dossier

XIX Legislatura

9 novembre 2026

LEGGE DI BILANCIO 2027

Profili di interesse della XII Commissione Affari Sociali

A.C. 3174-*bis*

Senato della Repubblica

Camera dei deputati

Senato della Repubblica

SERVIZIO STUDI
TEL. 06 6706-2451 - ✉ studi1@senato.it – 𝕏 @SR_Studi

Camera dei deputati

SERVIZIO STUDI
Dipartimento Affari Sociali
Tel. 06 6760-3266 - ✉ st_affarisociali@camera.it – 𝕏 @CD_sociale

Progetti di legge n. 689/0/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.

AS0545.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.

I N D I C E

SEZIONE PRIMA

LA DISCIPLINA CONTABILE DELLA PRIMA SEZIONE 5

SCHEDE DI LETTURA DELLE DISPOSIZIONI DELLA PRIMA SEZIONE DI INTERESSE DELLA XII COMMISSIONE 7

- Articolo 53, commi 1 e 2 *(Carta per l'acquisto di beni e prestazioni sanitarie per i pensionati ultrasettantacinquenni)* 7
- Articolo 53, comma 3 *(Prestazione universale per persone anziane non autosufficienti)* 10
- Articolo 62 *(Fondo per il finanziamento di iniziative ed attività di interesse generale delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di promozione sociale e delle fondazioni del Terzo settore)* 13
- Articolo 63 *(Contributo per l'acquisto di autoveicoli nuovi destinati in via permanente al trasporto delle persone con disabilità motoria)* 16
- Articolo 69, commi 1 e 7 *(Rifinanziamento del Servizio sanitario nazionale)* 20
- Articolo 69, comma 2 *(Aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti)* 26
- Articolo 69, comma 3 *(Finanziamento delle spese per la malattia di Alzheimer e altre patologie di demenza senile)* 29
- Articolo 69, comma 4 *(Prestazioni aggiuntive del personale sanitario)* 31
- Articolo 69, comma 5 *(Servizio mensa e buono pasto del personale del comparto sanità)* 35
- Articolo 69, comma 6 *(Incremento degli stanziamenti per l'indennità per il personale operante nei servizi di pronto soccorso)* 38
- Articolo 69, comma 8 *(Documento riepilogativo dei costi delle prestazioni sanitarie - STRALCIATO)* 39
- Articolo 70 *(Contributo al Servizio sanitario nazionale per alcuni lavoratori frontalieri e per i relativi familiari a carico)* 40
- Articolo 71 *(Modifica del tetto di spesa e premialità per investimenti delle aziende farmaceutiche)* 43
- Articolo 72 *(Accesso precoce ai farmaci innovativi)* 49
- Articolo 73 *(Ripiano degli oneri per l'acquisto di dispositivi medici*

per gli anni dal 2019 al 2023 e modifica dei tetti di spesa) 56
- Articolo 74 *(Elevamento dei limiti di spesa regionale per acquisto di prestazioni sanitarie da parte di soggetti privati accreditati)* 63
- Articolo 75 *(Disposizioni in favore della lotta alla droga)* 65
- Articolo 131, comma 1, lettere *a)* e *b) (Modifiche alla disciplina sui livelli essenziali delle prestazioni nella materia assistenza)* 70

SEZIONE SECONDA

LA DISCIPLINA CONTABILE DELLA SECONDA SEZIONE 75
- Ministero della salute *(Tabella n. 15)* 79
- Ministero dell'economia e delle finanze *(Tabella n. 2)* 84
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali *(Tabella n. 4)* 88

Sezione prima

LA DISCIPLINA CONTABILE DELLA PRIMA SEZIONE

Il disegno di legge di bilancio è costituito da un **provvedimento unico**, articolato in **due sezioni**.

La **prima sezione** reca esclusivamente le **misure normative** tese a realizzare gli obiettivi di finanza pubblica indicati nei documenti programmatici di bilancio. La **seconda sezione** 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.

SCHEDE DI LETTURA DELLE DISPOSIZIONI DELLA PRIMA SEZIONE DI INTERESSE DELLA XII COMMISSIONE

Articolo 53, commi 1 e 2
(Carta per l'acquisto di beni e prestazioni sanitarie per i pensionati ultrasettantacinquenni)

L'**articolo 53,** al **comma 1**, istituisce, nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, per il successivo trasferimento all'INPS, un **fondo con una dotazione di 1.645 milioni di euro per l'anno 2027**, che costituisce limite di spesa, destinato all'attribuzione di una **Carta del valore di 300 euro per l'acquisto di beni e prestazioni in materia sanitaria**, definiti con decreto ministeriale (cfr. *infra*).
La Carta è attribuita nell'anno 2027 ai soggetti, che abbiano compiuto **75 anni** alla data del 31 dicembre 2026, **titolari di uno o più trattamenti pensionistici** – esattamente definiti -, di **importo** complessivamente **non superiore** per l'anno 2025 **a 28.000 euro su base annua**.
Viene chiarito che le somme assegnate con la Carta citata non costituiscono reddito imponibile e non rilevano ai fini del computo del valore dell'ISEE.
E' poi rimesso ad un **decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze,** da emanare entro trenta giorni dall'entrata in vigore della legge, la definizione delle modalità di attuazione delle disposizioni di cui ai commi 1 e 2 dell'articolo in commento, ed in particolare delle condizioni di accreditamento degli esercizi commerciali, delle strutture e prestazioni professionali sanitarie in relazione ai quali la Carta può essere utilizzata, nonché delle procedure per il rispetto del limite di spesa in precedenza indicato (**comma 1**).

Per le procedure connesse all'erogazione della Carta di cui al comma 1 viene **autorizzata una spesa fino al limite massimo di 8 milioni di euro per l'anno 2027** a valere sulle risorse del Fondo di cui al medesimo comma. L'INPS, salvo quanto previsto al primo periodo, procede con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente (**comma 2**).

L'**articolo 53, ai commi 1 e 2** prevede interventi pari a un importo di 1645 milioni di euro per l'anno 2027, che costituiscono limite di spesa, di cui 1637 milioni di euro per spesa per prestazioni relative all'ammontare

accreditato sulla carta e 8 milioni di euro per l'attribuzione della Carta ai beneficiari.

L'**articolo 53,** al **comma 1**, istituisce, nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, per il successivo trasferimento all'INPS, un **fondo con una dotazione di 1.645 milioni di euro per l'anno 2027**, che costituisce limite di spesa, destinato all'attribuzione di una **Carta del valore di 300 euro per l'acquisto di beni e prestazioni in materia sanitaria** definiti con decreto ministeriale (cfr. *infra*).

La Carta è riconosciuta, **nel 2027**, ai soggetti, che **abbiano compiuto 75 anni** alla data del 31 dicembre 2026, titolari di uno o più **trattamenti pensionistici** di importo complessivamente non superiore per l'anno **2025 a 28.000 euro su base annua.**

Più nello specifico deve trattarsi di trattamenti pensionistici a carico di qualsiasi forma previdenziale obbligatoria[1], di pensione o assegno sociale[2], di pensione o assegno per invalidi civili, ciechi e sordomuti.

Viene chiarito che le somme assegnate con la Carta citata non costituiscono reddito imponibile e non rilevano ai fini del computo del valore dell'ISEE.

È poi rimesso ad un **decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze,** da emanare entro trenta giorni dall'entrata in vigore della legge, la definizione delle modalità di attuazione delle disposizioni di cui ai commi 1 e 2 dell'articolo in commento.

In particolare il decreto dovrà indicare:

- le **condizioni di accreditamento degli esercizi commerciali, delle strutture sanitarie e delle prestazioni professionali sanitarie** in relazione ai quali la Carta può essere utilizzata;
- le procedure per il rispetto del limite di spesa in precedenza indicato (**comma 1**).

Il comma 2 autorizza, per le procedure connesse all'erogazione della Carta di cui al comma 1, **una spesa fino al limite massimo di 8 milioni di euro per l'anno 2027** a valere sulle risorse del Fondo di cui al medesimo comma. L'INPS, salvo quanto previsto al primo periodo, procede con **le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente**

[1] Si tratta delle prestazioni economiche erogate al termine della vita lavorativa, finanziate attraverso i contributi previdenziali obbligatori versati dal lavoratore e dal datore di lavoro durante lo svolgimento della attività lavorativa".

[2] Si ricorda che dal 1996 la pensione sociale è stata sostituita dall'assegno sociale.

In proposito la relazione tecnica evidenzia che il predetto limite di spesa è stato determinato sulla base dei seguenti elementi dedotti dal Casellario dei pensionati, anno 2025.

Numero di pensionati con eta >= 75 anni - Casellario pensionati - Anno 2025				
Reddito pensionistico complessivo lordo (escluse rendite Inail e indennità di accompagnamento)	**75**	**76-79**	**80 e oltre**	**totale**
Inferiore o uguale a 28000	386.139	1.579.117	3.491.151	**5.456.407**

Articolo 53, comma 3
(Prestazione universale per persone anziane non autosufficienti)

L'**articolo 53**, **comma 3**, proroga fino al 31 dicembre 2027 la **prestazione universale per persone anziane non autosufficienti**, istituita, in via sperimentale, dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2026, dal D.Lgs. n. 29 del 2024 (**lettera *a)***). Inoltre, innalza a **12.000 euro** (rispetto al valore di 6.000 euro previsto per gli anni 2025 e 2026), per l'**anno 2027**, il **valore dell'ISEE** necessario per accedere alla suddetta prestazione (**lettera *b)***). Infine, quantifica gli oneri derivanti da tali disposizioni in un importo pari a **136 milioni di euro per l'anno 2027**, che costituisce il **limite massimo di spesa** (**lettera *c)***).

La disposizione in oggetto prevede interventi pari a un importo di **136 milioni di euro per l'anno 2027**.
La relazione tecnica specifica che alla determinazione dei suddetti oneri si è giunti considerando un numero di 20.000 domande per la prestazione universale per l'anno 2027, un numero medio di mesi pari a 8 (in base all'attività di monitoraggio), per un importo mensile di 850 euro.

L'**articolo 53**, **comma 3**, modifica la disciplina relativa alla **prestazione universale per persone anziane non autosufficienti**, prevista dagli articoli 34, 35 e 36 del D.Lgs. n. 29 del 2024[3] (v. *infra*).

In particolare, il comma in esame apporta le seguenti modifiche al citato D.Lgs. n. 29 del 2024:

- all'articolo 34, comma 1, **proroga fino al 31 dicembre 2027 la prestazione universale per persone anziane non autosufficienti**, istituita, in via sperimentale, dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2026 (**lettera *a)***);
- all'articolo 35, comma 1, lettera *c)*, stabilisce, in riferimento all'**anno 2027**, che il **valore dell'ISEE** (Indicatore della situazione economica equivalente) necessario per accedere alla prestazione universale **non deve superare i 12.000 euro** (a differenza degli anni 2025 e 2026, in relazione ai quali il valore massimo dell'ISEE è fissato a 6.000 euro) (l**ettera *b)***);

[3] *Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33*.

