

dossier

XIX Legislatura

30 ottobre 2024

LEGGE DI BILANCIO 2025

*Profili di interesse della XII
Commissione Affari sociali*

A.C. 2112-bis



Senato
della Repubblica



Camera
dei deputati



SERVIZIO STUDI

TEL. 06 6706-2451 - ✉ studi1@senato.it – ✕ [@SR_Studi](https://www.instagram.com/SR_Studi)



SERVIZIO STUDI

Dipartimento Affari sociali

Tel. 06 6760-3266- ✉ st_affarisociali@camera.it - ✕ [@CD_sociale](https://www.instagram.com/CD_sociale)

Progetti di legge n. 370/0/XII

AVVERTENZA: la nota presente nelle schede di lettura, evidenziata con una barra gialla, che segue alla sintesi normativa della disposizione espone gli effetti finanziari previsti sul bilancio dello Stato in termini di saldo netto da finanziare, ad eccezione dei casi diversamente indicati ove si fa riferimento al fabbisogno o altri saldi. Per un'analisi di dettaglio degli effetti finanziari sui saldi di finanza pubblica e sulla quantificazione degli oneri risultante dalla Relazione tecnica si rinvia al dossier del Servizio del Bilancio dello Stato.

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.

AS0252.docx

NOTA

IL PRESENTE DOSSIER È ARTICOLATO IN DUE PARTI:

- LA PRIMA PARTE CONTIENE LE SCHEDE DI LETTURA DELLE DISPOSIZIONI DELLA PRIMA SEZIONE, DI COMPETENZA DI CIASCUNA COMMISSIONE
- LA SECONDA PARTE CONTIENE L'ANALISI DELLA SECONDA SEZIONE DEL DISEGNO DI LEGGE DI COMPETENZA DI CIASCUNA COMMISSIONE

INDICE

LEGGE DI BILANCIO 2025	3
-------------------------------------	---

LA PRIMA SEZIONE - SCHEDE DI LETTURA

▪ Articolo 16 (<i>Misure per il sostegno degli indigenti e per gli acquisti di beni di prima necessità – Carta «Dedicata a te»</i>).....	17
▪ Articolo 31 (<i>Assegno una tantum per nuove nascite o nuove adozioni</i>).....	22
▪ Articoli 32 e 33 (<i>Buono per le rette relative alla frequenza di asili nido e per le forme di supporto domiciliare per bambini affetti da gravi patologie croniche</i>)	24
▪ Articolo 37 (<i>Misure in materia di cani di assistenza</i>).....	26
▪ Articolo 38 (<i>Disposizioni in materia di sperimentazione della riforma sulla disabilità</i>).....	30
▪ Articolo 40 (<i>Fondo nazionale per la prevenzione, il monitoraggio e il contrasto delle dipendenze comportamentali tra le giovani generazioni</i>).....	34
▪ Articolo 42 (<i>Sistema nazionale di allerta rapida per le droghe - NEWS-D</i>).....	36
▪ Articolo 47 (<i>Rifinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale</i>).....	41
▪ Articolo 48 (<i>Disposizioni sui limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati</i>)	49
▪ Articolo 49 (<i>Misure in materia di farmaci innovativi, antibiotici reserve e farmaci ad innovatività condizionata</i>)	53
▪ Articolo 50 (<i>Finanziamento destinato all'aggiornamento delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni per acuti e post acuzie</i>)	62
▪ Articolo 51 (<i>Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza e importi tariffari</i>)	64
▪ Articolo 52 (<i>Piano pandemico 2025-2029</i>).....	67
▪ Articolo 53 (<i>Misure per l'acquisto di dispositivi medici per la perfusione, conservazione, trasporto e gestione di organi e tessuti per trapianto</i>)	69
▪ Articolo 54 (<i>Dematerializzazione delle ricette mediche cartacee per la prescrizione di farmaci a carico del SSN, dei SASN e dei cittadini</i>)	71
▪ Articolo 55 (<i>Accordi bilaterali fra le regioni per la mobilità sanitaria</i>).....	74
▪ Articolo 56 (<i>Incremento indennità per il personale operante nei servizi di pronto soccorso</i>)	80

▪ Articolo 57 (<i>Rideterminazione delle quote di spettanza delle aziende farmaceutiche e dei grossisti e sostegno ai distributori farmaceutici</i>)	82
▪ Articolo 58 (<i>Incremento delle risorse per le cure palliative</i>)	85
▪ Articolo 59 (<i>Disposizioni per i medici in formazione specialistica</i>).....	89
▪ Articolo 60 (<i>Implementazione della presenza negli istituti penitenziari di professionalità psicologiche esperte per la prevenzione e il contrasto di specifici reati</i>)	92
▪ Articolo 61 (<i>Incremento dell'indennità di specificità dirigenza medica e veterinaria</i>).....	94
▪ Articolo 62 (<i>Incremento dell'indennità di specificità dirigenza sanitaria non medica</i>).....	98
▪ Articolo 63 (<i>Incremento dell'indennità di specificità infermieristica e dell'indennità di tutela del malato e per la promozione della salute</i>)	99
▪ Articolo 64 (<i>Premialità per le liste di attesa</i>)	102
▪ Articolo 65 (<i>Disposizioni in materia di prestazioni sanitarie offerte da comunità terapeutiche in regime di mobilità interregionale</i>)	104
▪ Articolo 66 (<i>Prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie da dipendenze</i>).....	107
▪ Articolo 120, commi 3 e 4 (<i>Rifinanziamento di interventi in materia di investimenti e infrastrutture – edilizia sanitaria</i>)	112
▪ Articolo 139 (<i>Stato di previsione del Ministero della salute e disposizioni relative</i>)	116

LA SECONDA SEZIONE

▪ Ministero della Salute (<i>Tabella n. 15</i>).....	119
--	-----

LEGGI DI BILANCIO 2025

Il disegno di legge di bilancio 2025 presentato dal Governo il 23 ottobre 2024 (A.C. 2112-*bis*) si inquadra nella fase di prima attuazione della riforma della *governance* economica europea entrata in vigore lo scorso 30 aprile.

La nuova *governance* economica europea modifica i principi e gli strumenti delle politiche di bilancio degli Stati membri. In particolare, la programmazione è ora definita in un orizzonte pluriennale nell'ambito del Piano strutturale di bilancio a medio termine, che ha una durata corrispondente a quella della legislatura nazionale. Il Piano strutturale di bilancio individua il percorso di aggiustamento di bilancio (monitorato in termini di variazione dell'aggregato della spesa netta), la traiettoria di riferimento elaborata dalla Commissione europea, una serie di investimenti e riforme da realizzare in funzione delle raccomandazioni specifiche per Paese, delle priorità condivise a livello europeo, della complementarità con i fondi per la politica di coesione e il PNRR.

Il Piano strutturale di bilancio 2025-2029 è stato presentato dal Governo al Parlamento il 27 settembre 2024 ed inviato alle istituzioni europee a seguito dell'approvazione, il 9 ottobre 2024, di due risoluzioni da parte delle Camere. Il Piano dovrà essere quindi approvato con raccomandazione dal Consiglio dell'UE.

Il Piano strutturale di bilancio fissa un obiettivo di **tasso di crescita annuo della spesa netta** pari al **1,3% nel 2025**, al **1,6% nel 2026**, al **1,9% nel 2027** al **1,7% nel 2028** e al **1,5% nel 2029** per garantire nel medio periodo una riduzione stabile del livello del debito pubblico, mantenere la possibilità di impiegare alcuni spazi fiscali per il finanziamento di interventi selettivi e consentire di chiudere la procedura per deficit eccessivo nel 2027. Le misure previste annualmente dal disegno di legge di bilancio rientrano dunque tra le principali politiche pubbliche del Governo per conseguire gli obiettivi programmatici della finanza pubblica in linea con il rispetto del livello stabilito della spesa netta e la realizzazione delle riforme e degli investimenti previsti nel Piano strutturale di bilancio.

In attesa della riforma del quadro normativo contabile nazionale (in particolare della legge "rinforzata" n. 243 del 2012 e della legge di contabilità e finanza pubblica, legge n. 196 del 2009), il disegno di legge di bilancio 2025 è stato predisposto secondo le disposizioni vigenti in materia.

Inoltre, al fine di favorire un primo coordinamento degli strumenti contabili nazionali con quelli europei, il disegno di legge presenta anche disposizioni ed elementi informativi che fanno espressamente riferimento alla nuova *governance* economica europea. Gli articoli 95 e 104 prevedono disposizioni volte a modificare le regole finanziarie e i principi del contributo alla finanza pubblica delle regioni e degli enti territoriali per dare attuazione alla riforma della *governance* economica europea. Un'ulteriore disposizione volta a favorire il

rispetto delle nuove regole europee è l'articolo 103 che reca l'abrogazione del sistema di tesoreria unica. Infine, l'articolo 122, comma 2, istituisce nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze due fondi, uno di parte corrente e uno di conto capitale, destinati alla compensazione degli eventuali scostamenti dal percorso della spesa netta indicata nel Piano strutturale di bilancio di medio termine 2025-2029, al fine di garantire il rispetto degli obiettivi programmatici di finanza pubblica, configurandosi come fondi di riserva.

Ai sensi dell'articolo 21 della legge di contabilità e finanza pubblica ([legge n. 196 del 2009](#)), la **prima sezione del disegno di legge di bilancio** individua il quadro di riferimento finanziario e provvede alla regolazione annuale delle grandezze previste dalla legislazione vigente al fine di adeguarne gli effetti finanziari agli obiettivi programmatici indicati nel Documento di economia e finanza, nonché gli eventuali aggiornamenti di tali obiettivi fissati dalla Nota di aggiornamento al DEF. La **seconda sezione** evidenzia, per ciascun programma, gli effetti finanziari derivanti dalle disposizioni contenute nella prima sezione, il bilancio a legislazione vigente e le variazioni non determinate da innovazioni normative. Queste ultime includono anche rifinanziamenti, definanziamenti e riprogrammazioni di entrate e di spese. Il disegno di legge di bilancio (C. 2112-*bis*), che costituisce la **manovra di finanza pubblica 2025-2027**, si compone, nella **prima sezione**, di **124 articoli**, seguiti da altri **19 articoli (dall'articolo 125 all'articolo 143)** della **seconda sezione**, recanti l'approvazione degli stati di previsione dei Ministeri. L'ultimo articolo (**articolo 144**) reca infine la disposizione sull'**entrata in vigore** della legge.

In relazione agli effetti della manovra sui **saldi di finanza pubblica**, il disegno di legge di bilancio indica i principali differenziali (risparmio pubblico, saldo netto da finanziare, avanzo primario, ricorso al mercato) e le voci delle componenti delle entrate e delle spese, sia in termini di competenza, sia in termini di cassa.

Il **livello massimo del saldo netto da finanziare** costituisce il **principale riferimento contabile per la programmazione economica** vigente. Il saldo netto da finanziare è il risultato della differenza tra le entrate finali (i primi tre titoli delle entrate) e le spese finali (i primi due titoli delle spese) e corrisponde sostanzialmente alla somma di indebitamento netto e saldo delle "partite finanziarie". Tale livello massimo di saldo non può essere modificato nel corso dell'esame parlamentare e dunque se dovessero essere introdotte delle nuove norme onerose, le stesse dovranno recare le corrispondenti risorse a compensazione.

L'**articolo 1** del disegno di legge di bilancio 2025 individua i risultati differenziali del bilancio dello Stato. In particolare, il **saldo netto da finanziare** previsto dal disegno di legge di bilancio 2025 si attesta a circa

187,3 miliardi nel 2025, 163 miliardi nel 2026 e 143,2 miliardi nel 2027, con un peggioramento rispetto agli andamenti tendenziali di circa 8,2 miliardi nel 2025, di 19,5 miliardi nel 2026 e di 31,3 miliardi nel 2027.

Le principali aree di spesa del **bilancio dello Stato**, come risultanti dal disegno di legge in esame, risultano organizzate in **34 missioni e 178 programmi**. Le missioni rappresentano le funzioni principali e gli obiettivi strategici (a cui possono contribuire più amministrazioni); i programmi, ciascuno dei quali affidato ad un unico centro di responsabilità amministrativa, costituiscono le unità di voto parlamentare e rappresentano aggregati diretti alla realizzazione di politiche. I programmi di spesa sono suddivisi in azioni. Le azioni del disegno di legge di bilancio 2025-2027 sono 724, ovvero 579 al netto di quelle che rappresentano le spese per il personale del programma.

Le risorse del disegno di legge di bilancio da stanziare - in considerazione del livello del saldo netto da finanziare - possono essere analizzate in relazione alle singole misure previste dagli articoli del disegno di legge, incidenti sulle entrate o sulle spese (al netto delle spese per il rimborso del debito e dei fondi da ripartire).

Per quanto attiene alle maggiori **entrate**, si stimano i seguenti effetti derivanti da:

- la revisione della disciplina sulla **deduzione delle quote delle svalutazioni e perdite su crediti** e dell'avviamento correlate alla disciplina di trasformazione delle attività per imposte anticipate “**DTA**” (circa 3,6 miliardi nel biennio 2025-2026, *si veda, in particolare, l'art. 3*);
- la modifica della **disciplina del versamento dell'imposta di bollo per i contratti di assicurazione sulla vita** (0,97 miliardi nel 2025, 0,4 miliardi nel 2026 e 0,38 miliardi nel 2027, *si veda, in particolare, l'art. 11*);
- la **rideterminazione del valore di terreni e partecipazioni** (0,7 miliardi nel 2025, 0,75 miliardi nel 2026 e 0,8 miliardi nel 2027, *si veda, in particolare, l'art. 5*);
- la **lotta all'evasione fiscale**, tramite misure in materia di pagamenti elettronici e di interoperabilità delle banche dati e di tracciabilità delle spese (circa 1,2 miliardi nel triennio di riferimento, *si veda, in particolare, l'art. 9*);
- **gli effetti di retroazione derivanti dalla manovra** di bilancio, con riferimento alla riduzione del carico fiscale e alle misure a favore delle famiglie, da cui si stima una ricaduta positiva in termini di maggiori entrate pari a circa 1,6 miliardi per il 2025, 1,1 miliardi per il 2026, 2,2

per il 2027 (Relazione tecnica al disegno di legge di bilancio 2025, Tomo I, pag. 351).

In particolare, il disegno di legge di bilancio prevede:

- la **riduzione della pressione fiscale** e ad altre misure in materia di **sostegno ai redditi**, lotta all’evasione, contratti di assicurazione, giochi, lavoratori frontalieri (titolo II, articoli da 2 a 15);

Si rendono strutturali sia la riforma delle aliquote IRPEF e sia gli effetti di riduzione del cuneo fiscale a favore dei lavoratori dipendenti.

- il **sostegno al potere d’acquisto delle famiglie** mediante la Carta «Dedicata a te» a favore degli indigenti e altre misure come quelle per gli acquisti di beni di prima necessità e gli interventi sui mutui per la prima casa (titolo III, articoli da 16 a 17);

Sono rifinanziati i suddetti fondi: il Fondo per l’acquisto dei beni alimentari di prima necessità – carta “Dedicata a te”, il Fondo per la distribuzione di derrate alimentari alle persone indigenti, il Fondo di garanzia per la prima casa, il fondo per le non autosufficienze e il Fondo per le politiche in favore delle persone con disabilità.

- **interventi sui contratti dei dipendenti pubblici** in base a nuove disposizioni sul trattamento accessorio, sul rifinanziamento del fondo per la contrattazione collettiva nazionale per il personale pubblico, quelle per il personale della giustizia, sulla capacità amministrativa dell’Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, sull’indennità di servizio zone disagiate (titolo IV, articoli da 18 a 22);

Si autorizzano le risorse per i rinnovi contrattuali 2025-2027 del personale delle Amministrazioni centrali dello Stato e si istituisce un fondo per i rinnovi contrattuali per il periodo 2028-2030.

- **misure in materia di lavoro** (come quelle sul trattenimento in servizio e la flessibilità in uscita), **previdenza sociale** (pensioni minime, perequazione automatica dei trattamenti pensionistici dei residenti all’estero, la previdenza complementare, i trattamenti di disoccupazione in favore dei lavoratori rimpatriati, ammortizzatori sociali e di formazione per l’attuazione del programma Garanzia Occupabilità Lavoratori), **famiglia** (sostegno della genitorialità “Bonus nuove nascite”, disposizioni sull’Assegno unico per la richiesta del bonus nido e per il supporto al pagamento delle rette degli asili nido, misure in materia di congedi parentali e di decontribuzione lavoratrici madri) e **formazione delle donne vittime di violenza**, di cui al titolo V (articoli da 23 a 36);

Per fronteggiare il divario nell’occupazione e favorire lo sviluppo dell’attività imprenditoriale nelle aree svantaggiate, si istituisce un apposito fondo di bilancio (circa 9,1 miliardi per il periodo 2025-2029). Si dispone, tra

l'altro, un contributo *una tantum* di mille euro per ogni figlio nato o adottato da gennaio 2025 a condizione che il nucleo familiare di appartenenza del genitore richiedente presenti un valore ISEE non superiore a 40.000 euro annui. È istituito dal 2025 un fondo per il parziale esonero contributivo della quota dei contributi previdenziali, a carico del lavoratore, per le lavoratrici dipendenti e autonome madri di due o più figli secondo specifiche condizioni. È previsto il potenziamento dei congedi parentali e del bonus relativo al pagamento delle rette per asili nido, con l'esclusione dalla soglia ISEE utile ai fini dell'accesso al beneficio. Si estende anche per le annualità 2025 e 2026 l'aumento delle pensioni di importo pari o inferiore al trattamento minimo INPS. Sono prorogate al 2025 "Quota 103" e l'"Ape sociale" con riferimento ad alcune fattispecie e si estende l'ammissione al beneficio "Opzione donna".

- **interventi in materia di disabilità e non autosufficienza** (come quelle relative ai cani di assistenza e sulla sperimentazione della riforma sulla disabilità), **politiche sociali per la lotta alle droghe e alle dipendenze** (si segnalano, in particolare, l'istituzione del Fondo nazionale per la prevenzione, il monitoraggio e il contrasto del diffondersi delle dipendenze comportamentali tra le giovani generazioni, l'istituzione del Fondo per gli accertamenti medico-legali e tossicologico-forensi e le disposizioni sul Sistema nazionale di allerta rapida - NEWS-D) e **sport** (disposizioni in materia di finanziamento sportivo, potenziamento del movimento sportivo italiano, Paralimpiadi Milano-Cortina 2026 e concessione di contributi in conto interessi dell'Istituto per il credito sportivo e culturale) di cui al titolo VI (articoli da 37 a 46);
- disposizioni sulle **politiche della sanità** con misure sul rifinanziamento del servizio sanitario nazionale, i limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati, innovatività dei farmaci, l'aggiornamento delle tariffe per la remunerazione di alcune prestazioni, l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, il Piano pandemico 2025-2029, l'acquisto di dispositivi medici utili alla riduzione delle liste d'attesa per il trapianto di organi e tessuti, la dematerializzazione delle ricette mediche, accordi bilaterali fra le regioni per la mobilità sanitaria, l'indennità del personale operante nei servizi di pronto soccorso, aziende della filiera farmaceutica, l'incremento delle risorse per le cure palliative, disposizioni per i medici in formazione specialistica, la presenza negli istituti penitenziari di professionalità psicologiche esperte, l'indennità di specificità, la premialità delle liste di attesa, le comunità terapeutiche in regime di mobilità interregionale, le patologie da dipendenze, di cui al titolo VII (articoli da 47 a 66);

Si incrementa, tra le altre misure, il finanziamento del servizio sanitario nazionale per un importo di 1,3 miliardi di euro nel 2025, 5,1 miliardi di euro

nel 2026, 5,8 miliardi di euro nel 2027, 6,7 miliardi nel 2028, 7,7 miliardi nel 2029 e 8,9 miliardi a decorrere dal 2030.

- misure in **materia di crescita, infrastrutture e investimenti** (interventi in materia di premi di produttività, *welfare* aziendale, agevolazioni fiscali lavoro notturno e straordinari nei giorni festivi, maggiorazione del costo ammesso in deduzione in presenza di nuove assunzioni, Piano Casa Italia, incentivi per il rilancio occupazionale ed economico, quotazione delle piccole e medie imprese, riversamento del credito di imposta in ricerca e sviluppo, sostegno agli investimenti produttivi delle micro, piccole e medie imprese cosiddetta “Nuova Sabatini”, banda ultra larga, credito d’imposta ZES, esigenze connesse allo svolgimento del Giubileo della Chiesa cattolica per il 2025, sostegno al settore turistico e operatività della società Autostrade dello Stato) di cui al titolo VIII (articoli da 67 a 80);

Tra le numerose misure si autorizzano risorse destinate a finanziare l’attribuzione di un credito di imposta per le imprese che effettuano l’acquisizione dei beni strumentali destinati a strutture produttive ubicate nel Mezzogiorno e si incrementa la dotazione della “Nuova Sabatini”.

- disposizioni in materia di **agricoltura** per il sostegno agli investimenti nel Mezzogiorno, la ricerca nel settore dell’agricoltura e della zootecnia, determinazione delle aree prealpine di collina, pedemontane e della pianura non irrigua e in materia di terreni agricoli, di cui al titolo IX (articoli da 81 a 83);
- interventi in **materia di istruzione, università, ricerca e cultura**, come le nuove disposizioni sulla “Carta del docente”, sulla sostenibilità delle attività dei centri nazionali, i partenariati estesi e le iniziative di ricerca in ambito sanitario e assistenziale, le misure rivolte in particolare ai beni culturali, allo spettacolo dal vivo e alla creatività contemporanea, di cui al titolo X (articoli da 84 a 89);
- **politiche per la difesa la sicurezza nazionale e gli affari esteri** con misure come quelle sul personale delle Forze armate impiegato per le operazioni Strade sicure e Stazioni sicure 2025 e 2026-2027 ed il Rifinanziamento del NATO *Innovation Fund*, di cui al titolo XI (articoli da 90 a 91);
- misure in **materia di calamità naturali ed emergenze** (si segnala, in particolare l’istituzione del Fondo per la ricostruzione, le disposizioni sulle esigenze connesse alla ricostruzione e quelle sulla crisi idrica) di cui al titolo XII (articoli da 92 a 94);

Si rifinanzia il fondo per le emergenze nazionali (0,5 miliardi nel 2025 e 0,2 miliardi dal 2026) e si prevede l’istituzione di un fondo per il finanziamento degli interventi di ricostruzione.

- disposizioni concernenti i **rapporti finanziari con gli enti territoriali**, in relazione alle autonomie speciali, alla disciplina dell'addizionale regionale e comunale, al finanziamento del trasporto pubblico locale, al Fondo di solidarietà comunale, all'istituzione di un Fondo per l'assistenza ai minori, al contributo per le funzioni fondamentali di province e città metropolitane, all'abrogazione del sistema di tesoreria unica mista e al contributo alla finanza pubblica da parte degli enti territoriali (titolo XIII, articoli da 95 a 104);

È previsto l'incremento del Fondo di solidarietà comunale e del Fondo per il trasporto pubblico locale.

- disposizioni finanziarie di **revisione della spesa** con particolare riferimento alle materie della giustizia, del personale pubblico, degli organi amministrativi di enti, del potenziamento dei controlli di finanza pubblica, del contributo alla finanza pubblica da parte di società pubbliche e da parte di enti pubblici non economici, dei piani di *stock option*, dell'efficientamento del fondo per la prevenzione del fenomeno dell'usura, di assegnazione agli organi dell'Amministrazione finanziaria dei beni confiscati, di *Tax credit* cinema, di misure di revisione della spesa e attuazione della riforma 1.13 del PNRR "*spending review*", di rifinanziamento di interventi in materia di investimenti e infrastrutture, del Fondo per il finanziamento dei provvedimenti legislativi, delle disposizioni sui Fondi per la tutela del rispetto degli obiettivi programmatici di finanza pubblica, del Fondo per l'immigrazione, delle misure per le Regioni a statuto speciale e le Province autonome di cui al titolo XIV (articoli da 105 a 124);

Si prevede – secondo quanto riportato nella Relazione illustrativa al disegno di legge di bilancio 2025 (Tomo I, pag. 10) - una riduzione e razionalizzazione della spesa dei Ministeri (5,2 miliardi nel 2025, 4 miliardi nel 2026, 3,5 miliardi nel 2027).

In estrema sintesi, le principali **voci di spesa** del disegno di legge di bilancio possono essere descritte come segue:

- politiche di **previdenza, assistenza** e ad **altre forme di sostegno**: 208,9 miliardi (pari a 23,4 per cento degli stanziamenti totali), che finanzieranno prevalentemente la proroga della riforma Irpef, altre misure di riduzione del carico fiscale sul lavoro, politiche per la famiglia e spesa sociale, le pensioni, le politiche del lavoro e il sostegno alle imprese;
- politiche relative alla **salute** e **all'istruzione**: 160,1 miliardi (17,9 per cento);
- **affari economici**: circa 138,3 miliardi (15,5 per cento), finalizzati tra l'altro al rinnovo contratti di Stato;

- **servizi istituzionali e generali:** 125,9 miliardi (14,1 per cento);
- **servizi pubblici generali:** 87,4 miliardi (9,8 per cento), in buona parte destinati alla missione “Difesa e sicurezza del territorio” (30,8 miliardi) e alla partecipazione italiana alle politiche di bilancio in ambito UE (26,1 miliardi);
- **spesa per interessi:** 106,3 miliardi (11,9 per cento);
- **Contributo Enti territoriali alla finanza pubblica:** 59,9 miliardi, al netto di quelli per la spesa sanitaria che sono considerati nella categoria Salute e Istruzione (6,7 per cento);
- **cultura, ambiente e qualità della vita:** circa 7 miliardi (0,8 per cento).

• Le due sezioni della legge di bilancio

La prima sezione della legge di bilancio

Dopo la riforma operata nel 2016, la legge di bilancio risulta costituita da un **provvedimento unico**, articolato in **due sezioni**.

La **prima sezione** (che assorbe in gran parte i contenuti della ex legge di stabilità) reca esclusivamente le **misure normative** tese a realizzare gli obiettivi di finanza pubblica indicati nei documenti programmatici di bilancio, Documento di Economia e Finanza (DEF) e la relativa Nota di aggiornamento (NADEF). La **seconda sezione** (che assolve, nella sostanza, le funzioni dell'ex disegno di legge di bilancio) è dedicata alle previsioni di entrata e di spesa, formate sulla base del criterio della legislazione vigente, e reca le proposte di **rimodulazioni e di variazioni** della **legislazione di spesa** che non necessitano di innovazioni normative.

L'articolo 21, comma 1-ter, della legge n. 196 del 2009, pone **precisi limiti al contenuto** della **prima sezione** del disegno di legge di bilancio. In estrema sintesi, la prima sezione contiene esclusivamente:

- la determinazione del livello massimo dei saldi del bilancio dello Stato per il triennio di riferimento,
- le norme in materia di entrata e di spesa che determinano effetti finanziari, con decorrenza nel triennio, attraverso la modifica, la soppressione o l'integrazione dei parametri che regolano l'evoluzione delle entrate e della spesa previsti dalla normativa vigente o delle sottostanti autorizzazioni legislative ovvero attraverso nuovi interventi;
- le norme volte a rafforzare il contrasto e la prevenzione dell'evasione fiscale e contributiva o a stimolare l'adempimento spontaneo degli obblighi fiscali e contributivi;
- l'importo complessivo massimo destinato al rinnovo dei contratti del pubblico impiego nel triennio;

- le norme eventualmente necessarie a garantire il concorso degli enti territoriali agli obiettivi di finanza pubblica.

In ogni caso, la prima sezione non deve contenere norme di delega, di carattere ordinamentale o organizzatorio, né interventi di natura localistica o microsettoriale ovvero norme che dispongono la variazione diretta delle previsioni di entrata o di spesa contenute nella seconda sezione del medesimo disegno di legge.

La seconda sezione della legge di bilancio

La parte contabile della legge di bilancio, recata dalla **Sezione II** del provvedimento, contiene il bilancio a legislazione vigente e le **variazioni** della legislazione vigente di spesa **non determinate da innovazioni normative** (art. 21, comma 1-*sexies*, legge n. 196/2009).

La parte contabile del bilancio contenuta nella **Sezione II** è venuta ad assumere, a seguito della riforma del 2016, un **contenuto sostanziale** potendo incidere direttamente, attraverso le rimodulazioni ovvero rifinanziamenti, definanziamenti o riprogrammazioni degli stanziamenti relativi a leggi di spesa vigenti.

Le variazioni degli stanziamenti relativi a leggi di spesa vigenti compongono, dunque, insieme alle innovazioni legislative introdotte con la Sezione I, il **complesso della manovra** di finanza pubblica.

Le previsioni contenute nella Sezione II:

- sono **formate** sulla base della **legislazione vigente**, la quale **include** sia l'aggiornamento delle previsioni di spesa per oneri inderogabili e per fabbisogno sia le **rimodulazioni compensative**, che possono interessare anche i fattori legislativi, proposte dalle amministrazioni in sede di formazione del bilancio,
- **evidenziano** per ciascuna unità di voto, le proposte relative a **rifinanziamenti, definanziamenti e riprogrammazioni** degli stanziamenti relativi a **leggi di spesa vigenti**;
- riportano, per ciascuna unità di voto, anche gli **effetti** delle **variazioni** derivanti dalle disposizioni contenute nella **Sezione I**. In tal modo, la Sezione II fornisce, per ciascuna unità di voto, **previsioni c.d. "integrate"** con gli effetti della manovra.

Le unità di voto parlamentare e la classificazione delle spese

Ai sensi dell'articolo 25 della legge di contabilità, la classificazione delle voci di spesa si articola su tre livelli:

- a) le **missioni**, che rappresentano le funzioni principali e gli obiettivi strategici della spesa;
- b) i **programmi**, che **costituiscono le unità di voto parlamentare**, e rappresentano aggregati di spesa con finalità omogenea diretti al perseguimento degli obiettivi stabiliti nell'ambito delle missioni;

c) le **unità elementari di bilancio**, che rappresentano le unità di gestione e rendicontazione – attualmente i **capitoli** - eventualmente ripartite in piani di gestione.

Con il D.Lgs. n. 90/2016 sono state **introdotte** nel bilancio dello Stato le **azioni**, quali ulteriore articolazione dei programmi, volte a specificare ulteriormente la finalità della spesa. Al momento, esse rivestono carattere **meramente conoscitivo**, ad integrazione della classificazione per capitoli.

Le azioni complessive del bilancio dello Stato sono rappresentate in un **prospetto** dell'atto deliberativo, collocato dopo i quadri generali riassuntivi, che riporta il bilancio per Missione, Programma e Azione nella sua interezza.

Costituiscono oggetto di approvazione parlamentare le previsioni relative all'anno cui il bilancio si riferisce, sia quelle relative al secondo e terzo anno del bilancio triennale. **Soltanto le previsioni del primo anno** costituiscono, tuttavia, limite alle **autorizzazioni di impegno e pagamento**.

Nell'ambito di ciascuna **unità di voto** (programma), le **spese** sono **classificate** a seconda della **natura autorizzatoria di spesa** sottostante in:

- **oneri inderogabili**, ossia spese vincolate a particolari meccanismi o parametri che ne regolano l'evoluzione, determinati sia da leggi sia da altri atti normativi, tra cui rientrano le cosiddette **spese obbligatorie** (vale a dire, le spese relative al pagamento di stipendi, assegni, pensioni, le spese per interessi passivi, quelle derivanti da obblighi comunitari e internazionali, le spese per ammortamento di mutui, nonché quelle così identificate per espressa disposizione normativa);
- **fattori legislativi**, ossia spese autorizzate da espressa disposizione legislativa che ne determina l'importo, considerato quale limite massimo di spesa, e il periodo di iscrizione in bilancio;
- **spese di adeguamento al fabbisogno**, ossia spese diverse dagli oneri inderogabili e dai fattori legislativi, quantificate tenendo conto delle esigenze delle amministrazioni.

A tale classificazione si collega il diverso grado di flessibilità e di manovrabilità della spesa stessa, ai fini dell'applicazione della disciplina della **flessibilità del bilancio** (*cfr. paragrafo seguente*).

La quota delle spese per oneri inderogabili, fattore legislativo e adeguamento al fabbisogno è indicata in appositi **allegati** agli stati di previsione della spesa.

La flessibilità degli stanziamenti di bilancio da fattore legislativo

La c.d. **flessibilità** di bilancio consente alle amministrazioni di incidere sugli stanziamenti di spesa relativi ai **fattori legislativi** – determinati cioè da norme di legge - al fine di modularne le risorse secondo le necessità connesse al raggiungimento degli obiettivi di spesa.

L'articolo 23, comma 3, della legge n. 196 consente, nella **Sezione II**, per **motivate esigenze** e nel rispetto dei saldi programmati di finanza pubblica:

a) la **rimodulazione in via compensativa** tra le dotazioni di spesa relative a **fattori legislativi all'interno di ciascuno stato di previsione**, anche tra

missioni diverse, fermo restando la preclusione dell'utilizzo degli stanziamenti di conto capitale per finanziare spese correnti (*c.d. rimodulazione verticale*).

È consentita altresì la rimodulazione delle **quote annuali** delle autorizzazioni **pluriennali di spesa in conto capitale**, nel rispetto del vincolo finanziario complessivo, per l'adeguamento delle dotazioni finanziarie al Cronoprogramma dei pagamenti (ai sensi dell'art. 30, co. 2, della legge n. 196): in questo caso, le rimodulazioni coinvolgono **una singola autorizzazione di spesa** e trovano compensazione nell'ambito del periodo pluriennale di riferimento (*c.d. rimodulazione orizzontale*). Per le autorizzazioni pluriennali di spesa in conto capitale è inoltre prevista la **reiscrizione** nella competenza degli esercizi successivi delle **somme non impegnate** alla chiusura dell'esercizio. Tale facoltà è concessa per una sola volta per le medesime risorse;

b) il **rifinanziamento, definanziamento e riprogrammazione** delle dotazioni finanziarie di spesa di parte corrente e in conto capitale delle **leggi di spesa vigenti**, per un periodo temporale anche pluriennale. Tali variazioni di autorizzazioni legislative di spesa, in quanto non compensative, concorrono alla manovra di finanza pubblica.

È prevista esplicita **evidenza contabile** delle variazioni relative ai fattori legislativi di spesa, in **appositi allegati conoscitivi** agli stati di previsione della spesa, che vengono aggiornati anche all'atto del passaggio dell'esame del provvedimento tra i due rami del Parlamento.

La struttura degli stati di previsione della spesa

La Sezione II del disegno di legge di bilancio è costituita dallo stato di previsione dell'entrata e dagli stati di previsione della spesa relativi ai singoli Ministeri (**Tomo III** del disegno di legge).

Il **deliberativo** di ciascuno **stato di previsione della spesa** espone gli stanziamenti dei programmi di spesa del Ministero, che costituiscono l'unità di voto parlamentare, con i seguenti **Allegati**:

- **Rimodulazioni** compensative **verticali** di spese per fattori legislativi e per adeguamento al piano finanziario dei pagamenti (art.23 c.3, lett.a);
- **Rimodulazioni** compensative **orizzontali** di spese per adeguamento al piano finanziario dei pagamenti (art.23 c.3, lett.a) e art. 30, co. 2, lett. a);
- **Rifinanziamenti, definanziamenti e riprogrammazioni** previste a legislazione vigente (art.23 c.3, lett.b);
- Dettaglio, per unità di voto, delle **spese** per oneri inderogabili, fattore legislativo e adeguamento al fabbisogno (art. 21, c.4);
- **Reiscrizione somme non impegnate** (art. 30 c.2).

Ogni stato di previsione della spesa presenta la **nota integrativa**, che contiene gli *elementi informativi* dei programmi, con riferimento alle azioni sottostanti, alle risorse finanziarie ad esso destinate per il triennio, e le norme autorizzatorie che lo finanziano.

