisogni *standard* regionali** (cumulativamente pari al livello del fabbisogno sanitario nazionale *standard*) si basa sul **calcolo del costo *standard* sanitario *pro capite*** rilevato nelle **regioni** individuate come ***benchmark***, che esprimono

sono dovute alla mancata emanazione del decreto del Ministro della salute previsto dall'articolo 7, comma 2, del decreto-legge 9 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, deputato ad individuare "i dati personali, anche inerenti alle categorie particolari di dati di cui all'articolo 9 del regolamento UE 2016/679, che possono essere trattati, le operazioni eseguibili, le modalità di acquisizione dei dati dai sistemi informativi dei soggetti che li detengono e le misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti degli interessati, nonché i tempi di conservazione dei dati trattati". Inoltre, sempre nella premessa, si evidenzia che non si è tenuto conto del percorso di miglioramento degli *standard* di qualità, poiché per la valutazione si dovrebbe fare riferimento al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), che sostituisce la precedente "Griglia LEA" ai fini del monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA) per la verifica del "mantenimento dell'erogazione dei LEA" (uno degli adempimenti cui le regioni sono tenute per accedere all'intero finanziamento spettante). Tuttavia, sarebbe stato necessario disporre dei risultati del NSG relativi ad almeno due anni e quelli del 2021, secondo anno dopo l'entrata a regime, non erano stati ancora validati al momento dell'emanazione del decreto sui nuovi criteri di riparto.

[234] *Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133.*

[235] *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica.*

il costo di erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, efficacia e appropriatezza.