- all'articolo 36, comma 6, dispone che l'"**assegno di assistenza**" (v. *infra*) è riconosciuto, per l'**anno 2027**, nel **limite massimo di spesa di 136 milioni di euro** (**lettera *c)***).

La relazione tecnica evidenzia che, sulla base dei dati di monitoraggio disponibili a luglio 2026, il **tasso di adesione alla prestazione universale è marcatamente inferiore rispetto alle stime iniziali**: risultano 7.000 domande presentate e un tasso di accoglimento del 61 per cento. L'innalzamento della soglia ISEE a 12.000 euro, disposto dalla lettera *b)* del comma in esame (v. *supra*), consentirebbe il raggiungimento del numero di 20.000 domande per l'anno 2027, con oneri stimati per tale anno pari a 136 milioni di euro che, in ogni caso, costituisce il limite di spesa.

Si ricorda che l'articolo 34, comma 1, del citato D.Lgs. n. 29 del 2024, ha istituito, **in via sperimentale**, **dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2026**, una **prestazione universale per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti** subordinata allo specifico bisogno assistenziale.

L'**INPS** provvede all'**individuazione dello stato di bisogno assistenziale**, di livello gravissimo, delle persone anziane non autosufficienti in possesso dei requisiti definiti dall'articolo 35, comma 1, del medesimo D.Lgs. n. 29 del 2024 (v. *infra*) (comma 2). Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali è nominata la **commissione tecnico-scientifica** per l'individuazione degli indicatori atti alla definizione dei **criteri di classificazione dello stato di bisogno assistenziale gravissimo** (comma 3). Con il decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 155 del 16 ottobre 2024 è stata nominata la suddetta commissione; gli indicatori dello stato di bisogno assistenziale gravissimo sono stati adottati con il decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 200 del 19 dicembre 2024. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito l'INPS e previa intesa in sede di Conferenza unificata, sono definite le **modalità attuative e operative della prestazione universale, dei relativi controlli e della eventuale revoca**, nonché le connesse attività preparatorie e organizzative. In attuazione di tale disposizione è stato adottato il decreto 21 febbraio 2025 del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

Si ricorda, inoltre, che l'articolo 35, comma 1, del citato D.Lgs. n. 29 del 2024, stabilisce che l'**INPS** provvede all'erogazione della prestazione universale che viene riconosciuta, previa espressa richiesta, alla **persona anziana non autosufficiente** in possesso dei seguenti, ulteriori **requisiti**:

- un'età anagrafica di almeno 80 anni (lettera *a)*);
- un livello di bisogno assistenziale gravissimo (v. *supra*) (lettera *b)*);
- un valore dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) per le prestazioni agevolate di natura sociosanitaria, non superiore a 6.000 euro (lettera *c)*);

- la titolarità dell'indennità di accompagnamento (di cui all'articolo 1, comma 1, della legge n. 18 del 1980[4]), ovvero il possesso dei requisiti necessari per l'ottenimento di essa (lettera *d)*).

I soggetti previsti dal comma 1 possono richiedere la prestazione universale in modalità telematica all'INPS o presentare richiesta presso gli istituti di patronato (comma 2).

Si ricorda, infine, che l'articolo 36 dispone che la prestazione universale può essere erogata in forma di **trasferimento monetario e di servizi alla persona** (comma 1). Stabilisce, inoltre (comma 2), che essa è **esente da imposizione fiscale e non soggetta a pignoramento**, viene **erogata mensilmente** ed è composta da:

- una **quota fissa monetaria** corrispondente all'indennità di accompagnamento (prevista dall'articolo 1 della citata L. n. 18 del 1980);
- una **quota integrativa** definita "**assegno di assistenza**", pari a **850 euro mensili** finalizzata a remunerare il **costo del lavoro di cura e assistenza**, svolto da lavoratori domestici con mansioni di assistenza alla persona titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore, o l'**acquisto di servizi** destinati al lavoro di cura e assistenza e forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale, nel rispetto delle specifiche previsioni contenute nella programmazione integrata di livello regionale e locale, che coinvolge gli enti territoriali e locali per specifici ambiti.

Quando fruita, la **prestazione universale assorbe l'indennità di accompagnamento e le ulteriori prestazioni previste dall'articolo 1, comma 164, della** L. n. 234 del 2021[5] (ovvero i contributi, diversi dall'indennità di accompagnamento, per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti e il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza) (comma 4).

Il comma 6 stabilisce che la prestazione universale è riconosciuta a domanda. Dispone, inoltre, che l'**assegno di assistenza** previsto dal precedente comma 2, lettera *b)*, è **riconosciuto nel limite massimo di spesa di 250 milioni di euro per l'anno 2025 e di 250 milioni di euro per l'anno 2026**. L'**INPS** svolge attività di **monitoraggio della relativa spesa**, fornendo informazioni al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e al Ministero dell'economia e delle finanze.

[4] *Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili*.

[5] *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024*.

Articolo 62
(Fondo per il finanziamento di iniziative ed attività di interesse generale delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di promozione sociale e delle fondazioni del Terzo settore)

L'**articolo 62 incrementa le risorse destinate al finanziamento delle attività di interesse generale** delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di promozione sociale e delle fondazioni del **c.d. Terzo settore**.
Più nello specifico, al fine di sostenere le attività di interesse generale degli organismi sopracitati, la dotazione della seconda sezione del fondo di cui all'articolo 72 del D.Lgs n. 117 del 3 luglio 2017,[6] – destinato appunto al finanziamento di progetti e attività di interesse generale – è incrementata di **15 milioni di euro annui** a decorrere **dall'anno 2027 (comma 1)**.
Per l'attuazione del comma 1 viene quindi **autorizzata la spesa di 15 milioni di euro annui** a decorrere dall'anno 2027 (**comma 2**).

L'**articolo 62** prevede che al fine di sostenere le attività di interesse generale degli indicati ETS, la dotazione della seconda sezione del Fondo di cui all'articolo 72 del D.Lgs n. 117/2017 sia incrementata di 15 milioni di euro a decorrere dall'anno 2027: pertanto dalla disposizione derivano maggiori oneri per la finanza pubblica pari a 15 milioni di euro annui dal 2027.

L'**articolo 62 incrementa le risorse destinate al finanziamento delle attività di interesse generale** delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di promozione sociale e delle fondazioni del **c.d. Terzo settore**.

Giova qui ricordare che il Codice del Terzo Settore (D.Lgs n. 117 del 3 luglio 2017) ha provveduto al riordino e alla revisione complessiva della disciplina vigente in materia, sia civilistica che fiscale, definendo, per la prima volta, il perimetro del cd. Terzo Settore e, in maniera omogenea e organica, gli enti che ne fanno parte. Ai sensi dell'art. 4 del Codice **sono Enti del Terzo Settore**, se iscritti al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore[7]:
- le organizzazioni di volontariato (ODV) (artt. 32 e ss.);
- le associazioni di promozione sociale (APS) (artt. 35 e ss.);
- gli enti filantropici (artt. 37 e ss.);

[6] *Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106.*
[7] Cfr. Codice del Terzo Settore | Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

- leimprese sociali, incluse le cooperative sociali (art. 40);
- le reti associative (artt. 41 e ss.);
- le società di mutuo soccorso (SOMS) (artt. 42 e ss.);
- le associazioni riconosciute o non riconosciute, le fondazioni e gli altri enti di carattere privato diversi dalle società costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale mediante lo svolgimento, in via esclusiva o principale, di una o più attività di interesse generale di cui all'art. 5, in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi.

Gli enti religiosi civilmente riconosciuti possono essere considerati ETS limitatamente allo svolgimento delle attività di interesse generale di cui all'art. 5 del Codice.

Non sono invece Enti del Terzo Settore le amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, le formazioni e le associazioni politiche, i sindacati, le associazioni professionali e di rappresentanza di categorie economiche, le associazioni di datori di lavoro, gli enti sottoposti a direzione e coordinamento o controllati dai suddetti enti, con le eccezioni specificamente previste ai sensi dell'art. 4, comma 2 del Codice.

Gli ETS devono svolgere in via esclusiva o principale una o più **attività di interesse generale** di cui all'art.5 del CTS per il perseguimento, senza scopo di lucro, di **finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale.**

Le **attività di interesse generale** per gli Enti del Terzo Settore (ETS) sono definite dall'**articolo 5 del Codice del Terzo Settore.** Come sopra ricordato per ottenere e mantenere la qualifica di ETS, un ente deve svolgere in via esclusiva o principale una o più di queste attività, operando senza scopo di lucro e con finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale.

L'elenco di cui al citato articolo 5 comprende 26 categorie principali (per l'elenco completo si veda qui), tra le quali si ricordano i **servizi sociali, i servizi sanitari e socio-sanitari, l'educazione, istruzione e formazione, la ricerca scientifica, l'Università e ricerca post-universitaria, l'Inserimento lavorativo, l'accoglienza migranti, l'agricoltura sociale, la beneficenza, la protezione civile.**

Più nello specifico, al fine di sostenere le attività di interesse generale degli organismi sopracitati, la dotazione della seconda sezione del fondo di cui all'articolo 72 del D.Lgs n. 117 del 3 luglio 2017,[8] – destinato appunto al finanziamento di progetti e attività di interesse generale – è incrementata di 15 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027 **(comma 1)**.

In proposito va ricordato che l'articolo 72 del Codice del terzo settore disciplina il Fondo per il finanziamento di progetti e attività di interesse generale

[8] *Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106.*

nel terzo settore disponendo che esso sia destinato a sostenere, anche attraverso le reti associative di cui all'articolo 41, lo svolgimento di attività di interesse generale di cui all'articolo 5, costituenti oggetto di iniziative e progetti promossi da organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale e fondazioni del Terzo settore, iscritti nel Registro unico nazionale del Terzo settore.

Viene poi previsto che il Ministro del lavoro e delle politiche sociali determina annualmente, per un triennio, con proprio atto di indirizzo, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, gli obiettivi generali, le aree prioritarie di intervento e le linee di attività finanziabili nei limiti delle risorse disponibili sul Fondo medesimo, e che in attuazione dell'atto di indirizzo citato il Ministero del lavoro e delle politiche sociali individua i soggetti attuatori degli interventi finanziabili attraverso le risorse del Fondo, mediante procedure poste in essere nel rispetto dei principi della legge 7 agosto 1990, n. 241.

E' infine stabilito che per l'anno 2017, la dotazione della seconda sezione del Fondo di cui all'articolo 9, comma 1, lettera *g)*, della legge 6 giugno 2016, n. 106, è incrementata di 40 milioni di euro. A decorrere dall'anno 2018 la medesima dotazione è incrementata di 20 milioni di euro annui, salvo che per l'anno 2021, per il quale è incrementata di 3,9 milioni di euro.