Agli stati di previsione della spesa dei singoli Ministeri sono allegati, secondo le rispettive competenze, degli **elenchi degli enti cui lo Stato contribuisce** in via ordinaria.

L'articolo 21, comma 14, della legge di contabilità dispone l'**approvazione** con **distinti articoli** di ciascuno stato di previsione dell'entrata e della spesa.

**LA PRIMA SEZIONE -
Schede di lettura**

Articolo 16

(Misure per il sostegno degli indigenti e per gli acquisti di beni di prima necessità – Carta «Dedicata a te»)

L'articolo 16 dispone l'incremento di 50 milioni con decorrenza dal 2025 della dotazione del fondo per la distribuzione di derrate alimentari alle persone indigenti. Dispone poi l'incremento di 500 milioni per il 2025 della dotazione del Fondo per l'acquisto di beni alimentari di prima necessità, da ripartire secondo le modalità individuate da uno specifico decreto interministeriale. Di tali risorse, una quota pari a 2,3 milioni per il 2025 sono destinate ad incrementare l'autorizzazione di spesa di cui comma 451-bis, art. 1, della legge di Bilancio 2023.

L'articolo 16 comporta un impatto finanziario complessivo in termini di maggiori spese di 50 milioni dal 2025, per il Fondo distribuzione derrate alimentari alle persone indigenti, e di 500 milioni di euro per il solo 2025 del Fondo per l'acquisto dei beni alimentari di prima necessità.

L'articolo 16 prevede misure per il sostegno dei soggetti in condizioni di disagio economico e di indigenza, al fine di proseguire l'attuazione delle politiche di contrasto alla privazione economico-sociale.

Per tale finalità, si prevede in particolare:

- a decorrere dall'anno 2025, un incremento di 50 milioni di euro annui della dotazione del Fondo per la distribuzione di derrate alimentari alle persone indigenti, di cui all'articolo 58 del [D.L. n. 83 del 2012](#)¹ (L. n. 134 del 2012), istituito presso l'Agenzia per le erogazioni in agricoltura (AGEA), finalizzato all'erogazione ed il finanziamento dei programmi nazionali di distribuzione di derrate alimentari alle persone indigenti, mediante organizzazioni caritative, conformemente al programma annuale di distribuzione ed alle modalità previste dalla citata normativa vigente di cui alla D.L. 83/2012 (comma 1);

In proposito si ricorda che il predetto Fondo nazionale indigenti è stato istituito con l'articolo 58, del D.L. n. 83 del 2012 (L. n. 134/2012) presso l'[Agenzia per le erogazioni in agricoltura - AGEA](#), con risorse allocate nello stato di previsione del MASAF (cap. 1526). Dal decreto di ripartizione in capitoli del bilancio dello Stato 2024-2026, in tale capitolo

¹ *Misure urgenti per la crescita del Paese.*

risultano iscritte risorse per complessivi 54,9 milioni di euro nel 2024. Qui [l'approfondimento sulle risorse del Fondo](#). Anche per tale Fondo, i commi 2-6, art. 1, della legge di Bilancio 2024 (L. n. 213/2013) hanno previsto un incremento di 50 milioni di euro per l'anno 2024.

- per il 2025, l'**incremento di 500 milioni di euro** della dotazione del **Fondo per l'acquisto dei beni di prima necessità** istituito dal comma 450, art. 1, della [Legge n. 197 del 2022](#) (legge di Bilancio 2023) nello stato di previsione del MASAF, destinato all'acquisto di beni alimentari di prima necessità da parte dei soggetti che presentano un ISEE non superiore a 15.000 euro, da fruire mediante apposito sistema abilitante tramite uno strumento di pagamento denominato Carta "Dedicata a Te". Quanto all'attuazione, si prevede che, con decreto del Ministro dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste (MASAF), di concerto con il Ministro delle imprese e del *made in Italy*, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali ed il Ministro dell'economia e delle finanze, si provveda alla ripartizione delle risorse, nonché all'individuazione dei termini e delle modalità di erogazione (**comma 2**).

In proposito va ricordato che il citato comma 450 della LB 2023 ha dotato detto Fondo per l'acquisto dei beni di prima necessità di un ammontare di 500 milioni di euro per il 2023, demandando la definizione del sistema abilitante ad un decreto MASAF – MEF, per stabilire i seguenti requisiti;

- a) i **criteri** e le **modalità di individuazione dei titolari del beneficio**, tenendo conto dell'età dei cittadini, dei trattamenti pensionistici e di altre forme di sussidi e trasferimenti già ricevuti dallo Stato, della situazione economica del nucleo familiare, dei redditi conseguiti, nonché di eventuali ulteriori elementi atti a escludere soggetti non in stato di effettivo bisogno;
- b) l'**ammontare del beneficio** unitario;
- c) le **modalità** e i **limiti di utilizzo del fondo** e di fruizione del beneficio, da erogare sulla base di procedure di competenza dei Comuni di residenza;
- d) le modalità e le **condizioni di accreditamento degli esercizi commerciali** che aderiscono a Piani di contenimento dei costi dei generi alimentari di prima necessità.

Al riguardo, il [decreto MASAF 18 aprile 2023](#) ha definito i criteri per l'individuazione dei nuclei familiari in stato di bisogno, beneficiari del contributo economico previsto dal sopra richiamato complesso di

norme della legge di Bilancio per il 2023² per la cd. “Social card” istituita dal MASAF per l’acquisto di beni di prima necessità. In base al citato decreto, il numero complessivo di carte assegnabili era pari a 1.300.000 unità, con un contributo entro il limite pro-capite di circa 76 euro (v. *box*).

Successivamente, l’articolo 2, commi 1-3 del DL 131/2023 (cd. Energia) ha disposto il riconoscimento di un ulteriore contributo di complessivi 100 milioni ai beneficiari della cd. *Social Card*, come misura di sostegno al potere d’acquisto dei nuclei familiari meno abbienti, anche a seguito dell’incremento del costo del carburante, portando la dotazione iniziale del Fondo da 500 a 600 milioni di euro.

- viene infine rifinanziata, per un ammontare di **2,3 milioni di euro per il 2025** a valere sulle risorse del medesimo Fondo per l’acquisto dei beni di prima necessità, l’autorizzazione di spesa di cui comma 451-*bis*, art. 1, della legge di Bilancio 2023 (L. n. 197 del 2022) (v. *box*) (**comma 3**).

Come indicato dalla relazione illustrativa ciò è necessario al fine di consentire al MASAF di continuare ad avvalersi delle procedure previste dall’articolo 58, comma 6, del [decreto-legge n. 104 del 2020](#) (L. n. 126 del 2020)³.

• *La Carta Dedicata a Te*

Il contributo per l’acquisto dei beni alimentari di prima necessità, previsto dalla legge di Bilancio 2023 (articolo 1, co. 450-451-*bis*, Legge n. 197/2022,

² Si tratta in particolare delle modalità di individuazione dei titolari del beneficio, tenendo conto dell’età dei cittadini, dei trattamenti pensionistici e di altre forme di sussidi e trasferimenti già ricevuti dallo Stato, della situazione economica del nucleo familiare, dei redditi conseguiti, nonché di eventuali ulteriori elementi atti a escludere soggetti non in stato di effettivo bisogno. Il decreto ha poi definito l’ammontare del beneficio unitario, le modalità e i limiti di utilizzo del fondo e di fruizione del beneficio, da erogare sulla base di procedure di competenza dei Comuni di residenza e le modalità e le condizioni di accreditamento degli esercizi commerciali che aderiscono a Piani di contenimento dei costi dei generi alimentari di prima necessità.

³ Il comma 6 dell’articolo 58 del DL. 104/2020 che ha *introdotto misure urgenti per il sostegno ed il rilancio dell’economia*, con specifico riferimento al Fondo per la filiera della ristorazione, ha previsto la possibilità per il Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali di stipulare, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, per l’erogazione del contributo in esame, apposite convenzioni con concessionari di servizi pubblici che risultino dotati di una rete di sportelli capillare su tutto il territorio nazionale; abbiano disponibilità di piattaforme tecnologiche e infrastrutture logistiche integrate; abbiano l’identificazione come *Identity Provider* e la qualifica di *Certification Authority* accreditata dall’Agenzia per l’Italia digitale; possano vantare un’esperienza pluriennale nella ricezione, digitalizzazione e gestione delle istanze e dichiarazioni alla pubblica amministrazione e nei servizi finanziari di pagamento. Ciò al fine di permettere ai beneficiari convenzionati di accedere alla piattaforma digitale denominata “**piattaforma della ristorazione**”, presso gli sportelli del concessionario convenzionato.

come modificata dal D.L. n. 13/2023 - L. n. 41/2023) è attuato mediante un **trasferimento in danaro pari a 382,50 euro per nucleo familiare**, erogabile tramite carte elettroniche di pagamento, prepagate e ricaricabili, messe a disposizione da Poste Italiane per il tramite della società controllata Postepay (“Carta Dedicata a Te”). Le stesse carte elettroniche sono consegnate agli aventi diritto presso gli uffici postali abilitati al servizio, per spese relative ai **solli beni di prima necessità**, con esclusione di qualsiasi tipologia di bevanda alcolica, presso tutti gli esercizi commerciali convenzionati che vendono generi alimentari.

I beneficiari del contributo sono i cittadini appartenenti ai nuclei familiari, residenti nel territorio italiano, aventi specifici requisiti, tra cui:

- iscrizione di tutti i componenti del nucleo familiare all’Anagrafe della popolazione residente (Anagrafe comunale);
- titolarità di una certificazione ISEE ordinario, in corso di validità, con indicatore non superiore ai 15.000 euro annui.

In taluni specifici casi il contributo non è cumulabile, come ad esempio per i nuclei familiari che alla data di entrata in vigore del decreto di attuazione ([decreto MASAF 18 aprile 2023](#)) avessero incluso titolari di: a) Reddito di cittadinanza; b) Reddito di inclusione o qualsiasi altra misura di inclusione sociale o sostegno alla povertà. Viene precluso inoltre ai nuclei familiari nei quali almeno un componente sia percettore della Nuova assicurazione sociale per l’impiego (NASPI) e dell’Indennità mensile di disoccupazione per i collaboratori (DIS-COLL); o dell’Indennità di mobilità e dei Fondi di solidarietà per l’integrazione del reddito; ovvero di Cassa integrazione guadagni-CIG o di qualsivoglia differente forma di integrazione salariale, o di sostegno nel caso di disoccupazione involontaria, erogata dallo Stato.

L’individuazione dei beneficiari è operata dall’INPS che inviano ai comuni l’elenco dei beneficiari del contributo, nei limiti delle carte loro assegnate di cui all’allegato 2, individuati tra i nuclei familiari residenti sul proprio territorio, secondo i seguenti criteri di priorità decrescente:

1. nuclei familiari, composti da non meno di tre componenti, di cui almeno uno nato entro il 31 dicembre 2009, priorità è data ai nuclei con indicatore ISEE più basso;
2. nuclei familiari, composti da non meno di tre componenti, di cui almeno uno nato entro il 31 dicembre 2005, priorità è data ai nuclei con indicatore ISEE più basso;
3. nuclei familiari composti da non meno di tre componenti, priorità è data ai nuclei con indicatore ISEE più basso;

Il numero complessivo delle carte assegnabili è pari a 1.300.000, con carattere nominativo e operatività a partire dal mese di luglio 2023. Le carte sono ritirate dai beneficiari dei contributi presso gli uffici postali abilitati al servizio e non sono fruibili, con decadenza del beneficio, se non sia stato effettuato il primo pagamento entro il 15 settembre 2023.

L’assegnazione del numero delle carte per ciascun comune è effettuata in base ai seguenti criteri:

- una quota pari al 50% del numero totale di carte, è ripartita in proporzione alla popolazione residente in ciascun comune;

- una quota pari al restante 50%, è distribuita in base alla distanza tra il valore del reddito pro capite medio di ciascun comune ed il valore del reddito pro capite medio nazionale, ponderata per la rispettiva popolazione.

Il comma della citata legge n. 197/2022 (legge di bilancio 2023) prevede peraltro che, laddove mediante il decreto di cui al citato 451 venga individuato quale sistema per l'erogazione del contributo l'utilizzo di tessere nominative prepagate, la **distribuzione** delle stesse possa essere affidata al **gestore del servizio postale universale** sulla base di apposita convenzione.

In merito alle ulteriori politiche per il **contrasto della povertà**, si segnala che, negli ultimi anni, è proseguito il percorso di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e il contemporaneo processo di rafforzamento dei servizi sociali.

Più recentemente, la legge di bilancio 2023 (art. 1, commi 434 e 435, della legge n. 197 del 2022) ha istituito il Fondo per il Reddito alimentare, con una dotazione pari a 1,5 milioni di euro per il 2023 e 2 milioni di euro a decorrere dal 2024, finalizzato all'erogazione di pacchi alimentari, realizzati con l'inventario della distribuzione, da distribuire nelle città metropolitane ai soggetti in condizioni di povertà assoluta.

Per le modalità di attuazione delle misura sperimentale (triennale) è stato adottato il [Decreto n. 78 del 26 maggio 2023](#) che ne stabilisce i presupposti e la destinazione delle risorse finanziarie, integrative di quelle già previste dal [Programma Nazionale "Inclusione e lotta alla povertà 2021-2027"](#). La sperimentazione, che verrà attuata presso alcuni comuni capoluogo di città metropolitana individuati in Conferenza Unificata, prevede che i prodotti invenduti dei negozi - perché non idonei alla vendita a causa di confezioni rovinate o prossime alla scadenza - siano distribuiti gratuitamente sotto forma di pacchi alimentari, anche attraverso gli enti del Terzo Settore. Questa misura si affianca alle altre iniziative di distribuzione di beni alimentari per contrastare l'indigenza grave, quali il Fondo nazionale presso il Ministero dell'Agricoltura, della Sovranità Alimentare e delle Foreste, il [Programma PO I FEAD](#) per il periodo 2014-2020 e il nuovo PN Inclusione e lotta alla povertà 2021-2027.

Articolo 31 **(Assegno una tantum per nuove nascite o nuove adozioni)**

L'**articolo 31** introduce **un assegno una tantum, pari a 1.000 euro, per ogni figlio nato o adottato a decorrere dal 1° gennaio 2025**; il beneficio è riconosciuto dall'INPS su domanda; esso è subordinato alla condizione che il nucleo familiare di appartenenza del genitore richiedente abbia un valore di ISEE non superiore a 40.000 euro annui⁴ – valore di ISEE che, al fine in oggetto, viene computato al netto dell'assegno unico e universale per i figli a carico⁵ – nonché alle condizioni che il genitore richiedente sia residente in Italia e rientri nelle categorie di cittadinanza o di permesso di soggiorno o di legame familiare indicate nel **comma 1**. L'onere finanziario per il nuovo istituto in esame viene valutato pari a 330 milioni di euro per il 2025 e a 360 milioni annui a decorrere dal 2026 (**comma 3**); si prevedono un'attività di monitoraggio finanziario da parte dell'INPS e, per il caso in cui si verifichi o sia in procinto di verificarsi uno scostamento rispetto alle suddette stime, una procedura ministeriale per la rideterminazione della misura dell'assegno *una tantum* e del limite suddetto del valore dell'ISEE (**comma 2**).

La relazione tecnica stima effetti finanziari in termini di **maggiori spese** derivanti dal comma 3, pari a **330 milioni di euro per il 2025** e in **360 milioni annui a decorrere dal 2026**.

Il **comma 1** del presente **articolo 31** fa riferimento alle finalità di incentivare la natalità e di contribuire alle spese per il sostegno dei figli.

L'assegno *una tantum* in oggetto, riconosciuto nella misura e alle condizioni summenzionate, non concorre alla formazione del reddito complessivo rilevante al fine delle imposte sui redditi.

Riguardo, più in particolare, al requisito soggettivo inerente alle categorie di cittadinanza o di permesso di soggiorno o di legame familiare, è necessario, ai fini dell'accesso al beneficio: essere cittadino italiano o di uno Stato membro dell'Unione europea, o suo familiare titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, ovvero essere cittadino di uno Stato non appartenente all'Unione europea in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o del permesso unico di lavoro, con autorizzazione a svolgere un'attività lavorativa per un periodo

⁴ Riguardo all'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), cfr. il regolamento di cui al [D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159](#).

⁵ Assegno di cui al [D.Lgs. 29 dicembre 2021, n. 230](#).

superiore a sei mesi, ovvero del permesso di soggiorno per motivi di ricerca, con autorizzazione al soggiorno in Italia per un periodo superiore a sei mesi⁶.

Il **comma 1** prevede che l'assegno *una tantum* sia erogato nel mese successivo a quello di nascita o di adozione. *Si valuti l'opportunità di definire i termini temporali per la presentazione della domanda.*

Si valuti l'opportunità di chiarire se l'assegno spetti anche qualora l'evento della nascita o dell'adozione sia intervenuto al di fuori dell'Italia, fermo restando il rispetto delle altre condizioni summenzionate, tra cui la residenza in Italia del genitore richiedente. Si valuti inoltre l'opportunità di chiarire – a prescindere dal suddetto aspetto, relativo al luogo di nascita o di adozione – se il requisito della residenza in Italia concerna anche il figlio medesimo.

Il **comma 1** del presente **articolo 31** specifica altresì che l'INPS provvede alla gestione del nuovo istituto, ivi compresa la suddetta attività di monitoraggio finanziario, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Il **comma 2** prevede che l'INPS invii relazioni mensili, recanti i risultati del suddetto monitoraggio, al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e al Ministero dell'economia e delle finanze. Qualora si verifichi o sia in procinto di verificarsi uno scostamento rispetto alle stime summenzionate, con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, si rideterminano il valore annuo dell'assegno *una tantum* e il limite suddetto del valore dell'ISEE.

⁶ Tali categorie sono identiche a quelle poste dalla disciplina sul suddetto assegno unico e universale per i figli a carico (articolo 3, comma 1, lettera *a*), del citato D.Lgs. n. 230 del 2021). Riguardo all'interpretazione di tali norme, cfr. la [circolare](#) dell'INPS n. 23 del 9 febbraio 2022.

Articoli 32 e 33

(Buono per le rette relative alla frequenza di asili nido e per le forme di supporto domiciliare per bambini affetti da gravi patologie croniche)

Gli **articoli 32 e 33** recano **alcune modifiche della disciplina sul 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**. L'**articolo 32** esclude dal valore dell'ISEE⁷, rilevante al fine della determinazione della misura del buono, l'importo (corrisposto al nucleo familiare) dell'assegno unico e universale per i figli a carico⁸; in conseguenza di tale esclusione, il limite di spesa per il buono in esame viene incrementato di 5 milioni di euro annui. Il **comma 1 dell'articolo 33** sopprime una delle condizioni alle quali è subordinata una quota di importo del buono; la condizione ora soppressa è costituita dalla presenza nel nucleo familiare di almeno un figlio di età inferiore ai dieci anni, oltre che di un figlio nato dopo il 31 dicembre 2023 (questa seconda condizione resta ferma). In relazione a tale soppressione, il successivo **comma 2** incrementa ulteriormente, nelle misure ivi indicate, il suddetto limite di spesa⁹.

L'articolo 32 e il comma 2 dell'articolo 33 dispongono **incrementi del limite di spesa** per il buono in esame. L'incremento è complessivamente pari a **102 milioni di euro per l'anno 2025, 136 milioni per l'anno 2026, 199 milioni per l'anno 2027**, 202 milioni per l'anno 2028 e 205 milioni annui a decorrere dall'anno 2029.

Gli **articoli 32 e 33** in esame concernono la disciplina del suddetto buono, prevista dall'articolo 1, comma 355, della [L. 11 dicembre 2016, n. 232](#), e successive modificazioni¹⁰. Si ricorda che il buono è corrisposto dall'INPS al genitore richiedente, previa presentazione di idonea documentazione attestante l'iscrizione e il pagamento della retta a strutture pubbliche o private ovvero previa presentazione di un'attestazione rilasciata dal pediatra di libera scelta – sulla base di idonea documentazione – che attesti, per l'intero anno di riferimento, l'impossibilità del bambino di

⁷ Riguardo all'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), cfr. il regolamento di cui al [D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159](#).

⁸ Assegno di cui al [D.Lgs. 29 dicembre 2021, n. 230](#).

⁹ Riguardo agli importi annui complessivi di incremento, derivanti dall'**articolo 32** e dal **comma 2 dell'articolo 33**, cfr. *infra*.

¹⁰ Riguardo alla disciplina in oggetto, cfr. anche il [D.P.C.M. 17 febbraio 2017](#).

frequentare gli asili nido in ragione di una grave patologia cronica¹¹.

La misura del buono, come accennato, varia anche in relazione al valore dell'ISEE. Più in particolare, la misura è pari a 3.600 euro annui in relazione ai nati dopo il 31 dicembre 2023, a condizione che il valore dell'ISEE del nucleo familiare non sia superiore a 40.000 euro – il valore di ISEE del nucleo familiare, in base alla modifica operata dal presente **articolo 32**, viene computato, ai fini in oggetto, al netto dell'assegno unico e familiare per i figli a carico –; la novella di cui al **comma 1** dell'**articolo 33**, come detto, sopprime, al fine del riconoscimento del suddetto importo di 3.600 euro annui, la condizione della presenza nel nucleo familiare di almeno un altro figlio di età inferiore ai dieci anni. Nelle altre ipotesi, la misura del buono è pari a: 3.000 euro annui per i nuclei familiari con un valore di ISEE non superiore a 25.000 euro; 2.500 euro annui per i nuclei familiari con un valore di ISEE superiore a 25.000 euro e pari o inferiore a 40.000 euro; 1.500 euro annui per i casi in cui l'ISEE superi i 40.000 euro e per i casi di insussistenza o di insufficienza della documentazione relativa all'ISEE¹². Anche con riferimento a tutte queste altre ipotesi, l'ISEE, ai sensi del presente **articolo 32**, viene ora computato al netto dell'assegno unico e familiare per i figli a carico.

Gli incrementi del limite di spesa per il buono in esame operati dall'**articolo 32** e dal **comma 2** dell'**articolo 33** sono pari complessivamente a 102 milioni di euro per l'anno 2025, 136 milioni per l'anno 2026, 199 milioni per l'anno 2027, 202 milioni per l'anno 2028 e 205 milioni annui a decorrere dall'anno 2029 (come detto, la quota di incremento disposta dall'**articolo 32** è pari a 5 milioni di euro annui a decorrere dal 2025). La **relazione tecnica** allegata al disegno di legge riporta gli importi totali attuali del limite di spesa, come incrementato dalle norme in esame; essi sono pari a: 942,8 milioni per l'anno 2025, 1.033,8 milioni per l'anno 2026, 1.110,8 milioni per l'anno 2027, 1.127,8 milioni per l'anno 2028, 1.144,8 milioni annui a decorrere dal 2029.

Si ricorda che, nel caso in cui si verificano o siano in procinto di verificarsi, anche in via prospettica, scostamenti rispetto al complessivo limite di spesa programmato (come incrementato dai valori summenzionati), l'INPS non prende in esame ulteriori domande; tuttavia, l'importo del buono può essere rideterminato, nel rispetto del limite di spesa programmato, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, adottato secondo la procedura prevista dal suddetto comma 355 e tenuto conto degli esiti del monitoraggio finanziario dell'INPS.

¹¹ A quest'ultimo riguardo, cfr. l'articolo 4 del [D.P.C.M. 17 febbraio 2017](#).

¹² Cfr., a quest'ultimo riguardo, il [messaggio](#) dell'INPS n. 889 del 2 marzo 2023.

In merito al quadro complessivo finora vigente, cfr. il [messaggio](#) dell'INPS n. 1024 dell'11 marzo 2024.

Articolo 37 *(Misure in materia di cani di assistenza)*

I **commi da 1 a 3** dell'**articolo 37** estendono le disposizioni in materia di **gratuità del trasporto sui mezzi di trasporto pubblico** e di **accesso agli esercizi aperti al pubblico**, già previste a legislazione vigente per i cani guida delle persone non vedenti, ai **cani di assistenza di persone con disabilità o con patologie** e prevedono la definizione, con decreto interministeriale: delle patologie, o delle compromissioni associate alla disabilità, oggetto della suddetta estensione e per le quali i cani di assistenza possono essere addestrati e tesserati; di ulteriori disposizioni, concernenti il riconoscimento dei soggetti abilitati alla formazione dei cani di assistenza, l'istituzione di un registro di tali soggetti formatori, le modalità di identificazione dei cani di assistenza, nonché la disciplina transitoria e finale.

Il **comma 4** specifica che i benefici summenzionati si applicano anche con riferimento alle figure coinvolte nell'addestramento dei cani di assistenza, nell'espletamento di tale addestramento.

Il **comma 5** prevede, per le finalità di cui ai **commi da 1 a 4**, l'incremento di 1 milione di euro annui, a decorrere dall'anno 2025, del Fondo nazionale per il concorso finanziario dello Stato agli oneri del trasporto pubblico locale, anche ferroviario, nelle regioni a statuto ordinario.

Il **comma 6** reca un'autorizzazione di spesa, pari a 400.000 euro annui, a decorrere dall'anno 2025, per lo svolgimento delle attività di cui al **comma 3, lettera e)**.

In base alla **relazione tecnica**, gli oneri derivanti dal presente **articolo 37** sono costituiti dallo stanziamento di cui al **comma 5** e dall'autorizzazione di spesa di cui al **comma 6**, per un importo complessivo pari a **1.400.000 euro** annui, a decorrere dall'anno 2025.

Il **comma 1** estende la disciplina di cui alla [legge n. 37 del 1974](#) ai cani di assistenza che accompagnano persone aventi:

- disabilità che presentino compromissioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali (**lettera a)**);
- specifiche patologie, anche non associate al riconoscimento della condizione di disabilità (**lettera b)**).

Tali categorie di persone sono individuate con decreto interministeriale ai sensi del **comma 3** (v. *infra*).

La legge n. 37 del 1974, oggetto dell'estensione in esame, prevede, per i cani guida delle persone non vedenti, la gratuità del trasporto sui mezzi di trasporto pubblico e la libertà di accesso agli esercizi aperti al pubblico.

Ai sensi della medesima legge n. 37 del 1974, i soggetti responsabili della gestione del trasporto pubblico e i titolari di pubblici esercizi sono puniti con una sanzione amministrativa pecuniaria, da 500 a 2.500 euro, in caso di mancato rispetto delle norme in oggetto. Nei summenzionati ambiti, ai sensi della medesima legge, il cane guida può essere privo di museruola, salvo quando, sui mezzi di trasporto pubblico, l'apposizione della museruola sia esplicitamente richiesta dal conducente o dai passeggeri.

Il **comma 2** specifica che, ai fini delle disposizioni di cui ai **commi da 1 a 4**, per “cani di assistenza” devono intendersi i cani addestrati per il supporto delle suddette persone con disabilità o con patologie, ivi compresi i cani guida per le persone cieche o ipovedenti.

Il **comma 3** prevede l'adozione, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge di bilancio, di un decreto del Ministro della salute e del Ministro per le disabilità, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentiti il Centro di referenza nazionale per gli interventi assistiti dagli animali¹³ e l'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità¹⁴ e previa intesa in sede di Conferenza unificata Stato-regioni-province autonome-città ed autonomie locali.

Si demanda al decreto in oggetto:

- la definizione delle compromissioni e delle patologie della persona in relazione alle quali i cani di assistenza possono essere addestrati e tesserati, con la conseguente applicazione delle disposizioni di cui alla legge n. 37 del 1974; nell'ambito delle compromissioni e delle patologie in oggetto sono espressamente inclusi le compromissioni della vista e dell'udito, le disabilità motorie, il diabete, l'epilessia e i disturbi del neurosviluppo; il decreto dovrà inoltre definire gli eventuali criteri di esclusione (**lettera a**));
- la definizione delle procedure per il riconoscimento dei soggetti abilitati alla formazione dei cani di assistenza e delle modalità di istituzione di un registro dei medesimi soggetti, nonché l'individuazione dei requisiti di questi ultimi, anche con riferimento alla qualificazione delle figure operanti in tale settore di attività (**lettera b**));
- l'individuazione dei percorsi di addestramento dei cani di assistenza e delle misure atte a garantirne la salute e il benessere (**lettera c**));
- la definizione delle caratteristiche del tesserino identificativo dei cani

¹³ Cfr. la pagina *internet* dedicata al suddetto [Centro di referenza nazionale](#).

¹⁴ Cfr. la pagina *internet* dedicata al suddetto [Osservatorio](#).

di assistenza, rilasciato, senza oneri per la finanza pubblica, dai soggetti formatori nelle more e al termine dell'addestramento nonché delle modalità operative per la registrazione dei cani di assistenza nel Sistema di identificazione nazionale degli animali da compagnia-SINAC¹⁵ (**lettera d**));

- l'individuazione degli enti con funzioni di controllo e di monitoraggio, deputati al riconoscimento dei soggetti formatori dei cani di assistenza, alla tenuta del registro summenzionato e alla valutazione periodica dei medesimi soggetti formatori, nonché la definizione delle misure da attuare in caso di valutazione negativa o di riscontrata non conformità del servizio offerto (**lettera e**));
- la definizione di disposizioni finali e transitorie (**lettera f**). Si specifica che ai cani guida delle persone non vedenti, formati prima della data di entrata in vigore del presente decreto interministeriale, continuano ad applicarsi le disposizioni della citata legge n. 37 del 1974, indipendentemente dall'eventuale tesseramento dell'animale.

Si valuti l'opportunità di chiarire se il decreto interministeriale in oggetto abbia o meno natura regolamentare.

Il **comma 4** stabilisce che le disposizioni della legge n. 37 del 1974 si applicano anche nelle circostanze in cui i cani siano impegnati nelle attività di addestramento, svolte dalle figure operanti presso i suddetti soggetti formatori.

Il **comma 5** prevede l'incremento di 1 milione di euro annui, a decorrere dall'anno 2025, del Fondo nazionale per il concorso finanziario dello Stato agli oneri del trasporto pubblico locale, anche ferroviario, nelle regioni a statuto ordinario (articolo 16-*bis*, comma 1, del [decreto-legge n. 95 del 2012, convertito dalla legge n. 135 del 2012](#)). Tale incremento, come indicato nella **relazione tecnica**, è disposto in considerazione della riduzione delle entrate per le aziende del trasporto pubblico locale, riduzione stimata dalla **relazione tecnica** pari alla medesima misura di 1 milione di euro annui.

Si segnala che il Fondo in oggetto, allocato sul **capitolo 1315 del programma 2.6** dello stato di previsione del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, reca uno stanziamento pari, in termini sia di competenza contabile sia di autorizzazione di cassa, a circa 5,35 miliardi di euro per l'anno 2025 e a circa 5,28 miliardi annui dall'anno 2026 (l'importo relativo all'anno 2025 è comprensivo, oltre che dell'incremento permanente di cui al presente **comma 5**, dell'incremento di cui al successivo **articolo 97**).

Il **comma 6** autorizza la spesa di 400.000 euro annui, a decorrere dall'anno 2025, per lo svolgimento delle attività di cui al **comma 3, lettera**

¹⁵ Previsto dall'articolo 16 del [decreto legislativo 5 agosto 2022, n. 134](#). Riguardo alle modalità tecniche e operative di implementazione del SINAC, cfr. il [decreto 2 novembre 2023](#).

e). Tale stanziamento è trasferito dal bilancio dello Stato al bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei ministri.

Articolo 38 *(Disposizioni in materia di sperimentazione della riforma sulla disabilità)*

L'articolo 38, comma 1, relativamente all'attuazione della **riforma della disabilità** prevista nel Piano nazionale di ripresa e resilienza ed attuata con specifica disciplina legislativa, **autorizza** l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale a conferire **incarichi**, anche su base convenzionale con altre pubbliche amministrazioni, **per prestazioni professionali a medici e figure professionali appartenenti alle aree psicologiche e sociali** nel limite di spesa di **16 milioni di euro per l'anno 2025**.

Per tali finalità, il **comma 2** incrementa di **4 milioni di euro** per l'anno **2025** l'autorizzazione di spesa relativa alle spese di funzionamento.

Il **comma 3** prevede una riduzione pari a **20 milioni di euro** per l'anno **2025** dell'autorizzazione di spesa prevista per le assunzioni di tali figure nella riforma in materia di disabilità.

La Relazione tecnica evidenzia una **maggiore spesa** complessiva di **20 milioni di euro per l'anno 2025**, derivante dai commi 1 e 2, per il conferimento di incarichi per prestazioni professionali a medici e figure professionali appartenenti alle aree psicologiche e sociali. Gli oneri legati a tale maggiore spesa sono **compensati** dalla **riduzione di 20 milioni di euro** per l'anno **2025** dell'autorizzazione di spesa prevista per le assunzioni di tali figure per l'attuazione della riforma in materia di disabilità.

Il **comma 1**, in considerazione dei rilevanti impegni derivanti dall'attuazione della **riforma della disabilità** prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dalla [Legge 22 dicembre 2021 n. 227](#)¹⁶, al fine di realizzare l'attività di sperimentazione prevista dall'articolo 33 del [decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62](#)¹⁷, nei territori individuati dall'articolo 9, comma 1, del [decreto-legge n. 71 del 2024](#)¹⁸ (conv. con modif. dalla legge n. 106 del 2024), in attesa del completamento delle procedure di reclutamento previste dall'articolo 9, comma 6, del citato decreto legislativo n. 62 del 2024, autorizza **l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale** a conferire **incarichi**, anche su base convenzionale con altre pubbliche

¹⁶ *Delega al Governo in materia di disabilità.*

¹⁷ *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.*

¹⁸ *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.*

amministrazioni, per **prestazioni professionali a medici e figure professionali appartenenti alle aree psicologiche e sociali** nel limite di spesa di **16 milioni di euro** per l'anno **2025**.

La relazione tecnica precisa che la previsione di cui al comma 1 in attesa del completamento delle procedure di reclutamento previste dall'articolo 9, comma 6, del decreto legislativo n. 62 del 2024 è finalizzata a reperire medici e figure professionali appartenenti alle aree psicologiche e sociali (per i quali ancora non è stato bandito il concorso) attraverso conferimento di incarichi professionali, anche su base convenzionale con altre amministrazioni pubbliche.

Si ricorda che nell'ambito della **Missione 5 "Inclusione e Coesione"**, la Componente 2 **"Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore"** rileva per i profili sociali e socio-sanitari ai fini dell'attuazione di politiche di prevenzione dell'esclusione sociale che interessano le persone fragili per promuoverne la massima autonomia. In questi due ambiti, l'attuazione degli interventi è attribuita in prevalenza, rispettivamente al **Ministero del lavoro e delle politiche sociali** e al **Ministero della salute**, in collaborazione con le Regioni e gli enti locali.

Nell'ambito della Componente 2 della Missione 5 sono state programmate sia **Riforme**, sia **Investimenti**¹⁹.

Per quanto riguarda la **disabilità** (riforma 1.1), la **legge recante deleghe in per le disabilità** ([L. 22 dicembre 2021 n. 227](#)) è stata attuata, entro il termine ampliato al 15 marzo 2024 in linea con la scadenza dell'obiettivo T2 2024, con i seguenti decreti:

- la **riqualificazione dei servizi pubblici in materia di inclusione e accessibilità** da parte dei soggetti con disabilità ([D. Lgs. 13 dicembre 2023, n. 222](#), "Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità), attuativo dell'articolo 2, comma 2, lettera e), della citata legge delega;
- l'istituzione di una **Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità** ([D. Lgs. 5 febbraio 2024, n. 20](#)) attuativo dell'articolo 2, comma 2, lett. f), della legge n. 227/2021;
- la **revisione ed il riordino delle disposizioni vigenti in materia di disabilità** mediante [D.Lgs. 3 maggio 2024, n. 62](#), ai fini della definizione della condizione di disabilità, delle procedure di accertamento, della valutazione dimensionale e del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato.