Va infine ricordato che è stato pubblicato sul sito del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali l'Atto di indirizzo 2026, che stabilisce gli obiettivi generali, le aree prioritarie di intervento e le linee di attività finanziabili attraverso **il Fondo per il finanziamento di progetti e attività di interesse generale nel Terzo Settore** e le altre risorse destinate al sostegno degli enti del Terzo settore previste dagli articoli 72 e 73 del codice del Terzo settore (dlgs 117/2017).

Le risorse finanziarie relative all'anno 2026 sono pari complessivamente a **18.357.195,90** euro, così ripartite:

- **8.427.195,90** euro per il sostegno alle attività di interesse generale di rilevanza nazionale;
- **2.350.000** euro per contributi destinati all'acquisto di autoambulanze, autoveicoli per attività sanitarie e beni strumentali;
- **7.580.000** euro come contributo annuo alle associazioni nazionali rappresentative delle persone con disabilità e degli invalidi (Anmic, Anmil, Ens, Uici e Unms), di cui circa 1 milione già parzialmente erogato[9].

Il comma 2 autorizza **la spesa di 15 milioni di euro annui** a decorrere dall'anno 2027, per l'attuazione del comma 1.

---

[9] Si ricorda che le risorse per il finanziamento delle iniziative e progetti di rilevanza locale erano già stato oggetto di stanziamento con la **programmazione 2025–2027** previsto nel decreto ministeriale n. 124 del 7 agosto 2025.
Rispetto a quanto stanziato per i progetti nazionali per l'anno 2025, le risorse ora appostate sono circa dimezzate. Nel documento si legge che eventuali ulteriori risorse finanziarie che dovessero rendersi disponibili durante l'anno corrente, successivamente all'adozione del presente atto, saranno destinate al finanziamento dei progetti di rilevanza nazionale.
Con dd n. 213 del 10 settembre 2026 è stato adottato l'Avviso n. 2/2026 per il finanziamento di progetti e iniziative di rilevanza nazionale nel Terzo settore.

Articolo 63
(Contributo per l'acquisto di autoveicoli nuovi destinati in via permanente al trasporto delle persone con disabilità motoria)

L'**articolo 63**, integrando con alcune modifiche il disposto dell'articolo 76 del Codice del Terzo settore (D.Lgs n. 117/2017), autorizza **la spesa di 4,59 milioni di euro nell'anno 2027 e di 9 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028**, per l'erogazione di **contributi**, a cura della Presidenza del Consiglio – Dipartimento per le politiche in favore delle persone con disabilità - agli enti iscritti al Registro unico nazionale del Terzo settore (RUNTS) che abbiano acquistato **autoveicoli nuovi con determinate caratteristiche, destinati al trasporto collettivo di persone con disabilità** (ai sensi dell'articolo 3 della L. n. 104/1992[10]), con ridotte od impedite capacità motorie, forniti di serie, o adattati permanentemente entro un mese dall'immatricolazione, con sollevatori elettro-idraulici. In ogni caso il contributo non può superare il 18 per cento del costo complessivo al netto dell'IVA sostenuto per l'acquisto del veicolo e per l'adattamento (**comma 1, lettera a)**.

Le modalità per l'attuazione delle disposizioni in commento vengono poi rimesse ad un **decreto dell'Autorità politica delegata in materia di disabilità** che, in particolare, stabilisce gli ulteriori requisiti richiesti, la cadenza nell'erogazione dei contributi, il termine per la richiesta del contributo, l'eventuale affidamento di tutte o parte delle attività per la gestione del ciclo di vita del contributo a società a capitale interamente pubblico (ai sensi dell'articolo 19, comma 5 del D.L. n. 78/2009[11]) nel limite di 90.000 euro per l'anno 2027 e di 180.000 euro a decorrere dall'anno 2028 (**comma 1, lettera b)**.

Viene infine adeguata la rubrica del citato articolo 76 del Codice del Terzo settore a seguito delle modifiche apportate dalla novella (**comma 1, lettera c).**

L'**articolo 63** prevede interventi pari a un importo di **4,59 milioni di euro per l'anno 2027 e di 9 milioni di euro a decorrere dall'anno 2028.**

L'**articolo 63**, composto da un solo comma, integrando con alcune modifiche il disposto **dell'articolo 76** del Codice del Terzo settore (D.Lgs n. 117/2017), prevede e disciplina **l'erogazione di contributi a favore di**

[10] *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.*
[11] *Provvedimenti anticrisi, nonchè proroga di termini*, conv. con mod., dalla L.n. 102/2009.

enti del Terzo settore per l'acquisto di autoveicoli destinati al trasporto di persone con disabilità motoria.

Il citato articolo 76 del D.Lgs n. 117/2017 disciplina il contributo per l'acquisto di autoambulanze, autoveicoli per attività sanitarie e beni strumentali.

Viene disposto che le risorse di cui all'articolo 73, comma 2, lettera *c)*, sono destinate a sostenere l'attività di interesse generale delle organizzazioni di volontariato attraverso l'erogazione di contributi per l'acquisto, da parte delle medesime, di autoambulanze, autoveicoli per attività sanitarie e di beni strumentali, utilizzati direttamente ed esclusivamente per attività di interesse generale, che per le loro caratteristiche non sono suscettibili di diverse utilizzazioni senza radicali trasformazioni, nonché, per la donazione dei beni ivi indicati nei confronti delle strutture sanitarie pubbliche (comma 1).

Per l'acquisto di autoambulanze e di beni mobili iscritti in pubblici registri destinati ad attività antincendio da parte dei vigili del fuoco volontari, in alternativa a quanto disposto al comma 1, le organizzazioni di volontariato possono conseguire il predetto contributo nella misura corrispondente all'aliquota IVA del prezzo complessivo di acquisto, mediante corrispondente riduzione del medesimo prezzo praticata dal venditore. Il venditore recupera le somme corrispondenti alla riduzione praticata mediante compensazione, ai sensi dell'articolo 17 del decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241 (comma 2).

Per le organizzazioni di volontariato aderenti alle reti associative di cui all'articolo 41, comma 2, la richiesta e l'erogazione dei contributi di cui al comma 1 deve avvenire per il tramite delle reti medesime (comma 3).

Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali sono stabilite le modalità per l'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo (comma 4).

Più nello specifico (**lettera *a***)), dopo il comma 3 del citato articolo 76, è **aggiunto un comma 3-*bis*** ai sensi del quale:

è autorizzata **la spesa di 4,59 milioni di euro nell'anno 2027 e di 9 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028**, per l'erogazione di **contributi**, a cura della Presidenza del Consiglio – Dipartimento per le politiche in favore delle persone con disabilità - agli enti iscritti al Registro unico nazionale del Terzo settore (RUNTS) che abbiano acquistato **autoveicoli nuovi,** di cui all'articolo 54, comma 1, lettera f) del D.Lgs n. 285/1992[12] – vale a dire autoveicoli per trasporti specifici: veicoli destinati al trasporto di determinate cose o di persone in particolari condizioni, caratterizzati dall'essere muniti permanentemente di speciali attrezzature relative a tale scopo -, di cilindrata fino a 3000 cc e potenza fino a 130kw, **destinati al trasporto collettivo di persone con disabilità** (ai sensi dell'articolo 3 della L. n. 104/1992[13]), con ridotte od impedite capacità motorie, forniti di serie, o adattati permanentemente entro un mese

[12] *Nuovo codice della strada*

[13] *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.*

dall'immatricolazione, con sollevatori elettro-idraulici. In ogni caso il contributo non può superare il 18 per cento del costo complessivo al netto dell'IVA sostenuto per l'acquisto del veicolo e per l'adattamento.

Viene poi **modificato** (**lettera *b***)) **il comma 4 del citato articolo 76 del Codice del terzo settore,** riguardante le modalità di attuazione delle disposizioni in esame, nel modo seguente:

- viene confermata l'emanazione di un decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali per l'attuazione delle disposizioni dei commi da 1 a 3 (nuova lettera *a)*) del comma 4 dell'art. 76);
- viene rimessa (nuova lettera *b)*) del comma 4 dell'articolo 76) ad un **decreto dell'Autorità politica delegata in materia di disabilità** la definizione delle modalità di attuazione del comma 3-*bis*, prevedendo che il decreto stabilisca, in particolare:
  - gli ulteriori requisiti relativi al numero di posti accessibili a persone con disabilità nonché diretti a garantire che gli autoveicoli per i quali sia assegnato un contributo rimangano in maniera duratura nella proprietà di Enti iscritti al RUNTS e che, in maniera altrettanto duratura, siano destinati al trasporto di persone con ridotte o impedite capacità motorie;
  - la cadenza nell'erogazione dei contributi, a partire da quelli acquistati nel secondo semestre del 2027;
  - il termine per la richiesta del contributo;
  - l'eventuale affidamento di tutte o parte delle attività per la gestione del ciclo di vita del contributo, anche a società a capitale interamente pubblico (ai sensi dell'articolo 19, comma 5 del D.L. n. 78/2009[14]) nel limite di 90.000 euro per l'anno 2027 e di 180.000 euro a decorrere dall'anno 2028.

Il comma 5 dell'articolo 19 del citato D.L. n. 78/2009 prevede che le amministrazioni dello Stato, cui sono attribuiti per legge fondi o interventi pubblici, possono affidarne direttamente la gestione, nel rispetto dei principi comunitari e nazionali conferenti, a società a capitale interamente pubblico su cui le predette amministrazioni esercitano un controllo analogo a quello esercitato su propri servizi e che svolgono la propria attività quasi esclusivamente nei confronti dell'amministrazione dello Stato.
Gli oneri di gestione e le spese di funzionamento degli interventi relativi ai fondi sono a carico delle risorse finanziarie dei fondi stessi.

Viene infine disposta (**lettera *c)***) la modifica della rubrica dell'articolo 76 del D.Lgs n. 117/2017 (*Codice del Terzo settore*) in modo da

[14] *Provvedimenti anticrisi, nonchè proroga di termini*, conv. con mod., dalla L.n. 102/2009.

comprendervi gli autoveicoli adattati per il trasporto di persone con disabilità motoria.

Articolo 69, commi 1 e 7
(Rifinanziamento del Servizio sanitario nazionale)

Le disposizioni in oggetto disciplinano il **rifinanziamento del Servizio sanitario nazionale**. In particolare, il **comma 1** stabilisce che il livello del finanziamento del **fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato** è incrementato di **2.365 milioni di euro per l'anno 2027**, **2.352 milioni di euro per l'anno 2028** e di **2.399 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2029**; tali risorse sono destinate anche alle finalità previste dai commi 2, 3, 4 e 6 dell'articolo 69, dal comma 1 dell'articolo 71, dal comma 1 dell'articolo 73 e dal comma 1 dell'articolo 75 del disegno di legge di bilancio in esame. Inoltre, il **comma 7** prevede che all'interno del suddetto incremento una quota pari a **138 milioni di euro nell'anno 2027**, a **236 milioni di euro nell'anno 2028** e a **273 milioni di euro nell'anno 2029** rientri nella **libera disponibilità** delle regioni e delle province autonome, anche con l'obiettivo di fronteggiare eventuali oneri causati dagli **effetti dell'inflazione**.