In particolare, con riferimento alla disposizione in commento, si ricorda che il D.Lgs. 3 maggio 2024, n. 62 ha previsto all'**articolo 33, commi 1, 3 e 5, una sperimentazione** della durata di dodici mesi, a decorrere dal 1° gennaio 2025, in alcune aree territoriali, del **procedimento di valutazione di base**.

Inoltre, l'**articolo 33, commi 2 e 4**, prevede **una sperimentazione** della durata di dodici mesi, a decorrere dal 1° gennaio 2025, in alcune aree territoriali, **del**

¹⁹ Per approfondimenti: qui il quadro dettagliato degli [investimenti](#) e delle [riforme](#).

procedimento di valutazione multidimensionale e del progetto di vita individuale (personalizzato e partecipato).

In particolare, la procedura di sperimentazione del procedimento valutativo di base è volta all'applicazione provvisoria e a campione, secondo il principio di differenziazione geografica tra Nord, Sud e Centro Italia e il principio di differenziazione di dimensioni territoriali. La sperimentazione è intesa anche al fine di assicurare il progressivo aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento.

I territori sono individuati dall'articolo 9, comma 1, del decreto-legge n. 71 del 2024:

- a) Brescia;
- b) Catanzaro;
- c) Firenze;
- d) Forli-Cesena;
- e) Frosinone;
- f) Perugia;
- g) Salerno;
- h) Sassari;
- i) Trieste.

Per avviare tale sperimentazione l'**articolo 9** del D.Lgs. 3 maggio 2024, n. 62, in relazione alla procedura valutativa di base, finalizzata al riconoscimento della condizione di disabilità, affida all'INPS il ruolo di soggetto unico accertatore. Si prevedono, inoltre, le seguenti facoltà dell'INPS: di avvalersi, in base ad apposite convenzioni con le Regioni, delle risorse strumentali ed organizzative delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende Ospedaliere, necessarie allo svolgimento dei procedimenti di valutazione di base; di procedere ad assunzioni finalizzate a garantire piena attuazione alle disposizioni contenute nel presente articolo.

Nelle more del completamento di tali procedure assunzionali, si inserisce la previsione di cui all'articolo in commento.

Il **comma 2** della disposizione in oggetto **incrementa**, per le finalità di cui al comma 1, l'autorizzazione per le spese di funzionamento di cui all'articolo 9, comma 7, secondo periodo, del decreto legislativo n. 62 del 2024, di **4 milioni di euro** per l'anno **2025**.

Si ricorda che l'articolo 9, comma 7, secondo periodo, del decreto legislativo n. 62 del 2024 autorizza, in favore dell'INPS, una spesa pari ad euro 2.483.256 per l'anno 2024, di cui euro 2.086.769 per la gestione delle procedure concorsuali ed euro 396.487 per le spese di funzionamento, ed una spesa pari ad euro 1.625.593 per l'anno 2025 e pari ad euro 198.244 euro annui a decorrere dall'anno 2026, per le spese di funzionamento.

La relazione tecnica precisa che l'autorizzazione di spesa è diretta a finanziare per le spese di funzionamento necessarie per sostenere un investimento di risorse economiche iniziale per adeguare i locali e consentire l'acquisto della strumentazione propedeutica all'avvio della riforma su tutto il territorio nazionale,

avendo accertato difficoltà nell'individuazione nel breve di strutture immobiliari idonee allo scopo.

Il **comma 3** stabilisce che l'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 9, comma 7, primo periodo, del decreto legislativo n. 62 del 2024 è ridotta di **20 milioni di euro** per l'anno **2025**.

Si ricorda che l'articolo 9, comma 7, primo periodo, del decreto legislativo n. 62 del 2024 autorizza una spesa pari ad euro 7.146.775 per l'anno 2024, ad euro 71.629.183 per l'anno 2025 e ad euro 215.371.872 annui a decorrere dall'anno 2026 per le assunzioni con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato da parte dell'INPS di 1.069 unità di personale da inquadrare nell'Area dei Medici di primo livello per l'assolvimento delle funzioni medico-legali di propria competenza, 142 unità di personale non dirigenziale da inquadrare nell'Area dei Funzionari amministrativi e 920 unità di personale non dirigenziale da inquadrare nell'Area dei Funzionari sanitari del Comparto Funzioni Centrali. Le assunzioni devono avvenire mediante procedure concorsuali pubbliche, per titoli ed esami, anche mediante scorrimento di vigenti graduatorie di concorsi pubblici e mediante bandi di mobilità, da parte dell'INPS per il triennio 2024-2026.

La Relazione tecnica precisa che la riduzione prevista dal comma 3 della disposizione in commento è a copertura dei maggiori oneri derivanti dai commi 1 e 2.

In particolare, la relazione stima i maggiori oneri per il reperimento delle figure professionali di cui alla disposizione in commento pari a:

costo specialisti	512.000
medici	12.583.030
operatori sociali	2.151.479
personale amministrativo	753.018
TOTALE	15.999.527

Articolo 40

(Fondo nazionale per la prevenzione, il monitoraggio e il contrasto delle dipendenze comportamentali tra le giovani generazioni)

L'**articolo 40** istituisce nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, per il successivo trasferimento al bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei Ministri, il **Fondo nazionale per la prevenzione, il monitoraggio ed il contrasto del diffondersi delle dipendenze comportamentali tra le giovani generazioni**, con una dotazione di 500.000 euro annui a decorrere dall'anno 2025.

L'**articolo 40** prevede una **maggiore spesa** per la costituzione del fondo pari a **500.000 annui a decorrere dall'anno 2025**.

L'**articolo 40** istituisce nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, per il successivo trasferimento al bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei Ministri, il **Fondo nazionale per la prevenzione, il monitoraggio ed il contrasto del diffondersi delle dipendenze comportamentali tra le giovani generazioni**, con una dotazione di 500.000 euro annui a decorrere dall'anno 2025.

Secondo un recente [studio italiano](#)²⁰ promosso dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dal Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità - *Dipendenze comportamentali nella Generazione Z: uno studio di prevalenza nella popolazione scolastica (11-17 anni) e focus sulle competenze genitoriali* - almeno 100 mila adolescenti italiani fra gli 11 e i 17 anni fanno un uso compulsivo e incontrollato di *social* e piattaforme di *streaming*, quasi altrettanti si chiudono per mesi in camera sostituendo il reale con l'irreale virtuale. A questi si aggiungono circa 500 mila ragazzi, soprattutto maschi, a rischio di dipendenza da videogiochi: così, mentre in Italia il tempo medio trascorso su internet si aggira attorno alle 6 ore, varie forme di dipendenza dalla tecnologia dilagano fra i giovani, complice il malessere di una generazione post-Covid in cui l'isolamento emotivo e la rottura con il mondo sociale hanno minato la salute mentale.

Stando ai dati, raccolti su oltre 8.700 studenti fra gli 11 e i 17 anni, quasi il 12% degli adolescenti, soprattutto maschi, è a rischio di dipendenza dai videogiochi e il 2,5% fa un uso compulsivo e incontrollato dei social, mentre l'1,8% si chiude per mesi in camera vivendo solo attraverso computer e smartphone. Oggi esistono sia attività di prevenzione, terapie cognitive e

²⁰ I cui dati sono stati presentati durante un convegno presso l'ISS il 28 marzo 2023.

comportamentali, sia cure farmacologiche in grado di aiutare i giovani e giovanissimi pazienti.

Emerge dallo studio che i ragazzi oggi sono più spesso vittime di ansia e depressione, meno inseriti nel tessuto sociale e contemporaneamente esposti a stimoli tecnologici radicalmente diversi rispetto ai coetanei di appena vent'anni fa. Pandemia, guerre, crisi ambientali ed economiche stanno amplificando un disagio che era già presente: la progressiva riduzione della socializzazione, la diminuzione delle relazioni affettive e di esperienze tipiche del percorso di crescita sono tutti fenomeni in continua crescita negli ultimi anni, così come la crescente pressione per la *performance*.

La frequenza di un utilizzo problematico di internet, *videogame*, *social* e piattaforme è elevata e in aumento. La dipendenza da videogiochi, per esempio, è riconoscibile da vari segni: l'impiego nei momenti di stress, sintomi di astinenza, l'abitudine a mentire sull'uso, la perdita di controllo e degli altri interessi.

Attualmente tuttavia esistono sia attività di prevenzione, terapie cognitive e comportamentali, sia cure farmacologiche in grado di aiutare i giovani e giovanissimi pazienti.

Articolo 42 *(Sistema nazionale di allerta rapida per le droghe - NEWS-D)*

L'**articolo 42** introduce un **nuovo articolo** nel Testo unico in materia di stupefacenti, diretto a costituire un Sistema nazionale di **allerta rapida di contrasto alla diffusione di sostanze psicoattive**.

La relazione tecnica **non ascrive effetti finanziari** alle disposizioni contenute **nell'articolo 42**, in quanto prevede che alla costituzione del Sistema nazionale di allerta rapida di contrasto alla diffusione di sostanze psicoattive si provveda senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica (la Relazione Tecnica precisa che le risorse finanziarie necessarie a sostenere i costi del Sistema nazionale di allerta rapida sono quelle, già individuate, nel capitolo 771 del CDR 14 del DPA denominato "*Spese per interventi specifici per l'implementazione del sistema di allerta precoce, sistemi di comunicazione, diffusione delle informazioni e attività di monitoraggio*").

L'**articolo 42** introduce un **nuovo articolo 14-bis** nel [Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990 \(Testo unico stupefacenti\)](#)²¹.

Il **nuovo articolo 14-bis** del Testo unico stupefacenti prevede la costituzione di un Sistema nazionale di allerta rapida di contrasto alla diffusione di sostanze psicoattive.

In particolare, il **comma 1** del nuovo articolo, al fine di dare piena attuazione operativa [all'articolo 13 del Regolamento \(UE\) 2023/1322 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 giugno 2023](#)²², a decorrere dal 1° gennaio 2025 istituisce, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri-Dipartimento per le politiche antidroga, il **Sistema nazionale di allerta rapida per le droghe (NEWS-D)**, quale strumento di coordinamento operativo delle informazioni di allerta che opera anche attraverso un dispositivo informatico dedicato finalizzato alla prevenzione e alla tutela della salute pubblica per individuare tempestivamente e prevenire fenomeni potenzialmente pericolosi correlati alla comparsa di nuove sostanze psicoattive o al consumo di sostanze stupefacenti già vietate.

²¹ *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.*

²² *Riguardante l'Agenzia dell'Unione europea sulle droghe (EUDA) e che abroga il regolamento (CE) n. 1920/2006*

Si ricorda che l'articolo 13 del Regolamento (UE) 2023/1322 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 giugno 2023 prevede che **Agenzia dell'Unione europea sulle droghe (EUDA)**²³ istituisce e gestisce un sistema europeo di allerta rapido antistupefacenti, a integrazione dei pertinenti sistemi di allerta nazionali.

In merito al funzionamento di tale sistema europeo di allerta, secondo l'articolo 13, i punti focali nazionali²⁴, in cooperazione con le autorità nazionali competenti, sono tenuti a notificare immediatamente all'Agenzia qualsiasi informazione relativa all'emergere di un grave rischio per la salute, gli aspetti sociali, la protezione o la sicurezza direttamente o indirettamente collegato agli stupefacenti e qualsiasi informazione che possa essere utile ai fini del coordinamento di una risposta, ogni volta che vengono a conoscenza di informazioni di tale natura, in particolare:

- a) la tipologia e l'origine del rischio;
- b) la data e il luogo dell'evento da cui è scaturito il rischio;
- c) le modalità di esposizione, trasmissione o diffusione;
- d) i dati analitici e tossicologici;
- e) i metodi di identificazione;
- f) i rischi per la salute;
- g) i rischi sociali, per la protezione e per la sicurezza;
- h) le misure sanitarie attuate o che si intendono adottare a livello nazionale;
- i) altre misure diverse da quelle sanitarie;
- j) altre eventuali informazioni pertinenti relative al grave rischio per la salute in questione.

Una volta ricevute tali informazioni e dati sui potenziali rischi gravi per la salute, l'Agenzia, dopo averli analizzati, li integra con qualsiasi informazione scientifica e tecnica ottenuta dal sistema di allerta precoce di cui all'articolo 8²⁵ e

²³ Tale struttura, che a luglio di quest'anno ha cambiato il suo nome da Centro europeo per il monitoraggio delle droghe e delle tossicodipendenze (EMCDDA) a Agenzia dell'Unione europea sulle droghe, è stato istituito nel 1993. Per un approfondimento sui suoi compiti: v. https://www.euda.europa.eu/about_en.

²⁴ I punti focali nazionali sono delle strutture create per raccogliere i dati relativi alla droga nel Paese e riportarli, attraverso la rete REITOX, ovvero il network per lo scambio di informazioni sulla droga in Europa, all'Osservatorio europeo di Lisbona. Il Punto focale italiano è parte integrante dell'Ufficio tecnico-scientifico del Dipartimento Politiche Antidroga. Per un approfondimento: v. <https://www.politicheantidroga.gov.it/it/attivita/attivita-internazionali/unione-europea/euda-e-punto-focale-reitox/funzioni/>.

²⁵ Secondo tale disposizione, ciascuno Stato membro provvede affinché il proprio punto focale nazionale e la propria unità nazionale Europol forniscano tempestivamente e senza indebito ritardo le informazioni disponibili sulle nuove sostanze psicoattive all'Agenzia e a Europol, tenuto conto del loro rispettivo mandato. Tali informazioni riguardano il rilevamento e l'identificazione, il consumo e i modelli di consumo, la fabbricazione, l'estrazione, la distribuzione e i metodi di distribuzione, il traffico e l'uso a fini commerciali, medici e scientifici, i rischi potenziali e quelli riscontrati, di tali sostanze. In seguito, l'Agenzia, in collaborazione con Europol, raccoglie, raffronta, analizza e valuta le informazioni sulle nuove sostanze psicoattive. Comunica quindi tempestivamente tali informazioni ai punti focali nazionali, alle unità nazionali Europol e alla Commissione, al fine di fornire loro le informazioni necessarie per un'allerta precoce, e sulla base di tali dati redige le relazioni iniziali relative alle nuove sostanze psicoattive che destano preoccupazione per i rischi sociali e per la salute a esse connesse, come previsto dall'articolo 9.

da altre valutazioni delle minacce alla salute e alla sicurezza effettuate ai sensi dell'articolo 12, da altri organi e organismi dell'Unione e da organizzazioni internazionali, in particolare l'Organizzazione mondiale della sanità. L'Agenzia tiene conto delle informazioni da fonti aperte e delle informazioni disponibili ottenute attraverso i suoi strumenti di raccolta dei dati, nonché di quelle ottenute dai pertinenti portatori di interessi, comprese la comunità scientifica e le organizzazioni della società civile.

Sulla base delle informazioni e dei dati così ricevuti, l'Agenzia procede a inviare notifiche mirate di allerta rapida di rischio alle autorità nazionali competenti, compresi i punti focali nazionali. L'Agenzia può proporre opzioni di risposta in tali notifiche di rischio, che gli Stati membri possono prendere in considerazione nel quadro della pianificazione della loro preparazione e delle loro attività di risposta nazionale.

Inoltre, i punti focali nazionali, in cooperazione con le autorità nazionali competenti, informano l'Agenzia delle informazioni supplementari a loro disposizione per consentire all'Agenzia di effettuare un'ulteriore analisi e valutazione dei rischi e delle azioni intraprese o delle misure adottate a seguito del ricevimento delle notifiche mirate di allerta rapida di rischio.

A tali fini, l'Agenzia coopera strettamente con la Commissione e con gli Stati membri al fine di garantire l'indispensabile coerenza del processo di comunicazione del rischio. Inoltre, può estendere a paesi terzi o a organizzazioni internazionali la partecipazione al sistema europeo di allerta antistupefacenti. Tale partecipazione si basa sul principio della reciprocità ed è accompagnata da disposizioni sulla riservatezza equivalenti a quelle vigenti per l'Agenzia.

Infine, in stretta cooperazione con le autorità nazionali competenti, in particolare i punti focali nazionali, l'Agenzia, ove necessario, sviluppa un sistema di allerta per mettere a disposizione dei consumatori o potenziali consumatori di determinati stupefacenti le informazioni relative ai rischi specifici, se del caso.

Il **comma 2** del nuovo articolo 14-*bis* del Testo unico stupefacenti stabilisce che il Sistema nazionale di allerta rapida di cui al comma 1 si avvale, per il proprio funzionamento, di centri collaborativi di primo e di secondo livello, di cui ai successivi commi 3 e 4.

Il successivo **comma 3** definisce **centri collaborativi di primo livello**:

a) l'Istituto superiore di sanità di cui [all'articolo 9 del decreto legislativo 29 ottobre 1999, n. 419](#)²⁶, per la raccolta di dati e informazioni provenienti dai centri collaborativi di secondo livello su aspetti bio-tossicologici;

b) i centri antiveneno, pubblici o privati, per la raccolta di dati e informazioni provenienti dai centri collaborativi di secondo livello, su aspetti clinico-tossicologici, in grado di assicurare una disponibilità per l'intera giornata (h24), con laboratori interni e capacità analitiche nel settore

²⁶ *Riordinamento del sistema degli enti pubblici nazionali, a norma degli articoli 11 e 14 della legge 15 marzo 1997, n. 59.*

delle nuove sostanze psicoattive, da individuare a cura del Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri;

c) la Direzione centrale per i servizi antidroga del Dipartimento della pubblica sicurezza di cui [all'articolo 1, della legge 15 gennaio 1991, n. 16](#)²⁷, per il concorso allo sviluppo del Sistema nazionale di allerta rapida, per il coordinamento delle Forze di polizia nell'alimentazione informativa del predetto Sistema, nonché per la raccolta di dati e informazioni, utili per la formulazione di allerta o informative, emergenti dagli esami tossicologici condotti dai centri collaborativi di secondo livello di cui al comma 4, lettera e), sulle sostanze stupefacenti sequestrate.

Il comma 4 definisce centri collaborativi di secondo livello:

- a) gli istituti di medicina legale;
- b) i laboratori universitari di tossicologia forense;
- c) le amministrazioni centrali e periferiche competenti in materia di droga;
- d) le strutture di emergenza;
- e) i laboratori delle Forze di polizia;
- f) le strutture pubbliche di base di cui all'articolo 75, comma 10, del Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990 (Testo unico stupefacenti);
- g) gli enti, le agenzie e le associazioni scientifiche ovvero soggetti pubblici o privati operanti nell'ambito di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze da sostanze stupefacenti, da individuare sulla base di criteri specifici, dal Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri.

Il comma 5 del nuovo articolo 14-bis, al fine di garantire la piena operatività del Sistema nazionale di allerta rapida e la tempestiva individuazione di nuove sostanze stupefacenti e psicoattive, nonché i loro effetti sulla salute, autorizza il Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri, anche in deroga alle disposizioni contenute nel Codice dei contratti pubblici di cui al [decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36](#)²⁸, a stipulare convenzioni e contratti con strutture private in possesso degli specifici requisiti di cui al comma 3, lettera b).

Infine, il **comma 6** demanda a un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore

²⁷ Norme di adeguamento dell'organizzazione delle strutture del Ministero dell'interno per il potenziamento dell'attività antidroga.

²⁸ Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici.

della presente disposizione, la definizione dei compiti e dell'organizzazione di tale Sistema nazionale di allerta rapida.

Per l'attuazione di tale Sistema di allerta, **il comma 2 dell'art. 42 in commento** prevede la **clausola di invarianza degli oneri finanziari**, stabilendo che si provveda con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Articolo 47 **(Rifinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale)**

L'**articolo 47** prevede la quantificazione dell'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato.

Inoltre, una quota delle risorse incrementalì previste è accantonata in vista dei **rinnovi contrattuali relativi al periodo 2028-2030**, in base alle seguenti quantificazioni:

- 883 milioni di euro per l'anno 2028;
- 1.945 milioni per il 2029;
- 3.117 milioni annui a decorrere dal 2030.

Ancora, una quota di dette risorse incrementalì è destinata all'incremento delle disponibilità per il **perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale**, come segue:

- 928 milioni di euro per l'anno 2026
- 478 milioni per il 2027
- 528 milioni a decorrere dall'anno 2028.

L'**articolo 47** prevede il rifinanziamento del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale per specifici importi destinati anche a copertura di diverse norme contenute nel disegno di legge (v. *ante*), per i seguenti importi incrementalì (**comma 1**):

- **1.302 milioni di euro per l'anno 2025;**
- **5.078 milioni per il 2026;**
- **5.780 milioni per il 2027;**
- 6.663 milioni per il 2028;
- 7.725 milioni per il 2029;
- 8.898 milioni annui a decorrere dall'anno 2030.

Il **comma 1** dispone pertanto l'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato in base alla tabella:

Anno di riferimento	Incremento livello fabbisogno sanitario previsto (in milioni di euro)
2025	1.302
2026	5.078
2027	5.780
2028	6.663

2029	7.725
dal 2030	8.898

Le finalità dell'incremento sono anche quelle di copertura degli oneri previsti agli articoli 18, 19, 50, 51, comma 1, 52, 53, 56, 57, comma 3, 58, 59, 61, 62, 63, 64 e 65 del presente disegno di legge.

I suddetti incrementi sono previsti anche per assicurare risorse alle finalità disposte ai seguenti articoli, alle cui schede di lettura si fa rinvio:

- **art. 18**, in materia di risorse destinate ai trattamenti accessori del personale dipendente delle pubbliche amministrazioni, in base a specifiche quantificazioni di oneri;
- **art. 19**, per il rifinanziamento del fondo per la contrattazione collettiva nazionale per il personale pubblico, in base alle disposizioni ivi previste. In proposito la relazione tecnica specifica che si tratta del rinnovo dei contratti del personale del SSN e degli accordi collettivi con il personale convenzionato;
- **art. 50**, per il finanziamento destinato all'aggiornamento delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni per acuti e post acuzie, per 77 milioni per l'anno 2025 ai pazienti classificati come *diagnosis-related group* (DRG) post acuzie e per 1.000 milioni complessivi dal 2026 per entrambe le tipologie DRG acuti (650 milioni) e post-acuzie (350 milioni);
- **art. 51, co. 1**, per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, ivi compresa la revisione delle tariffe massime nazionali delle relative prestazioni assistenziali, per cui è prevista una quota vincolata pari a 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025;
- **art. 52**, per l'attuazione delle misure del Piano pandemico nazionale 2025 – 2029 per cui è autorizzata la spesa di 50 milioni per il 2025, 150 milioni per il 2026 e 300 milioni annui dal 2027;
- **art. 53**, per ridurre le liste d'attesa per il trapianto di organi e tessuti e per l'acquisto di dispositivi medici per la perfusione, conservazione, trasporto e gestione di organi e tessuti per trapianto, per cui è autorizzata la spesa di 10 milioni annui dal 2025;
- **art. 56**, per il riconoscimento delle particolari condizioni di lavoro svolto dal personale della dirigenza medica e dal personale del comparto sanità, dipendente delle aziende e degli enti del SSN, operante nei servizi di pronto soccorso, con risorse per complessivi 50 milioni di euro con decorrenza dal 2025 e di ulteriori 50 milioni complessivi con decorrenza dal 2026.
- **art. 57, co. 3**, per l'attività di distribuzione all'ingrosso di determinati farmaci a favore delle farmacie territoriali, nel limite di 50 milioni per ciascuno degli anni 2026 e 2027;
- **art. 58**, per garantire l'incremento vincolato di 10 milioni di euro dal 2025 del fondo sanitario nazionale per interventi sull'accesso alle cure palliative;

- **art. 59**, per l'incremento del trattamento economico a favore dei medici specializzandi quantificato in un'ulteriore spesa di 120 milioni annui dal 2026;
- **art. 61**, per la valorizzazione delle peculiarità della dirigenza medica e veterinaria dipendente dalle aziende e dagli enti del SSN come incremento delle vigenti indennità specifiche di cui ai CCNL area sanità con un incremento di 50 milioni per l'anno 2025 e 327 milioni annui dal 2026;
- **art. 62**, per la valorizzazione delle peculiarità della dirigenza non medica dipendente dalle aziende e dagli enti del SSN come incremento della vigente indennità specifica di cui all'art. 66 CCNL area sanità 2024 per 5,5 milioni annui dal 2025;
- **art. 63**, per la valorizzazione delle specifiche attività svolte dagli infermieri dipendenti dalle aziende e dagli enti del SSN nella contrattazione collettiva nazionale, comparto sanità, con incrementi nei limiti degli importi complessivi lordi di 35 milioni per l'anno 2025 e 285 milioni dal 2026;
- **art. 64**, finalizzato a vincolare 50 milioni per il 2025 e 100 milioni dal 2026 a favore delle Regioni adempienti ai fini dei questionari LEA sulle liste d'attesa;
- **art. 65**, che vincola una quota di 15 milioni annui a decorrere dal 2025 per la remunerazione delle prestazioni sanitarie, comprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA), a favore di ambiti regionali diversi da quelli di residenza di cittadini dipendenti da sostanze.

I commi 2 e 3 prevedono inoltre disposizioni circa specifiche **quote preordinate** di dette risorse incrementalì, come segue:

- quote accantonate per i **rinnovi contrattuali 2028-2030**, pari a (**comma 2**):
 - 883 milioni di euro per il 2028;
 - 1.945 milioni per il 2029;
 - 3.117 milioni dal 2030.

In proposito si valuti l'opportunità di chiarire a quali rinnovi contrattuali si intende fare riferimento.

- quote destinate 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 n. 662 del 1996, per:
 - 928 milioni per il 2026;
 - 478 milioni per il 2027;
 - 528 milioni dal 2028.

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, con priorità di 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 LEA²⁹.

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 vigente livello di finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale*

In Italia, lo Stato finanzia sia la spesa sanitaria pubblica sia quella accreditata, che risulta diretta a strutture sanitarie anche private che svolgono le loro attività in base ad un **livello programmato di risorse**, su base triennale, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria.

Il nuovo livello del fabbisogno sanitario nazionale per il 2024, quale finanziamento complessivo della sanità pubblica e di quella accreditata, è stato da ultimo incrementato dalla legge di Bilancio 2024 (L. n. comma 535) di **3.000 milioni** di euro nel **2024**, **4.000 milioni** nel **2025** e **4.200 milioni** a decorrere **dal 2026**, stanziamenti che si vanno a sommare a quelli stabiliti dalla legge di Bilancio 2023, pari a **2.150 milioni** di euro per l'anno **2023**, **2.300 milioni** per il **2024** e **2.600 milioni** a decorrere dall'anno **2025**.

Gli incrementi si sommano, corrispondentemente, ai livelli precedentemente fissati dalla legge di Bilancio 2022 (L. n. 234/2021) pari a **124.061 milioni** di euro per il **2022**, **126.061 milioni** per il **2023** e **128.061 milioni** per l'anno **2024**, come esposto nella tabella seguente, per un totale indicato nella tabella che segue³⁰ (*in mln di euro*):

²⁹ 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 antihaemophilus influenza e tipo B) se richieste dietro prescrizione medica.

³⁰ Per il 2023, in particolare, al fine di compensare i **maggiori costi** dovuti all'aumento dei prezzi delle fonti energetiche, con [DM Salute 10 gennaio 2023](#) sono state ripartite risorse di tale

(in mln di euro)

Livello finanziamento SSN	2022	2023	2024	2025	2026 (a decorrere)
LB 2022 (co. 258)	124.061	126.061	128.061	128.061	128.061
LB 2023 (co. 535)	-	+2.150	+2.300	+2.600	+2.600
LB 2024 (co. 217)	-	-	+3.000	+4.000	+4.200
TOTALE	124.061	128.211	133.361	134.661	134.861
Maggiori costi energia (DL. 50/2022 Energia e DL. 144/2022 Aiuti-ter)	-	+1.600	-	-	-
Maggiori risorse FSN (DL. 34/2023 Energia e salute)	-	+1.400	-	-	-

Le **finalità per il 2024** sono individuate negli interventi principalmente volti alla copertura delle spese per il personale e, segnatamente, al **rifinanziamento del fondo CCNL per il personale pubblico nel triennio 2022-2024** (spesa corrente 3.000 milioni) e per l'**incremento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive per il personale medico e per il personale del comparto sanità** operante nelle Aziende e negli Enti del SSN (280 milioni), essenzialmente diretto all'abbattimento delle liste d'attesa³¹.

In rapporto al PIL, per il 2023 il valore del 6,6% si stima in diminuzione nel triennio successivo con il 6,2 per cento in ciascuno degli anni 2024 e 2025, che successivamente scende al 6,1% nel 2026.

Da un'[audizione dell'Ufficio parlamentare di bilancio del 7 ottobre 2024](#), emerge che il complesso della spesa sanitaria corrente, dopo un lieve aumento in percentuale del Pil al 6,3 per cento nel biennio 2024-25, dal 2026 si posizionerebbe di nuovo al 6,2 per cento registrato nel 2023. Ne consegue che per riportare il livello di spesa sanitaria sul Pil a livello del 2019 (6,4 per cento), sarebbe necessario assicurare un aumento della spesa di circa 2,8 miliardi nel 2025, 4,3 nel 2026 e 5,6 nel 2027 rispetto a quanto indicato nel tendenziale.

In base alle ultime stime contenute nel **DEF 2024**, presentato in forma semplificata - senza il quadro programmatico, ma solo tendenziale -, il nuovo quadro della spesa sanitaria è raffigurato come segue (in milioni di euro):

nuovo livello di finanziamento pari a complessivi 1.600 milioni di euro, di cui 200 milioni di euro in base all'art. 40, comma 1, DL. 50/2022 (cd. decreto energia, L. n. 91/2022) e 1.400 milioni, ai sensi dell'art. 5, comma 3, del DL. n. 144/2022 (cd. decreto Aiuti-ter, L. n. 175/2022), in relazione alle quote di accesso di regioni e province autonome al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevate per l'anno 2022. Un'ulteriore **integrazione del FSN per circa 1.400 milioni nel 2023** proviene dalle disposizioni urgenti del [DL. 34/2023 in tema di energia e salute](#), con particolare riferimento al contributo statale per il ripiano del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici (1.085 milioni), all'incremento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive ed anticipo dell'indennità nei servizi di emergenza-urgenza (170 milioni) ed altre misure per il personale dei servizi di emergenza-urgenza.

³¹ Con riferimento alla **dinamica della spesa sanitaria** (la quale comprende anche la quota privata), la NADEF 2023 ha più recentemente stimato un ammontare per il 2023 pari a circa 134,7 miliardi, che si riduce nel 2024 a 132,9 miliardi (- 1,3 per cento) in conseguenza di una riduzione dei costi del personale e alla definitiva cessazione di quelli legati alla struttura commissariale per l'emergenza COVID. Essa risale nel biennio successivo, attestandosi a 136,7 miliardi nel 2025 (+2,8 per cento) e a 139,0 miliardi nel 2026 (+1,7 per cento).

TAB. SPESA SANITARIA DEF 2024: CONSUNTIVO 2023 E STIME 2024-2027					
	2023	2024	2025	2026	2027
Spesa sanitaria (mln di euro)	131.119	138.776	141.814	144.760	147.420
Spesa sanitaria (% PIL)	6,3	6,4	6,3	6,3	6,2
Tasso di variazione (in %)	- 0,4	5,8	2,2	2,1	1,8

Il DEF certifica per l'anno 2023 una spesa a consuntivo di 131.103 milioni di euro, che rispetto ai sopra indicati dati della NADEF 2023 fanno registrare una diminuzione di oltre 3.600 milioni, dovuta principalmente al mancato perfezionamento del rinnovo dei contratti del personale dirigente e convenzionato per il triennio 2019-2021, i cui oneri slittano al 2024. Viene certificato un rapporto rispetto al PIL del 6,3%, una riduzione di 3 punti percentuali, senza considerate l'impatto dell'inflazione. Nel 2024, il valore rispetto al PIL cresce al 6,4%, con una previsione in termini assoluti di 138.778 milioni (il +5,8 rispetto al 2023, vale a dire +7.657 milioni, che tuttavia inglobano la stima degli oneri per il rinnovo contrattuale pregresso (2019-2021), per il personale sanitario dipendente per il triennio 2022-204 e per una quota-parte di anticipo del rinnovo per il triennio 2025-2027. Per quest'ultimo triennio, il DEF stima una crescita media della spesa sanitaria di circa il 2%, il rapporto rispetto al PIL scende al 6,2% nel 2027, in via tendenziale (e quindi al lordo di possibili altre riduzioni di spesa).

A differenza del DEF 2023 che aveva definito un quadro programmatico, con i temi specifici della **riorganizzazione e potenziamento della medicina territoriale** (DM 77/2022) ed **interventi in materia di edilizia sanitaria**, oltre che la **rivalutazione del trattamento economico di tutto il personale del SSN**, soprattutto dell'area emergenza-urgenza, il più recente Documento di economia e finanza non contiene alcuna previsione di intervento, se si escludono i riferimenti agli investimenti previsti nel Programma nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) con particolare riferimento all'Assistenza domiciliare integrata e alla Telemedicina e al potenziamento del Fascicolo sanitario elettronico. Si ricorda inoltre che con riferimento all'ammodernamento delle grandi apparecchiature sanitarie, risulta perfezionato il 93% degli ordini (51% consegnato e 44% collaudato).

Da ultimo, il CIPESS - Comitato per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile, con la [Delibere nn.33 e 34 del 30 novembre 2023](#), relativa al Fondo sanitario nazionale 2023, ha assegnato alle Regioni, rispettivamente, le disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale e le risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale³².

³² Per l'anno 2022 (v. [G.U. del 21 marzo 2023 - Delibera 4/2023](#)), il riparto delle risorse statali stanziato per il fabbisogno sanitario fra Regioni e Province autonome è stato pari ad un totale di **125.980 milioni** di euro, che include la quota indistinta di 764 milioni da destinare al fondo farmaci innovativi, **di cui 119.724 milioni** di euro di **finanziamento indistinto** nel medesimo

Complessivamente, a consuntivo, il livello del finanziamento del SSN per l'anno 2023 ammonta a 128.005 milioni di euro. Per il consuntivo 2024, si attende la delibera del CIPESS di fine anno (non ancora approvata).

Nel più recente **documento programmatico del Governo, il Piano strutturale di Bilancio** vengono definiti i seguenti dati della spesa sanitaria corrente (programmatici per il triennio 2025-2027):

(in mln di €)	2023	2024	2025	2026	2027
Spesa sanitaria corrente	131.119	137.934	141.929	144.969	147.506

Tra i temi specifici affrontati dal PSB vi sono in particolare la **riorganizzazione e il potenziamento della medicina territoriale** e **gli interventi in materia di edilizia sanitaria**, oltre che la **rivalutazione del trattamento economico di tutto il personale del SSN**, soprattutto dell'area emergenza-urgenza. Il rifinanziamento del Servizio sanitario nazionale è previsto in 1.875 milioni nel 2024, 2.754 nel 2025 e 2.905 nel 2026.

In merito alle altre misure richiamate dal Piano, si ricordano le varie disposizioni adottate a favore del **personale sanitario** dirette a fronteggiare, anche in epoca antecedente all'emergenza pandemica, la grave carenza di personale del Servizio sanitario nazionale³³.

anno 2022, con quota premiale dello 0,40%, così come incrementata rispetto allo 0,32% dell'anno precedente dall'ultima legge di Bilancio (art. 1, comma 544, L. n. 197/2022), a fronte della quota precedentemente fissata a regime dello 0,25%.

³³ Tra le misure più recenti, si ricorda la legge di bilancio per il 2024 ([L. n. 213/2023](#), commi 218-222), al fine di fronteggiare la carenza di personale sanitario nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario Nazionale (SSN), di ridurre le liste di attesa ed il ricorso alle esternalizzazioni, **estende fino al 31 dicembre 2026** la facoltà di ricorrere **agli incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive del personale medico** - di cui alla contrattazione collettiva nazionale dell'Area sanità - prevista, per l'anno 2023, dall'articolo 11, comma 1, del [D.L. n. 34/2023](#) (pari a 100 euro lordi onnicomprensivi), disponendo, contestualmente, che tale incremento riguardi, **dal 2024 al 2026**, tutte le prestazioni aggiuntive svolte. Per le medesime finalità è prevista **l'applicazione fino al 31 dicembre 2026** delle disposizioni richiamate (art. 11, comma 1, del D.L. n. 34/2023) anche **alle prestazioni aggiuntive svolte** - ai sensi della contrattazione collettiva nazionale dell'Area sanità -, **dal personale sanitario** operante nelle citate aziende ed enti del SSN, disponendosi, contestualmente, che tale incremento riguardi, **dal 2024 al 2026**, tutte le prestazioni aggiuntive svolte, con tariffe fino a **60 euro lordi onnicomprensivi** (invece dei 50 previsti dal richiamato art. 11 del D.L. n. 34/2023), al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione. Anche in tal caso vengono poi espressamente fatte salve le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive riguardanti il volume di prestazioni erogabili, l'orario massimo di lavoro ed i prescritti riposi. Per le finalità sopra indicate è autorizzata, per ciascuno degli anni **2024, 2025 e 2026** la spesa di **200 milioni di euro per il personale medico** e di **80 milioni di euro per il personale sanitario** del comparto, a cui tutte le Regioni e le province autonome accedono, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente.

Vengono poi definiti gli interventi di **potenziamento del Servizio sanitario nazionale**, indicando innanzitutto il rafforzamento di molte delle misure previste dal PNRR, relative alle [Componenti 1 e 2 della Missione 6 Salute](#), tra le quali: efficientamento delle reti di medicina generale, delle reti di prossimità, delle strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale (Case di comunità, Centrali Operative e Ospedali della Comunità), digitalizzazione dei DEA I e II livello e ammodernamento delle grandi apparecchiature sanitarie, investimenti sulla ricerca e per la formazione delle competenze tecniche, professionali digitali e manageriali del personale SSN.

A decorrere dall'anno 2025 viene poi demandata ad **uno o più decreti del Ministro della salute**, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, la definizione di una **metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN**, ai fini della determinazione della spesa per il personale delle aziende e degli enti del SSN delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale.

Le risorse in conto capitale più consistenti per la sanità, prima della nuova programmazione che è stata fatta di queste voci nel PNRR che le ha successivamente inglobate, sono quelle per l'**edilizia sanitaria** (v. anche scheda art. 120, commi 3 e 4 del presente Dossier).

Tra le più recenti misure di potenziamento del SSN, si ricorda che il [D.L. 73/2024 \(L. 107/2024\)](#) ha previsto la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie, stabilendo, tra l'altro, il **superamento del tetto di spesa** già previsto per il **personale del Servizio sanitario nazionale**. Pertanto, dal 2024 e fino all'adozione di specifici decreti in materia, è previsto un **incremento dei valori massimi della spesa per il personale** autorizzati per l'anno 2023 ai sensi della normativa già vigente. Detti valori di spesa sono incrementati annualmente a livello regionale, nell'ambito del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, del 10 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Si stabilisce inoltre che, su richiesta della regione, l'incremento può essere aumentato di un **ulteriore importo sino al 5%** dello stesso – pertanto fino al 15% del medesimo incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente -, compatibilmente con la programmazione regionale in materia di assunzioni e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del SSN.

Articolo 48

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

L'**articolo 48** dispone un ulteriore incremento del limite di spesa per l'erogazione delle **prestazioni assistenziali** ricomprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA) da parte di soggetti privati accreditati, pari a 0,5 punti percentuali per l'anno 2025 e a 1 punto percentuale a decorrere dal 2026.

Dette risorse incrementali sono anche destinate alle **prestazioni di ricovero e ambulatoriali**, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell'emergenza, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio.

La norma prevede altresì la copertura degli oneri stimati pari a 61,5 milioni di euro per l'anno 2025 e a 123 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, a valere sulle risorse destinate all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale previste a normativa vigente.

La relazione tecnica sull'articolo 48 **non ascrive effetti finanziari** alle disposizioni in esso contenute, in quanto alla copertura degli oneri derivanti dal comma 1, pari a 61,5 milioni di euro per l'anno 2025 e a 123 milioni annui a decorrere dal 2026, si provvede a **valere sulle risorse già previste a legislazione vigente**, di cui all'articolo 1, comma 246, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, destinate all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale.

La disposizione pertanto **aggiorna il tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati**, di cui all'articolo 15, comma 14, del [D.L. n. 95/2012](#)³⁴ (L. n. 135 del 2012), come incrementato dall'articolo 1, comma 233, della legge n. 213 del 2023 (legge di Bilancio 2024) (**comma 1**). La finalità dell'aggiornamento è elevare tale limite di spesa per l'erogazione delle prestazioni assistenziali ricomprese nei LEA (livelli essenziali di assistenza) acquistate da strutture sanitarie accreditate per una percentuale pari a 0,5 punti percentuali per l'anno 2025 e di 1 punto percentuale con decorrenza dal 2026.

³⁴ *Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*

Il citato comma 233 ha infatti aggiornato il **tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati**, innalzandolo rispetto al valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, di 1 punto percentuale per l'anno 2024, di 3 punti percentuali per l'anno 2025 e di 4 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026. Con l'intervento in esame, pertanto, il limite complessivo aumenta a 3,5 punti percentuali nel 2025 e a 5 punti percentuali per gli anni dal 2026 in poi.

La finalità della rideterminazione del tetto è stata espressamente indicata quale misura concorrente all'ordinata erogazione delle prestazioni assistenziali ricomprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA), ribadendo il necessario rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale.

Nella relazione tecnica allegata al disegno di legge originario, si evidenziava che l'onere del previsto, graduale innalzamento del tetto in questione era pari a circa 123 milioni di euro per l'anno 2024, 368 milioni di euro per l'anno 2025 e 490 milioni di euro a partire dal 2026, con relativa copertura individuata nell'ambito dell'incremento del fabbisogno sanitario di cui alla medesima legge di Bilancio per il 2024.

In base alla disciplina già vigente³⁵, in vigore a decorrere dal 2020, il tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati, vale a dire le strutture sanitarie private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, è stato determinato in base al valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, nel rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale, applicando una riduzione di detto importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto tale da ridurre la spesa complessiva annua dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014.

Si ricorda, inoltre, che la disciplina limitativa di spesa in questione è stata oggetto, nel tempo, di diversi interventi di deroga: il DL n. 18/2020 (L. n. 27/2020, c.d. Cura Italia, art. 3), ha permesso alle regioni e alle province autonome, a date condizioni, di acquistare prestazioni sanitarie - oltre il *budget* prefissato - per affrontare l'emergenza sanitaria dovuta alla diffusione del COVID-19; il DL n. 73/2021 (L. 106/2021, c.d. DL Sostegni-*bis*, art. 26, co. 2), al fine di consentire il recupero delle prestazioni non erogate a causa dell'intervenuta emergenza epidemiologica, ha permesso di integrare gli acquisti di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privato, in deroga al tetto vigente in materia, anche utilizzando eventuali economie derivanti dai *budget* attribuiti per l'anno 2020; la legge di bilancio 2022 (art. 1, co. 277, L. 234/2021), ai fini dell'abbattimento delle liste d'attesa, ha previsto che le regioni e le province autonome possano coinvolgere anche le strutture private accreditate, in deroga al tetto di spesa in discorso; in precedenza, l'art. 1 della legge di stabilità 2016 (n. 208/2015), ai commi da 574 a 578, aveva introdotto alcune deroghe alla predetta

³⁵ Ridefinita dall'art. 45, co. 1-*ter* del D.L. 124/2019 in materia fiscale e di esigenze indifferibili (L. n. 157/2019) che ha rideterminato, a decorrere dall'anno 2020, la disciplina indicata all'articolo 15, comma 14, del D.L. n. 95/2012 (L. n. 135/2012), in materia di contratti ed accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera ai fini della razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria.

disciplina di limitazione della spesa, con particolare riferimento all'assistenza ospedaliera di alta specialità.

Peraltro, occorre menzionare al riguardo l'intervento della Corte costituzionale, che con la [sentenza n. 203 del 2016](#), ha dichiarato inammissibili alcune questioni di legittimità costituzionale dell'art. 15, comma 14, del citato D.L. 95/2012 sulla *spending review*, introduttivo del tetto di spesa in oggetto, sollevate in riferimento all'art. 117, terzo comma, della Costituzione, e non fondate diverse altre questioni di legittimità costituzionale del medesimo art. 15, comma 14, sollevate in riferimento agli artt. 3, 32, 41, 97 e 117, primo comma, Cost., quest'ultimo in relazione all'art. 1 del Protocollo addizionale alla Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU).

Il **comma 2** dell'articolo 48 in esame stabilisce una **specificata destinazione alle risorse** che derivano dall'ulteriore incremento del limite originario dell'acquisto delle prestazioni sanitarie da privati accreditati, innanzi tutto a copertura degli oneri delle **prestazioni di ricovero e ambulatoriali**, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate **dotate di pronto soccorso** ed inserite nella **rete dell'emergenza**, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio.

La rete dell'emergenza-urgenza coinvolge una rete di servizi e presidi individuati dal D.M. 2 aprile 2015 recante il Regolamento di definizione dell'assistenza ospedaliera, che ha previsto un sistema di allerta sanitario n. 118 e di un [numero unico europeo per le emergenze \(NUE\) 112](#). E' inoltre presente un sistema territoriale di soccorso, costituito dai mezzi di soccorso sul territorio con professionisti medici e/o infermieri, oltre che eliambulanze. Nella rete di emergenza vi sono anche i pronto soccorso ospedalieri, che assicurano gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione clinica ovvero per la stabilizzazione del paziente e l'eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate, con un coordinamento della centrale operativa. Sono presenti anche i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA), che rappresentano un'aggregazione funzionale di unità operative, adottano un codice comune di comportamento assistenziale, assicurano una risposta rapida e completa. I DEA afferiscono a due livelli di complessità, in base alle Unità operative che li compongono: DEA di I livello e DEA di II livello.

I livelli del triage del pronto soccorso sono denominati con una scala di colori che varia dal codice rosso (emergenza assoluta, con pericolo di vita imminente quali arresto cardiaco, grave difficoltà respiratoria, emorragia massiva, trauma cranico o sospetto ictus, ai fini della somministrazione di cure immediate), al codice arancio (urgenza indifferibile, in cui il paziente presenta una condizione grave che richiede un intervento rapido, ma non è in pericolo di vita immediato, quali dolore toracico, difficoltà respiratore, fratture esposte, crisi ipertensiva o

reazioni allergiche anche gravi, in cui i pazienti devono essere visitati entro pochi minuti con cure prioritarie³⁶.

Il **comma 3** definisce infine la **copertura** degli oneri stimati dall'incremento del predetto limite di spesa, cifrandoli in **61,5 milioni** di euro per l'anno 2025 e 123 milioni a decorrere dall'anno 2026. Essa è posta a valere sulle risorse destinate all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale di cui all'articolo 1, comma 246, della legge n. 213 del 2023.

Si ricorda che il richiamato **comma 246** della legge di Bilancio 2024 ha disposto la destinazione di una quota delle risorse incrementalmente derivanti dal rifinanziamento del SSN disposto dalla medesima legge, quantificata in 240 milioni di euro per l'anno 2025 e a 340 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, 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, recante misure di razionalizzazione della finanza pubblica.

Come precedentemente indicato, 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, con priorità di 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.

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.

³⁶ Per completezza, esistono anche il codice azzurro (urgenza differibile, che richiede approfondimenti diagnostici e visite specialistiche complesse), codice verde (urgenza minore, con pazienti in condizioni stabili senza rischio evolutivo, che comunque richiede una valutazione medica) e, infine, codice bianco (non urgenza, gestibile anche dal medico di famiglia o in ambulatorio, come piccoli tagli, contusioni lievi, raffreddori comuni o richieste di certificati medici).

Articolo 49

(Misure in materia di farmaci innovativi, antibiotici reserve e farmaci ad innovatività condizionata)

L'articolo 49, al comma 1, definisce i fattori da cui deriva l'innovatività di un farmaco, mentre al successivo comma 2 precisa la **nozione di farmaco innovativo**.

Al comma 3 si specifica la **finalizzazione** delle risorse del **Fondo** per il concorso al rimborso alle regioni delle spese sostenute per l'**acquisto dei farmaci innovativi**.

Il comma 4 dispone in ordine alla **destinazione delle risorse non impiegate** del suddetto Fondo. Stabilisce, inoltre, che l'eventuale **eccedenza della spesa per l'acquisto di farmaci innovativi** concorre al raggiungimento del **teito della spesa farmaceutica per acquisti diretti**, e detta la disciplina per il relativo **ripiano**.

Il comma 5 prevede le modalità di definizione dei **criteri di valutazione per l'attribuzione dell'innovatività terapeutica**.

Il comma 6 stabilisce a quali **specifiche indicazioni terapeutiche** possa essere attribuito il **requisito dell'innovatività terapeutica**, la cui **durata massima** è fissata in **36 mesi**.

Il comma 7 prevede che il medicinale sia soggetto a **monitoraggio**, tramite registro AIFA, nella rispettiva indicazione terapeutica innovativa, e che ogni indicazione terapeutica, pervenuta **oltre il sesto anno** dalla data di prima attribuzione del requisito dell'innovatività alla specialità medicinale, **non acceda al finanziamento** di cui al precedente comma 3. Dispone, inoltre, che l'AIFA **non valuti la sussistenza del requisito dell'innovatività** in tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate di medicinali a base di principio attivo, o di combinazioni di principi attivi, **privi di copertura brevettuale**.

Il comma 8 prevede che, a decorrere dal 1° gennaio 2025, sia estesa anche ai **medicinali con requisito di innovatività condizionata** la possibilità di **accesso alle risorse del Fondo** suddetto, per un importo comunque non superiore a 300 milioni di euro annui, a condizione che siano soddisfatti determinati requisiti. Per tali medicinali, si prevede che il **periodo di innovatività** di trentasei mesi decorra **dalla data di riconoscimento dell'innovatività condizionata**.

Il comma 9, a decorrere dal 1° gennaio 2025, **estende anche a determinati agenti antinfettivi** per infezioni da germi multiresistenti l'**accesso alle risorse del Fondo di cui al comma 3**, per un importo comunque non superiore a 100 milioni di euro annui, in presenza di alcuni presupposti.

Il **comma 10** prevede che, a decorrere dal 1° gennaio 2025, i farmaci innovativi potranno accedere alle risorse del Fondo di cui al comma 3 per un importo **non superiore a 900 milioni di euro annui**.

Il **comma 11** prevede che, in seno all'AIFA, sia la **Commissione scientifica ed economica del farmaco** (CSE), e non più la Commissione consultiva tecnico-scientifica, **l'organo deputato a verificare il requisito della innovatività terapeutica** di determinati medicinali a carico del Servizio sanitario nazionale.

Il **comma 12** apporta infine alcune **modifiche testuali alla legge di bilancio 2017**, volte all'**adeguamento di alcune sue disposizioni** all'intervenuto superamento della distinzione fra farmaci innovativi e farmaci innovativi oncologici e alla conseguente unificazione dei due separati fondi ad essi in precedenza dedicati.

Nella relazione tecnica del Governo (RT) si afferma che le disposizioni recate dall'articolo in titolo **non determinano nuovi o maggiori oneri** per le finanze pubbliche, comportando esse - in particolare ai commi da 8 a 10 - mere riallocazioni di risorse già previste a legislazione vigente.

In base al **comma 1** dell'articolo in esame, l'innovatività di un farmaco deriva dalla tecnologia di produzione del suo principio attivo, dal meccanismo d'azione, dalla modalità della somministrazione al paziente, dall'efficacia clinica e dalla sicurezza, dagli effetti sulla qualità della vita, dalle implicazioni sull'organizzazione dell'assistenza sanitaria. *Si valuti l'opportunità di precisare se i fattori determinanti l'innovatività di un farmaco, elencati dal comma in esame, siano o meno intesi come tra essi alternativi.*

Il successivo **comma 2** stabilisce che, ai fini dell'articolo in commento, un medicinale è innovativo in funzione dei risultati di efficacia e sicurezza derivanti dal confronto con le alternative terapeutiche disponibili all'interno del prontuario farmaceutico nazionale prima della sua introduzione, in una definita indicazione terapeutica.

Si ricorda che la definizione dell'innovazione terapeutica è stata, negli anni, fonte di continui dibattiti. Per una ricostruzione dell'evoluzione della normativa in materia si rinvia alla lettura del *box* informativo alla fine della presente scheda di lettura.

Il **comma 3** dell'articolo in commento stabilisce che le risorse del Fondo per il concorso al rimborso alle regioni delle spese sostenute per l'acquisto

dei farmaci innovativi³⁷ (d'ora in poi "Fondo") 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 (v. *infra*).

Il **comma 4** prevede che le risorse non impiegate del Fondo confluiscono nella quota di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato³⁸. Si stabilisce, altresì, che l'eventuale eccedenza della spesa per l'acquisto di farmaci innovativi, ferme restando le risorse annualmente stanziare, concorre al raggiungimento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti come previsto dall'articolo 1, comma 406³⁹ della legge n. 232 del 2016. Inoltre, si prevede che, in caso di sfondamento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti, ai fini del ripiano della spesa eccedente per farmaci innovativi, si applichino le modalità previste dall'articolo 1, comma 584, della legge n. 145 del 2018 (legge di bilancio 2017): l'eccedenza della spesa rispetto alla dotazione del Fondo va cioè ripianata da ciascuna azienda titolare di AIC di farmaci innovativi e di farmaci oncologici innovativi in proporzione alla rispettiva quota di mercato.

Il **comma 5** prevede che, ad esito della valutazione condotta dalla Commissione Scientifico-Economica ("CSE"), sentiti "i portatori di interesse e le associazioni di pazienti e cittadini", l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), con determinazione del "direttore generale tecnico-scientifico" da adottarsi entro il 31 marzo 2025, definisca i criteri di valutazione per l'attribuzione dell'innovatività terapeutica che consente il finanziamento dell'accesso al rimborso da parte del servizio sanitario nazionale, con le risorse del Fondo.

Si ricorda che la Commissione Scientifico-Economica svolge, in seno all'AIFA, le funzioni in precedenza spettanti alla Commissione tecnico-scientifica e al Comitato prezzi e rimborsi (art. 19, co. 1, decreto ministeriale 8 gennaio 2024, n. 3, Regolamento recante modifiche al regolamento sull'organizzazione e sul funzionamento dell'Agenzia italiana del farmaco).

Il Direttore tecnico-scientifico - non espressamente qualificato come "generale" dalla vigente disciplina regolamentare - svolge e dirige l'attività tecnico-scientifica dell'AIFA (art. 10 del succitato decreto ministeriale).

³⁷ Di cui al richiamato articolo 1, comma 401, della legge 11 dicembre 2016, n. 232 (legge di bilancio 2017).

³⁸ Ai sensi del richiamato articolo 1, comma 392, della legge n. 232 del 2016.

³⁹ Il succitato comma 406 stabilisce che la spesa per l'acquisto dei farmaci innovativi e dei farmaci oncologici innovativi (ora innovativi *tout court*) concorre al raggiungimento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti per l'ammontare eccedente annualmente l'importo del Fondo dedicato.

Il **comma 6** prevede che il requisito dell'innovatività terapeutica, di durata massima pari a 36 mesi, si attribuisca ad una specifica indicazione terapeutica nella quale il medicinale, alternativamente:

- abbia dimostrato di essere in grado di determinare la guarigione, con particolare riguardo agli agenti antinfettivi per infezioni da germi multiresistenti;
- abbia ridotto il rischio di complicazioni letali o potenzialmente letali;
- abbia determinato il rallentamento della progressione di malattia;
- abbia un effetto terapeutico che determina il miglioramento della qualità della vita dei pazienti relativamente alle dimensioni della capacità di movimento e cura della persona. In riferimento alle malattie rare e ultra-rare, il comma in esame prevede che il miglioramento della qualità della vita comprenda anche le dimensioni del dolore e della capacità nello svolgimento delle attività abituali o lavorative.

Il **comma 7** prevede che il medicinale sia soggetto a monitoraggio, tramite registro AIFA, nella rispettiva indicazione terapeutica innovativa. Viene specificato che l'indicazione terapeutica innovativa coincide con i criteri di limitazione della rimborsabilità applicati tramite il registro di monitoraggio AIFA. Si stabilisce, altresì, che ogni indicazione terapeutica, pervenuta oltre il sesto anno dalla data di prima attribuzione del requisito dell'innovatività alla specialità medicinale, non accede al finanziamento a valere sul Fondo per i farmaci innovativi. Infine, il comma in disamina dispone che l'AIFA non valuti la sussistenza del requisito dell'innovatività in tutte le indicazioni terapeutiche autorizzate di medicinali a base di principio attivo, o di combinazioni di principi attivi, che risultino privi di copertura brevettuale.

Si ricorda che i Registri di monitoraggio sono parte integrante del Sistema Informativo del SSN e che essi svolgono funzioni di valutazione dell'efficacia del farmaco, ai fini della rinegoziazione, e di controllo della spesa per i farmaci innovativi e per i costi evitabili in sanità⁴⁰.

Il **comma 8** stabilisce che, a decorrere dal 1° gennaio 2025, i medicinali con requisito di innovatività condizionata vigente potranno accedere al Fondo, per un importo comunque non superiore a 300 milioni di euro annui, se già soggetti a monitoraggio delle dispensazioni tramite registro di monitoraggio AIFA oppure se, “in linea con quanto previsto ai commi 6 e 7” (v. sopra), la CSE valuti motivatamente l'istituzione del registro di

⁴⁰ V. al riguardo <https://www.aifa.gov.it/registri-farmaci-sottoposti-a-monitoraggio>

monitoraggio. Per tali medicinali - precisa il comma in esame - il periodo di innovatività di trentasei mesi decorre dalla data di riconoscimento dell'innovatività condizionata.

Analogamente, il **comma 9** prevede che, a decorrere dal 1° gennaio 2025, gli agenti antinfettivi per infezioni da germi multiresistenti già inseriti nel prontuario farmaceutico nazionale, e classificati come “reserve” secondo la nomenclatura “AWaRe” dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), potranno accedere al Fondo, per un importo comunque non superiore a 100 milioni di euro annui, se già soggetti a monitoraggio delle dispensazioni tramite registro di monitoraggio AIFA, oppure, “in linea con quanto previsto ai commi 6 e 7”, qualora la CSE valuti l’istituzione del registro di monitoraggio.

Si fa presente che l’OMS raggruppa gli antibiotici in tre categorie, “Access”, “Watch” e “Reserve”, allo scopo di guidarne la prescrizione e ridurre il rischio di reazioni avverse e sviluppo di resistenze batteriche (cfr. The 2019 WHO - AWaRe classification of antibiotics for evaluation and monitoring of use). Gli antibiotici del gruppo “Access” sono indicati come trattamento di prima scelta per molte infezioni. Il gruppo “Watch” comprende, invece, antibiotici con un maggiore rischio di indurre resistenze e di conseguenza raccomandati generalmente come trattamenti di seconda scelta, o da preferirsi solo per casi specifici. Il terzo gruppo “Reserve” comprende antibiotici di ultima istanza e utilizzati solo nei casi più gravi, quando tutte le altre alternative non hanno avuto successo, come per esempio per le infezioni multi-resistenti.

Il **comma 10** stabilisce che, a decorrere dal 1° gennaio 2025, i farmaci innovativi - per effetto di quanto disposto dai precedenti commi 8 e 9 - potranno accedere al Fondo per un importo non superiore a 900 milioni di euro annui.

La RT, in riferimento ai tre commi da ultimo illustrati, osserva che si prevede ivi una diversa destinazione di quota parte delle risorse del Fondo e che si tratta pertanto di una riallocazione, non comportante nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Si ricorda che, a decorrere dal 1° gennaio 2022, l'art. 35-ter del decreto legge n. 73 del 2021⁴¹ (c.d. Sostegni bis) ha istituito, nello stato di previsione del MEF, un Fondo unico, del valore di 1.000 milioni di euro annui, destinato al concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei farmaci innovativi. La legge di Bilancio 2022 ha poi stabilito incrementi del finanziamento del Fondo predetto, pari a 100 milioni per l'anno 2022, 200 milioni per l'anno 2023 e 300 milioni a decorrere

⁴¹ Convertito, con modificazioni, dalla L. 23 luglio 2021, n. 106.

dall'anno 2024. Pertanto, come attestato dalla RT, il Fondo ha a legislazione vigente una dotazione di 1.300 milioni di euro annui.

Il **comma 11** modifica l'articolo 10, comma 2, del decreto-legge n. 158 del 2012⁴², che nel testo vigente obbliga le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ad assicurare l'immediata disponibilità agli assistiti dei medicinali a carico del Servizio sanitario nazionale erogati attraverso gli ospedali e le aziende sanitarie locali che, a giudizio della Commissione consultiva tecnico-scientifica dell'AIFA, possiedano, alla luce dei criteri predefiniti dalla medesima Commissione, il requisito della innovatività terapeutica. Il comma in esame sostituisce il riferimento alla Commissione tecnico-scientifica con quello alla CSE (al riguardo v. sopra, commento a comma 5).

Il **comma 12** apporta alcune modifiche testuali alla legge n. 145 del 2018 (legge di bilancio 2017), volte all'adeguamento di alcune sue disposizioni all'intervenuto superamento della distinzione tra farmaci innovativi e farmaci innovativi oncologici e alla conseguente unificazione dei due separati fondi ad essi in precedenza dedicati (v. in proposito anche il box alla fine di questa scheda di lettura).

- Farmaci innovativi e istituzione di Fondi dedicati, evoluzione della disciplina

La legge di bilancio 2017 (art. 1, comma 402, della legge 232/2016) aveva previsto che, entro il 31 marzo 2017, - con determina del direttore generale dell'AIFA, previo parere della Commissione consultiva tecnico- scientifica -, fossero stabiliti i criteri per la classificazione dei farmaci innovativi e a innovatività condizionata e dei farmaci oncologici innovativi e le modalità per la valutazione degli effetti dei predetti farmaci ai fini della permanenza del requisito di innovatività, nonché le modalità per la eventuale riduzione del prezzo di rimborso a carico del Ssn. La Determina n. 519/2017 del 31 marzo 2017 ha quindi stabilito i criteri per la classificazione dei farmaci innovativi, la procedura di valutazione e i criteri per la permanenza del requisito dell'innovatività ai fini dell'eventuale riduzione del prezzo di rimborso. L'AIFA, previo parere della CTS, ha stabilito che per l'attribuzione del carattere di innovatività è necessaria la dimostrazione di un valore terapeutico aggiunto (rispetto alle altre terapie disponibili) nel trattamento di una patologia grave (intesa come una malattia ad esito potenzialmente mortale, oppure che induca ospedalizzazioni ripetute, o che

⁴² Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 189 del 2012.

ponga il paziente in pericolo di vita o che causi disabilità in grado di compromettere significativamente la qualità della vita).

Il modello di valutazione dell'innovatività è unico per tutti i farmaci ma, in caso di bisogno, possono essere utilizzati ulteriori indicatori specifici. Il modello di valutazione proposto prevede un approccio

multidimensionale, che tiene conto di tre elementi fondamentali:

1. il bisogno terapeutico;
2. il valore terapeutico aggiunto;
3. la qualità delle prove ovvero la robustezza degli studi clinici (per la valutazione di questo parametro l'AIFA ha adottato il metodo GRADE - Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

Il giudizio di innovatività è formulato in base al profilo derivante dall'insieme delle valutazioni dei suddetti parametri.

Possono essere considerati innovativi i farmaci ai quali siano stati riconosciuti un bisogno terapeutico e un valore terapeutico aggiunto entrambi di livello "Massimo" o "Importante", ed una qualità delle prove "Alta".

L'innovatività non può, invece, essere riconosciuta in presenza di un bisogno terapeutico e/o di un valore terapeutico aggiunto giudicati come "Scarso" o "Assente", oppure di una qualità delle prove giudicata "Bassa" o "Molto bassa". Situazioni intermedie sono valutate caso per caso, tenendo conto del peso relativo dei singoli elementi considerati.

I possibili esiti della valutazione sono:

riconoscimento dell'innovatività, a cui sono associati l'inserimento nel Fondo dei farmaci innovativi, oppure nel Fondo dei farmaci innovativi oncologici, i benefici economici previsti dalla legge di bilancio 2017 e l'inserimento nei Prontuari Terapeutici Regionali;

riconoscimento dell'innovatività condizionata (o potenziale), che comporta unicamente l'inserimento nei Prontuari Terapeutici Regionali con almeno una rivalutazione obbligatoria a 18 mesi dalla sua concessione. Nel corso della rivalutazione, la disponibilità di nuove evidenze, valutate positivamente, può portare al riconoscimento dell'innovatività piena, con il conferimento dei benefici per il tempo residuo di durata prevista;

mancato riconoscimento dell'innovatività.

Come stabilito dalla legge di bilancio 2017, il riconoscimento dell'innovatività ed i benefici conseguenti hanno una durata massima di trentasei mesi. La permanenza del carattere di innovatività attribuito ad un farmaco viene riconsiderata nel caso emergano evidenze che ne giustifichino la rivalutazione. In presenza di evidenze che smentiscono quelle che ne avevano giustificato il riconoscimento o ne ridimensionano l'effetto, l'innovatività può non essere confermata, e i benefici ad essa connessi decadono, con conseguente avvio di una nuova negoziazione del prezzo e delle condizioni di rimborsabilità.

Successivamente, l'AIFA, con la Determina n. 1535/2017 del 18 settembre 2017, ha aggiornato e sostituito la precedente Determina 519/2017. Le principali modifiche apportate alla procedura di valutazione sono le seguenti:

il concetto di innovatività viene sempre riferito alla singola indicazione terapeutica;

l'innovatività per un'indicazione specifica può essere valutata da AIFA, previo parere della Commissione tecnico scientifica (CTS), in presenza di adeguate evidenze scientifiche a supporto, a prescindere dalla richiesta di riconoscimento del requisito di innovatività da parte dell'azienda;

la disponibilità di nuove evidenze che venissero valutate positivamente dall'AIFA, previo parere della CTS, nella rivalutazione di farmaci ad innovatività condizionata in relazione ad una specifica indicazione, potrà portare al riconoscimento dell'innovatività piena, con il conferimento dei benefici per il tempo residuo di durata prevista. In ogni caso, per i farmaci ad innovatività condizionata la sussistenza del requisito sarà rivalutata decorsi 18 mesi dalla sua concessione, su istanza dell'azienda titolare o di ufficio.

In tema di finanziamenti, si ricorda che la legge di bilancio 2017 (art. 1, commi 401-406, della legge 232/2016) aveva istituito, dal 1° gennaio 2017, due Fondi per l'acquisto, rispettivamente, dei medicinali innovativi e dei medicinali oncologici innovativi. Entrambi i Fondi con una dotazione di 500 milioni di euro, ciascuno a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale cui concorre lo Stato. Con una norma inserita nella legge di bilancio 2019 (art. 1, co. 550, L. n. 145/2018), tali Fondi, la cui iscrizione contabile era originariamente nell'ambito dello stato di previsione del Ministero della salute, sono stati trasferiti nello stato di previsione del MEF, ferma restando la competenza già attribuita al Ministero della salute per la disciplina delle modalità operative di erogazione delle risorse stanziare (v. DM 16 febbraio 2018).

Le somme dei Fondi predetti erano versate in favore delle regioni in proporzione alla spesa sostenuta dalle regioni medesime per l'acquisto dei medicinali innovativi e oncologici innovativi. La spesa per l'acquisto dei farmaci innovativi e dei farmaci oncologici innovativi concorreva al raggiungimento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti (spesa farmaceutica ospedaliera) per l'ammontare eccedente annualmente l'importo di ciascuno dei fondi.

A decorrere dal 1° gennaio 2022, l'art. 35-ter del decreto legge n. 73 del 2021 (c.d. Sostegni bis) ha istituito, nello stato di previsione del MEF, un unico Fondo del valore di 1.000 milioni di euro annui destinato al concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei farmaci innovativi (superando la distinzione fra farmaci innovativi e farmaci innovativi oncologici). Resta ferma in capo al Ministero della salute la competenza a disciplinare le modalità operative di erogazione delle risorse stanziare sulla base dei criteri da adottare con decreto ministeriale.

Da ultimo, la legge di Bilancio 2022 (L. n. 234/2021, art. 1, co. 259) ha stabilito gli incrementi del finanziamento del Fondo per l'acquisto dei farmaci innovativi di cui al comma 401, art. 1, della legge di bilancio 2017, pari a 100 milioni per l'anno 2022, 200 milioni per l'anno 2023 e 300 milioni a decorrere dall'anno 2024, integrando allo scopo il finanziamento del livello del fabbisogno sanitario standard cui concorre lo Stato.

L'articolo 38-quater del DL. 152/2021 (L. 233/2021), al fine di dare attuazione alle azioni del Piano nazionale di ripresa e resilienza relative alla Missione 6 – Salute con il rafforzamento delle prestazioni di innovatività terapeutica e velocizzando il procedimento per l'aggiornamento dei prontuari terapeutici ospedalieri, prevede che l'aggiornamento dei prontuari terapeutici ospedalieri

debba essere effettuato entro, e non oltre, due mesi nel caso d'impiego di farmaci per malattie rare. Contestualmente all'aggiornamento, ciascuna regione, con deliberazione della giunta regionale, è tenuta a indicare i centri prescrittori di farmaci con Nota AIFA e/o Piano Terapeutico.

Articolo 50

(Finanziamento destinato all'aggiornamento delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni per acuti e post acuzie)

L'**articolo 50** autorizza la spesa di **77 milioni** di euro vincolando una corrispondente quota-parte del **finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard**, al fine di garantire le risorse necessarie per provvedere, per l'anno 2025, alle necessità dei pazienti classificati come *diagnosis-related group* (DRG) post acuzie, e di 1.000 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 destinati, quanto a 350 milioni di euro, ai suddetti DRG post acuzie, e 650 milioni di euro ai DRG per acuti.

Tale incremento ha l'obiettivo di garantire al Servizio sanitario nazionale le risorse necessarie per provvedere alla progressiva implementazione dell'**aggiornamento delle tariffe massime** per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate in *post* acuzie (riabilitazione ospedaliera e lungodegenza) ed erogate per acuti (in regime di ricovero ordinario e diurno).

Si precisa che dette risorse costituiscono **assegnazione vincolata all'obiettivo** e sono, pertanto, utilizzabili solo per le finalità indicate.

La Relazione tecnica **non ascrive alcun effetto finanziario** alle disposizioni di cui all'**articolo 50**, in quanto volto a **vincolare una quota dell'incremento del fabbisogno sanitario** di cui all'articolo 47 all'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni per acuti e post acuzie per un importo di complessivi 77 milioni per il 2025 e 1.000 milioni annui con decorrenza 2026.

Il **comma 1**, in attuazione dell'articolo 1, comma 280, della [legge 30 dicembre 2021, n. 234](#)⁴³, dispone le seguenti autorizzazioni di spesa:

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

Si ricorda che il citato comma 280 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

⁴³ Legge di bilancio 2022

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.

Al riguardo, si segnala che la norma in esame dispone un vincolo di spesa di quota-parte dell'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard fissato all'articolo 47.

Il sistema chiamato Raggruppamento omogeneo di diagnosi (*Diagnosis Related Group*, DRG), permette di classificare tutti i malati dimessi da un ospedale in gruppi omogenei in base alle risorse impegnate per la loro cura. Si ricorda che, attualmente, le tariffe massime in oggetto sono definite dal [D.M. 18 ottobre 2012](#), concernente la "remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale".