L'articolo 69, comma 1, prevede l'**incremento del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale** in misura pari a:
- **2.365 milioni di euro per l'anno 2027**;
- **2.352 milioni di euro per l'anno 2028**;
- **2.399 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2029**.

Agli oneri derivanti dall'articolo 69, comma 7, quantificati in un importo pari a **138 milioni di euro per l'anno 2027**, **236 milioni di euro per l'anno 2028**, **273 milioni di euro per l'anno 2029**, si provvede a valere sull'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, previsto dall'articolo 69, comma 1.

L'**articolo 69**, **comma 1**, dispone l'**incremento** del **livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato** (v. *Box infra*) in misura pari a **2.365 milioni di euro per l'anno 2027, 2.352 milioni di euro per l'anno 2028 e 2.399 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2029**. Inoltre, stabilisce che tale incremento è indirizzato anche alle finalità previste dai commi 2 (*Aggiornamento delle tariffe per l'assistenza ospedaliera per acuti*), 3 (*Finanziamento delle spese per l'Alzheimer e le demenze senili*), 4 (*Prestazioni aggiuntive del personale sanitario per ridurre le liste d'attesa*) e 6 (*Indennità per il personale dei servizi di pronto soccorso*) dell'articolo 69, dal comma 1 dell'articolo 71 (*Incremento del tetto spesa farmaceutica per acquisti*

diretti), dal comma 1 dell'articolo 73 (*Innalzamento del tetto di spesa per acquisto dispositivi medici*) e dal comma 1 dell'articolo 75 (*Incremento delle risorse per sostenere l'erogazione delle prestazioni sanitarie offerte dai servizi psicologici e terapeutico-riabilitativi in favore di soggetti dipendenti da sostanze).*

Per i dettagli riguardanti le suddette disposizioni si rinvia alle relative schede del presente *dossier*.

- ***Livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale***

L'ammontare di risorse destinate ad assicurare i livelli essenziali di assistenza (decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017[15] e successivi aggiornamenti[16]), erogati in condizioni di efficienza e appropriatezza, è definito "fabbisogno sanitario nazionale *standard*": si tratta del livello annuo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) cui concorre ordinariamente lo Stato, determinato per legge previa intesa Stato-Regioni, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica. Esso rappresenta la componente principale del finanziamento della **spesa sanitaria pubblica**[17].

Il livello delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale può essere incrementato nel corso dell'anno con provvedimenti legislativi, tra cui il più rilevante quantitativamente è l'incremento approvato con la legge di bilancio. Il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, come incrementato dai provvedimenti legislativi adottati nel corso dell'anno, è ripartito tra le regioni e province autonome con delibera CIPESS (Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile).

Va ricordato che il Servizio sanitario viene finanziato secondo i criteri stabiliti dal D.Lgs. n. 56 del 2000[18], mediante entrate proprie (*ticket*), mediante i gettiti derivanti dall'IRAP e dall'addizionale regionale all'IRPEF valutate ad aliquota base e, fino a concorrenza del fabbisogno medesimo, mediante l'attribuzione alle

---

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

[16] Il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 è stato aggiornato dal D.P.C.M. 7 agosto 2026 e dal decreto del Ministero della salute 3 agosto 2026.

[17] Con l'espressione "spesa sanitaria pubblica" si fa invece riferimento all'aggregato di contabilità nazionale nel conto consolidato delle pubbliche amministrazioni che comprende tutte le risorse spese dalle amministrazioni pubbliche operanti nel comparto sanità. In questo aggregato sono incluse sia le spese per i servizi sanitari finanziati con le risorse del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, sia le prestazioni finanziate dagli enti sanitari locali (ESL) con maggiori entrate proprie, sia le spese sanitarie coperte da altre autorizzazioni o programmi di spesa, come quelle a valere sulle risorse del PNRR o sulle risorse destinate al contrasto del Covid-19 non impiegate nell'anno di competenza. Alla spesa sanitaria pubblica si contrappone la spesa sanitaria privata — quella sostenuta direttamente dalle famiglie, cosiddetta *out of pocket*, e quella intermediata da fondi integrativi e assicurazioni —, con la quale concorre a formare la spesa sanitaria totale.

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

regioni di risorse a titolo di compartecipazione all'IVA. Se i valori del gettito dell'IRAP e dell'addizionale regionale dell'IRPEF risultano inferiori ai gettiti stimati, il differenziale è assicurato dal fondo di garanzia previsto dall'articolo 13 del citato D.Lgs. n. 56 del 2000. Le componenti del finanziamento del Servizio sanitario nazionale vincolate per legge a obiettivi specifici (quali gli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996[19]) sono finanziate a valere sul capitolo del bilancio statale denominato Fondo sanitario nazionale.

Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato si articola in più componenti: le **risorse del Fondo per il concorso al rimborso alle regioni delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci innovativi**, istituito dall'articolo 1, comma 401, della legge n. 232 del 2016 (legge di bilancio per il 2017) e disciplinato dall'articolo 1, commi da 281 a 292, della legge n. 207 del 2024 (legge di bilancio per il 2025) e successive modificazioni; le quote vincolate, destinate alle regioni per il perseguimento di **specifiche finalità**, tra cui quelle relative agli **obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale** (previsti dall'articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996[20]); le **risorse destinate a specifici enti diversi dalle regioni** (Croce rossa italiana, istituti zooprofilattici sperimentali, Centro nazionale trapianti, Università per i medici specializzandi); la cosiddetta **quota premiale**, prevista dall'articolo 2, comma 67-*bis*, della legge n. 191 del 2009 (legge finanziaria 2010) e fissata nella misura dello 0,25 per cento delle risorse ordinarie dall'articolo 15, comma 23, del D.L. n. 95 del 2012[21], salve le diverse percentuali stabilite per singole annualità (per gli anni 2025 e 2026, in base a quanto disposto dall'articolo 1, comma 371, della legge n. 199 del 2025 - legge di bilancio per il 2026, si applica ancora la norma transitoria prevista dal citato articolo 2, comma 67-*bis*, della legge n. 191 del 2009[22]). Al netto di tali poste, residua la **componente di finanziamento indistinto**, di gran lunga prevalente[23], nell'ambito della quale permangono alcune voci assoggettate a specifici meccanismi di riparto.

---

19 *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*.

20 *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*. Nella seduta straordinaria del 29 dicembre 2025 è stato sancito l'accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni sull'utilizzo, da parte delle regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2025.

21 *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 n. 135 del 2012).

22 In base a tale norma transitoria, la quota premiale viene ripartita con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, tenendo anche conto di criteri di riequilibrio indicati dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome. Con il decreto 20 aprile 2026 sono state ripartite fra le regioni e le province autonome le quote premiali relative all'anno 2025.

23 In relazione all'anno 2025, in base alla delibera del 29 gennaio 2026 del CIPESS sul riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale, la componente di finanziamento indistinto ammontava a 130,741 miliardi di euro sul totale di 135,576 miliardi di euro (circa il 96 per cento) a cui ammontava il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2025.

Per quel che attiene al **meccanismo di riparto**, secondo le disposizioni del D.Lgs. n. 68 del 2011[24], la quota di accesso delle regioni al finanziamento indistinto deve essere determinata secondo i **fabbisogni *standard* delle regioni**, in sostituzione del criterio della spesa storica. I fabbisogni *standard* definiscono i criteri di **ripartizione tra le regioni della quota indistinta del Fondo sanitario nazionale**, nell'ambito del livello di finanziamento della spesa sanitaria fissato in passato in specifici accordi tra Stato e Regioni, detti Patti per la salute, e oggi stabilito dalla legge di bilancio.

In merito ai **criteri di ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale**, fino al 2022 il finanziamento era distribuito sulla base di una quota capitaria solo parzialmente pesata, in modo da tenere conto dell'influenza dell'età sui consumi sanitari[25], senza ulteriori indicatori capaci di rappresentare il diverso bisogno di salute. Il D.Lgs. n. 68 del 2011, come modificato, rinviava infatti ai pesi già individuati dalla citata legge n. 662 del 1996, che indicava come fattori da considerare la popolazione residente, la frequenza dei consumi sanitari per età e genere, i tassi di mortalità ed altri dati relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili per definire i bisogni sanitari delle regioni e indicatori epidemiologici territoriali; disponeva altresì che si tenesse conto, ai fini del riparto, del percorso di miglioramento degli standard di qualità, attraverso la realizzazione e l'applicazione di un sistema di valutazione delle cure e dell'uniformità dell'assistenza e il monitoraggio dei servizi. Tali ulteriori criteri sono però rimasti inattuati (v. *infra*).

Con **l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 21 dicembre 2022** è stato raggiunto l'accordo su un nuovo meccanismo di riparto dei finanziamenti per la sanità tra le regioni, recepito con il decreto del Ministro della Salute del 30 dicembre 2022[26]. In particolare, dal 2023, al criterio capitario, parzialmente pesato per tenere conto dell'influenza dell'età sui consumi sanitari, sono stati affiancati altri parametri, ovvero la mortalità e alcuni indicatori delle condizioni socioeconomiche[27].

---

[24] *Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario*.

[25] In base a quanto stabilito dall'articolo 35, comma 1, lettera *b)*, del D.L. n. 73 del 2021 e dall'articolo 19, comma 1, lettera *b)*, n. 1), del D.L. n. 115 del 2022, per gli anni 2021 e 2022, in via transitoria, è stata disposta l'erogazione delle risorse per l'85 per cento in base alla quota capitaria pesata per età e il restante 15 per cento in base alla quota capitaria semplice (non pesata).

[26] *Definizione dei nuovi criteri e dei pesi relativi per la ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale standard.*

[27] Nella premessa del citato decreto si fa presente che tra i criteri previsti dalla legge n. 662 del 1996 (di cui il decreto è attuazione) non sono stati considerati gli indicatori epidemiologici territoriali: le ragioni sono dovute alla mancata emanazione del decreto del Ministro della salute previsto dall'articolo 7, comma 2, del D.L. n. 34 del 2020 (convertito con modificazioni dalla legge n. 77 del 2020), deputato ad individuare "i dati personali, anche inerenti alle categorie particolari di dati di cui all'articolo 9 del regolamento UE 2016/679, che possono essere trattati, le operazioni eseguibili, le modalità di acquisizione dei dati dai sistemi informativi dei soggetti che li detengono e le misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti degli interessati, nonché i tempi di conservazione dei dati trattati". Inoltre, sempre nella premessa, si evidenzia che non si è tenuto conto del percorso di miglioramento degli *standard*

Più in dettaglio, il nuovo meccanismo tiene conto, tra i nuovi criteri di riparto, del tasso di mortalità della popolazione al di sotto dei 75 anni e degli indicatori relativi a particolari situazioni territoriali quali l'incidenza della povertà relativa individuale, il livello di bassa scolarizzazione e il tasso di disoccupazione, aggregati in un unico indice composito di deprivazione attribuendo a ognuno di essi lo stesso valore.