Ai sensi dell'articolo 15, comma 17, del [D.L. 6 luglio 2012, n. 95 \(L. 7 agosto 2012, n. 135\)](#) in materia di razionalizzazione della spesa sanitaria, gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, eventualmente superiori a tali tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali; queste ultime, in ogni caso, costituiscono un limite invalicabile per le regioni per le quali non sussista il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario. La disposizione contenuta al comma 280 stabilisce invece in via generale che le nuove tariffe massime, aggiornate in base alla suddetta procedura, costituiscono un limite invalicabile per le prestazioni di assistenza ospedaliera ivi contemplate.

Il **comma 2** precisa che gli incrementi di cui al comma 1 costituiscono una assegnazione vincolata e siano, pertanto, utilizzabili solo per le finalità indicate nel medesimo comma 1.

Articolo 51 *(Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza e importi tariffari)*

L'articolo 51 dispone un **vincolo di una quota del fabbisogno sanitario** nazionale standard, pari a **50 milioni di euro annui a decorrere dal 2025**, per consentire l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, inclusa la revisione delle **tariffe massime nazionali** delle relative prestazioni assistenziali, sulla base dell'istruttoria predisposta dalla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale.

Le norme dell'articolo 51 sono dirette **potenziare il monitoraggio della spesa sanitaria** e le modalità di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria delle regioni e delle province autonome, integrando il vigente sistema di garanzia. Le stesse, pertanto, **non comportano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica**.

L'articolo 51, al comma 1, dispone un **vincolo di una quota del fabbisogno sanitario** nazionale standard, pari a **50 milioni di euro annui a decorre re dal 2025**, per consentire l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, inclusa la revisione delle **tariffe massime nazionali** delle relative prestazioni assistenziali, in attuazione dell'articolo 1, commi 558 e 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di bilancio 2016), in base ai quali la Commissione per l'aggiornamento dei LEA, istituita ai sensi del comma 556 della richiamata legge di bilancio⁴⁴, è chiamata a formulare annualmente una proposta di aggiornamento dei LEA.

In particolare, se la proposta attiene esclusivamente alla modifica degli elenchi di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale ovvero alla individuazione di misure volte ad incrementare l'appropriatezza della loro erogazione e la sua

⁴⁴ La Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel SSN, è nominata e presieduta dal Ministro della salute e composta dal direttore della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute e da 15 esperti qualificati e da altrettanti supplenti, di cui 4 designati dal Ministro della salute, 1 dall'Istituto superiore di sanità (ISS), 1 dall'AGENAS, 1 dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), 1 dal Ministero dell'economia e delle finanze e 7 dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome.

La Commissione dura in carica 3 anni. Su richiesta del presidente, alle riunioni della Commissione possono partecipare, per fornire il proprio contributo tecnico-scientifico, rappresentanti del Consiglio superiore di sanità, delle società scientifiche, delle Federazioni dei medici ed esperti esterni competenti nelle specifiche materie trattate.

approvazione non comporta ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, l'aggiornamento dei LEA è effettuato con decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti Stato-Regioni e province autonome, previo parere delle competenti Commissioni parlamentari e registrazione della Corte dei conti.

Si ricorda che l'ultimo aggiornamento delle tariffe LEA è stato pubblicato in Gazzetta ufficiale il 4 agosto 2023 ed è contenuto nel [D.M. Salute – MEF del 23 giugno 2023](#).

Inoltre, il **comma 2**, al fine di potenziare il monitoraggio della spesa e le modalità di valutazione delle performance dell'assistenza sanitaria resa dalle Regioni e dalle province autonome, considerando il finanziamento regionale, dispone l'**integrazione del sistema di garanzia**, di cui all'articolo 9 del D. Lgs. 18 febbraio 2000, n. 56⁴⁵, di una **dimensione di monitoraggio e valutazione delle performance regionali** che riguarda aspetti gestionali, organizzativi, economici, contabili, finanziari e patrimoniali.

Il richiamato D.Lgs. 56/2000, in materia di federalismo fiscale, ha previsto uno specifico Sistema di Garanzia quale strumento attraverso il quale poter assicurare a tutti gli aventi diritto l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) in condizioni di qualità, appropriatezza ed uniformità. Il sistema è stato reso operativo attraverso il D.M. 12 dicembre 2001 ([qui l'approfondimento](#)) che ha dettato la definizione di un set di circa 100 indicatori, individuati sulla base delle fonti informative allora disponibili sulla materia.

L'articolo 9 del D. Lgs. 56/2000 ha in particolare disposto, al fine di consentire la tempestiva attivazione di procedure di monitoraggio dell'assistenza sanitaria effettivamente erogata in ogni regione, un sistema di garanzia da definire con decreto interministeriale Salute-MEF, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, per il raggiungimento in ciascuna regione degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio sanitario nazionale. Il sistema prevede, tra l'altro, un insieme minimo di indicatori e parametri di riferimento, relativi a elementi rilevanti ai fini del monitoraggio del rispetto, in ciascuna regione, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché dei vincoli di bilancio delle regioni a statuto ordinario, oltre che regole e convenzioni per la rilevazione, la validazione e l'elaborazione delle informazioni e dei dati statistici necessari per l'applicazione del predetto sistema di garanzia. Inoltre, sono previste specifiche procedure per la pubblicizzazione periodica dei risultati dell'attività di monitoraggio e per l'individuazione delle regioni che non rispettino ovvero non convergano verso detti parametri, anche prevedendo limiti di accettabilità entro intervalli di oscillazione dei valori di riferimento.

⁴⁵ *Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133.*

A tal fine (**comma 3**) si prevede un decreto del Ministero della salute, di concerto con il MEF, sentita la Conferenza permanente Stato-regioni, con la finalità di integrare il nuovo sistema di garanzia di cui al decreto del [D.M. Salute del 12 marzo 2019](#), con il quale venga individuato un **sistema di indicatori di performance dei servizi sanitari regionali**.

Il D.M. 12 marzo 2019 ha dato attuazione al Nuovo sistema di garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, promuovendo la coerenza tra l'attività nazionale di monitoraggio e di verifica ed i sistemi di valutazione intraregionale, oltre al fatto di favorire le attività di audit e gli interventi conseguenti, adottati dalle regioni e dalle province autonome e individuati come necessari al miglioramento dell'erogazione dei LEA. Qui il [rapporto di Monitoraggio dei LEA](#) attraverso il NSG in base al modello tracciato dal DM 12 marzo 2019 (anno 2021).

Detto nuovo decreto ministeriale in tema di monitoraggio dell'assistenza sanitaria dovrà essere emanato entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Articolo 52 *(Piano pandemico 2025-2029)*

L'**articolo 52** autorizza la spesa di 50 milioni di euro per l'anno 2025, di 150 milioni di euro per l'anno 2026 e di 300 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027, per l'attuazione delle misure del Piano pandemico nazionale per il periodo 2025 – 2029.

La relazione tecnica (RT) non ascrive effetti finanziari alle disposizioni in esso contenute ed evidenzia che le risorse suddette saranno assegnate alle regioni “a valere sul fabbisogno sanitario standard”, come incrementato dall'articolo 47 del provvedimento in esame (v. sopra la relativa scheda di lettura), che “presenta le necessarie disponibilità”.

Si ricorda che, allo stato attuale, il Piano pandemico nazionale per il periodo 2025 – 2029, cui fa riferimento la disposizione in esame, non risulta pubblicato.

Fonti di stampa, nel mese di gennaio 2024⁴⁶, hanno riportato essere “alle battute finali” la stesura di un nuovo Piano pandemico (concernente peraltro il periodo 2024-2028).

Rispondendo a una interrogazione parlamentare sul tema⁴⁷, in data 24 gennaio 2024, il sottosegretario alla salute Gemmato ha riferito che il “Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico 2024-2028” è il primo piano pandemico allargato a tutti i patogeni respiratori e che, pertanto, può essere applicato a pandemie con diverse caratteristiche epidemiologiche in termini di trasmissibilità, patogenicità e impatto sulla salute e sui servizi sanitari e si basa sulle indicazioni pubblicate dall'Organizzazione mondiale della sanità nel 2023 nonché sulle più recenti raccomandazioni del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie. Rispetto alla bozza del Piano suddetto, il Sottosegretario ha fatto presente che la stima dei costi per l'attuazione sarebbe stata in seguito descritta in una relazione tecnico-illustrativa condivisa con il Ministero dell'economia e delle finanze, recante elementi utili alla quantificazione economica dei finanziamenti atti a garantire la realizzazione degli interventi. Detta stima è stata prospettata come funzionale ad assicurare le successive valutazioni politiche del Governo in merito al reperimento delle risorse necessarie, ipotizzate come aggiuntive rispetto al livello di

⁴⁶ https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=119551

⁴⁷ Presso la Commissione XII della Camera.

finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato.

Più recentemente, in data 15 settembre 2024⁴⁸, il Ministro della salute ha dichiarato che un nuovo Piano pandemico sarà firmato entro l'anno.

Si ricorda che la Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 25 gennaio 2021, sanciva l'accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sul documento "Piano strategico – operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021 – 2023)". Il documento anzidetto è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 23 del 29 gennaio 2021⁴⁹.

Si ricorda, altresì, che è stato redatto un Piano nazionale di comunicazione del rischio pandemico 2023-2028 *ad interim*, il quale è "un piano discendente dal piano pandemico, che al momento della scrittura è il Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)"⁵⁰. Sul succitato Piano nazionale di comunicazione risulta effettuata una informativa in sede di Conferenza Stato-Regioni⁵¹ (Rep. atti n. 314/CSR del 20 dicembre 2023).

⁴⁸ V. https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=116664&fr=n

⁴⁹ Per il testo del documento si veda https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3005_allegato.pdf

⁵⁰ Brano virgolettato tratto dalla nota metodologica del suddetto Piano nazionale di comunicazione, il quale è consultabile alla seguente pagina: https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_722_0_file.pdf

⁵¹ V. <https://www.statoregioni.it/media/xwhcjp1/p-9-csr-atto-rep-n-314-20dic2023.pdf>

Articolo 53

(Misure per l'acquisto di dispositivi medici per la perfusione, conservazione, trasporto e gestione di organi e tessuti per trapianto)

L'articolo 53, comma 1, per esigenze di riduzione delle liste d'attesa per il trapianto di organi e tessuti e per l'acquisto dei relativi dispositivi medici, **autorizza la spesa di 10 milioni di euro annui** a decorrere dall'anno **2025**. Il **comma 2** rinvia a un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da emanarsi entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, la definizione delle modalità di utilizzo e di riparto tra le regioni.

L'articolo 53 prevede, **a decorrere dall'anno 2025**, la destinazione di una quota pari a **10 milioni di euro annui** per l'acquisto di dispositivi medici per la perfusione, conservazione, trasporto e gestione di organi e tessuti per trapianto. Tuttavia la Relazione tecnica **non ascrive effetti finanziari** alle disposizioni in esso contenute, in quanto al predetto onere si provvede sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario come incrementato dall'articolo 47.

L'articolo 53, comma 1, al fine di rispondere alle esigenze di riduzione delle liste d'attesa per il trapianto di organi e tessuti e per l'acquisto di dispositivi medici per la perfusione, conservazione, trasporto e gestione di organi e tessuti per trapianto, **autorizza la spesa di 10 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025**. Al finanziamento per tali finalità, accedono tutte le regioni, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente.

Si ricorda che le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono al finanziamento del Servizio sanitario nazionale con risorse provenienti interamente dal proprio bilancio, fatta parzialmente eccezione per la regione Sicilia.

Invero, il sistema di finanziamento delle regioni a statuto speciale prevede che, attraverso le entrate fiscali che ricevono sotto forma di compartecipazioni ai tributi erariali (le cui quote sono stabilite negli statuti speciali e nelle norme di attuazione), esse provvedono al finanziamento integrale dell'esercizio delle funzioni attribuitegli dallo statuto speciale e dalle norme di attuazione. In particolare la regione Valle d'Aosta e le province autonome di Trento e Bolzano - ai sensi dell'[articolo 34, comma 3 della legge n. 724 del 1994](#) -, la Regione Friuli

Venezia Giulia - ai sensi [dell'articoli 1, comma 144 della legge 662 del 1996](#)⁵², -, e la Regione Sardegna - ai sensi dell'articolo 1, comma 836 della legge 296 del 2006-, provvedono al finanziamento del rispettivo fabbisogno senza alcun apporto a carico del Bilancio dello Stato.

Per la Regione siciliana, invece, ai sensi della legge 296 del 2006, articolo 1 comma 830, l'aliquota di partecipazione alla spesa sanitaria è fissata nella misura del 49,11. La norma, in particolare, dispone l'aumento progressivo della percentuale di spesa sanitaria posta a carico del bilancio della Regione siciliana: 44,85 per cento per l'anno 2007, 47,05 per cento per l'anno 2008 e 49,11 per cento per l'anno 2009. Essa perciò, per la parte restante, rientra nella ripartizione del Fondo sanitario nazionale.

Si ricorda inoltre che, stante il diverso modo di finanziamento dei Servizio sanitario nazionale sul proprio territorio e in ragione del principio di coordinamento della finanza pubblica, tutte le regioni e le province autonome concorrono ad assicurare l'osservanza dei vincoli economici e finanziari derivanti dall'ordinamento dell'Unione europea, ai sensi dell'art. 119 Cost.

Il **comma 2** stabilisce che la definizione delle modalità di utilizzo e di riparto tra le regioni delle risorse di cui al comma 1 sia stabilita con un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da emanarsi entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni.

⁵² *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007).*

Articolo 54

(Dematerializzazione delle ricette mediche cartacee per la prescrizione di farmaci a carico del SSN, dei SASN e dei cittadini)

L'articolo 54 prevede, al fine di potenziare il **monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva** e di garantire la **completa alimentazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE)**, 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) e a carico del cittadino, siano effettuate nel **formato elettronico** di cui ai decreti ministeriali del MEF in materia di **dematerializzazione delle ricette mediche**.

La norma prevede inoltre che 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 FSE in formato elettronico**.

La disposizione **non comporta nuovi o maggiori oneri**, in quanto diretta a favorire esclusivamente la tempestiva attuazione di quanto già previsto a normativa vigente in materia di dematerializzazione delle ricette mediche.

La norma in esame ha l'esplicita finalità di **assicurare che dal 2025 tutte le ricette mediche siano emesse in formato elettronico (comma 1)** allo scopo di poter affluire direttamente al sistema del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) (qui l'[approfondimento](#)).

Il **comma 2** inoltre prescrive che le Regioni, nell'esercizio delle proprie funzioni di vigilanza e controllo, assicurino l'attuazione del disposto di cui al comma 1, mediante le autorità competenti per territorio.

Al riguardo, la norma contiene per esteso i riferimenti normativi dei decreti ministeriali che prevedono il formato elettronico delle ricette mediche ai fini della loro **dematerializzazione**:

- [D.M. 2 novembre 2011](#) del MEF, di concerto con il Ministero della salute, recante “**Dematerializzazione della ricetta medica cartacea**, di cui all'articolo 11, comma 16, del [decreto-legge n. 78 del 2010](#)⁵³ (Progetto Tessera Sanitaria)”⁵⁴;

⁵³ *Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica*, conv. con mod. dalla L. n. 122/2010.

⁵⁴ Gazzetta Ufficiale n. 264 del 12 novembre 2011. Qui le [linee guida del progetto](#) formulate dall'RGS.

Ai sensi del richiamato comma 16, in attesa dell'emanazione dei decreti attuativi del sistema informativo sanitario, per accelerare il conseguimento dei risparmi derivanti dall'adozione delle modalità telematiche per la trasmissione delle ricette mediche inizialmente prevista all'articolo 50, commi 4, 5 e 5-bis, del D.L. n. 269 del 2003⁵⁵, il Ministero dell'economia e delle finanze, è chiamato a curare l'avvio della diffusione della procedura telematica, adottando, in quanto compatibili, le modalità tecniche operative di cui al decreto del [Ministro della salute del 26 febbraio 2010](#). L'invio telematico dei predetti dati sostituisce a tutti gli effetti la prescrizione medica in formato cartaceo.

- [D.M. 30 dicembre 2020](#) del MEF, “**Dematerializzazione delle ricette mediche** per la prescrizione di **farmaci non a carico del Servizio sanitario nazionale** e modalità di rilascio del promemoria della ricetta elettronica attraverso ulteriori canali, sia a regime che nel corso della fase emergenziale da Covid-19”⁵⁶.

In base alle modalità previste da tale decreto, il medico prescrittore procede alla generazione in formato elettronico delle prescrizioni di farmaci non a carico del SSN, riportando almeno i dati relativi al codice fiscale del paziente, la prestazione e la data della prescrizione, nonché le informazioni necessarie per la verifica della ripetibilità e non ripetibilità dell'erogazione dei farmaci prescritti.

Si ricorda che in base a quanto previsto dal PNRR, **Investimento 1.3 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione l'analisi dei dati e la simulazione** ([M6C2-I 1.3 -11, 12 e 13](#)) è stata prevista l'assegnazione di un ammontare di **1.672,539 mln sotto forma di prestiti**, di cui 569,6 milioni per progetti in essere e 1.102,94 milioni per nuovi progetti.

La finalità è quella di imprimere un cambio di passo nell'infrastrutturazione tecnologica alla base dell'erogazione dell'assistenza, dell'analisi dei dati sanitari e della capacità predittiva del SSN italiano. L'investimento si compone dei due diversi progetti:

- il completamento dell'infrastruttura e la **diffusione del Fascicolo sanitario elettronico (FSE)** esistente. Il FSE espletterà tre funzioni principali: in primo luogo, conferirà maggiore autonomia ai professionisti sanitari, che potranno avvalersi di una stessa fonte di informazioni cliniche per ottenere il dettaglio dell'anamnesi del paziente; in secondo luogo, diventerà per i cittadini e i pazienti il punto di accesso ai servizi fondamentali erogati dai sistemi sanitari nazionale e regionali; in terzo luogo, le amministrazioni

⁵⁵ Con cui è stato istituito il Sistema Tessera sanitaria, mediante il collegamento telematico in rete dei medici prescrittori del SSN e dei Servizi di assistenza sanitaria al personale navigante (SASN) e la ricetta elettronica.

⁵⁶ Gazzetta Ufficiale n. 11 del 15 gennaio 2021.

sanitarie avranno la possibilità di utilizzare i dati clinici per effettuare analisi cliniche e migliorare l'erogazione dell'assistenza sanitaria;

- il **rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica** e degli strumenti di analisi del Ministero della Salute, per il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA, ossia i servizi garantiti dal SSN in tutto il paese) e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria che siano in linea con i bisogni, l'evoluzione della struttura demografica della popolazione, i trend e il quadro epidemiologico.

Con particolare riferimento al potenziamento del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) si sottolinea l'obiettivo da raggiungere a fine anno 2025, che prevede l'incremento del numero di tipi di documento digitalizzati nel FSE ed il sostegno e formazione dei medici per l'aggiornamento digitale a livello nazionale, con una spesa prevista di 1.379,99 milioni di cui 569,6 milioni già stanziati per i progetti già in essere.

Ulteriore traguardo è fissato a metà 2026, con riferimento al rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) in termini di raccolta, elaborazione e produzione di dati a livello locale, per garantire l'infrastruttura degli strumenti di analisi del Ministero della salute per il monitoraggio dei LEA e con l'entrata in funzione del **sistema di Tessera sanitaria elettronica** e dell'infrastruttura per l'interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico. E' prevista la realizzazione di un archivio centrale, dell'interoperabilità e di una piattaforma di servizi, conformemente allo standard *Fast Healthcare Interoperability Resources*, sfruttando le esperienze già esistenti in questo settore, con garanzia di norme di stoccaggio, sicurezza e interoperabilità.

Articolo 55

(Accordi bilaterali fra le regioni per la mobilità sanitaria)

L'**articolo 55**, al **comma 1**, prevede la sottoscrizione di **accordi bilaterali** per il governo della **mobilità sanitaria** interregionale e delle correlate risorse finanziarie. Tale sottoscrizione è **obbligatoria** per ciascuna regione e per ciascuna delle province autonome di Trento e di Bolzano in presenza di fenomeni distorsivi nell'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Il successivo **comma 2** demanda al Ministero della salute la **definizione del format** dei predetti accordi obbligatori e specifica **in quali casi** questi debbano essere sottoscritti; ne stabilisce inoltre i **termini** temporali di sottoscrizione e la **durata minima**.

Il **comma 3**, in conseguenza di quanto disposto dai precedenti commi 1 e 2, stabilisce che, ai fini della verifica degli adempimenti **per l'accesso al finanziamento integrativo del servizio sanitario nazionale**, occorre fare **riferimento agli accordi bilaterali** di cui al comma 1 del presente articolo.

Il **comma 4**, **al fine indicato di garantire appropriatezza ed equità delle cure**, **sopprime una particolare disciplina** valevole per le regioni che, ottenuto un esito positivo dalla verifica del proprio equilibrio economico-finanziario, fissino **importi tariffari superiori alle tariffe massime** di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera ed ambulatoriale a carico del servizio sanitario nazionale.

L'articolo in titolo, secondo la relazione tecnica (RT), è **diretto a regolare i fenomeni distorsivi**, sia sul piano finanziario che assistenziale, derivanti da "rilevanti" flussi di mobilità sanitaria tra regioni. Esso introduce disposizioni dirette a fissare l'obbligatorietà della sottoscrizione di accordi bilaterali di mobilità che regolino tale fenomeno. In tali termini, è **ritenuto dalla RT non comportare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica**.

Si ricorda, in via preliminare, che la mobilità sanitaria può essere definita, rispetto all'ordinamento interno, e in termini generali, come «il processo di migrazione di coloro che scelgono di avvalersi di determinate prestazioni sanitarie presso strutture site al di fuori dell'area di competenza della propria ASL»⁵⁷. L'articolo in esame si occupa, in particolare, di mobilità sanitaria interregionale, la quale è costituita da due componenti complementari fra loro: (a) mobilità attiva, che descrive l'attrazione esercitata dalle strutture sanitarie, siano esse pubbliche o private accreditate, in favore di utenti che risiedono in altre regioni/province

⁵⁷ A. Pitino, La mobilità sanitaria, in R. Balduzzi, G. Carpani (a cura di), Manuale di diritto sanitario, Bologna, 2013, p. 363.

autonome; (b) mobilità passiva, che descrive la fuga di assistiti verso strutture sanitarie, siano esse pubbliche o private accreditate, al di fuori dalla propria regione/provincia autonoma di residenza.

Per alcuni approfondimenti in materia di mobilità sanitaria si rinvia al *box* informativo alla fine di questa scheda di lettura.

Il **comma 1** dell'articolo in commento obbliga ciascuna regione o provincia autonoma a sottoscrivere accordi bilaterali, per il governo della mobilità sanitaria interregionale e delle correlate risorse finanziarie, con tutte le altre regioni o province autonome con le quali la mobilità sanitaria attiva o passiva assuma dimensioni che determinano fenomeni distorsivi nell'erogazione dell'assistenza sanitaria. Il presente comma è dichiaratamente volto al conseguimento del “livello di appropriatezza” nell'erogazione e nell'organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica. *Si valuti l'opportunità di chiarire il rapporto tra le disposizioni del comma in esame e quelle del successivo comma 2 (v. infra), per quanto attiene ai casi di stipula obbligatoria degli accordi. Si consideri anche l'opportunità di precisare quale sia la soglia dimensionale della mobilità che determina i fenomeni distorsivi e fa sorgere, in base al comma in esame, l'obbligo di sottoscrizione degli accordi.*

Il **comma 2** affida al Ministero della salute, per il tramite del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA⁵⁸, la definizione, entro il 28 febbraio 2025, del *format* da utilizzare per gli accordi bilaterali obbligatori per le regioni e le province autonome.

Vengono enucleati i seguenti casi di sottoscrizione obbligatoria di accordi bilaterali:

- tra le regioni e le province autonome confinanti, al fine di regolare il fenomeno della “mobilità apparente e di confine”;
- tra le regioni e le province autonome anche non confinanti che registrino scambi di mobilità in entrata o in uscita per prestazioni a bassa complessità, definite come tali dal Ministero della salute;
- tra le regioni e le province autonome che complessivamente registrano una mobilità passiva pari almeno al 20 per cento del fabbisogno sanitario standard annualmente e le corrispondenti regioni e province autonome, anche non confinanti, che registrano “specularmente” una mobilità attiva. In proposito, viene specificato che le “regioni in mobilità”, ai fini dell'adempimento, sono obbligate a sottoscrivere tali accordi.

⁵⁸ Comitato di cui al richiamato articolo 9 dell'Intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sancita il 23 marzo 2005.

Il comma in esame non fornisce una definizione di “mobilità apparente e di confine”, né rinvia sul punto ad un atto definitorio del Ministero della salute - come per le prestazioni a bassa complessità -, pertanto la ricostruzione di tale aspetto sembra lasciata all’interprete. *Si consideri l’opportunità di approfondire questo profilo.*

Quanto ai termini per la stipula, per l’anno 2025 si prevede che gli accordi bilaterali siano sottoscritti entro il 30 aprile 2025; a regime essi devono essere rinnovati entro il 30 aprile del primo anno successivo a quello (iniziale) di validità dell’accordo precedente. Viene inoltre stabilita in almeno due anni la “validità” degli accordi in questione, cioè essi devono regolare i rapporti tra le parti per un periodo di almeno 2 anni.

Il **comma 3** stabilisce che, ai fini della verifica degli adempimenti per l’accesso al finanziamento integrativo del servizio sanitario nazionale, di cui all’articolo 1, comma 492, della legge n. 178 del 2020 (legge di bilancio 2021), occorre fare riferimento agli accordi bilaterali di cui al comma 1 del presente articolo. Viene apportata una modifica conseguenziale al predetto articolo 1, comma 492, della L. 178/2020: è soppresso il riferimento ivi contenuto ad altra tipologia di accordi bilaterali tra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale⁵⁹, la cui sottoscrizione è ora prevista quale adempimento per l’accesso al predetto finanziamento integrativo.

Il comma in esame menziona solo gli accordi bilaterali di cui al precedente comma 1, sebbene l’articolo in commento, come visto, tratti degli accordi bilaterali anche al comma 2. *Si valuti l’opportunità di considerare questo aspetto.*

Il **comma 4** apporta una modifica testuale all’articolo 15, comma 17, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95⁶⁰, espressamente finalizzata a salvaguardare l’appropriatezza delle cure e l’equità nell’accesso alle stesse.

⁵⁹ Si tratta degli accordi previsti dall’articolo 19 dell’Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012. Detti accordi, da stipulare tra regioni confinanti, sono volti alla individuazione di adeguati strumenti di governo della domanda per disciplinare la mobilità sanitaria al fine di: a) evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale; b) favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all’ambito territoriale regionale; c) facilitare percorsi di qualificazione ed appropriatezza dell’attività per le regioni interessate dai piani di rientro; d) individuare meccanismi di controllo dell’insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la definizione di tetti di attività condivisi funzionali al governo complessivo della domanda.

⁶⁰ 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.

Il comma oggetto di novella, nel testo attualmente vigente, prevede che gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime, restino a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione - specifica il comma oggetto di novella nella sua formulazione vigente - si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali sia stato verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario. La modifica introdotta dal comma 4 in disamina sopprime la specificazione testé riportata, eliminando il regime speciale valevole per le regioni in condizione di equilibrio economico-finanziario.

Si ricorda che, in base all'art. 15, comma 15, del citato d.l. 95/2012, in materia di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera ed ambulatoriale a carico del servizio sanitario nazionale, spetta al Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, determinare con proprio decreto le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate. In materia è intervenuto il D.M. 18 ottobre 2012, recante "Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale"; successivamente, con riferimento specifico alle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale, è intervenuto il D.M. 23 giugno 2023.

• Mobilità sanitaria

La mobilità sanitaria, quale diritto di avvalersi di prestazioni sanitarie lontano dal luogo di residenza, è tutelata quale concreta forma di esplicazione della libertà di cura, trovando un fondamento costituzionale all'art. 32 Cost.. La dottrina costituzionalistica appare inoltre concorde nel ricollegare il fenomeno anche al principio di uguaglianza sostanziale di cui all'art. 3, comma secondo, Cost..

Peraltro, nella giurisprudenza della Corte costituzionale, è stato sottolineato come il diritto alla libertà di scelta del luogo della cura in tutto il territorio nazionale non abbia carattere assoluto, dovendo essere temperato con altri interessi costituzionalmente protetti, anche in considerazione dei limiti oggettivi derivanti dalle risorse finanziarie disponibili. Secondo la Corte, non è vietato al legislatore sacrificare la libertà di scelta del paziente, a condizione che il sacrificio risulti necessitato dall'esigenza di preservare altri beni di rango costituzionale, quale ad esempio un'efficiente ed efficace organizzazione del sistema sanitario (v. Corte cost. sent. 26 ottobre 2012 n. 236, e ulteriori pronunce ivi richiamate).

Rispetto alla modalità di finanziamento dei servizi sanitari regionali, basato su un modello di allocazione territoriale delle risorse con l'attribuzione di quote pro-capite per ciascun cittadino residente e con il finanziamento delle strutture erogatrici con corrispettivi unitari per ciascuna prestazione, si è posta la necessità

di compensare i costi sostenuti per prestazioni LEA rese a cittadini in ambiti regionali diversi da quelli che hanno ottenuto il finanziamento pro-capite.

La compensazione è stata dapprima disciplinata, a livello legislativo, dall'art. 8-sexies, comma 8, d.lgs. n. 502/1992, introdotto dal d.lgs. n. 229/1999, secondo il quale il Ministro della Sanità, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, definisce con decreto i «criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata ai cittadini in Regioni diverse da quelle di residenza» entro i quali «le Regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna Regione nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitino funzioni a valenza interregionale e nazionale».

Tale materia è stata poi regolata con note del Ministero della salute (23 marzo 1994, 9 maggio 1996, 28 gennaio 1997).

Il Patto per la salute 2010-2012 (n. 243/CSR del 3 dicembre 2009), all'articolo 19, ha proposto l'introduzione di "adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria". Tali accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale sono stati resi obbligatori con la Legge di stabilità 2016 (legge 208/2015 comma 576).

Successivamente, la materia è stata regolata con documenti a carattere interregionale in sede di Conferenza Stato-Regioni, ai sensi dell'articolo 9, comma 2 dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016.

Da ultimo, è stato sancito l'Accordo, nella predetta sede della Conferenza Stato-Regioni, sul documento "Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria per l'anno 2023: Regole tecniche" (Rep. atti n. 124/CSR dell'11 luglio 2024). Le prestazioni oggetto di compensazione interregionale regolate da tale Accordo sono le seguenti: ricoveri ospedalieri e day hospital; medicina generale; specialistica ambulatoriale; farmaceutica; cure termali; somministrazione diretta di farmaci; trasposti con ambulanza ed elisoccorso.

Come riportato dall'AGENAS⁶¹, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è storicamente caratterizzato da una rilevante mobilità sanitaria ospedaliera interregionale, che coinvolge un elevato numero di pazienti. Nel 2017 le dimissioni

ospedaliere di residenti in Italia, da strutture in regime pubblico o in regime di privato accreditato, in mobilità passiva sono state pari all'8,45% del totale dei ricoveri di residenti, dato sostanzialmente invariato fino al 2019 (8,55%). Tali flussi subiscono una flessione negli anni colpiti dal COVID-19 (2020 - 7,53%; 2021 - 8,13%), ma nel 2022 si torna ai valori pre-pandemici (8,55%). Anche se la serie storica disponibile per le prestazioni erogate in regime di specialistica ambulatoriale parte dall'anno 2019, la tendenza osservata per la mobilità ospedaliera è presente anche per la mobilità per prestazioni ambulatoriali, ovvero, dopo la flessione registrata a seguito della pandemia per COVID-19, nel 2022, si

⁶¹ Cfr. <https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/mobilita-sanitaria/Mobilita-sanitaria-nazionale.pdf>

registrano valori dell'indice di fuga in linea con l'anno pre-pandemico (anno 2022: 2,44%; anno 2019: 2,46%). Segue che nel 2022 anche volumi e spesa per prestazioni ambulatoriali in mobilità extraregionale sono ormai in linea con l'anno 2019.

I flussi di mobilità ospedaliera riguardano principalmente specifiche Categorie Diagnostiche Maggiori (MDC), nello specifico l'MDC "08 - malattie e disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico e connettivo", che rappresenta la principale categoria diagnostica di mobilità ospedaliera in Italia.

Inoltre, la mobilità interregionale ha un andamento geografico storico: le regioni del Sud Italia sono state caratterizzate prevalentemente da una grande migrazione di pazienti, mentre le regioni del Nord e del Centro da una grande attrattività.

Articolo 56

(Incremento indennità per il personale operante nei servizi di pronto soccorso)

L'articolo 56 è diretto ad **incrementare le risorse** destinate dalla legge di bilancio 2022 – come aumentate con la legge di bilancio 2023 – alla definizione di una specifica **indennità accessoria** per i dipendenti degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale operanti nei servizi di **pronto soccorso**.

La **relazione tecnica non ascrive effetti finanziari** alle disposizioni contenute nell'articolo 56, in quanto ai relativi oneri si provvede sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario come incrementato dall'articolo 47.

Più nel dettaglio l'articolo 56, ai fini del riconoscimento **delle particolari condizioni di lavoro svolto dal personale della dirigenza medica e dal personale del comparto sanità**, dipendente dalle aziende e dagli enti del Servizio sanitario nazionale ed operante **nei servizi di pronto soccorso**, stabilisce, che i limiti di spesa annui lordi previsti dall'articolo 1, comma 293, della [legge di bilancio 2022](#) (L. n. 234/2021), per la definizione della specifica indennità ivi indicata, come incrementati dall'articolo 1, comma 526 della [legge di bilancio 2023](#) (L. n. 197/2022), sono incrementati **di complessivi 50 milioni di euro annui a decorrere dal 1° gennaio 2025**, di cui 15 milioni di euro per la dirigenza medica e 35 milioni di euro per il personale del comparto sanità, nonché **con decorrenza 1 gennaio 2026 di ulteriori 50 milioni di euro ripartiti come sopra**.

Come evidenziato dalla relazione tecnica dal 2026, quindi, i predetti limiti di spesa sono incrementati complessivamente di 100 milioni di euro annui lordi.

Si ricorda che la citata legge di bilancio 2022 (L. 234/2021, articolo 1, commi 293 e 294) ha previsto che, in sede di contrattazione collettiva, si definisca una specifica indennità accessoria per i dipendenti degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale operanti nei servizi di pronto soccorso, nei limiti degli importi annui lordi di 27 milioni di euro per la dirigenza medica e di 63 milioni per il restante personale, con decorrenza dal 1° gennaio 2022 e in ragione dell'effettiva presenza in servizio. Ha previsto, altresì, che alla copertura del relativo onere si provveda a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato.

Per il personale del comparto sanità⁶², all'attuazione delle norme summenzionate della legge di bilancio 2022 ha provveduto il contratto collettivo nazionale 2019-2021⁶³, sottoscritto il 2 novembre 2022.

Per il personale della dirigenza medica è stato adottato, da parte del competente comitato di settore⁶⁴, l'atto di indirizzo per il rinnovo contrattuale del triennio 2019-2021, in cui si prefigura, tra l'altro, la "finalizzazione" delle risorse stanziata dalla legge di bilancio 2022 in tema di indennità di natura accessoria per quanti operano nei servizi di pronto soccorso.

La legge di bilancio 2023 ha poi incrementato le risorse citate con decorrenza dal 1° gennaio 2024, di complessivi 200 milioni di euro annui, di cui 60 milioni di euro per la dirigenza medica e 140 milioni di euro per il personale del comparto sanità.

⁶² Rientra in tale comparto il personale non dirigente dipendente dagli enti ed aziende elencati dall'art. 6 del Contratto Collettivo Nazionale Quadro 2016-2018 del 13 luglio 2016.