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

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

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

La **quantificazione dei singoli fabbisogni *standard* regionali** (cumulativamente pari al livello del fabbisogno sanitario nazionale *standard*) si basa sul **calcolo del costo *standard* sanitario *pro capite*** rilevato nelle **regioni** individuate come ***benchmark***, che esprimono il costo di erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, efficacia e appropriatezza. Tale costo opera come una costante moltiplicativa e la distribuzione delle risorse fra le regioni resta determinata dalla quota capitaria pesata[28].

Per l'**anno 2025**, il fabbisogno sanitario nazionale *standard* ammontava a **135,576 miliardi di euro** (al netto della quota del Fondo per i farmaci innovativi finanziata direttamente a valere sul fabbisogno, pari a 964 milioni di euro) come

di qualità, poiché per la valutazione si dovrebbe fare riferimento al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), che sostituisce la precedente "Griglia LEA" ai fini del monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA) per la verifica del "mantenimento dell'erogazione dei LEA" (uno degli adempimenti cui le regioni sono tenute per accedere all'intero finanziamento spettante). Tuttavia, sarebbe stato necessario disporre dei risultati del NSG relativi ad almeno due anni e quelli del 2021, secondo anno dopo l'entrata a regime, non erano stati ancora validati al momento dell'emanazione del decreto sui nuovi criteri di riparto.

[28] Sui meccanismi di riparto si veda il focus \n. 3 del 2024 dell'Ufficio parlamentare di bilancio del 27 marzo 2024 ("Il riparto del fabbisogno sanitario nazionale tra nuovi criteri e attuazioni incompiute").

risulta dalla seduta del CIPESS del 29 gennaio 2026 che ha deliberato il riparto fra le regioni e le province autonome delle disponibilità finanziarie per il SSN del Fondo sanitario nazionale 2025. Per l'**anno 2026**, secondo quanto evidenziato dalla Corte di conti nell'audizione del 12 ottobre 2026 sul Documento Programmatico di Finanza Pubblica (DPFP) 2026, il livello del fabbisogno sanitario nazionale cui contribuisce lo Stato nel 2026 "si colloca, a legislazione vigente, a 142,9 miliardi (+4,6 per cento nel 2026), per raggiungere i 143,9 miliardi nel 2027 (+0,70 per cento) e salire ulteriormente, nel biennio 2028-2029, a quota 144,8 e 145,8 miliardi rispettivamente (+0,61 per cento, +0,73 per cento)". Tali valori non incorporano gli effetti delle misure recate dal disegno di legge di bilancio per il 2027.

Il **comma 7** stabilisce che una quota dell'incremento previsto dal comma 1 (v. *supra*), pari a **138 milioni di euro nell'anno 2027**, **236 milioni di euro nell'anno 2028** e **273 milioni di euro nell'anno 2029**, è attribuita alla **libera disponibilità** delle regioni e delle province autonome, anche al fine di **far fronte a eventuali oneri determinati dagli effetti dell'inflazione**.

Al riguardo, si valuti l'opportunità di indicare in che modo vengono definiti i criteri di riparto tra le regioni e le province autonome degli importi previsti dal comma 7.

Articolo 69, comma 2
(Aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti)

L'**articolo 69**, **comma 2**, destina una quota dell'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, stabilito dal disegno di legge di bilancio in esame, pari a **500 milioni di euro a decorrere dal 2027**, all'**aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti** erogate in regime di ricovero ordinario e diurno. Tali risorse si aggiungono a quelle già previste, per il medesimo scopo, dalla legge di bilancio per il 2025 (L. n. 207 del 2024).

Agli oneri derivanti dalla disposizione in oggetto, quantificati in un importo pari a **500 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027**, si provvede a valere sull'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, previsto dall'articolo 69, comma 1, del disegno di legge di bilancio in esame.

L'**articolo 69**, **comma 2**, stabilisce che una quota dell'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, previsto dall'articolo 69, comma 1, del disegno di legge di bilancio in esame, pari a **500 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027**, è indirizzata all'**aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti** erogate in regime di ricovero ordinario e diurno. Tali risorse sono aggiuntive rispetto a quelle previste dall'articolo 1, comma 300, della legge n. 207 del 2024 (legge di bilancio per il 2025) (v. *Box infra*).

Si ricorda che la citata legge di bilancio per il 2025 (articolo 1, comma 300, L. n. 207 del 2024) ha disposto l'autorizzazione di spesa di **650 milioni di euro annui a decorrere dal 2026** per l'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario e diurno. Tale autorizzazione di spesa è stata **incrementata**, a decorrere **dall'anno 2027**, **a 1.000 milioni di euro annui** dalla legge di bilancio per il 2026 (articolo 1, comma 349, legge n. 199 del 2025) (per ulteriori dettagli v. *Box infra*).

- ***Definizione e aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti e per riabilitazione e lungodegenza***

L'articolo 8-*sexies*, comma 5, del D.Lgs. n. 502 del 1992[29], prevede che con **decreto del Ministro della salute**, **sentita l'Agenas** (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), d'**intesa con la Conferenza Stato-Regioni**, sono individuati i **sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare** e sono determinate le **tariffe massime delle prestazioni sanitarie da corrispondere alle strutture accreditate**, nel rispetto dei principi di economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse e tenuto conto, anche in via alternativa, dei seguenti fattori: costi *standard* delle prestazioni calcolati in relazione a strutture preventivamente selezionate in base a criteri di efficienza, appropriatezza e qualità; costi *standard* delle prestazioni già disponibili a livello regionale; tariffari regionali e diverse modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate a livello regionale. Si prevede altresì che le tariffe stabilite dalle singole regioni, superiori a quelle massime fissate a livello nazionale, restano a carico dei bilanci regionali.

L'articolo 15, comma 15, del D.L. n. 95 del 2012[30], ha stabilito che, **in deroga** alla suddetta procedura, con **decreto del Ministro della salute**, **di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze**, **sentita la Conferenza Stato-Regioni**, sono individuate le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, in base ai **dati di costo disponibili** e ai **tariffari regionali considerati congrui ed adeguati**.

Sulla base di tale deroga, con il decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012 sono state fissate le **tariffe per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti** (allegato 1) e per **riabilitazione e lungodegenza** (allegato 2).

In seguito, la legge di bilancio per il 2022 (articolo 1, comma 280, L. n. 234 del 2021) aveva previsto che, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato-Regioni, entro il 30 giugno 2023 dovesse procedersi all'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a carico del SSN, oltre che, congiuntamente, all'**aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera**. Si era peraltro stabilito che tali tariffe massime così aggiornate dovessero costituire un limite invalicabile per le prestazioni rese a carico del SSN e che le stesse tariffe fossero successivamente aggiornate ogni due anni con la medesima procedura.

Successivamente, la legge di bilancio per il 2025 (articolo 1, comma 300, L. n. 207 del 2024) ha disposto, al fine di garantire al Servizio sanitario nazionale le risorse necessarie per provvedere alla progressiva attuazione dell'aggiornamento

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

[30] *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 L. n. 135 del 2012).

delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza erogate in *post* acuzie e dell'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario e diurno, le seguenti autorizzazioni di spesa: per il 2025, 77 milioni di euro destinati ai *Diagnosis Related Groups* (DRG)[31] *post* acuzie; **a decorrere dal 2026**, **1.000 milioni di euro annui**, destinati, rispettivamente, per **350 milioni ai DRG *post* acuzie e per 650 milioni ai DRG per acuti**. La legge di bilancio per il 2026 (articolo 1, comma 349, L. n. 199 del 2025) ha modificato la suddetta disposizione, stabilendo **l'aumento della spesa annuale, a decorrere dall'anno 2027, destinata all'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti da 650 milioni di euro a 1.000 milioni di euro**.

Con il decreto del Ministro della salute 23 ottobre 2025 sono stati **aggiornati i sistemi di classificazione per la codifica delle informazioni cliniche nei sistemi informativi sanitari**, con l'adozione delle versioni del 2025 della Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati (versione italiana: ICD10-IM) e della Classificazione italiana delle procedure e degli interventi chirurgici (CIPI). A decorrere dal 1° gennaio 2027, in base a tali sistemi di classificazione saranno codificate le **informazioni di carattere clinico contenute nella scheda di dimissione ospedaliera** (**SDO**) e le **informazioni cliniche contenute negli altri flussi informativi sanitari nazionali**.

Il decreto del Ministro della salute del 12 maggio 2026 ha quantificato le tariffe massime di riferimento per la **remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza erogate in post acuzie**, aggiornando le tariffe previste dall'allegato 2 al citato decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012 (v. *supra*).

[31] Il sistema chiamato "Raggruppamento omogeneo di diagnosi" (*Diagnosis Related Group*, DRG), permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale in gruppi omogenei in base alle risorse impegnate per la loro cura (qui la pagina dedicata del Ministero della salute).

Articolo 69, comma 3
(Finanziamento delle spese per la malattia di Alzheimer e altre patologie di demenza senile)

L'**articolo 69**, **comma 3**, vincola una quota dell'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, stabilito dal disegno di legge di bilancio in esame, pari a **100 milioni di euro per l'anno 2027**, al finanziamento delle **spese per la malattia di Alzheimer e altre patologie di demenza senile**.

Agli oneri derivanti dalla disposizione in oggetto, quantificati in un importo pari a **100 milioni di euro per l'anno 2027**, si provvede a valere sull'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, previsto dall'articolo 69, comma 1, del disegno di legge di bilancio in esame.

L'**articolo 69**, **comma 3**, destina una quota dell'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, previsto dall'articolo 69, comma 1, del disegno di legge di bilancio in commento, pari a **100 milioni di euro per l'anno 2027**, al **finanziamento delle spese per la malattia di Alzheimer e altre patologie di demenza senile**.

La relazione tecnica specifica che tale stanziamento è aggiuntivo rispetto a quello previsto dall'articolo 1, comma 334, della legge n. 199 del 2025 (legge di bilancio per il 2026) (v. *infra*).

A tal proposito, si valuti l'opportunità di inserire tale specificazione nel testo della disposizione.

Si ricorda che la legge di bilancio per il 2026 (articolo 1, comma 334, legge n. 199 del 2025) ha destinato risorse pari a **100 milioni di euro** per l'anno 2026, **98 milioni di euro per l'anno 2027** e **83,1 milioni di euro** annui a decorrere **dall'anno 2028**, al finanziamento delle spese per la malattia di **Alzheimer e altre patologie di demenza senile**.