⁶³ È stato ivi stabilito (art. 107, co. 4) che nei servizi di pronto soccorso, a decorrere dal 31 dicembre 2021 e a valere dal 2022, al personale assegnato a tali servizi compete una indennità mensile lorda, da corrispondersi per dodici mensilità in ragione della effettiva presenza in servizio, il cui importo è stabilito presso ciascuna Azienda o Ente in funzione delle risorse confluite nel Fondo premialità e condizioni di lavoro. Nelle more della individuazione, presso ciascuna Regione, della quota di risorse finanziarie di pertinenza di ciascuna azienda o ente a copertura dell'onere (nei limiti delle risorse individuate ai sensi della Tabella G allegata al contratto), è riconosciuto, in ragione della effettiva presenza in servizio ed a titolo di anticipazione della predetta indennità, l'importo mensile lordo di Euro 40,00, da conguagliarsi con i valori che saranno successivamente attribuiti presso ciascuna azienda o ente.

⁶⁴ Si tratta del comitato di settore Regioni-Sanità, costituito nell'ambito della Conferenza delle Regioni, che esercita i poteri di indirizzo verso l'Aran per le regioni, i relativi enti dipendenti e le amministrazioni del Servizio sanitario nazionale (art. 41, co. 2, d. lgs. 165/2001).

Articolo 57

(Rideterminazione delle quote di spettanza delle aziende farmaceutiche e dei grossisti e sostegno ai distributori farmaceutici)

L'articolo 57, al comma 1, 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 - 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.

Il successivo **comma 2** specifica che la suddetta **maggiorazione dello 0,65** per cento a favore dei grossisti è da intendersi quale **quota non contendibile e non cedibile** a titolo di sconto ad alcun soggetto appartenente alla filiera del farmaco.

In base al **comma 3**, **ai distributori farmaceutici spetta una quota pari a euro 0,05 per ogni confezione** di farmaco di classe a) distribuita a favore delle farmacie territoriali, **nel limite di 50 milioni di euro per ciascuno degli anni 2026 e 2027**.

Il **comma 4** prevede che con **decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute**, da adottarsi entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente provvedimento, siano stabiliti **termini, condizioni e modalità** per il riconoscimento della quota di cui al comma 3.

L'**articolo in titolo**, secondo la relazione tecnica (RT), **ai commi 1 e 2 non comporta nuovi o maggiori oneri** a carico della finanza pubblica, rimanendo invariato il complesso delle risorse pubbliche destinate al rimborso dei farmaci in questione. Quanto ai **commi 3 e 4**, la RT dà atto che l'**onere** - che costituisce comunque limite di spesa - è stato stimato in **50 milioni di euro annui** sulla base del numero delle confezioni annue di medicinali complessivamente distribuite, e che la relativa **copertura è disposta a valere sull'incremento del livello del fabbisogno sanitario** di cui all'articolo 47 del presente disegno di legge (v. sopra la relativa scheda di lettura).

In riferimento alla rideterminazione operata dal **comma 1** dell'articolo in esame, si fa presente che, a normativa vigente (cfr il richiamato articolo 11,

comma 6, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78⁶⁵), le quote di spettanza sul prezzo di vendita al pubblico dei farmaci di classe a)⁶⁶ sono fissate per le aziende farmaceutiche e per i grossisti, rispettivamente, al 66,65 per cento e al 3 per cento per cento sul predetto prezzo di vendita al netto dell'imposta sul valore aggiunto (IVA).

Infatti, in base alla rideterminazione operata a suo tempo dal richiamato articolo 11, comma 6, del decreto-legge n. 78/2010, le quote di spettanza in questione competono nella misura del 3 per cento ai grossisti e del 30,35 per cento ai farmacisti, mentre la quota per le aziende farmaceutiche è fissata al 66,65 per cento (v. anche art. 1, co. 40, legge 662/1996).

Si ricorda che la legge di bilancio 2024 (L. 213/2023), ai commi 225 e ss. dell'art. 1, ha rivisto il sistema di remunerazione delle farmacie per il rimborso dei farmaci erogati in regime di SSN, anche prevedendo quote aggiuntive per confermare e rafforzare la capillarità della rete delle farmacie sul territorio nazionale (comma 227).

In riferimento alla previsione secondo cui la suddetta maggiorazione dello 0,65 per cento è da intendersi quale “quota non contendibile e non cedibile a titolo di sconto” - previsione contenuta nel **comma 2** dell'articolo in esame -, la relazione illustrativa osserva che in questo modo la maggiorazione in oggetto è sottratta al regime della scontistica riconoscibile agli attori della filiera (*in primis* aziende farmaceutiche e farmacie): la *ratio* è quella di “consolidare lo strumento di sostegno economico-finanziario” a favore dei grossisti.

Si valuti l'opportunità di precisare la portata normativa della previsione di non contendibilità recata dal comma in esame.

In base al **comma 3** dell'articolo in commento, come detto, ai distributori farmaceutici spetta una quota pari a euro 0,05 per ogni confezione di farmaco di classe a) distribuita a favore delle farmacie territoriali, nel limite di 50 milioni di euro per ciascuno degli anni 2026 e 2027. In particolare, la quota in discorso spetta a quanti effettuano la distribuzione all'ingrosso di medicinali, intendendosi per tale “qualsiasi attività consistente nel procurarsi, detenere, fornire o esportare medicinali, salvo la fornitura di medicinali al pubblico” (v. la definizione recata dal richiamato articolo 1, comma 1, lettera *r*), del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219⁶⁷).

⁶⁵ Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

⁶⁶ Di cui al richiamato articolo 8, comma 10, lettera a), della legge 24 dicembre 1993, n. 537, recante Interventi correttivi di finanza pubblica.

⁶⁷ Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano.

Infine, secondo quanto disposto dal successivo **comma 4**, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente provvedimento, con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sono stabiliti termini, condizioni e modalità per il riconoscimento della quota di competenza dei distributori farmaceutici, prevista dal precedente comma 3. Il richiesto decreto attuativo - precisa il comma in esame - è adottato tenendo conto di quanto previsto dall'articolo 5-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 540⁶⁸, e dal decreto del Ministro della salute 15 luglio 2004⁶⁹, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 2 del 4 gennaio 2005, in materia di trasmissione dei dati di distribuzione dei medicinali.

Si ricorda che l'articolo 5-*bis* del d. lgs. 540/1992 reca la disciplina dei bollini farmaceutici e ha previsto l'istituzione di una banca dati centrale atta a raccogliere e registrare i movimenti delle singole confezioni dei prodotti medicinali; il decreto del Ministro della salute 15 luglio 2004 ha provveduto all'istituzione della predetta banca dati.

Si ricorda inoltre che, relativamente alle caratteristiche di sicurezza che figurano sull'imballaggio dei medicinali per uso umano, lo scorso 12 settembre è stato presentato l'Atto del Governo n. 198⁷⁰.

⁶⁸ Attuazione della direttiva 92/27/CEE concernente l'etichettatura ed il foglietto illustrativo dei medicinali per uso umano.

⁶⁹ Istituzione, presso l'Agenzia italiana del farmaco, di una banca dati centrale finalizzata a monitorare le confezioni dei medicinali all'interno del sistema distributivo.

⁷⁰ Schema di decreto legislativo recante adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento delegato (UE) 2016/161, che integra la direttiva 2001/83/CE. Per il relativo *dossier* v. <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01428628.pdf>

Articolo 58 *(Incremento delle risorse per le cure palliative)*

L'**articolo 58** incrementa di **10 milioni di euro annui**, a decorrere dal 2025, l'importo delle risorse previste per l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

L'**articolo 58** prevede l'incremento delle risorse vincolate all'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, in materia di cure palliative - attualmente pari a 110 milioni euro annui a decorrere dal 2024 - disponendo un incremento dello stanziamento di **ulteriori 10 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025**. La **relazione tecnica non ascrive effetti finanziari** alla disposizione in quanto ai relativi oneri si provvede sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario come incrementato dall'articolo 47.

L'**articolo 58**, aggiungendo un periodo al comma 2 dell'articolo 12 della [legge n. 38/2010](#)⁷¹, incrementa di **10 milioni di euro annui**, a decorrere dal 2025⁷², 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](#)⁷³, 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).

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

⁷¹ Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

⁷² 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](#)).

⁷³ Misure di razionalizzazione della finanza pubblica

nuove disposizioni, e di quelle preesistenti, da parte delle regioni e dei soggetti impegnati in tale ambito.

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 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 nazionale⁷⁴.

⁷⁴ *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. 95/2012⁷⁴ 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*

Riguardo la presentazione di **programmi regionali per l'attuazione della legge n. 38/2010** che ha introdotto nell'ordinamento nazionale specifiche disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, si segnala che già il DL. n. 73/2021 (cd. Sostegni-*bis*, L. n. 106/2021) all'art. 35, commi 2-*bis*-2-*quinquies*, ha previsto l'elaborazione di un **programma attuativo triennale di tale legge**, per garantire, **entro il 2025**, l'**uniforme erogazione dei livelli di assistenza del decreto relativo ai nuovi LEA** in materia, con particolare riferimento alle cure palliative domiciliari, all'assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita ed al ricovero ordinario per acuti.

In ottemperanza a tali norme del richiamato decreto Sostegni-*bis*, l'Agenas ha realizzato l'**istruttoria sullo stato di attuazione della legge 38/2010** in materia di rete delle cure palliative ([qui il documento integrale](#)), con l'obiettivo di supportare il Ministero della Salute e le singole Regioni e Province Autonome nell'individuazione dei **campi prioritari di intervento**, per uno sviluppo omogeneo sul tutto il territorio nazionale sia della rete di cure palliative, sia di quelle a carattere pediatrico⁷⁵.

Va poi ricordato che 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](#), vincola, per un importo non inferiore a 100 milioni di euro annui, una quota del Fondo sanitario nazionale supposta 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.

• **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:

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.

⁷⁵ Allo scopo, l'Agenas ha condotto una **rilevazione nazionale**, con una rispondenza di tutte le 21 regioni e province autonome e le 99 aziende territoriali oggetto del sondaggio, sull'attuazione e sui **programmi in materia di Rete per le cure palliative**, che ha preso ufficialmente avvio il 15 novembre e si è conclusa il 2 dicembre 2021, con la somministrazione di due differenti tipologie di questionari, uno a cura dei referenti per regioni o provincia autonoma, l'altro per il profilo dell'azienda territoriale a cura dei referenti sulla materia nelle diverse aziende, da validare a cura del referente per regione o provincia autonoma di riferimento. I temi affrontati sono stati innanzitutto quelli a carattere organizzativo e formale per livello regionale, indicando le specificità a livello di rete locale per i setting di carattere 1) ospedaliero; 2) residenziale (*hospice*); 3) di assistenza domiciliare.

- [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'équipe 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*⁷⁶ 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.

⁷⁶ 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 59

(Disposizioni per i medici in formazione specialistica)

L'**articolo 59** in esame aggiunge una disposizione che novella la legislazione vigente in tema di **trattamento economico spettante ai medici in formazione**, prevedendo che, a decorrere dall'anno accademico 2025/2026, sia assegnato un **aumento del 5 per cento della parte fissa** per tutte le specializzazioni mediche ed un aumento del **50 per cento della parte variabile** per particolari specializzazioni espressamente indicate.

Allo scopo è autorizzata l'ulteriore spesa di **120 milioni di euro** annui a decorrere **dal 2026**.

La relazione tecnica sull'**articolo 59**, non ascrive effetti finanziari alle disposizioni in esso contenute, in quanto il finanziamento è disposto a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario come incrementato dall'articolo 47.

L'**articolo 59** aggiunge **il comma 3-bis all'articolo 39 del [D. Lgs. n. 368 del 1999](#)**⁷⁷ in materia di **trattamento economico dei medici specializzandi** in formazione.

La novella dispone, a decorrere dall'anno accademico 2025/2026, un **doppio incremento** del trattamento economico pari:

- al **5 per cento della parte fissa del trattamento economico** per tutte le specializzazioni;
- al **50 per cento della parte variabile del medesimo trattamento** per le seguenti specializzazioni:
 - Anatomia patologica;
 - Anestesia Rianimazione, Terapia Intensiva e del dolore;
 - Audiologia e foniatria;
 - Chirurgia Generale;
 - Chirurgia Toracica;
 - Farmacologia e Tossicologia Clinica;
 - Genetica medica;
 - Geriatria;
 - Igiene e medicina preventiva;
 - Malattie Infettive e Tropicali;
 - Medicina di comunità e delle cure primarie;

⁷⁷ Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE.

- Medicina d'emergenza-urgenza;
- Medicina e Cure Palliative;
- Medicina interna;
- Medicina nucleare;
- Microbiologia e virologia;
- Nefrologia;
- Patologia Clinica e Biochimica Clinica;
- Radioterapia;
- Statistica sanitaria;
- Biometria.».

Il **comma 2** definisce la stima della spesa aggiuntiva, autorizzando allo scopo un onere di **120 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026**.

Al riguardo, si ricorda che, ai sensi del citato articolo **39 del D. Lgs. n. 368 del 1999**, al medico in formazione specialistica, per tutta la durata legale del corso, è corrisposto **un trattamento economico annuo onnicomprensivo**, costituito da una parte fissa, uguale per tutte le specializzazioni e per tutta la durata del corso, e da una parte variabile, determinata ogni tre anni con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, importi da ultimo fissati nella parte fissa in 22.700 euro per ciascun anno e della parte variabile in 2.300 euro annui lordi per i primi due anni di formazione e in 3.300 euro annui lordi per ciascuno degli anni di corso successivi. L' aliquota contributiva INPS da applicare agli importi percepiti mensilmente dai medici in formazione specialistica per l'anno 2021 è pari al 33,72% per gli iscritti alla Gestione separata che non risultano assicurati presso altre forme di previdenza obbligatoria, e del 24% per i soggetti già iscritti ad altre forme di previdenza obbligatoria.

L'impegno richiesto per la formazione specialistica, come previsto dall'art. 40 comma 1 del richiamato D.Lgs. 368/99 è pari a quello previsto per il personale medico del SSN a tempo pieno, assicurando altresì la facoltà dell'esercizio della libera professione intramuraria, vale a dire complessivamente 38 ore settimanali. Non determinano interruzione della formazione, e non devono essere recuperate, le assenze per motivi personali, preventivamente autorizzate salvo causa di forza maggiore, che non superino trenta giorni complessivi nell'anno accademico e non pregiudichino il raggiungimento degli obiettivi formativi. In tali casi non vi è sospensione del trattamento economico. Sono quindi previsti 30 giorni di assenza giustificata durante l'anno accademico. Tutte le assenze inferiori a 40 giorni, dovute ad eventi quali matrimonio, nascita figlio, lutto, permessi per gravi motivi, rientrano in questa tipologia di assenza.

In base al citato art. 40 (comma 1) del D. Lgs. 368/99, per la durata della formazione a tempo pieno al medico non è consentito l'esercizio di attività libero-professionale all'esterno delle strutture assistenziali in cui si effettua la formazione ed ogni rapporto convenzionale o precario con il servizio sanitario nazionale o enti e istituzioni pubbliche e private. Pertanto, il medico in formazione specialistica non può svolgere alcuna attività esterna, tranne quelle previste dalla legge a seguito delle modifiche apportate al D. Lgs. 368/99 dalla legge n. 448 del

28/12/2001 (legge finanziaria 2002) che, fermo restando il principio del rispetto del tempo pieno, consente allo specializzando di effettuare l'attività intramuraria, in coerenza con i titoli posseduti, sostituire a tempo determinato i medici di medicina generale convenzionati con il SSN ed essere iscritto negli elenchi della guardia medica notturna, festiva e turistica, chiamato solo in caso di carenza disponibilità dei medici già iscritti nei predetti elenchi.

In proposito si segnala anche la [sentenza della Cassazione civile, Sez. VI Lavoro n. 485/2021](#) sull'adeguata remunerazione dei medici specializzandi.

Articolo 60

(Implementazione della presenza negli istituti penitenziari di professionalità psicologiche esperte per la prevenzione e il contrasto di specifici reati)

L'**articolo 60 autorizza**, al fine di garantire e implementare la presenza negli istituti penitenziari di professionalità psicologiche esperte per la prevenzione ed il contrasto dei reati sessuali, di maltrattamenti su familiari e conviventi e di atti persecutori, nonché per il trattamento intensificato cognitivo-comportamentale nei confronti degli autori di reati contro le donne, la spesa di **3 milioni di euro annui** a decorrere dal **2025**.

L'**articolo 60** prevede oneri, in termini di **maggiori spese**, pari a **3 milioni di euro annui a decorrere dal 2025**.

L'**articolo 60 autorizza** la spesa di **3 milioni di euro annui** a decorrere dal **2025**, al fine di **garantire e implementare** la presenza negli **istituti penitenziari di professionalità psicologiche** esperte per la prevenzione ed il contrasto dei reati sessuali, di maltrattamenti su familiari e conviventi e di atti persecutori, nonché per il trattamento intensificato cognitivo-comportamentale nei confronti degli autori di **reati contro le donne**.

Dallo stato di previsione della spesa del Ministero della giustizia allegato alla legge di bilancio (tabella n. 5) le relative risorse sono stanziare, per **1,5 milioni** di euro, nel cap. 1761, p.g. 16 (somme destinate al trattamento psicologico per il reinserimento nella società dei condannati per reati sessuali, per maltrattamenti contro familiari o conviventi e per atti persecutori) e, per i restanti **1,5 milioni di euro**, nel cap. 1766, p.g. 4 (onorari a professionalità psicologiche esperte all'interno degli istituti penitenziari per consentire un trattamento intensificato cognitivo comportamentale nei confronti degli autori di reati contro le donne).

In generale può ricordarsi che ai sensi [dell'art. 80 dell'ordinamento penitenziario \(legge n. 354 del 1975\)](#), per lo svolgimento delle attività di osservazione e di trattamento delle persone detenute, l'amministrazione penitenziaria può avvalersi di professionisti esperti in psicologia, servizio sociale, pedagogia, psichiatria e criminologia clinica.

Con specifico riguardo ai condannati per i reati richiamati dalla norma in commento, si ricorda che l'art. 13-*bis* dell'ordinamento penitenziario (legge n. 354 del 1975) prevede per i condannati per reati sessuali⁷⁸ e, a seguito di

⁷⁸ Si tratta dei reati di cui agli articoli (prostituzione minorile (art. 600-*bis* c.p.), pornografia minorile, anche virtuale (artt. 600-*ter* e 600-*quater*.1 c.p.), iniziative turistiche volte allo

modifiche introdotte dalla legge [legge n. 69 del 2019](#) (“codice rosso”), per i condannati per i c.d reati spia della violenza contro le donne⁷⁹, la possibilità di sottoporsi a un trattamento psicologico con finalità di recupero e di sostegno. La partecipazione a tale trattamento è valutata ai fini della concessione dei benefici penitenziari quali l’assegnazione al lavoro all'esterno, i permessi premio e le misure alternative alla detenzione previste dall’art. 4-*bis* o.p.

Un'altra modifica introdotta dalla legge sul codice rosso al citato articolo 13-*bis* concerne la possibilità, per i medesimi soggetti sopra menzionati, di seguire percorsi di reinserimento nella società e di recupero presso enti o associazioni che si occupano di prevenzione, assistenza psicologica e recupero, organizzati previo accordo tra i suddetti enti o associazioni e gli istituti penitenziari.

sfruttamento della prostituzione minorile (art. 600-*quinqies* c.p.), atti sessuali con minorenne (609-*quater* c.p.), corruzione di minorenne (609-*quinqies* c.p.) e adescamento di minorenni (609-*undecies* c.p.).

⁷⁹ Si tratta dei reati di maltrattamenti contro familiari e conviventi (art. 572 c.p.); deformazione dell'aspetto della persona mediante lesioni permanenti al viso (art. 583-*quinqies* c.p.); violenza sessuale e violenza sessuale di gruppo, (artt. 609-*bis* e 609-*octies* c.p.); atti persecutori (art. 612-*bis* c.p.).

Articolo 61 *(Incremento dell'indennità di specificità dirigenza medica e veterinaria)*

L'**articolo 61**, allo scopo di valorizzare le caratteristiche peculiari e specifiche della dirigenza medica e veterinaria dipendente dalle aziende e dagli enti del Servizio sanitario nazionale, incrementa i vigenti valori dell'indennità di specificità medico-veterinaria nei limiti degli importi complessivi lordi di **50 milioni di euro** per l'anno **2025** e **327 milioni di euro annui** a decorrere dall'anno **2026**.

La Relazione tecnica **non ascrive effetti finanziari** all'**articolo 61**, volto ad incrementare i valori dell'indennità di specificità medica e veterinaria, in quanto alla copertura dei relativi oneri si provvede sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario come incrementato dall'articolo 47.

L'**articolo 61**, allo scopo di valorizzare le caratteristiche peculiari e specifiche della dirigenza medica e veterinaria dipendente dalle aziende e dagli enti del Servizio sanitario nazionale, nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale dell'Area Sanità, prevede l'incremento dei vigenti valori dell'indennità di specificità medico-veterinaria di cui [all'articolo 65 del Contratto collettivo nazionale di lavoro dell'Area Sanità 2019-2021, stipulato il 23 gennaio 2024](#), nei limiti degli importi complessivi lordi di 50 milioni di euro per l'anno 2025 e 327 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026.

Si ricorda che l'indennità di specificità medico-veterinaria costituisce parte della struttura della retribuzione dei dirigenti, come previsto dall'articolo 60 del CCNL dell'Area Sanità 2019-2021. In particolare, tale articolo prevede che la struttura della retribuzione dei dirigenti si compone delle seguenti voci:

- a) trattamento fondamentale, comprendente:
- stipendio tabellare;
 - retribuzione individuale di anzianità, ove acquisita;
 - indennità di specificità medico-veterinaria, ove spettante;
 - indennità di specificità sanitaria, ove spettante;
 - retribuzione di posizione d'incarico parte fissa;
 - assegni personali, ove spettanti, ai sensi delle vigenti norme contrattuali;
 - indennità di esclusività per i dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo, ove spettante.
- b) trattamento accessorio:
- retribuzione di posizione d'incarico parte variabile aziendale sulla base della graduazione delle funzioni, ove spettante;

- indennità di incarico di direzione di struttura complessa, ove spettante,
- retribuzione di risultato ove spettante;
- retribuzione legata alle particolari condizioni di lavoro (ivi inclusi i compensi per lavoro straordinario), ove spettante;
- specifico trattamento economico ove in godimento quale assegno personale ex art. 38, comma 3, del CCNL 8.6.2000, I biennio economico (Norma transitoria per i dirigenti già di II livello) per l'area IV e ex art. 39, comma 2, del CCNL 8.6.2000, I biennio economico (Norma transitoria per i dirigenti già di II livello del ruolo sanitario) per l'area III con riferimento alla sola dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie.

Secondo l'articolo 65 del CCNL dell'Area Sanità 2019-2021, a decorrere dal 31 dicembre 2021 e a valere dall'anno successivo, l'indennità di specificità medico-veterinaria di cui all'art. 90 -bis del CCNL 19 dicembre 2019 è rideterminata nei seguenti importi annui lordi comprensivi della tredicesima mensilità:

dirigenti medici e veterinari 9.162,22
dirigenti medici e veterinari di ex II livello 12.266,64

Lo stesso articolo 65 prevede inoltre che alla corresponsione dell'indennità di cui al presente articolo, nei nuovi valori di cui al comma 1, si continua a provvedere con il fondo di cui all'art. 72 (Fondo per la retribuzione degli incarichi).

• *Il Fondo per la retribuzione degli incarichi*

In merito al Fondo per la retribuzione degli incarichi», questo è stato previsto con l'art. 94 del CCNL del 19 dicembre 2019.

In particolare, i commi 2 e 3 di tale disposizione stabiliscono che in tale fondo confluiscono, ad invarianza complessiva di spesa, in un unico importo, i seguenti valori consolidati nell'anno di sottoscrizione della Ipotesi di C.C.N.L., come certificati dal competente organo di controllo della contrattazione integrativa:

a) le risorse del «Fondo per l'indennità di specificità medica, retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento e indennità di direzione di struttura complessa» di cui all'art. 9 C.C.N.L. 6 maggio 2010, biennio economico 2008-2009 dell'Area IV medico-veterinaria;

b) le risorse del «Fondo per la retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento e indennità di direzione di struttura complessa» di cui all'art. 58, comma 4 del C.C.N.L. del 5 dicembre 1996, all' art. 8 del C.C.N.L. 6 maggio 2010, biennio economico 2008-2009 ed all'art. 8, comma 6, del C.C.N.L. del 17 ottobre 2008 (Entrata a regime dell'istituzione della qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica) dell'Area III con riferimento alla sola dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie e quindi al netto di quelle che sono state destinate alla dirigenza, professionale, tecnico e amministrativa.

Inoltre, tale importo unico è stabilmente incrementato:

a) di un importo, su base annua, pari a euro 248,30 per le unità di personale destinatarie del presente C.C.N.L. in servizio alla data del 31 dicembre 2015, a decorrere dal 31 dicembre 2018 e a valere dall'anno successivo;

b) dell'importo corrispondente alle retribuzioni individuali di anzianità ed agli assegni personali, di cui all'

art. 50, comma 2, lettera d) del C.C.N.L. 8 giugno 2000 (Fondo per indennità di specificità medica, retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento o indennità per i dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa) dell'Area IV medico-veterinaria ed all' art. 50, comma 2, lettera d) C.C.N.L. 8 giugno 2000 (Fondi per la retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento, indennità di direzione di struttura complessa) dell'Area III

con riferimento alla sola dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie, che non saranno più corrisposti al personale cessato dal servizio a partire dall'anno di costituzione del presente nuovo Fondo; l'importo confluisce stabilmente nel Fondo dell'anno successivo alla cessazione dal servizio in misura intera in ragione d'anno; per evitare duplicazioni di importi, i predetti valori degli assegni personali sono recuperati nel fondo solo nel caso in cui i relativi importi non siano stati già computati tra le risorse del fondo e, pertanto, considerati nell'ambito delle risorse consolidate di cui al comma 2;

c) delle risorse che saranno determinate, a partire dall'anno di costituzione del presente nuovo Fondo, in applicazione dell' art. 50, comma 2 lettera a) del C.C.N.L. 8 giugno 2000 (Fondo per indennità di specificità medica, retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento o indennità per i dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa) dell'Area IV medico-veterinaria, tenuto conto di quanto previsto dall'art. 6, comma 1, lettera a) (Confronto regionale), nonché dell' art. 50, comma 2 lettera a) del C.C.N.L. 8 giugno 2000 (Fondi per la retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento, indennità di direzione di struttura complessa) dell'Area III con riferimento alla sola dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie, tenuto conto di quanto previsto dall'art. 6 comma.1, lettera a) (Confronto regionale) e tenendo conto dei soli posti di organico relativi al personale destinatario del presente C.C.N.L.; dette risorse confluiscono nella quota, parziale o totale, destinata al presente fondo, fermo restando che il computo delle stesse è effettuato una sola volta, senza duplicazione di risorse;

d) delle risorse che saranno determinate, a partire dall'anno di costituzione del presente nuovo Fondo, in applicazione dell' art. 53, comma 1 del C.C.N.L. 8 giugno 2000 (Finanziamento dei fondi per incremento delle dotazioni organiche o dei servizi) dell'Area IV medico-veterinaria, nonché dell' art. 53, comma 1 del CCNL 8 giugno 2000 (Finanziamento dei fondi per incremento delle dotazioni organiche) dell'Area III con riferimento alla sola dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie, tenendo conto dei soli posti di organico relativi al personale destinatario del presente C.C.N.L.;

e) delle eventuali risorse trasferite stabilmente al presente Fondo ai sensi dell'art. 95, comma 9 (Fondo per la retribuzione degli incarichi).

Inoltre, il comma 7 di tale disposizione stabilisce che le risorse del Fondo di cui al presente articolo sono annualmente rese disponibili per i seguenti utilizzi:

a) retribuzione di posizione parte fissa e parte variabile secondo la disciplina di cui all'art. 91 (Retribuzione di posizione), ivi compresa la maggiorazione di cui all'art. 92, comma 4, (Clausola di garanzia);

b) indennità per incarico di direzione di struttura complessa;

c) indennità di specificità medico - veterinaria di cui all'art. 90-bis (Indennità di specificità medico - veterinaria);

d) eventuali trattamenti economici previsti sulla base delle specifiche disposizioni di legge di cui al comma 4, lettera b), a valere sulle risorse di cui alla medesima lettera;

e) specifico trattamento economico ove spettante in applicazione della norma transitoria art. 38, comma 3 del C.C.N.L. dell'8 giugno 2000 (Norma transitoria per i dirigenti già di II livello) dell'Area IV medico-veterinaria e art. 39, comma 2 del C.C.N.L. dell'8 giugno 2000 (Norma transitoria per i dirigenti già di secondo livello del ruolo sanitario) dell'Area III con riferimento alla sola dirigenza sanitaria;

f) eventuali assegni personali posti a carico del fondo ai sensi delle vigenti norme contrattuali.

L'articolo 72 del CCNL dell'Area Sanità 2019-2021, stipulato il 23 gennaio 2024, ha poi modificato alcuni commi dell'articolo 94 del CCNL del 19 dicembre 2019, prevedendo con specifico riguardo al comma 7 che gli utilizzi del presente fondo, a decorrere dall'anno successivo quello di sottoscrizione del presente CCNL sono integrati con le indennità di sostituzione di cui all'art. 25.

2. La parte stabile del Fondo di cui al presente articolo è incrementata delle seguenti ulteriori risorse rispetto a quelle già previste dall'[art. 94, commi 2 e 3, del CCNL 19 dicembre 2019](#):

a) a decorrere dal 31 dicembre 2021 e a valere dall'anno successivo di un importo, su base annua, pari a euro 1.109,31 pro-capite, applicati alle unità di dirigenti destinatari del presente CCNL in servizio al 31 dicembre 2018; una quota dell'incremento di cui al presente alinea, in una misura non superiore a 4 euro pro-capite annue, è riservato alla rivalutazione della retribuzione di posizione parte variabile dei dirigenti delle professioni sanitarie;

b) della quota di risorse destinata al presente fondo ai sensi dell'art. 75, comma 1, secondo alinea (Riparto risorse previste da specifiche disposizioni di legge), con la decorrenza ivi indicata.

3. Il fondo di cui al presente articolo deve essere integralmente utilizzato; le voci di utilizzo sono oggetto di informazione ai sensi dell'art. 5, commi 4, lettera b), e 5 (Informazione). Eventuali risorse che annualmente a consuntivo risultassero ancora disponibili nel fondo, sono temporaneamente utilizzate nel Fondo per la retribuzione di risultato relativo al medesimo anno e, quindi, riassegnate al fondo di cui al presente articolo a decorrere dall'anno successivo.

Articolo 62

(Incremento dell'indennità di specificità dirigenza sanitaria non medica)

L'**articolo 62**, allo scopo di valorizzare le caratteristiche peculiari e specifiche della dirigenza sanitaria non medica dipendente dalle aziende e dagli enti del Servizio sanitario nazionale, **incrementa** il vigente valore dell'indennità di specificità sanitaria nei limiti **dell'importo complessivo** annuo lordo di **5,5 milioni di euro** a decorrere dall'anno **2025**.

La Relazione tecnica **non ascrive effetti finanziari** all'**articolo 62**, volto ad incrementare i valori dell'indennità di specificità sanitaria 2024, in quanto alla copertura dei relativi oneri si provvede sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario come incrementato dall'articolo 47.

L'**articolo 62**, allo scopo di valorizzare le caratteristiche peculiari e specifiche della dirigenza sanitaria non medica dipendente dalle aziende e dagli enti del Servizio sanitario nazionale, nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale dell'Area Sanità, **incrementa** il vigente valore dell'**indennità di specificità sanitaria**, di cui [all'articolo 66 del CCNL della predetta Area 2019-2021, stipulato il 23 gennaio 2024](#), nei limiti dell'importo complessivo annuo lordo di 5,5 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025.

Si ricorda che l'articolo 66 del CCNL dell'Area Sanità 2019-2021 prevede, ai fini del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze e delle specifiche attività svolte dalla dirigenza inquadrata nei profili del ruolo sanitario diversi dai profili di dirigente medico e veterinario, con decorrenza 31 dicembre 2021 e a valere dall'anno successivo, l'istituzione di questa specifica indennità, fissa e ricorrente, da corrispondersi per tredici mensilità, facente parte del trattamento fondamentale di cui all'art. 60 del CCNL dell'Area Sanità (vd. scheda sull'art. 61), e che ha la medesima natura dell'indennità di specificità medico-veterinaria.

Secondo l'articolo 66, comma 2, tale indennità per i dirigenti sanitari e delle professioni sanitarie è definita nell'importo annuo lordo comprensivo della tredicesima mensilità, pari a euro 1.381,49.

Secondo il comma 3 del predetto articolo, alla corresponsione dell'indennità di cui al presente articolo si provvede con il fondo di cui all'art. 72 (Fondo per la retribuzione degli incarichi).

Sul funzionamento di tale fondo si veda il *box* nella scheda sull'articolo 61.

Articolo 63

(Incremento dell'indennità di specificità infermieristica e dell'indennità di tutela del malato e per la promozione della salute)

L'articolo 63, comma 1, ai fini del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze e delle specifiche attività svolte dagli infermieri del Servizio sanitario nazionale, **incrementa** gli importi dell'**indennità di specificità infermieristica**, nei limiti degli importi complessivi lordi di **35 milioni di euro** per l'anno **2025** e di **285 milioni di euro annui** a decorrere dal **2026**.

Il **comma 2**, al fine di valorizzare l'apporto delle competenze e dello specifico ruolo dei dipendenti del Servizio sanitario nazionale appartenenti alle professioni sanitarie della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie e di ostetrica, alla professione di assistente sociale nonché agli operatori socio-sanitari nelle attività finalizzate alla tutela del malato e alla promozione della salute, **incrementa** gli importi della "**indennità tutela del malato e promozione della salute**", nei limiti degli importi complessivi lordi di **15 milioni di euro** per l'anno **2025** e di **150 milioni di euro annui** a decorrere dal **2026**.

La Relazione tecnica **non ascrive effetti finanziari** all'articolo 63, volto ad incrementare gli importi dell'indennità di specificità infermieristica nonché gli importi della "indennità tutela del malato e promozione della salute", in quanto alla copertura dei relativi oneri si provvede sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario come incrementato dall'articolo 47.

L'articolo 63, comma 1, ai fini del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze e delle specifiche attività svolte dagli infermieri dipendenti dalle aziende e dagli enti del Servizio sanitario nazionale, nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale relativa al personale del comparto sanità, **incrementa** gli importi **dell'indennità di specificità infermieristica** di cui [all'articolo 104 del contratto collettivo nazionale relativo al predetto comparto riferito al triennio 2019-2021](#), stipulato il 2 novembre 2022, nei limiti degli importi complessivi lordi di 35 milioni di euro per l'anno 2025 e di 285 milioni di euro annui a decorrere dal 2026.

Si ricorda che l'articolo 104 del contratto collettivo nazionale relativo al predetto comparto riferito al triennio 2019-2021 prevede che, ai fini del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze e delle specifiche attività svolte, al personale infermieristico, dipendenti delle Aziende ed Enti, a decorrere

dall'1 gennaio 2021 è attribuita la specifica indennità di cui [all'art. 1, comma 409 della legge n. 178 del 2020 \(Legge di bilancio 2021\)](#)⁸⁰ denominata **“indennità di specificità infermieristica”** da erogarsi per 12 mensilità quale parte del trattamento economico fondamentale, negli importi mensili di cui all'allegata Tabella H.

Invero, la legge n. 178 del 2020, all'articolo 1, commi da 409 a 411 recano uno stanziamento, pari a 335 milioni di euro annui, a decorrere dal 2021, ai fini della definizione, da parte della contrattazione collettiva nazionale, di un'indennità di specificità infermieristica, da corrispondere agli infermieri dipendenti dagli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale.

Il **comma 2**, al fine di valorizzare l'apporto delle competenze e dello specifico ruolo dei dipendenti delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale appartenenti alle professioni sanitarie della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie e di ostetrica, alla professione di assistente sociale nonché agli operatori socio-sanitari nelle attività direttamente finalizzate alla tutela del malato e alla promozione della salute, nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale relativa al personale del comparto sanità, **incrementa** gli importi dell' **“indennità tutela del malato e promozione della salute”** di cui all'articolo 105 del CCNL relativo al predetto comparto riferito al triennio 2019-2021, nei limiti degli importi complessivi lordi, di 15 milioni di euro per l'anno 2025 e di 150 milioni di euro annui a decorrere dal 2026.

Si ricorda che l'articolo 105 del contratto collettivo nazionale relativo al predetto comparto riferito al triennio 2019-2022 prevede, al fine di valorizzare l'apporto delle competenze e dello specifico ruolo nelle attività direttamente finalizzate alla tutela del malato e alla promozione della salute, al personale appartenente alle professioni sanitarie della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie e di ostetrica, alla professione di assistente sociale nonché agli operatori socio sanitari, dipendenti delle Aziende ed Enti, a decorrere dall'1 gennaio 2021 è attribuita la specifica indennità di cui all'art. 1, comma 414 della legge n. 178 del 2020 (Legge di bilancio 2021) denominata **“indennità tutela del malato e promozione della salute”** da erogarsi per 12 mensilità quale parte del trattamento economico fondamentale, negli importi mensili di cui all'allegata Tabella I.

Invero, l'art. 1, comma 414 della legge n. 178 del 2020 prevede un'indennità di tutela del malato e per la promozione della salute in favore dei dipendenti degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale appartenenti alle professioni sanitarie della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie, di ostetrica e di assistente sociale, ovvero appartenenti alla categoria degli operatori socio-sanitari. Il successivo comma 415 ha demandato per l'appunto la definizione della

⁸⁰ *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023.*

disciplina dell'indennità (ivi compreso il relativo importo) alla contrattazione collettiva nazionale (in prima fase, a quella relativa al triennio 2019-2021) concernente il comparto sanità.

Articolo 64 *(Premialità per le liste di attesa)*

L'**articolo 64, comma 1**, vincola una quota pari a **50 milioni di euro** per l'anno **2025** e **100 milioni di euro annui** a decorrere dall'anno **2026**, in favore delle regioni che risultino adempienti relativamente alla voce "Liste d'attesa (H)" del documento per la verifica degli adempimenti da parte del Comitato LEA.

Il **comma 2** demanda a un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni, la definizione dei criteri per l'attribuzione delle somme di cui al comma 1.

La Relazione tecnica **non ascrive effetti finanziari all'articolo 64**, in quanto alla copertura dei relativi oneri si provvede sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario come incrementato dall'articolo 47.

Il **comma 1** dell'articolo in commento **vincola**, in favore delle **regioni** che risultino **adempienti** con riferimento alla voce "**Liste di attesa (H)**" del documento per la raccolta della documentazione necessaria per la verifica degli adempimenti predisposto dal Comitato di cui all'articolo 9 dell'intesa del 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni (c.d. Comitato LEA), in attuazione dell'articolo 12 della medesima intesa, denominato "**questionario LEA**", una quota pari a **50 milioni di euro** per l'anno **2025** e **100 milioni di euro annui** a decorrere dall'anno **2026**.

Si ricorda che il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Comitato LEA), istituito presso il Ministero della salute, ha il compito di **monitorare l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni**, verificando che si rispettino le condizioni di appropriatezza e di compatibilità con le risorse messe a disposizione per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

La verifica degli adempimenti regionali consente l'accesso alla quota premiale del SSN. La "quota premiale" viene accantonata e quindi distribuita in base ad accordi nell'ambito della Conferenza delle Regioni e Province, volti anche a compensare evenienze che abbiano svantaggiato qualche Regione. Tali quote avrebbero dovuto essere stabilite con decreto attuativo del Ministro dell'Economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della Salute, previa intesa in Conferenza Stato-Regioni. Nelle more dell'adozione del decreto è stato stabilito che la quota premiale (modificata negli anni e pari allo 0,5 per cento nel 2023) fosse in seguito ripartita da parte del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-

Regioni, anche tenendo conto dei criteri di riequilibrio indicati dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

A tal fine, il Comitato predispone annualmente il c.d. “**Questionario LEA**”: le regioni sottoposte a verifica (regioni a statuto ordinario e Sicilia⁸¹) devono a **fornire le informazioni relative agli adempimenti cui sono tenute** ai fini dell’accesso al maggior finanziamento delle risorse destinate al SSN (c.d. “quota premiale”).

Il Questionario LEA riporta gli adempimenti riferiti agli articoli 1, 3, 4, 10 e all’allegato 1 dell’Intesa 23 marzo 2005, ai quali si aggiungono tutti quelli fissati da Leggi successive, Accordi e Intese in Conferenza Stato-Regioni e altri atti di programmazione sanitaria.

Il Comitato LEA **certifica l’avvenuta adempienza delle Regioni** con riferimento agli adempimenti di propria competenza; tale certificazione costituisce il presupposto per la **verifica finale degli adempimenti**, che viene effettuata dal Tavolo tecnico istituito presso il Ministero dell’economia e delle finanze ai fini dell’accesso alla quota premiale.

A supporto delle attività di affiancamento, verifica e monitoraggio, nonché per razionalizzare l’invio della documentazione, pervenuta dalle Regioni o prodotta in fase d’istruttoria, è reso disponibile dal Ministero della Salute il sistema di gestione documentale dedicato “Si.Ve.A.S. – Gestione documenti dei Piani di rientro e del Comitato LEA”.

Va inoltre ricordato che il tema delle liste di attesa è stato di recente oggetto del [decreto-legge n. 73 del 2024](#), conv. con modif. dalla legge n. 107 del 2024⁸², che ha tra l’altro introdotto una Piattaforma nazionale delle liste di attesa, finalizzata a realizzare l’interoperabilità tra le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna regione e provincia autonoma.

Al **comma 2** si prevede che con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza Stato- Regioni, sono stabiliti i criteri per l’attribuzione delle somme di cui al comma 1.

⁸¹ 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. La norma, in particolare, dispone l’aumento progressivo della percentuale di spesa sanitaria posta a carico del bilancio della Regione siciliana: 44,85 per cento per l’anno 2007, 47,05 per cento per l’anno 2008 e 49,11 per cento per l’anno 2009. Essa perciò, per la parte restante, rientra nella ripartizione del Fondo sanitario nazionale.

⁸² *Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.*

Articolo 65

(Disposizioni in materia di prestazioni sanitarie offerte da comunità terapeutiche in regime di mobilità interregionale)

L'**articolo 65** vincola una quota del fabbisogno sanitario nazionale *standard* pari a **15 milioni di euro annui** a decorrere dall'**anno 2025**, al fine di sostenere l'erogazione delle prestazioni sanitarie, comprese nei livelli essenziali di assistenza, offerte dai servizi residenziali specialistici, pedagogico-riabilitativi, terapeutico-riabilitativi, rese **in ambiti regionali diversi** da quelli di residenza di **cittadini dipendenti da sostanze**.

Il **comma 2** demanda a un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la definizione delle modalità di attuazione della presente disposizione e di assegnazione delle risorse citate.

La Relazione tecnica **non ascrive effetti finanziari all'articolo 65**, volto a vincolare una quota del fabbisogno sanitario nazionale *standard* per la remunerazione delle prestazioni sanitarie, in quanto alla copertura dei relativi oneri si provvede sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario come incrementato dall'articolo 47.

Il **comma 1** della disposizione in commento, al fine di sostenere l'erogazione delle prestazioni sanitarie, comprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA), offerte dai servizi residenziali specialistici, pedagogico-riabilitativi, terapeutico-riabilitativi, rese in ambiti regionali diversi da quelli di residenza di cittadini dipendenti da sostanze, vincola una quota del fabbisogno nazionale *standard* cui concorre lo Stato, pari a **15 milioni di euro annui** a decorrere dall'anno **2025**, alla remunerazione delle citate prestazioni.

Si ricorda che l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza è stato previsto con 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 1992, n. 502](#), pubblicato sulla G.U. n. 65 del 18 marzo 2017.

In particolare, l'articolo 28 del D.P.C.M citato disciplina, nei livelli essenziali di assistenza, l'assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche.

L'articolo 35 ha inserito tra i livelli essenziali di assistenza l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche (per un approfondimento v. box *infra*).

In merito al concetto di mobilità interregionale, si può brevemente ricordare che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce l'assistenza ai cittadini iscritti presso le strutture sanitarie della propria Regione di residenza. Il cittadino può comunque esercitare il diritto di essere assistito anche in altre Regioni, concretizzando il fenomeno noto come mobilità sanitaria interregionale che viene distinta in:

- a) Mobilità attiva, che identifica l'indice di attrazione di una Regione, ovvero le prestazioni sanitarie erogate a cittadini non residenti.
- b) Mobilità passiva, che esprime l'indice di fuga da una Regione, ovvero le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini in una Regione diversa da quella di residenza⁸³.

Il **comma 2** demanda a un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le modalità di attuazione del presente articolo e di assegnazione delle risorse di cui al comma 1.

• *Le Comunità terapeutiche e le strutture residenziali accreditate*

Le comunità terapeutiche e le strutture accreditate offrono un **insieme di servizi per la cura e la riabilitazione** da droghe, abuso di alcol, gioco d'azzardo e nuove dipendenze.

Sono strutture sia a **carattere residenziale** (con permanenza diurna e notturna) sia **semiresidenziale** (con la sola permanenza diurna) e si collocano nella rete dei servizi socio sanitari per l'attuazione di programmi terapeutici personalizzati di persone con problematiche di dipendenza da sostanze stupefacenti.

In specie, l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:

- a) trattamenti specialistici, destinati a persone con dipendenza patologica che, per la presenza concomitante di disturbi psichiatrici, o dello stato di gravidanza o di gravi patologie fisiche o psichiche necessitano di trattamenti terapeutici specifici, anche con ricorso a terapia farmacologica e relativo monitoraggio. I trattamenti della durata massima di 18 mesi sono erogati in strutture o moduli che garantiscono la presenza di personale sociosanitario sulle 24 ore;
- b) trattamenti terapeutico-riabilitativi destinati a persone con dipendenza patologica, finalizzati al superamento della dipendenza, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, eventualmente prorogabili a seguito di rivalutazione multidimensionale da parte dei servizi territoriali delle dipendenze patologiche, sono rivolti a persone che, anche in trattamento farmacologico sostitutivo, non assumono sostanze

⁸³ Dal punto di vista economico, visto che per le Regioni la mobilità attiva rappresenta una voce di credito e quella passiva una voce di debito, la Regione che eroga la prestazione viene rimborsata da quella di residenza del cittadino.

d'abuso, e sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sulle 24 ore;

c) trattamenti pedagogico-riabilitativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale e alla integrazione sociale e lavorativa. I trattamenti, della durata massima di 30 mesi, sono rivolti a persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi, e sono erogati in strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario nell'arco della giornata.

Gli specifici programmi per sostenere la disintossicazione e il reinserimento sociale sono elaborati previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, trattamenti terapeutico-riabilitativi e trattamenti pedagogico-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata.

In particolare, l'attuazione e la verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato viene svolto in collaborazione con il servizio per le dipendenze patologiche (SerD) di riferimento, in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la famiglia.

Per accedere alle comunità terapeutiche e alle strutture accreditate è necessaria la **valutazione e la certificazione** di tossicodipendenza o alcolodipendenza rilasciata dai Servizi per le dipendenze patologiche del Sistema Sanitario Nazionale.

Il Servizio per le dipendenze patologiche delle aziende sanitarie locali, dopo aver preso in carico la persona con dipendenza da sostanze psicoattive, può offrirle anche assistenza e accoglienza residenziale e/o semiresidenziale mirata.

Articolo 66

(Prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie da dipendenze)

L'**articolo 66** definisce una disciplina organica e complessiva in tema di **prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie da dipendenze** (come definite dall'OMS), operando un riassetto delle disposizioni vigenti. Nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento del SSN la disposizione **destina annualmente, a decorrere dal 1° gennaio 2025, una quota pari a 50 milioni di euro** per le finalità sopra indicate, rimettendo a **decreti del Ministro della salute la definizione di linee di azione** per garantire le prestazioni citate alle persone affette da **ogni forma di dipendenza**.

È, inoltre, prevista l'istituzione di un **Osservatorio**, di cui viene definita la composizione, allo scopo di **monitorare le dipendenze patologiche e l'efficacia delle azioni di cura e prevenzione intraprese** e viene anche istituito uno specifico **Fondo** (autorizzando la spesa di 44 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025), al fine di garantire le prestazioni di **prevenzione, cura e riabilitazione** rivolte alle persone affette da **dipendenze patologiche**.

L'**articolo 66**, come evidenziato dalla relazione tecnica, **non comporta nuovi o maggiori oneri** a carico della finanza pubblica, in quanto si limita al riassetto delle disposizioni vigenti, ridefinendo le finalità di finanziamenti già autorizzati nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento del SSN.

L'**articolo 66** definisce una disciplina organica e complessiva in tema di **prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie da dipendenze** (come definite dall'OMS), operando un riassetto delle disposizioni vigenti.

In proposito va ricordato che l'OMS definisce la “**dipendenza patologica**” come “condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'**interazione tra un organismo e una sostanza**, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione⁸⁴”. In questa definizione rientrano anche le **dipendenze senza sostanza**, che riguardano comportamenti problematici come il disturbo da gioco d'azzardo, lo shopping compulsivo, la *new technologies addiction* (dipendenza da internet, social network, videogiochi, televisione, ecc.), diverse nelle manifestazioni cliniche ma per molti aspetti correlate sul piano eziologico e psicopatologico.

⁸⁴ Su ciò cfr anche www.salute.gov.it

Il comma 1 dell'articolo in esame dispone, in primo luogo, l'abrogazione del **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 sanità⁸⁵.

La **dipendenza da gioco d'azzardo** (cd. ludopatia) è stata inserita, insieme alle altre dipendenze patologiche, nel decreto che ha ridefinito i nuovi livelli essenziali di assistenza (articoli 28 e 35 del [D.P.C.M. del 12 gennaio 2017](#)) allo scopo di garantire la necessaria assistenza socio-sanitaria, anche residenziale.

A partire dal 2015, per contrastare il fenomeno, sono state stanziare quote nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento del servizio sanitario nazionale, pari a **50 milioni di euro** dalla legge di stabilità 2015 (comma 133, art. 1, [Legge n. 190/2014](#)), riservandone una parte, nel limite di 1 milione per ciascuno degli anni 2015, 2016 e 2017, alla sperimentazione di *software* per monitorare il comportamento del giocatore e generare messaggi di allerta.

La quota è ripartita annualmente all'atto dell'assegnazione delle risorse spettanti alle regioni e alle province autonome a titolo di finanziamento del fabbisogno sanitario standard regionale e la verifica dell'effettiva destinazione delle risorse e delle relative attività assistenziali costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del SSN nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA. Contestualmente, viene trasferito dall'Agenzia delle dogane al Ministero della salute il già costituito [Osservatorio per valutare le misure più efficaci per contrastare la diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave](#).

Successivamente la legge di stabilità per il 2016, nell'ambito di numerose disposizioni in materia di giochi ([legge 208/2015](#), art. 1, commi 918-946 e 948), ha istituito un apposito fondo per il gioco d'azzardo patologico (GAP) con dotazione propria di 50 milioni di euro annui, a decorrere dal 2016, finalizzato a garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone affette da ludopatia, in base alla definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità. La somma è ripartita in ragione delle quote di accesso al finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato.

Con il [Decreto del Ministro della salute 16 luglio 2021, n. 136](#)⁸⁶ è stato adottato il regolamento recante adozione delle "*Linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP)*", già approvate dal sopra richiamato Osservatorio e

⁸⁵ L'OMS definisce il gioco d'azzardo patologico, (oggi denominato Disturbo da gioco d'azzardo – DGA), come una condizione patologica chiaramente identificabile, che in assenza di misure idonee di informazione e prevenzione può rappresentare, a causa della sua diffusione, un'autentica malattia sociale.

⁸⁶ *Regolamento recante adozione delle linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP)*.

sulle quali era stata raggiunta l'[Intesa in Conferenza Stato-regioni a fine 2017](#). Viene demandata alle Regioni e province autonome l'attuazione delle misure previste mediante un'integrazione tra le strutture pubbliche eroganti servizi socio-sanitari e quelle private accreditate nonché con gli enti del terzo settore.

Il comma 2 prevede che, **a decorrere dall'anno 2025**, nell'ambito delle risorse previste per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, una **quota pari a 50 milioni di euro** sia annualmente destinata **alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione delle patologie da dipendenza** come definite dall'OMS⁸⁷ (cfr. *supra*). Viene rimessa al Ministro della salute, con **uno o più decreti di natura regolamentare**, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, l'adozione di **linee di azione** per garantire le prestazioni di prevenzione cura e riabilitazione destinate alle persone affette da ogni forma di dipendenza.

In proposito si valuti l'opportunità di indicare un termine per l'adozione dei decreti ministeriali in materia.

Viene poi prevista l'istituzione, con apposito **decreto interministeriale** del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge, di un **Osservatorio** con il compito di monitorare le dipendenze patologiche e l'efficacia delle azioni di cura e di prevenzione intraprese, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Viene definita la composizione dell'Osservatorio, di cui fanno parte:

- esperti individuati dai Ministeri della salute, dell'istruzione e del merito, dell'università e della ricerca, delle imprese e del *made in Italy* e dell'economia e delle finanze, nonché del Dipartimento per le politiche antidroga presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri;
- esponenti delle associazioni operanti nel settore, rappresentative delle famiglie e dei giovani;
- rappresentanti delle regioni e degli enti locali.

Viene specificato che ai componenti dell'Osservatorio non sono corrisposti compensi, gettoni di presenza, rimborso di spese o altri emolumenti comunque denominati.

A decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto interministeriale di istituzione del citato Osservatorio, viene disposta l'abrogazione del [decreto interministeriale 12 agosto 2019](#) del Ministro della Salute di concerto con

⁸⁷ Come si evince dalla definizione dell'OMS in proposito le patologie da dipendenza sono quindi una categoria più ampia di quelle connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo, della quale quest'ultima fa parte.

il Ministro dell'Economia e delle Finanze, che ha disposto la ricostituzione, dopo il primo triennio di attività 2016-2019, dell'**Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave**, previsto dalla [Legge 23 dicembre 2014, n. 190](#) (*Legge di stabilità 2015*, cfr. *supra*).

Il citato **Osservatorio**, quale organismo consultivo del Ministro della Salute, provvede a:

- monitorare la dipendenza dal gioco d'azzardo
- monitorare l'efficacia delle azioni di cura e di prevenzione intraprese;
- aggiornare, sulla base delle evidenze scientifiche, le linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal Gioco d'azzardo patologico;
- valutare le misure più efficaci per contrastare la diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave;
- esprimere i pareri sui piani di attività per il contrasto dei disturbi del gioco d'azzardo presentati dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e di Bolzano;
- svolgere le funzioni assegnate dalla legge.

Alla ripartizione della quota prevista di 50 milioni di euro si provvede annualmente all'atto dell'assegnazione delle risorse spettanti alle regioni e province autonome a titolo di finanziamento della quota indistinta – non vincolata al perseguimento di particolari obiettivi –, del [fabbisogno sanitario standard regionale](#), secondo i criteri e le modalità previsti dalla legislazione vigente in materia di costi *standard*.

La verifica dell'effettiva destinazione delle risorse e delle relative attività assistenziali, effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA⁸⁸, viene qualificata come adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del servizio sanitario nazionale, ai fini e per gli effetti dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della [legge 23 dicembre 2009, n. 191](#)⁸⁹, e dell'articolo 15, comma 24, del [decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95](#)⁹⁰, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 (che richiama il sopracitato art. 2, comma 68).

L'articolo 2, comma 68, della legge 191/2009 (*Legge finanziaria per il 2010*) consente in via anticipata l'erogazione del finanziamento del Servizio Sanitario

⁸⁸ Si tratta del Comitato di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, istituito presso il Ministero della salute per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione.

⁸⁹ *Legge finanziaria 2010*

⁹⁰ *Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*, conv. con mod. dalla L. n. 135/2012.

Nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato al livello del 97 per cento delle somme dovute a titolo di finanziamento ordinario della quota indistinta, al netto delle entrate proprie e per la Regione siciliana, della compartecipazione regionale al finanziamento della spesa sanitaria. Per le regioni che risultano adempienti, nell'ultimo triennio, rispetto agli adempimenti previsti dalla normativa vigente, la misura della citata erogazione del finanziamento è fissata al 98 per cento ovvero in misura superiore. Tale livello può essere ulteriormente elevato compatibilmente con gli obblighi di finanza pubblica.

La lettera c) del citato comma 2 fissa la quota di finanziamento condizionata alla verifica positiva degli adempimenti regionali, al 3 per cento e al 2 per cento, rispettivamente, per le regioni che accedono all'erogazione nella misura del 97 per cento e per quelle che accedono all'erogazione nella misura del 98 per cento ovvero in misura superiore. All'erogazione di detta quota si procede in seguito all'esito positivo della verifica degli adempimenti previsti dalla normativa vigente e dalla presente legge. Nella disposizione sopra esaminata, pertanto, anche il conseguimento degli obiettivi da parte dei direttori generali viene a condizionare l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio Sanitario Nazionale.

Il comma 3 dispone 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** (cfr. *supra*).

Viene inoltre istituito (**comma 4**) nello stato di previsione del Ministero della salute il **Fondo per le dipendenze patologiche** allo scopo di garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da dipendenze patologiche (come definite dall'OMS). La ripartizione del Fondo tra le Regioni avviene secondo criteri definiti da un decreto del Ministro della salute, da emanare entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge, sentita la Conferenza Stato-Regioni. Per la dotazione del Fondo viene autorizzata la spesa di 44 milioni di euro annui a decorrere dal 2025.

Viene infine stabilito, con una norma transitoria, che i decreti di ripartizione del Fondo per il gioco d'azzardo patologico (cfr. *supra*), già adottati ai sensi del previgente articolo 1, comma 946, della [legge 28 dicembre 2015, n. 208 \(Legge di stabilità 2016\)](#), alla data di entrata in vigore della presente disposizione, mantengono la loro efficacia sino all'esaurimento della spesa dell'ammontare ripartito tra le singole regioni

Articolo 120, commi 3 e 4
(Rifinanziamento di interventi in materia di investimenti e infrastrutture – edilizia sanitaria)

I commi 3 e 4 dell'articolo 120 dispongono un **incremento del finanziamento** del programma pluriennale straordinario di **edilizia sanitaria** e di ammodernamento tecnologico – come previsto a normativa vigente - pari a **126,6 milioni** di euro annui per **ciascuno degli anni dal 2027 al 2036**. Il programma vigente è quantificato per un importo di 33,787 miliardi di euro.

La disposizione mantiene fermo l'attuale **limite annualmente definito** in base alle effettive disponibilità del bilancio dello Stato, ai fini della sottoscrizione degli accordi di programma con le regioni e per il successivo trasferimento delle risorse.

La **ripartizione** di detto incremento è stabilita sulla base del **valore degli investimenti** destinati alla realizzazione del programma denominato «Verso un ospedale sicuro e sostenibile», precedentemente finanziati dal Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza – PNRR, al netto degli importi relativi alle Province autonome e alla Regione Campania.

La disposizione di cui al **comma 3** incrementa di **126,6 milioni di euro annui**, per ciascuno degli esercizi **dal 2027 al 2036**, il programma straordinario di edilizia sanitaria e l'ammodernamento tecnologico previsto a normativa vigente.

Come sopra accennato, attualmente il **finanziamento del programma pluriennale straordinario di edilizia sanitaria** e di **ammodernamento tecnologico** è finanziato per un importo pari a **33,787 miliardi** di euro, unificato in una sola autorizzazione contenuta nella legge finanziaria per il 1988 (articolo 20 [L. n. 67 dell'11 marzo 1988](#)), per un ammontare definito in base a successivi rifinanziamenti delle autorizzazioni di spesa (v. *infra*).

A favore di tale programma si prevede un incremento di **126,6 milioni** di euro annui **per ciascuno degli anni dal 2027 al 2036**, fermo restando il limite annualmente definito in base alle effettive disponibilità del bilancio dello Stato per la sottoscrizione di accordi di programma con le regioni e per il trasferimento delle risorse (**comma 3**).

Le risorse del programma straordinario di edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico risultano pertanto incrementate da **33,787 a 35,053 miliardi** di euro.

La ricostruzione degli importi indicata nella disposizione in esame, fa riferimento all'importo fissato dall'articolo 20 della [legge n. 67 del 1988](#)⁹¹ per il programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico - rideterminato in **23 miliardi** di euro dall'articolo 1, comma 796, lettera n), della [legge n. 296 del 2006](#) (*legge finanziaria 2007*) - che è stato incrementato di 1 miliardo (pertanto per il complessivo ammontare di **24 miliardi** di euro) dall'art. 2, comma 69, legge [n. 191 del 2009](#) (*legge finanziaria per il 2010*).

L'importo, più recentemente, è stato rifinanziato, dal comma 263, art. 1, della legge di Bilancio per il 2022 ([L. n. 234/2021](#)) che ha previsto un incremento delle risorse pluriennali a favore del patrimonio sanitario pubblico **complessivamente pari a 2 miliardi** di euro per il periodo 2024-2035⁹². Tale incremento è prioritariamente destinato alle regioni che abbiano esaurito, con la sottoscrizione di accordi, la propria disponibilità sulla precedente rideterminazione di 32 miliardi euro⁹³. Complessivamente, per il triennio 2022-2024, le risorse per l'edilizia sanitaria sono pari a 1.310 milioni per il 2022, a 1.505 milioni per il 2023 ed a 1.355 milioni per il 2024 (quest'ultimo importo è comprensivo della suddetta quota di incremento, pari a 20 milioni); il livello globale del finanziamento - disposto a partire dal 1988 e fino al 2035 – ammonta complessivamente, in base al suddetto incremento di 2 miliardi di euro, a **34 miliardi**⁹⁴.

Successivamente, l'articolo 43, comma 4-*bis*, del [D. L. 75/2023](#)⁹⁵ (L. n. 112/2023) ha provveduto ad **aggiornare i costi** riferiti in particolare agli interventi necessari per adeguare le **strutture sanitarie di emergenza e urgenza del Lazio** alle attività di accoglienza dei flussi di pellegrini che arriveranno a Roma e provincia, in occasione del prossimo Giubileo della

⁹¹ *Legge finanziaria 1988*

⁹² Le quote annue di tale incremento sono pari a 20 milioni di euro per il 2024 (unità di voto 9.1 dello stato di previsione del MEF), 30 milioni per il 2025, 200 milioni annui per il periodo 2026-2034 e 150 milioni per il 2035, tenendo conto della possibilità per Regioni e le Province autonome di avvalersi anche delle risorse disponibili per investimenti nel settore sanitario, in base al [Piano nazionale di ripresa e resilienza](#).

⁹³ In particolare, ai fini della prosecuzione del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico, l'incremento di risorse della legge di Bilancio 2022 è finalizzato (v. anche Il [DM Salute 20 luglio 2022](#)): a) per 1.900 milioni alle regioni, sulla base delle quote d'accesso al fabbisogno sanitario indistinto corrente per l'anno 2021 ([qui il link](#)); b) per 100 milioni all'accantonamento quale quota di riserva per interventi urgenti, da ripartire e assegnare con successivi provvedimenti del Ministro della salute, adottati previa intesa sancita in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni e Province autonome.

⁹⁴ V. anche la [Relazione della RGS, 3 aprile 2023](#).

⁹⁵ *Disposizioni urgenti in materia di organizzazione delle pubbliche amministrazioni, di agricoltura, di sport, di lavoro e per l'organizzazione del Giubileo della Chiesa cattolica per l'anno 2025*, conv. con mod. dalla L. n.112/2023.

Chiesa cattolica, in base al programma delle celebrazioni previsto dal [DPCM 8 giugno 2023](#)⁹⁶.

Ulteriore aggiornamento dei costi è stato effettuato in forza dell'articolo 9, comma 1-*septies*, del [D.L. n. 132/2023](#)⁹⁷ (L. n. 170/2023) che ha autorizzato la spesa di **19,4 milioni di euro per il 2024 e di 38,6 milioni per il 2025**, ai fini del completamento, innanzitutto, dei piani di riorganizzazione di cui al comma 1 dell'articolo 2 del [decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#) (L. n. 77/2020)⁹⁸. I piani sono adottati con le finalità di implementare e rafforzare il sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2, dei casi confermati e dei loro contatti; intercettare tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus; assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario.

Il **comma 4** dispone in aggiunta che la ripartizione dell'incremento di cui al precedente comma 3 avviene sulla base del **valore degli investimenti destinati alla realizzazione del programma denominato “Verso un ospedale sicuro e sostenibile”**, finanziati dal Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza – PNRR di cui all'articolo 1, comma 2, lettera *e*), numero 2, del decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59 (L. n. 101/2021)⁹⁹, al netto degli importi relativi alle Province autonome di Trento e di Bolzano e alla Regione Campania.

Nel Patto nazionale di Ripresa e Resilienza, sono stati indicati gli obiettivi di **ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero** con prestiti pari a €4.052 milioni ([qui il dettaglio](#)), che ha condotto ai piani di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera delle Regioni, al fine di raggiungere un incremento di 3.500 posti-letto in terapia intensiva e 4.225 in terapia semi-intensiva ([Piani di riorganizzazione regionale terapia intensiva e subintensiva - All.](#)

⁹⁶ Ciò in base a quanto previsto dal comma 422, articolo 1, della L. n. 234 del 2021 (L. Bilancio 2022), ai sensi del quale il Commissario straordinario per il Giubileo è chiamato a predisporre - sulla base degli indirizzi e dello specifico piano previsto dalla L. Bilancio 2021 (comma 645, articolo 1, L. n. 178/2020) e nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente a tale scopo destinate, una proposta di programma dettagliato degli interventi connessi alle celebrazioni del Giubileo della Chiesa cattolica per il 2025. In proposito, il citato DPCM 8 giugno 2023 ([qui gli allegati](#)), a sua volta recava l'aggiornamento degli interventi essenziali ed indifferibili già approvati con [DPCM 15 dicembre 2022](#).

⁹⁷ *Disposizioni urgenti in materia di proroga di termini normativi e versamenti fiscali.*

⁹⁸ *Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.*

⁹⁹ *Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti.*

[1 Linee guida Alle. 2 Posti letto](#)), oltre all'attuazione dell'obiettivo della messa in sicurezza e riammodernamento degli ospedali con €1.638,9 milioni, di cui €1.000 milioni per progetti già in essere di **edilizia sanitaria** e €1.450 milioni in prestito dal Fondo nazionale complementare (FNC). Ciò in base a quanto previsto dal comma 13, del [decreto-legge 2 marzo 2024, n. 19](#) (L. n. 56/2024)¹⁰⁰, sulla base del valore degli investimenti destinati alla realizzazione del programma denominato «Verso un ospedale sicuro e sostenibile» finanziati dal Fondo complementare al PNRR di cui all'articolo 1, comma 2, lettera e), numero 2, del decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59 (L. n. 101/2021).

Si ricorda che quest'ultima disposizione ha provveduto alla **ripartizione** delle risorse del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC) **tra le Amministrazioni centrali** competenti, con l'indicazione, per ciascuna Amministrazione, dei **programmi** e degli **interventi** ricompresi nel Piano, con la relativa ripartizione delle **risorse** assegnate tra gli stessi interventi, per **singola annualità**. Al riguardo, gli interventi del Piano complementare possono concernere anche ambiti che non sono rientrati nel PNRR, anche sulla base di una valutazione circa la pertinenza degli interventi rispetto alle tipologie ammesse dalle relative norme europee.

In sintesi, l'assegnazione è stata effettuata su appositi **capitoli** dello stato di previsione di ciascun Ministero, di cui la lett. e) ha previsto **2.387,41 milioni** di euro per il **Ministero della salute** riferiti ai seguenti programmi e interventi:

1. Salute, ambiente, biodiversità e clima: **500 milioni** dal 2021 al 2026;
2. Verso un ospedale sicuro e sostenibile: **1.450 milioni** dal 2021 al 2026;
3. Ecosistema innovativo della salute: **437,4 milioni** dal 2021 al 2026.

¹⁰⁰ *Ulteriori disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).*

Articolo 139

(Stato di previsione del Ministero della salute e disposizioni relative)

L'**articolo 139** contiene disposizioni autorizzatorie di natura normativo-contabile relative allo **stato di previsione del Ministero della salute**, disponendo (**comma 1**) l'**autorizzazione all'impegno e al pagamento delle spese** contenute nel relativo stato di previsione (Tabella 15) per l'anno 2025.

Il **comma 2** dispone inoltre che per l'anno finanziario 2025, il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, su proposta del Ministro della salute, **variazioni compensative**, in termini di competenza e di cassa, tra gli stanziamenti alimentati dal **riparto della quota dell'1% del Fondo sanitario nazionale** complessivo per il finanziamento di specifiche attività di ricerca corrente e di cura.

Resta in ogni caso precluso l'utilizzo degli stanziamenti di conto capitale per finanziare spese correnti.

Nella scheda si dà, inoltre, conto della parte di **manovra** effettuata **sul Ministero** mediante **interventi di II Sezione**, attraverso operazioni di **rifinanziamento, definanziamento e riprogrammazione** delle **leggi di spesa** vigenti, le quali, non necessitando di modifiche normative, hanno potuto essere effettuate direttamente sul Ministero in Sezione II (*vedi tabella in calce alla Scheda*).

La **manovra** effettuata **sullo stato di previsione del Ministero**, mediante interventi di **II Sezione** di definanziamento di leggi di spesa vigenti, determina un **impatto finanziario** in termini di **minori spese** pari a 13,9 milioni per **definanziamenti di progetti di sanità pubblica** in materia di salute, ambiente, biodiversità e clima in attuazione del piano nazionale per gli investimenti complementari al piano nazionale di ripresa e resilienza.

Si ricorda che la quota relativa all'**1 per cento del Fondo sanitario nazionale**, ai sensi dell'articolo 12, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502¹⁰¹, finanzia attività di ricerca corrente e finalizzata svolta da particolari istituti a carattere sanitario (tra cui ISS, IRCCS di diritto pubblico e privato e Istituti zooprofilattici), iniziative previste dal Piano sanitario nazionale per progetti di ricerca a carattere interregionale o nazionale iscritti in bilancio nell'ambito della missione «Ricerca e innovazione» dello stato di previsione del Ministero della salute, oltre che i rimborsi alle unità sanitarie locali ed aziende ospedaliere,

¹⁰¹ *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.*

tramite le regioni, per spese derivanti da prestazioni sanitarie erogate a cittadini stranieri che si trasferiscono per cure in Italia, previa autorizzazione del Ministro della salute, d'intesa con il Ministro degli affari esteri.

Di seguito si riportano le **spese finali del Ministero** per gli anni **2025-2027** autorizzate dal disegno di legge di bilancio integrato degli effetti di Sez. I e II, confrontate con quelle della legge di Bilancio 2024.

Spese finali del Ministero della salute per gli anni 2025-2027

(dati di competenza, valori in milioni di euro)

	2024		PREVISIONI 2025-2027			
	LEGGE DI BILANCIO	PREVISIONI ASSESTATE	BILANCIO INTEGRATO 2025	DIFF. BIL 2025-BIL 2024	BILANCIO INTEGRATO 2026	BILANCIO INTEGRATO 2027
SPESE FINALI	2.406,6	2.515,7	2.399,5	-7,1	2.366,4	2.070,9
<i>in % spese finali STATO</i>	<i>0,3</i>	<i>0,3</i>	<i>0,3</i>	<i>-</i>	<i>0,3</i>	<i>0,2</i>

Per una analisi delle spese del Ministero si rinvia alla relativa scheda contenuta nel dossier sulla Sezione II.