Si ricorda, inoltre, che la legge di bilancio per il 2021 (articolo 1, comma 330, L. n. 178 del 2020) ha istituito il **Fondo per l'Alzheimer e le demenze**, con una dotazione pari a 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023 e destinato al finanziamento delle linee di azione previste dalle Regioni e dalle Province autonome in applicazione del Piano nazionale demenze - Strategie di promozione e miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi

assistenziali nel settore delle demenze[32]. La legge di bilancio per il 2024 (articolo 1, comma 247, L. n. 213 del 2023) ha incrementato il Fondo di **4,9 milioni di euro per il 2024** e di **15 milioni di euro** per ciascuno degli **anni 2025 e 2026**.

Con decreto 23 dicembre 2021 sono stati individuati **i criteri e le modalità di riparto del Fondo**. Il decreto di riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze per le **annualità 2024-2026**, approvato in Conferenza Stato Regioni il 25 luglio, è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 7 ottobre 2024.

Si ricorda, altresì, che nella seduta del 26 ottobre 2017 la Conferenza unificata ha sancito l'accordo sul documento recante Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le demenze e sul documento recante le Linee di indirizzo nazionali sull'uso dei Sistemi informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze.

Si ricorda, infine, che la malattia di Alzheimer e le demenze sono incluse nell'allegato 8 al D.P.C.M. 12 gennaio 2017[33], contenente l'elenco delle patologie che danno diritto, in base a quanto previsto dall'articolo 53 del medesimo decreto, all'**esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie** correlate.

[32] Il Piano del 2014 è in corso di aggiornamento: il nuovo Piano nazionale demenze 2027-2031 è stato presentato dal Ministero della salute il 21 settembre 2026 ed è in corso di definizione nell'ambito dell'iter istituzionale

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

Articolo 69, comma 4
(Prestazioni aggiuntive del personale sanitario)

L'**articolo 69,** al **comma 4,** al fine di **ridurre le liste di attesa**, attribuisce alle Regioni e alle province autonome, per l'anno 2027, la facoltà **di incrementare**, a valere sul livello di finanziamento indistinto del fabbisogno nazionale *standard* cui concorre lo Stato (cfr. art. 69, commi 1 e 7), **la spesa per l'erogazione di prestazioni aggiuntive** dei dirigenti medici e del personale sanitario del comparto Sanità, dipendenti delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale, di un importo lordo pari, complessivamente, a **300 milioni di euro**, di cui **213 milioni di euro per i dirigenti medici** e **87 milioni per il personale sanitario del comparto Sanità**, nel limite degli importi indicati per ciascuna Regione e provincia autonoma, dall'Allegato 3 del presente disegno di legge. Resta fermo il limite della tariffa oraria definita dai contratti collettivi nazionali di lavoro vigenti.

Al finanziamento citato accedono tutte le Regioni e province autonome, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente.

Restano ferme le disposizioni in materia di prestazioni aggiuntive, con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili, all'orario di lavoro massimo ed ai prescritti riposi.

Viene poi disposto che alla copertura degli oneri recati dalle disposizioni in esame si provvede a valere sul livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* come rideterminato dal comma 1.

L'**articolo 69, al comma 4,** individua come ulteriore finalità tra quelle cui far fronte con l'incremento del finanziamento del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 1, la possibilità per le Regioni e province autonome, **di incrementare**, per l'anno 2027, **la spesa per l'erogazione di prestazioni aggiuntive** dei dirigenti medici e del personale sanitario del comparto Sanità, dipendenti delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale, di un importo lordo pari, complessivamente, a **300 milioni di euro**, di cui **213 milioni di euro per i dirigenti medici** e **87 milioni per il personale sanitario del comparto Sanità**,

La disposizione non determina oneri ulteriori, in quanto i relativi interventi sono operati a valere sul finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard.*

L'**articolo 69,** al **comma 4,** prevede che, al fine di **ridurre le liste di attesa**, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, per l'anno 2027, possano incrementare a valere sul livello di finanziamento indistinto del fabbisogno nazionale *standard* cui concorre lo Stato (cfr. art. 69, commi 1 e 7), **la spesa per l'erogazione di prestazioni aggiuntive** dei dirigenti medici e del personale sanitario del comparto Sanità, dipendenti delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale, di un importo lordo pari, complessivamente, a 300 milioni di euro, di cui 213 milioni di euro per i dirigenti medici e 87 milioni per il personale sanitario del comparto Sanità, nel limite degli importi indicati per ciascuna Regione e provincia autonoma, dall'Allegato 3 del disegno di legge in esame.

Resta fermo il limite della tariffa oraria definita dai contratti collettivi nazionali di lavoro vigenti.

In proposito va ricordato che il **comma 361** della Legge di bilancio 2026 (Legge 30 dicembre 2025, n. 199) ha elevato, per l'anno 2026, i limiti di spesa lorda per la remunerazione secondo particolari maggiorazioni, ammesse in via transitoria – secondo la disciplina già vigente[34] e che cessa al termine del medesimo anno 2026 – rispetto alle maggiorazioni contrattuali, delle prestazioni aggiuntive dei dirigenti medici e del personale sanitario del comparto sanità, dipendenti dagli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale. L'incremento è pari a 143,500 milioni di euro (come detto, per l'anno 2026), di cui 101,885 milioni per i dirigenti medici e 41,615 milioni per il suddetto personale sanitario (i corrispondenti importi complessivi diventano quindi pari, rispettivamente, a 423,500 milioni, 301,885 milioni, 121,615 milioni). Il relativo **allegato** ha operato il riparto dei due importi, inerenti alle suddette due categorie, tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. L'incremento di cui al citato **comma 361** è operato a valere sulla quota delle risorse finanziarie vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale[35] per il Servizio sanitario nazionale.

Va inoltre ricordato che le prestazioni aggiuntive sono svolte al di fuori dell'attività istituzionale e dell'orario di lavoro e che:

- l'articolo 21, commi 2, 3 e 7 del contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area Sanità, per il triennio 2022-2024, prevede che gli enti e le aziende del Servizio sanitario nazionale possano richiedere ai propri dirigenti, in via eccezionale e temporanea, prestazioni ad integrazione dell'attività istituzionale[36], inquadrate formalmente nell'ambito dell'attività libero-

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

[35] Riguardo alla fonte legislativa di tali obiettivi, cfr. i commi 34 e 34-*bis* dell'articolo 1 della L. 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni.

[36] Allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive in presenza di carenza di organico ed impossibilità momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge nelle more dell'espletamento delle procedure per la copertura dei posti vacanti.

professionale intramuraria (cosiddetta *intramoenia*) e remunerate con una tariffa oraria pari a 80 euro lordi onnicomprensivi al netto degli oneri riflessi a carico del bilancio dell'Azienda ed Ente[37], tale valore può essere elevato fino a 100 euro sulla base delle linee di indirizzo regionali. In ogni caso si applica il limite di cui al comma 4[38];

- la remunerazione delle prestazioni aggiuntive da parte del personale sanitario non dirigenziale è disciplinata dall'articolo 32 del relativo contratto (periodo 2022-2024) che prevede che gli operatori delle professioni sanitarie con orario di lavoro a tempo pieno possono, su base volontaria, effettuare prestazioni aggiuntive al di fuori dell'orario di lavoro richieste in via eccezionale e temporanea ad integrazione dell'attività istituzionale dalle Aziende o Enti ai propri dipendenti[39]. La misura della tariffa oraria di cui al comma 1 da erogare per tali prestazioni è pari a 50 euro lordi omnicomprensivi al netto degli oneri riflessi a carico del bilancio dell'Azienda ed Ente[40].

Viene poi previsto che al finanziamento citato accedono tutte le Regioni e province autonome, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente.

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. Fa eccezione la Regione siciliana, sola regione tra le autonomie speciali, a non finanziarie completamente i servizi di assistenza sanitaria sul proprio territorio. Ai sensi della legge 296/2006, articolo 1

[37] La disciplina legislativa transitoria (cfr. i commi 218 e 220 della L. n.213/2023), oggetto di integrazione da parte del comma 361 della legge di bilancio per il 2026 (L. n. 199/2025), consente, sino al 31 dicembre 2026, un elevamento della tariffa oraria fino a 100 euro lordi onnicomprensivi (al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione).

[38] Il citato comma 4 prevede che nell'applicazione del comma 3, le Aziende ed Enti garantiscono annualmente l'invarianza finanziaria del costo complessivo delle prestazioni aggiuntive, al lordo degli oneri riflessi a carico del bilancio dell'Azienda ed Ente, prendendo a riferimento il corrispondente costo complessivo sostenuto per l'anno 2021 - detratti eventuali finanziamenti derivanti da specifiche disposizioni di legge intervenute nella predetta annualità. La Regione può prevedere, previo confronto ai sensi dell'art. 7, comma 1, lett. b) del CCNL 23.1.2024 (Confronto regionale), una revisione dei suddetti limiti finanziari annuali a livello aziendale, mediante compensazione tra le aziende o enti, fermo restando il limite finanziario annuale a livello regionale. Il limite aziendale eventualmente revisionato dalla Regione può essere annualmente integrato con l'eventuale quota di cui all'art. 1, comma 4, lett. *c)* della Legge 3.8.2007, n. 120 e succ. mod.

[39] Con le finalità di ridurre le liste di attesa, fronteggiare situazioni di carenza di organico ed impossibilità momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge nelle more dell'espletamento delle procedure per la copertura dei propri fabbisogni di personale, raggiungere obiettivi ulteriori rispetto a quelli assegnati.

[40] La disciplina legislativa transitoria (cfr. i commi 218 e 220 della L. n.213/2023), oggetto di integrazione da parte del comma 361 della legge di bilancio per il 2026 (L. n. 199/2025), consente, sino al 31 dicembre 2026, un elevamento della tariffa oraria fino a 60 euro lordi onnicomprensivi (al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione);

comma 830, infatti, la regione a decorrere dal 2009, partecipa alla spesa sanitaria nella misura del 49,11%. Per la restante parte essa riceve i finanziamenti dallo Stato al pari delle regioni a statuto ordinario. Per tale ragione, la Regione siciliana è esclusa dalla normativa concernente le regioni a statuto speciale.

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 23 dicembre 1994, n. 724 -, la Regione Friuli Venezia Giulia - ai sensi dell'articoli 1, comma 144 della legge 662/1996 -, e la Regione Sardegna - ai sensi dell'articolo 1, comma 836 della legge 296/2006 -, provvedono al finanziamento del rispettivo fabbisogno senza alcun apporto a carico del Bilancio dello Stato.

Per la Regione siciliana, invece, ai sensi della legge 296/2006 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 sono tenute a contribuire agli obiettivi di finanza pubblica. Pertanto, a fronte di una riduzione del finanziamento erariale per il comparto delle regioni a statuto ordinario, è previsto che anche le autonomie speciali realizzino un risparmio.

Restano ferme le disposizioni in materia di prestazioni aggiuntive, con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili, all’orario di lavoro massimo ed ai prescritti riposi.

Viene poi disposto che alla copertura degli oneri recati dalle disposizioni in esame si provvede a valere sul livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* come rideterminato dal comma 1.

Articolo 69, comma 5
(Servizio mensa e buono pasto del personale del comparto sanità)

L'**articolo 69**, **comma 5**, prevede per il **2027** uno stanziamento di **100 milioni di euro** per contribuire a coprire i **costi** sostenuti dagli enti del Servizio sanitario nazionale a seguito di **sentenze** e **accordi transattivi** relativi al **diritto alla mensa** o al **buono pasto** per il **personale sanitario** che lavora oltre sei ore al giorno. Le risorse, iscritte nello stato di previsione del Ministero della salute, sono trasferite alle regioni entro il 31 marzo 2027, su proposta della Conferenza delle regioni e delle province autonome.

La relazione tecnica non ascrive effetti finanziari alle disposizioni in oggetto. Nel prospetto riepilogativo degli effetti finanziari (allegato 3 al disegno di legge in esame) la disposizione è registrata come **maggiore spesa corrente** di **100 milioni** di **euro per il 202**7, con effetto di pari importo sul saldo netto da finanziare, sul fabbisogno e sull'indebitamento netto, e senza effetti negli anni 2028 e 2029.

L'**articolo 69**, **comma 5**, autorizza la spesa di **100 milioni** di **euro** per il solo anno **2027** quale concorso statale alla copertura degli **oneri** che gravano sugli enti del Servizio sanitario nazionale per effetto di sentenze e accordi transattivi aventi ad oggetto il **riconoscimento** del **servizio mensa** o del **buono pasto** sostitutivo al **personale** del **comparto sanità** che effettui **prestazioni giornaliere superiori** alle **sei ore**.

La disposizione in esame, inoltre, disciplina il meccanismo di erogazione delle risorse: i 100 milioni di euro sono iscritti nello stato di previsione del Ministero della salute, per il successivo trasferimento alle regioni entro il 31 marzo 2027, su proposta della Conferenza delle regioni e delle province autonome.

Si osserva che la disposizione in esame si riferisce a sentenze e accordi transattivi, senza richiamare il contenzioso ancora pendente e senza precisare se il concorso alla copertura riguardi solo oneri già sostenuti o anche quelli che matureranno nel 2027.

Il quadro normativo e contrattuale

La disposizione in esame interviene su un contenzioso seriale che trae origine dal combinato disposto tra la disciplina legislativa della pausa e quella contrattuale della mensa. L'articolo 8 del decreto legislativo n. 66 del 2003[41] stabilisce che, qualora l'orario di lavoro giornaliero ecceda il limite di sei ore, il lavoratore deve beneficiare di un intervallo per pausa, le cui modalità e durata sono stabilite dai contratti collettivi, ai fini del recupero delle energie psico-fisiche e della eventuale consumazione del pasto.

Nel comparto sanità il diritto alla mensa è disciplinato dall'articolo 29 del CCNL integrativo del 20 settembre 2001 (integrativo del CCNL del 7 aprile 1999), come modificato dall'articolo 4 del CCNL del 31 luglio 2009. In base a tale disposizione le aziende, in relazione al proprio assetto organizzativo e compatibilmente con le risorse disponibili, possono istituire mense di servizio o, in alternativa, garantire l'esercizio del diritto di mensa con modalità sostitutive (comma 1); hanno diritto alla mensa tutti i dipendenti, nei giorni di effettiva presenza al lavoro, «in relazione alla particolare articolazione dell'orario» (comma 2); il pasto va consumato al di fuori dell'orario di lavoro, per un tempo non superiore a 30 minuti (comma 3); il pasto non è monetizzabile e il dipendente contribuisce nella misura di un quinto del costo unitario (comma 4, come sostituito nel 2009). L'articolo 29 è richiamato dall'articolo 27, comma 4, del CCNL 2016-2018 del 21 maggio 2018 e dall'articolo 43, comma 4, del CCNL 2019-2021 del 2 novembre 2022, i quali prevedono che, qualora la **prestazione giornaliera ecceda le sei ore, il personale, purché non in turno, ha diritto a una pausa di almeno 30 minuti per il recupero delle energie psico-fisiche e l'eventuale consumazione del pasto**.

L'orientamento della giurisprudenza di legittimità

La Corte di Cassazione, a partire dalla sentenza della sezione lavoro n. 5547 del 1^ marzo 2021, ha affermato che l'attribuzione del buono pasto è un'agevolazione di carattere assistenziale, condizionata all'effettuazione della pausa pranzo, la quale a sua volta presuppone soltanto che il lavoratore, osservando un orario giornaliero di almeno sei ore, abbia diritto a un intervallo non lavorato, restando irrilevanti la durata dell'intervallo e il fatto che l'orario sia articolato in turni. L'orientamento, che ha interpretato l'articolo 29 del CCNL integrativo del 2001 in combinato con l'articolo 8 del decreto legislativo n. 66 del 2003, è stato confermato, tra l'altro, dalle ordinanze n. 22478 dell'8 agosto 2024, n. 23370 del 16 agosto 2025 e n. 25525 del 17 settembre 2025 (quest'ultima resa su ricorso di un'azienda sanitaria siciliana, con cui la Corte di Cassazione ha ribadito che il diritto

[41] *Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro.*

alla mensa o al buono pasto spetta a prescindere dalla natura turnista o meno dell'orario).

Da ultimo, con l'ordinanza n. 24866 del 31 agosto 2026 la Corte ha ribadito che il medesimo orientamento vale anche per i periodi regolati dai CCNL 2016-2018 e 2019-2021: l'inciso «purché non in turno» riduce per i turnisti la durata della pausa, ma non esclude il diritto alla mensa, che matura in funzione dell'orario superiore alle sei ore e può essere fruito, anche in modalità sostitutiva, prima dell'inizio o dopo la fine del turno. La Corte ha inoltre esteso espressamente tali principi ai turnisti notturni, escludendo che l'indennità di turno notturno possa compensare la mancata disponibilità del servizio mensa, e ha precisato che spetta all'ente del Servizio sanitario organizzare turni e orari in modo da consentire la fruizione delle pause senza interrompere l'assistenza.

Articolo 69, comma 6
(Incremento degli stanziamenti per l'indennità per il personale operante nei servizi di pronto soccorso)

Il **comma 6** incrementa i due stanziamenti per la determinazione, da parte, rispettivamente, del contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al comparto della sanità e di quello omologo relativo all'area dirigenziale pubblica della sanità, della misura lorda della specifica indennità accessoria per i dipendenti degli enti e aziende del Servizio sanitario nazionale operanti nei servizi di pronto soccorso. In base al presente **comma**, lo stanziamento relativo all'indennità in esame per il personale non dirigenziale è elevato da 273 a 539 milioni di euro annui e quello relativo all'omologa indennità per il personale dirigenziale è elevato da 117 a 231 milioni annui.

La **relazione tecnica** osserva che gli incrementi in esame, pari nel complesso a 380 milioni di euro annui, sono posti a valere sulle risorse di cui al **comma 1** del presente **articolo 69**.

L'indennità di pronto soccorso, oggetto degli stanziamenti in esame e di quelli già stabiliti, è riconosciuta solo in ragione dell'effettiva presenza in servizio (come prevede il richiamato articolo 1, comma 293, della L. 30 dicembre 2021, n. 234).

L'indennità è prevista al fine esplicito del riconoscimento delle particolari condizioni di lavoro del personale operante nei servizi di pronto soccorso.

Articolo 69, comma 8
(Documento riepilogativo dei costi delle prestazioni sanitarie - STRALCIATO)

Il **comma 8 dell'articolo 69** è stato stralciato ai sensi dell'articolo 120, comma 2, del Regolamento della Camera dei deputati, in quanto recante disposizioni estranee all'oggetto del disegno di legge di bilancio.

Articolo 70
(Contributo al Servizio sanitario nazionale per alcuni lavoratori frontalieri e per i relativi familiari a carico)

L'**articolo 70** modifica, a decorrere dall'anno 2027, la disciplina sulla misura del contributo – introdotto dall'anno 2024 ma non attuato finora dalle regioni – in favore del Servizio sanitario della regione di residenza, a carico di alcuni lavoratori frontalieri, residenti in Italia e operanti in Svizzera, e dei relativi familiari a carico; i limiti minimi e massimi del contributo sono rideterminati in misura fissa, con la soppressione dei criteri relativi alla misura della retribuzione e ai carichi familiari. Resta fermo che: nell'ambito dei limiti minimi e massimi, il contributo è determinato annualmente dalla regione; i soggetti rientranti nell'ambito del contributo sono i residenti in Italia che lavorano (ed eventualmente soggiornano) in Svizzera – nonché i relativi familiari a carico –, ad eccezione di alcuni dei lavoratori dipendenti operanti in determinate aree svizzere di frontiera[42]; le entrate regionali derivanti dal contributo in esame sono destinate al sostegno del Servizio sanitario nelle aree di confine e prioritariamente a beneficio del personale medico e infermieristico ivi impiegato, quale trattamento accessorio, in misura non superiore al 20 per cento dello stipendio tabellare lordo, secondo criteri di attribuzione definiti dai rispettivi contratti collettivi nazionali di lavoro[43].

La **relazione tecnica** osserva che dal **presente articolo** non derivano effetti per la finanza pubblica.

Il **presente articolo 70** novella l'articolo 1, comma 238, della L. 30 dicembre 2023, n. 213, e successive modificazioni; tale comma e i commi 237 e 239 dello stesso articolo 1, insieme con il D.M. attuativo del 14 novembre 2025, recano la disciplina del contributo in esame; l'**articolo 70** modifica, come accennato, la disciplina sulla misura del contributo, oltre a operare alcuni connessi interventi di coordinamento.

In base all'**articolo 70**, il contributo è definito annualmente dalla regione di residenza in conformità ai seguenti limiti: per i lavoratori interessati, nell'ambito di un limite minimo di 30 euro mensili e di un limite massimo

[42] Riguardo all'individuazione di tali aree di frontiera, cfr. l'articolo 2 dell'Accordo tra la Repubblica italiana e la Confederazione svizzera relativo all'imposizione dei lavoratori frontalieri, con Protocollo aggiuntivo e Scambio di Lettere, ratificato ai sensi della L. 13 giugno 2023, n. 83. Riguardo a tali lavoratori, cfr. *infra*.