Di seguito, si riporta la **legge di spesa** interessata da una operazione di definanziamento effettuata in Sezione II, che costituisce parte integrante della **manovra di finanza pubblica**, che ha determinato nel complesso **minori spese** per 13,9 milioni di euro per il 2025.

<i>Manovra Sezione II - Ministero della salute</i>					
		2025	2026	2027	2028 ss
DEFINANZIAMENTI					
DL n. 59 del 2021 art. 1 c. 2 p. E/primum "Finanziamento di progetti di sanità pubblica in attuazione del Piano nazionale per gli investimenti complementari al PNRR " - (Cap-pg: 7122/1) - (Scad. Variazione 2025)	LV	46,5	2,5		
	Def.	-13,9	-	-	-

LA SECONDA SEZIONE

Ministero della Salute (Tabella n. 15)

L'articolo 139 del disegno di legge di bilancio autorizza l'impegno e il pagamento delle spese del Ministero dell'economia e delle finanze (MEF) per l'anno finanziario 2025, in conformità all'annesso stato di previsione (Tabella n. 15).

Premessa

Con l'entrata in vigore del [d.P.C.M. 30 ottobre 2023, n.196](#), il Ministero della salute si è dotato di un'**organizzazione basata su 4 dipartimenti e 12 direzioni generali**, superando il precedente regolamento di organizzazione del Ministero ([d.P.C.M 11 febbraio 2014, n. 59](#)) che aveva incrementato fino a 12 le direzioni generali e aveva soppresso le strutture dipartimentali.

Più in dettaglio i 4 Dipartimenti e le nuove Direzioni generali sono definite come segue:

- **Dipartimento dell'amministrazione generale, delle risorse umane e del bilancio**, ove rientrano la Direzione generale delle risorse umane e del bilancio, la Direzione generale della comunicazione e la Direzione generale della vigilanza sugli Enti e degli organi collegiali.
- **Dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie**, ove rientrano la Direzione generale della Prevenzione, la Direzione generale della ricerca e dell'innovazione in sanità, la Direzione generale delle Emergenze sanitarie;
- **Dipartimento della Programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del Ssn**, ove rientrano la Direzione generale della Programmazione e dell'edilizia sanitaria, la Direzione generale delle professioni sanitarie e delle politiche in favore del Ssn, la Direzione generale dei Dispositivi medici e del farmaco;
- **Dipartimento della salute umana, della salute animale e dell'ecosistema (One Health) e dei rapporti internazionali**, ove rientrano la Direzione generale dei corretti stili di vita e dei rapporti con l'ecosistema, la Direzione generale dell'igiene e della sicurezza alimentare e la Direzione generale della salute animale.

Rimane infine l'Unità per la Missione 6 Salute del PNRR. Per il coordinamento del lavoro presso il Ministero opera la Conferenza permanente dei

Capi dipartimento che si dovrà riunire in via ordinaria ogni due mesi o in via straordinaria su richiesta di almeno un dipartimento o su richiesta del Ministro¹⁰².

Ogni due anni, l'organizzazione del Ministero potrà essere sottoposta a verifica per accertarne funzionalità ed efficienza anche ai fini della sua eventuale revisione.

Nella tabella sottostante sono esposti gli effetti del decreto di riorganizzazione del Ministero della salute dell'ottobre 2023: in colore più chiaro si possono osservare i programmi che vengono soppressi, rimanendo invariate le **3 missioni**, di cui la **principale è Tutela della salute** (l'**80,2%** del valore della spesa finale complessiva del Ministero)¹⁰³.

Tali effetti, complessivamente a saldo zero sulla spesa complessiva del Ministero della salute, determinano sostanzialmente una riallocazione di risorse sui seguenti **3 nuovi programmi**:

1.13 Vigilanza sugli enti, supporto, comunicazione e digitalizzazione salute umana e veterinaria;

1.14 Programmazione SSN per l'erogazione dei LEA e professioni sanitarie;

1.15 Tutela della salute, innovazione e politiche internazionali.

I **programmi soppressi**, tutti nell'ambito della Missione Tutela della salute, risultano pertanto essere:

1.2	Sanità pubblica veterinaria (20.2)
1.3	Programmazione SSN per erogazione dei LEA (20.3)
1.6	Comunicazione e promozione tutela della salute umana e sanità pubblica veterinaria (20.6)
1.7	Vigilanza sugli enti e sicurezza delle cure (20.7)
1.8	Sicurezza degli alimenti e nutrizione (20.8)
1.9	Attività consultiva per la tutela della salute (20.9)
1.10	Sistemi informativi per la tutela della salute e il governo del SSN (20.10)
1.11	Regolamentazione e vigilanza delle professioni sanitarie (20.11)
1.12	Coordinamento generale in materia di tutela della salute, innovazione e politiche inter.li (20.12)

Rimangono pertanto in essere e si sommano ai nuovi, i seguenti programmi:

¹⁰² Qualora non sia presente il Ministro, la Conferenza viene presieduta dal Capo Dipartimento con più anzianità d'incarico, mentre scompare la figura del Segretario Generale. I capi dei Dipartimenti, il cui incarico sottoposto a verifica è conferito con Decreto del Presidente della Repubblica previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro, svolgono compiti di coordinamento, direzione e controllo degli uffici di livello dirigenziale generale compresi nel Dipartimento e sono responsabili dei risultati complessivamente raggiunti in attuazione degli indirizzi del Ministro.

¹⁰³ Percentuale in aumento rispetto al valore del 76,7% fatto registrare nella legge di Bilancio 2023.

1	Tutela salute (20)
1.1	Prevenzione salute, assistenza sanitaria al personale navigante (20.1)
1.4	Regolamentazione e vigilanza prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari ad uso umano (20.4)
1.5	Vigilanza, prevenzione e repressione nel settore sanitario (20.5)
1.13	Vigilanza sugli enti, supporto, comunicazione e digitalizzazione salute umana e veterinaria
1.14	Programmazione SSN per l'erogazione dei LEA e professioni sanitarie
1.15	Tutela della salute, innovazione e politiche internazionali
2	Ricerca e innovazione (17)
2.1	Ricerca per il settore della sanità pubblica (17.20)
2.2	Ricerca settore zooprofilattico (17.21)
3	Servizi istituz. e generali delle amm. pubbliche (32)
3.1	Indirizzo politico (32.2)
3.2	Servizi e affari generali per le amministrazioni di competenza (32.3)

1. Le spese finali del Ministero per gli anni 2025-2027

Il disegno di legge di bilancio 2025-2027, integrato con le variazioni di Sezione I e II, autorizza, per lo stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, spese finali, in termini di **competenza**, pari a **2.399,5 milioni di euro nel 2025**, a 2.366,4 milioni di euro per il 2026 e 2.070,9 milioni di euro per il 2027, come si evince dalla tabella che segue.

Spese finali del Ministero della salute per gli anni 2025-2027

(dati di competenza, valori in milioni di euro)

	2024		PREVISIONI 2025-2027			
	LEGGE DI BILANCIO	PREVISIONI ASSESTATE	DDL DI BILANCIO 2025	DIFF. BIL 2025-BIL 2024	DDL DI BILANCIO 2026	DDL DI BILANCIO 2027
Spese correnti	1.797,1	1.875,4	2.118,7	321,6	2.147,1	1.928,4
Spese in c/capitale	609,5	640,3	280,8	-328,7	219,3	142,5
SPESE FINALI	2.406,6	2.515,7	2.399,5	-7,1	2.366,4	2.070,9
<i>Spese finali MINISTERO in % spese finali STATO</i>	0,3	0,3	0,3	-	0,3	0,2

Rispetto alla legge di bilancio 2024, il disegno di legge di bilancio 2023-2025 espone dunque per lo stato di previsione in esame un modesto **decremento delle spese finali nel 2025** (in termini assoluti pari a -7,1 milioni, -0,30%).

Tale decremento è determinato principalmente da una riduzione di 328 milioni delle spese in conto capitale, solo parzialmente compensata da un incremento di 321 milioni delle spese correnti presente nel disegno di legge di bilancio a legislazione vigente per effetto dell'assestamento 2024.

Gli stanziamenti di spesa del Ministero autorizzati dal disegno di legge di bilancio integrato si attestano, in termini di competenza, nell'anno 2025, in

misura pari allo 0,3% della spesa finale **del bilancio statale**, come la percentuale registrata nell'esercizio precedente.

2. L'impatto della manovra sulle spese finali per l'anno 2025

Per l'anno 2025, lo stato di previsione del Ministero della Salute (Tabella 15) espone, a **legislazione vigente (BLV)**, una dotazione complessiva di competenza di spese finali pari a 2.454,4 milioni di euro.

Rispetto alla legislazione vigente, la **manovra finanziaria** per il 2025 - attuata con le **Sezioni I e II** del disegno di legge di bilancio - determina complessivamente un **decremento delle spese finali** di 55 milioni di euro, attribuibile per oltre 41 milioni alle spese di parte corrente e per circa 14 milioni a quelle di conto capitale, come evidenziato nella tabella che segue:

Impatto della manovra sulle spese finali del Ministero della Salute - anno 2025

(dati di competenza, valori in milioni di euro)

	2024		2025				
	LEGGE DI BILANCIO	PREVISIONI ASSESTATE	BLV	MODIFICHE MANOVRA SEZ. II	DDL BILANCIO SEZ II	EFFETTI MANOVRA SEZ. I	DDL BILANCIO INTEGRATO SEZ I+SEZ II
Spese correnti	1.797,1	1.875,4	2.158,9	-	-	-40,3	2.118,7
Spese in c/capitale	609,5	640,3	295,5	-13,9	281,6	-0,9	280,8
SPESE FINALI	2.406,6	2.515,7	2.454,4	-13,9	2.440,5	-41,1	2.399,4

Il **DDL di bilancio 2025 come integrato** degli **effetti** della **manovra**, propone, trascurando gli arrotondamenti, spese finali di competenza per il Ministero pari a **2.339 milioni** per il **2025**.

In tale stanziamento di competenza risultano preponderanti le spese di parte corrente, che rappresentano l'88,3% del totale delle spese finali.

Gli **effetti finanziari complessivi ascrivibili alla manovra di Sezione II** determinano una **riduzione della spesa pari a circa 13,9 milioni di euro**, per effetto del solo decremento dal lato della spesa in conto capitale.

Uguualmente, le **misure legislative** introdotte dall'articolato della **Sezione I** determinano nel complesso un **effetto negativo di circa 41 milioni** di euro, sia di parte corrente (-40,3 milioni) che in conto capitale (-0,9 milioni).

3. Analisi delle previsioni di spesa per Missioni e Programmi per l'anno 2025

La tabella seguente espone le **previsioni del ddl di bilancio integrato** per il **2025** per ciascuna **Missione e Programma** di spesa **del Ministero**, a raffronto con i dati dell'esercizio **precedente**.

La tabella evidenzia altresì le **modifiche** che il ddl di bilancio apporta alla **legislazione vigente** con interventi di manovra sia di **Sezione I** che di **Sezione II**, ai fini della determinazione delle **previsioni di spesa relative a ciascuna missione/programma**.

Riguardo alle modifiche apportate dalla Sezione II, si ricorda che gli interventi di **rimodulazione** nonché di **rifinanziamento/definanziamento o riprogrammazione** delle leggi di spesa (operati ai sensi dell'**art. 23, comma 3, lett. a) e lett. b)** della legge di contabilità) sono riportati negli **appositi allegati** allo stato di previsione in esame.

(Dati di competenza, valori in milioni di euro)

Ministero della Salute									
	Missione/Programma	2024		2025					
		LEGGE DI BILANCIO	ASSEST.	BLV	MODIFICHE SEZ. II		DDL BILANCIO SEZ. II	EFFETTI SEZ. I	DLB INTEGRATO SEZ I+SEZ II
					Rimodul. a.23 c. 3 lett a) e 30 co.1)	Variazioni a.23 c. 3 lett b)			
1	Tutela della salute (20)	1.930	2.009	1.975	-	-13,9	1.961	-27,5	1.933,6
1.1	Prevenzione e promozione della salute umana ed assistenza sanitaria al personale navigante e aeronavigante e sicurezza delle cure (20.1)	682	659	965	-	-	965	-18,5	946,8
1.4	Regolamentazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari ad uso umano (20.4)	14,3	15,7	14,3	-	-	14,3	-0,3	14,0
1.5	Vigilanza, prevenzione e repressione nel settore sanitario (20.5)	12,6	12,9	13,3	-	-	13,3	-0,3	13
1.13	Vigilanza sugli enti, supporto attività organi collegiali, comunicazione e digitalizzazione per la tutela della salute umana e della sanità pubbl. veterinaria (20.13)	317	319	328	-	-	328	-7,4	320
1.14	Programmazione SSN erogazione LEA, assistenza sanitaria umana e regolamentazione professioni sanitarie (20.14)	426	457	235	-	-	235	-0,4	234
1.15	Tutela della salute, innovazione e politiche internazionali (20.15)	477,7	544,4	419,0	-	-13,9	405,1	-0,7	404,4
2	Ricerca e innovazione (17)	378,6	395,9	388,4	-	-	388,4	-11,2	377,2

Ministero della Salute									
	Missione/Programma	2024		2025					
		LEGGE DI	ASSEST.	BLV	MODIFICHE SEZ. II	DDL	EFFETTI	DLB	
2.1	Ricerca per il settore della sanità pubblica (17.20)	344,5	361,2	354,6	-	-	354,6	-9,6	345,0
2.2	Ricerca per il settore zooprofilattico (17.21)	34,1	34,7	33,9	-	-	33,9	-1,6	32,2
3	Servizi istituzionali e generali delle amm.ni pubbliche (32)	97,9	111,0	90,9	-	-	90,9	-2,4	88,6
3.1	Indirizzo politico (32.2)	36,1	36,4	33,8	-	-	33,8	-1,3	32,5
3.2	Servizi e affari generali (32.3)	61,8	74,6	57,1	-	-	57,1	-1,1	56,0
	SPESE MINISTERO	2.406,6	2.515,7	2.454,4	-	-13,9	2.440,4	-41,1	2.399,4

- tra parentesi la numerazione generale della Missione/programma.

La spesa complessiva del Ministero è allocata su **3 missioni e 10 programmi**, come modificati con l'entrata in vigore del [d.P.C.M. 30 ottobre 2023, n.196](#) (v. ante Premessa). La gran parte della spesa è allocata sulla missione Tutela della salute (20) che rappresenta circa l'80,6% delle spese del Ministero stesso.

Di seguito si illustrano, nel dettaglio, le variazioni che si registrano nelle **missioni di maggior peso** del Ministero.

Circa gli effetti di riduzione della spesa di Sez. I rientranti nella **missione Tutela della salute (-27,5 milioni)**, la minore spesa, seppure modesta, si registra nell'ambito dei programmi:

- **1.1 Prevenzione e promozione della salute umana ed assistenza sanitaria al personale navigante ed aeronavigante e sicurezza delle cure (20.1) (-18,5 milioni)** con riferimento prevalentemente:
 - all'azione Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie a tutela della salute (-11,96 milioni), ascrivibili per la maggior parte alla riduzione del cap. 4381 relativo alle Spese per il **completamento delle azioni di contrasto all'emergenza epidemiologica Covid-19** (a seguito della chiusura della contabilità speciale n. 6198);
 - alla riduzione (-5,3 milioni) per minori somme dovute per la **liquidazione indennizzi** per soggetti emotrasfusi danneggiati da sangue o emoderivati infetti, e che hanno instaurato azioni di risarcimento danni.
- **1.13 Vigilanza sugli enti**, supporto alle attività degli organi collegiali, comunicazione e digitalizzazione per la tutela della salute umana e della sanità pubblica veterinaria, con un'ulteriore riduzione della spesa diffusa su vari capitoli (**-7,4 milioni**) con specifico riferimento al

programma per l'azione dell'attività di vigilanza e **trasferimenti per il funzionamento degli enti vigilati**.

Ulteriori effetti di Sez. I sono ascrivibili alla **missione 2. Ricerca e innovazione (17) (-11,2 milioni)** e **3. Servizi istituzionali e generali delle amm.ni pubbliche (32) (-2,38 milioni)**, rispettivamente:

- per **effetto** della riduzione di spese di parte corrente all'interno del **programma 2.1 Ricerca per il settore della sanità pubblica (17.20)** (-9,6 milioni), ascrivibile per la maggior parte all'azione Promozione e sviluppo della ricerca sanitaria (cap. 3398 Spese per la ricerca medico-sanitaria e la tutela della salute, -9,1 milioni, piano di gestione 3. Somma da assegnare agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico e privato per il finanziamento dell'attività di ricerca corrente) e **2.2 Ricerca per il settore zooprofilattico (17.21)** per riduzione di 1,6 milioni dell'azione di promozione e sviluppo della ricerca per il settore zooprofilattico (cap. 5302 Somma da assegnare agli istituti zooprofilattici sperimentali per assegni al personale a contratto a tempo determinato e indeterminato per il ruolo non dirigenziale di ricercatori scientifici, -1,1 milioni);
- prevalentemente per effetto del **programma 3.1 Indirizzo politico (32.2)** (-1,3 milioni), per minori somme ascritte all'azione Fondi da ripartire per il riaccertamento dei residui passivi perenti (-1,28 milioni)¹⁰⁴ e del programma **3.2 Servizi e affari generali** per le amministrazioni di competenza per risparmi di parte corrente (cap. 2200 Spese per il sistema informativo sanitario).

Quanto agli interventi di **Sezione II**, questi incidono **in riduzione di 13,9 milioni** degli stanziamenti del programma **1.15 Tutela della salute, innovazione e politiche internazionali** della missione Tutela della salute, per definanziamenti di pari ammontare, come esposto nella tavola che segue (dati in milioni di euro):

¹⁰⁴ Ascrivibili prevalentemente al cap. 1084 Fondo di parte corrente alimentato dalle risorse finanziarie rivenienti dal riaccertamento dei residui passivi perenti a seguito della verifica della sussistenza delle relative partite debitorie da ripartire tra i programmi di spesa dell'amministrazione.

<i>Definanziamento</i>		2025	2026	2027	2028 e ss.
<i>1. Tutela della salute (20)</i>	LV	46,54	2,45	-	-
<i>1.15 Tutela della salute, innovazione e politiche internazionali (20.15)</i>					
DL n. 59 del 2021 art. 1 c. 2 p. E/primum per Somme da destinare al finanziamento di progetti di sanità pubblica in materia di salute, ambiente, biodiversità e clima in attuazione del piano nazionale per gli investimenti complementari al piano nazionale di ripresa e resilienza" - (Cap-pg: 7122/1) - (Scad. Variazione 2025)	Definanz.	-13,9	-	-	-
	Tot.	32,6	2,45	-	-

**Parti di interesse nello stato di previsione del
Ministero dell'economia e delle finanze (Tabella n. 2)**

Con riferimento agli **altri interventi rilevanti di carattere sanitario** iscritti nello stato di previsione del Ministero dell'economia, si segnala che il disegno di legge di Bilancio 2025 **incrementa** il livello del finanziamento del **fabbisogno sanitario standard** stabilito dall'ultima legge di Bilancio (2024) di **1.302 milioni** per l'anno **2025**, 5.078 milioni per il 2026, 5.780 milioni per il 2027, 6.663 milioni per il 2028, 7.725 milioni per il 2029 e 8.898 a decorrere dall'anno 2030.

Anno di riferimento	Incremento livello fabbisogno sanitario previsto (in milioni di euro)
2025	1.302
2026	5.078
2027	5.780
2028	6.663
2029	7.725
dal 2030	8.898

I suddetti incrementi sono previsti anche per assicurare risorse alle finalità disposte ai seguenti articoli del disegno di legge in esame:

- **art. 18**, in materia di risorse destinate ai trattamenti accessori del personale dipendente delle pubbliche amministrazioni, in base a specifiche quantificazioni di oneri;
- **art. 19**, per il rifinanziamento del fondo per la contrattazione collettiva nazionale per il personale pubblico, in base alle disposizioni ivi previste. In proposito la relazione tecnica specifica che si tratta del rinnovo dei contratti del personale del SSN e degli accordi collettivi con il personale convenzionato;
- **art. 50**, per il finanziamento destinato all'aggiornamento delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni per acuti e post acuzie, per 77 milioni per l'anno 2025 ai pazienti classificati come *diagnosis-related group* (DRG) post acuzie e per 1.000 milioni complessivi dal 2026 per entrambe le tipologie DRG acuti (650 milioni) e post-acuzie (350 milioni);
- **art. 51, co. 1**, per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, ivi compresa la revisione delle tariffe massime nazionali delle relative prestazioni assistenziali, per cui è prevista una quota vincolata pari a 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025;

- **art. 52**, per l'attuazione delle misure del Piano pandemico nazionale 2025 – 2029 per cui è autorizzata la spesa di 50 milioni per il 2025, 150 milioni per il 2026 e 300 milioni annui dal 2027;
- **art. 53**, per ridurre le liste d'attesa per il trapianto di organi e tessuti e per l'acquisto di dispositivi medici per la perfusione, conservazione, trasporto e gestione di organi e tessuti per trapianto, per cui è autorizzata la spesa di 10 milioni annui dal 2025;
- **art. 56**, per il riconoscimento delle particolari condizioni di lavoro svolto dal personale della dirigenza medica e dal personale del comparto sanità, dipendente delle aziende e degli enti del SSN, operante nei servizi di pronto soccorso, con risorse per complessivi 50 milioni di euro con decorrenza dal 2025 e di ulteriori 50 milioni complessivi con decorrenza dal 2026.
- **art. 57, co. 3**, per l'attività di distribuzione all'ingrosso di determinati farmaci a favore delle farmacie territoriali, nel limite di 50 milioni per ciascuno degli anni 2026 e 2027;
- **art. 58**, per garantire l'incremento vincolato di 10 milioni di euro dal 2025 del fondo sanitario nazionale per interventi sull'accesso alle cure palliative;
- **art. 59**, per l'incremento del trattamento economico a favore dei medici specializzandi quantificato in un'ulteriore spesa di 120 milioni annui dal 2026;
- **art. 61**, per la valorizzazione delle peculiarità della dirigenza medica e veterinaria dipendente dalle aziende e dagli enti del SSN come incremento delle vigenti indennità specifiche di cui ai CCNL area sanità con un incremento di 50 milioni per l'anno 2025 e 327 milioni annui dal 2026;
- **art. 62**, per la valorizzazione delle peculiarità della dirigenza non medica dipendente dalle aziende e dagli enti del SSN come incremento della vigente indennità specifica di cui all'art. 66 CCNL area sanità 2024 per 5,5 milioni annui dal 2025;
- **art. 63**, per la valorizzazione delle specifiche attività svolte dagli infermieri dipendenti dalle aziende e dagli enti del SSN nella contrattazione collettiva nazionale, comparto sanità, con incrementi nei limiti degli importi complessivi lordi di 35 milioni per l'anno 2025 e 285 milioni dal 2026;
- **art. 64**, finalizzato a vincolare 50 milioni per il 2025 e 100 milioni dal 2026 a favore delle Regioni adempienti ai fini dei questionari LEA sulle liste d'attesa;
- **art. 65**, che vincola una quota di 15 milioni annui a decorrere dal 2025 per la remunerazione delle prestazioni sanitarie, comprese nei

livelli essenziali di assistenza (LEA), a favore di ambiti regionali diversi da quelli di residenza di cittadini dipendenti da sostanze.

Inoltre, una quota delle risorse incrementalì previste è accantonata in vista dei **rinnovi contrattuali relativi al periodo 2028-2030**, in base alle seguenti quantificazioni:

- 883 milioni di euro per l'anno 2028;
- 1.945 milioni per il 2029;
- 3.117 milioni annui a decorrere dal 2030.

Ancora, una quota di dette risorse incrementalì è destinata all'incremento delle disponibilità per il **perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale**, come segue:

- 928 milioni di euro per l'anno 2026
- 478 milioni per il 2027
- 528 milioni a decorrere dall'anno 2028.

Si **ricorda** che la legge di Bilancio n. 234/2021 (art. 1, comma 258) per il 2022 ne aveva fissato, da ultimo, il livello complessivo in 124.061 milioni di euro per il 2022, 126.061 milioni per il 2023 e 128.061 milioni a decorrere dall'anno 2024, mantenendo ferma l'applicazione delle disposizioni legislative in materia di compartecipazione delle autonomie speciali al finanziamento del relativo fabbisogno sanitario, come segue (importi in milioni di euro):

Livello finanziamento SSN	2022	2023	2024	2025	a decorrere dal 2026
LB 2022 (co. 258)	124.061	126.061	128.061	128.061	128.061
LB 2023 (co. 535)	-	+2.150	+2.300	+2.600	+2.600
DDL Bilancio 2024 (co.217)			+3.000	+4.000	+4.200

Concorso dello Stato alla spesa sanitaria iscritto nello stato di previsione

Riguardo gli stanziamenti appostati nello stato di previsione MEF (Tab. 2), la dotazione della Missione **Relazioni finanziarie con autonomie territoriali (3)**, nel cui ambito è iscritto il programma 3.6 *Concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria*, è cifrata nel ddl integrato in 135.666,9 milioni¹⁰⁵.

Il programma 3.6, integrato dell'incremento di Sez. I per il fabbisogno sanitario nazionale, riporta 88.652 milioni (**oltre il 65,3% dell'intera missione**). L'**incremento** ammonta a **893 milioni** che costituisce per intero

¹⁰⁵ Con effetti finanziari derivanti dalla Sez. I pari a 893 milioni e pertanto con BLV pari a 134.773,5 (era 132.227,8 milioni in base alla legge di bilancio 2024 – L. 213/2023).

l'incremento della missione stessa derivante integralmente dalla manovra di Sez. I.

Detto incremento complessivo di 893,4 milioni del programma 3.6. *Concorso dello Stato alla spesa sanitaria*, interamente derivante dalla manovra 2025 di Sez. I, è ascrivibile per la totalità all'azione "Tutela dei livelli essenziali di assistenza" per effetto dei seguenti capitoli:

- cap. 2700 Fondo sanitario nazionale (+212 milioni);
- cap. 2862, somme da erogare alle Regioni a statuto ordinario a titolo di compartecipazione all'IVA (+681,4)¹⁰⁶.

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE - (dati di competenza, valori in milioni di euro)						
	Missione/Programma	2024	2025			DDL BILANCIO INTEGRATO (SEZ. I + SEZ II)
		LEGGE DI BILANCIO	BLV	VAR. SEZ. II	VAR. SEZ. I	
2	Relazioni finanziarie con autonomie territoriali (3)	132.258,6	134.773,5	-	893,4	135.666,9
2.4	Concorso dello Stato al finanziamento spesa sanitaria (3.6), di cui	88.445,4	87.758,6	-	893,4	88.652,0
	Cap. 2700 - Fondo sanitario nazionale ¹⁰⁷	9.027,0	8.587,0	-	212,0	8.799
	Cap. 2701 – Finanziamento FSN in relazione alle minori entrate IRAP e add.le reg.le IRPEF ¹⁰⁸	1.500	2.000	-	-	2.000
	Cap. 2710 Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto farmaci innovativi	1.300	1.300	-	-	1.300
	Cap. 2862 – Somme da erogare alle RSO a titolo di compartecipazione all'IVA	76.528,6	75.780,8	-	681,4	76.462,2
	Cap. 2705 – Contributo Ospedale pediatrico Bambino Gesù	49	50	-	-	50

¹⁰⁶ Si segnala che, ai fini del calcolo delle minori entrate IRAP e dell'addizionale regionale dell'IRPEF, lo stanziamento tiene conto degli effetti dell'applicazione delle disposizioni fiscali contenute nella legge n. 36/2024 *Disposizioni per la promozione e lo sviluppo dell'imprenditoria giovanile nel settore agricolo*; del D. L. n. 39/2024 (L. 67/2024) *Misure urgenti in materia di agevolazioni fiscali di cui agli articoli 119 e 119-ter del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, altre misure urgenti in materia fiscale e connesse a eventi eccezionali, nonche' relative all'amministrazione finanziaria*; del D.L. 73/2024 (L. n. 107/2024) *Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*; legge n. 104/2024 *Disposizioni in materia di politiche sociali e di enti del Terzo settore*; del D. Lgs. n. 108/2024 *Disposizioni integrative e correttive in materia di regime di adempimento collaborativo, razionalizzazione e semplificazione degli adempimenti tributari e concordato preventivo biennale*. Tiene inoltre conto dell'incremento di 12 milioni di euro per l'anno 2025 (pg 4) relativo al fondo perequativo IRAP di cui all'articolo 56 del decreto-legge n. 124/2019 *Disposizioni urgenti in materia fiscale e per esigenze indifferibili* (L. n. 157/2019).

¹⁰⁷ Lo stanziamento del capitolo tiene conto dell'applicazione del decreto-legge n. 73/2024 (L. 107/2024) *Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*.

¹⁰⁸ Lo stanziamento del capitolo tiene conto delle compensazioni delle minori entrate dell'IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF che si sono realizzate negli esercizi precedenti rispetto ai valori scontati nelle delibere del CIPESS quale finanziamento stimato del SSN.

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE - (dati di competenza, valori in milioni di euro)					
Missione/Programma	2024	2025			DDL BILANCIO INTEGRATO (SEZ. I + SEZ II)
	LEGGE DI BILANCIO	BLV	VAR. SEZ. II	VAR. SEZ. I	
Cap. 2707 – somme per policlinici universitari università non statali per il finanziamento attività strumentali	40,8	40,8	-	-	40,8

Si segnala che nel programma **2.3 Compartecipazione e regolazioni contabili ed altri trasferimenti alle autonomie speciali (3.5)**, sempre nell'ambito della missione 2. Relazioni finanziarie con le autonomie territoriali (3), è presente un'ulteriore voce riguardante le **poste di interesse sanitario**, vale a dire il cap. 2799 riguardante interventi per le regioni a statuto speciale, segnatamente per risorse a titolo di compensazione dell'aumento della quota di compartecipazione regionale alla spesa sanitaria della Regione Siciliana (cifrato in **complessivi 400 milioni**).

Le assegnazioni per contributi a **strutture sanitarie private** (cap. 2705 Ospedale pediatrico Bambino Gesù e cap. 2707 Policlinici universitari presso università non statali) ammontano a complessivi 90,8 milioni. Rimane inoltre invariata la cifra al cap. 2710 Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto farmaci (1.300 milioni).

Spese in conto capitale per l'edilizia sanitaria pubblica

Con riferimento all'edilizia sanitaria pubblica, nel MEF risultano allocate le risorse della Missione Infrastrutture pubbliche e logistica, di cui unico programma e unico capitolo sono, rispettivamente Opere pubbliche e infrastrutture (14.8) e **somma da erogare per interventi in materia di edilizia sanitaria pubblica** (cap. 7464)¹⁰⁹ che riporta l'ammontare di 1.196,4 milioni¹¹⁰, con un incremento di 126,6 milioni a partire dal 2027.

Tale incremento è previsto annualmente a partire dal 2027 e fino al 2036 in virtù dell'articolo 120 comma 3 del disegno di legge in esame. Questa disposizione è volta infatti ad innalzare **da 33,787 a 35,053 miliardi** di euro le risorse complessive disponibili con incrementi annui per il periodo 2027-2036 (**+1,266 miliardi**) per il **programma straordinario di edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico** previsto a normativa vigente.

Spese per le famiglie e il contrasto alle situazioni di disagio

Nell'ambito dello **stato di previsione del MEF**, si segnala l'ulteriore programma di interesse nell'ambito della Missione 14 Diritti sociali, politiche sociali e famiglia (24), **14.1 Famiglia, pari opportunità e**

¹⁰⁹ Autorizzazione di spesa di cui alla L. n. 448 del 1998, art. 50, comma 1, punto c).

¹¹⁰ Nel Bilancio 2024 erano 1.255 milioni di euro e 1.505 milioni nel Bilancio 2023.

situazioni di disagio (24.5), con particolare riferimento all'azione Lotta alle dipendenze per i seguenti capitoli:

- **cap. 1430** Somma da trasferire alla Presidenza del Consiglio per il **Fondo nazionale di intervento alla droga**, che presenta una diminuzione per interventi di Sez. I pari a 250 mila euro ed una conseguente ridefinizione delle risorse a 4,75 milioni, rispetto ai 5 milioni appostati a legislazione vigente;
- **cap. 2113** Somme da corrispondere alla Presidenza del Consiglio per l'**attuazione delle politiche antidroga** con una riduzione di 213.159 euro per interventi di Sez. I ed uno stanziamento da ddl integrato pari a 4,05 milioni di euro.

Presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri (programma 17.2 Presidenza del Consiglio dei Ministri 1.3, azione Indirizzo e coordinamento dell'azione di Governo) viene inoltre istituito il **cap. 2005** Somma da trasferire alla Presidenza del consiglio per il **Fondo nazionale per la prevenzione, il monitoraggio e il contrasto del diffondersi delle dipendenze comportamentali** tra le giovani generazioni (+500.000 euro), con intervento di Sez. I (articolo 40 del ddl in esame).

Parti di interesse nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (Tabella n. 4)

La **Missione 24 Diritti sociali, politiche sociali e famiglia**, rappresenta circa il **33,65% della spesa finale** del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, complessivamente pari per competenza a 64.568,2 milioni.

Per gli effetti attribuibili alla manovra, quantificabili in +589,1 milioni (interventi di Sez. I) e in +95,6 milioni (per variazioni di Sez. II) si fa rinvio alla Dossier di Sezione II della Tab. 4 (Ministero del lavoro e delle politiche sociali). Qui si anticipa solamente che del complessivo aumento di **684,8 milioni** di euro nel 2025, la parte più cospicua (89,8%) riguarda le **risorse a favore delle politiche per l'infanzia e la famiglia**, in particolare iscritte al piano di gestione relativo agli oneri per il sostegno della maternità e della paternità del capitolo relativo alla **copertura degli oneri per la famiglia** (cap. 3530) pari a **285,0 milioni** di euro nel 2025, mentre un ammontare di **330 milioni** di euro è ascrivibile al nuovo capitolo (cap. 3543) per somme da corrispondere all'assegnazione del **Bonus nuove nascite** (art. 31 del disegno di legge in esame).

Ulteriore parti di interesse nello stato di previsione del Ministero dell'agricoltura (*Tabella n. 13*)

Nell'ambito della missione 1. Agricoltura, politiche agroalimentari e pesca (9), programma 1.1. Politiche europee ed internazionali e dello sviluppo rurale (9.2) si segnala l'azione **Distribuzione di derrate alimentari alle persone indigenti e progetti contro gli sprechi alimentari** ed in particolare i seguenti capitoli corrispondenti ad incrementi di risorse previsti dall'**articolo 16** del disegno di legge in esame (Misure per il sostegno degli indigenti e per gli acquisti di beni di prima necessità – Carta «Dedicata a te»):

- il **cap. 1526** relativo all' assegnazione all'Agenzia per le erogazioni in agricoltura finalizzata al **Fondo per la distribuzione di derrate alimentari alle persone indigenti**, che presenta 4,9 milioni di risorse nel 2025 ed un **incremento** per effetto di Sez. I pari a **+50 milioni** di euro; ne consegue che il disegno di legge di bilancio integrato riporta, per il 2025, 54,9 milioni di euro al citato capitolo;
- il nuovo **cap. 1527** denominato **Fondo per l'acquisto di beni alimentari di prima necessità**, a cui sono assegnati **500 milioni** di euro per finanziare l'intervento di contrasto della povertà mediante lo strumento di pagamento "Carta Dedicata a te" destinata ai cittadini meno abbienti.