[43] Riguardo all'impiego delle entrate in esame, cfr., più in dettaglio, la parte finale della presente scheda.

di 150 euro mensili; per i relativi familiari a carico, entro un limite di 50 euro mensili (per questi ultimi soggetti, non si pone un limite minimo). Si prevede inoltre che, in caso di omesso pagamento, sia dovuta una sanzione amministrativa pecuniaria, pari al 100 per cento della quota non versata. Nella disciplina finora vigente, il contributo – come detto, introdotto dall'anno 2024, ma finora non attuato dalle regioni – è definito annualmente dalla regione di residenza nell'ambito di un valore minimo del 3 per cento e un valore massimo del 6 per cento, in rapporto alla retribuzione netta percepita in Svizzera, con un minimo di 30 euro e un massimo di 200 euro per ogni mese lavorato, raddoppiabili in caso di omesso pagamento o comunicazione; l'aliquota (sempre nella disciplina ora oggetto di superamento) è determinata dalla regione secondo un criterio di progressività (definita da ciascuna regione), in rapporto alla suddetta retribuzione netta e ai carichi familiari.

Come accennato, i soggetti rientranti nell'ambito del contributo sono i residenti in Italia che lavorano (ed eventualmente soggiornano) in Svizzera – nonché i relativi familiari a carico –, ad eccezione:

- dei lavoratori dipendenti che abbiano iniziato a svolgere la relativa attività, in determinate aree svizzere di frontiera[44], in data successiva al 17 luglio 2023; si ricorda che tali soggetti, in base all'articolo 3, paragrafo 1, dell'Accordo tra la Repubblica italiana e la Confederazione svizzera relativo all'imposizione dei lavoratori frontalieri, con Protocollo aggiuntivo e Scambio di Lettere, ratificato ai sensi della L. 13 giugno 2023, n. 83[45] sono assoggettati alle imposte dirette italiane, per la quota determinata ai sensi del medesimo paragrafo 1;
- dei lavoratori dipendenti già operanti alla data del 17 luglio 2023 nelle suddette aree (con un datore di lavoro ivi residente, o una stabile organizzazione o una base fissa svizzere) e che non abbiano optato per l'iscrizione al Servizio sanitario italiano.

Come previsto dalla disciplina legislativa già vigente, le entrate regionali derivanti dal contributo in esame sono destinate al sostegno del Servizio sanitario nelle aree di confine[46] e prioritariamente a beneficio del personale medico e infermieristico ivi impiegato, quale trattamento accessorio, in misura non superiore al 20 per cento dello stipendio tabellare lordo, secondo criteri di attribuzione definiti dai rispettivi contratti collettivi nazionali di lavoro. L'articolo 3 del citato D.M. attuativo del 14 novembre 2025 prevede che le regioni (e la provincia autonoma di Bolzano) possano utilizzare fino al 30% delle entrate in esame per il potenziamento e il

[44] Riguardo a queste ultime, cfr. *supra*, in nota.

[45] Si ricorda che nella suddetta data del 17 luglio 2023 è entrato in vigore il citato Accordo (cfr. il comunicato del Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 27 aprile 2024).

[46] Riguardo alla definizione di queste ultime ai fini in oggetto, cfr. la premessa del citato D.M. attuativo del 14 novembre 2025.

sostegno dei rispettivi servizi socio-sanitari regionali e provinciali[47]. Il medesimo articolo 3 prevede altresì che, qualora la quota destinata a incrementare il suddetto trattamento accessorio superi il 20 per cento dello stipendio tabellare lordo del personale interessato, le regioni (e la provincia autonoma di Bolzano) impieghino l'importo eccedente per incrementare la quota relativa al sostegno dei rispettivi servizi socio-sanitari nelle suddette aree di confine.

[47] Tale potenziamento e tale sostegno sono previsti entro i limiti delle prestazioni garantite dai livelli essenziali di assistenza – anche nell'ambito di modelli innovativi di *welfare*, quali l'*housing* sociale – destinate alla popolazione residente nelle suddette zone di confine (come definite dalla premessa del D.M.), ivi compresi i frontalieri residenti nelle medesime aree.

Articolo 71
(Modifica del tetto di spesa e premialità per investimenti delle aziende farmaceutiche)

L'**articolo 71** interviene a modificare diverse disposizioni relative al settore farmaceutico.
In particolare, il **comma 1** incrementa, **a decorrere dall'anno 2028**, il **tetto** della **spesa farmaceutica** per **acquisti diretti** dello **0,2 per cento**.
Il **comma 2** dispone a favore delle **aziende farmaceutiche** che effettuano gli investimenti di cui al comma 3, una **riduzione** della **quota** di **ripiano** dovuta per il superamento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti (c.d. *payback*) **a decorrere dall'anno 2027** e nel limite complessivo di 160 milioni di euro annui.
Il **comma 3** individua le **condizioni** per accedere alla riduzione della quota di ripiano e gli **ambiti** nei quali devono essere effettuati gli **investimenti**.
Il **comma 4** rinvia a un **decreto**, da adottare entro il 31 marzo 2027, la definizione dei **criteri** di **valutazione** degli **investimenti** e della **ripartizione** della **riduzione** tra le **regioni**.
Il **comma 5** disciplina la **determinazione** e l'**applicazione** della **riduzione** della quota di ripiano.
Il **comma 6 istituisce**, nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, un **Fondo** di **160 milioni** di euro **annui** dal 2027, per **ristorare** le **regioni** e le province autonome della **minore quota** di **ripiano**.
Il **comma 7 estende** la **riduzione** della **quota** agli investimenti effettuati e al ripiano dovuto per l'anno **2026**.
Il **comma 8**, infine, fa salva la **compensazione** dei **crediti** delle **regioni** nei confronti delle aziende farmaceutiche che non versano il ripiano.

Agli oneri derivanti dall'articolo 71, comma 1, quantificati in un importo pari a **292 milioni** di euro **annui**, **a decorrere dal 2028**, si provvede a valere sull'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, previsto dall'articolo 69, comma 1.
L'articolo 71, inoltre, ai commi da 2 a 8, prevede **interventi** pari a un importo di **160 milioni di euro annui**, **a decorrere dall'anno 2027**.

L'**articolo 71,** composto da **8 commi**, modifica il **tetto** della **spesa farmaceutica** per **acquisti diretti** e introduce un **meccanismo premiale** a sostegno degli **investimenti** delle aziende farmaceutiche.

In particolare, il **comma 1 incrementa**, a decorrere dall'anno **2028**, il **tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti** di cui all'articolo 1, comma 398, della Legge 11 dicembre 2016, n. 232[48], dello **0,2 per cento** rispetto a quanto già previsto dall'articolo 1, comma 386, della Legge 30 dicembre 2025, n. 199[49].

La voce della spesa farmaceutica rappresenta una delle più consistenti nell'ambito della spesa sanitaria rientrante nel fabbisogno sanitario nazionale *standard*. Per tale motivo, la normativa di settore ha introdotto progressivamente strumenti di monitoraggio per la ***governance*** ed il controllo sull'**appropriatezza dell'uso** dei farmaci.

A tal fine, è stato previsto un **tetto per la spesa farmaceutica convenzionata,** poi innalzato ed esteso dal decreto-legge 1º ottobre 2007, n. 159[50] **anche alla spesa diretta.**

Nel corso degli anni, il **tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti** è stato più volte modificato: l'articolo 1, comma 223, della L. 30 dicembre 2023, n. 213 ha stabilito il tetto nella misura dell'**8,5 per cento** a decorrere **dall'anno 2024**, fermi i valori percentuali del tetto per acquisti diretti di gas medicinali pari allo 0,2 per cento. Conseguentemente il **tetto della spesa farmaceutica convenzionata** è stato rideterminato nel valore del **6,8 per cento** a decorrere dal medesimo anno 2024. Pertanto, il valore complessivo della spesa farmaceutica è **rideterminato nel 15,3 per cento a decorrere dall'anno 2024**. Successivamente, l'articolo 1, comma 386, della L. 30 dicembre 2025, n. 199 ha innalzato ulteriormente il **tetto della spesa farmaceutica per gli acquisti diretti** all'**8,8 per cento** e il **tetto della spesa farmaceutica convenzionata al 6,85 per cento**. Pertanto, il valore complessivo della spesa farmaceutica è stato rideterminato nel 15,65 per cento, a decorrere dall'anno 2026.

Con la **disposizione in commento** si interviene, dunque, a **innalzare** ulteriormente il tetto della sola **spesa farmaceutica per gli acquisti diretti al 9 per cento** del finanziamento del Servizio sanitario nazionale (di cui lo 0,2 per cento destinato alla spesa per gas medicinali), a partire dall'anno 2028.

Restando invariato il tetto della spesa farmaceutica convenzionata, pari al 6,85 per cento, il **valore complessivo** della **spesa farmaceutica** risulta pertanto pari al **15,85 per cento a decorrere dall'anno 2028**.

Infine, come ricorda la Relazione tecnica, tenuto conto del livello di finanziamento previsto, l'incremento del tetto della spesa farmaceutica per gli acquisti diretti determina un onere pari a circa 292 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028 e trova copertura nell'ambito dell'incremento del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 69 del presente disegno di legge.

---

[48] *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019.*

[49] *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028.*

[50] *Interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale.*

Il **comma 2** dispone **a favore delle aziende farmaceutiche** una **riduzione** della **quota di ripiano** dovuta per il superamento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti.

Nel dettaglio, al fine di sostenere gli **investimenti** nel settore farmaceutico, si prevede che, in caso di superamento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti, la quota di ripiano (c.d. *payback*) che ciascuna azienda farmaceutica versa alle regioni e alle province autonome sia ridotta, a decorrere dall'anno 2027, di un importo complessivamente non superiore a 160 milioni di euro annui (v. *infra*).

La riduzione della quota di ripiano non è generalizzata ma ha carattere premiale, in quanto spetta alle sole aziende che abbiano effettuato investimenti negli ambiti e alle condizioni indicati dal successivo comma 3.

Payback farmaceutico per acquisti diretti

In via preliminare si ricorda che l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) monitora la spesa farmaceutica attraverso il flusso sulla tracciabilità del farmaco. Il consiglio di amministrazione dell'AIFA approva il monitoraggio consuntivo e accerta il superamento del tetto di spesa in modo distinto per i gas medicinali e per gli altri acquisti diretti.

La **riduzione** di cui al **comma 2** concerne **esclusivamente la quota di ripiano del superamento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti**, di cui all'articolo 1, comma 580, della Legge n. 145 del 2018[51].

Nel dettaglio, il comma 580 prevede che le aziende titolari di autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) ripianino metà del superamento del tetto di spesa per gli acquisti diretti, mentre l'altra metà resta a carico delle regioni che lo hanno superato, in proporzione ai rispettivi superamenti.

La quota a carico di ciascuna azienda farmaceutica è calcolata in proporzione alla rispettiva quota di mercato e attribuita dall'AIFA. Tale quota è ripartita dall'Aifa tra le regioni: metà secondo il criterio *pro capite* e metà in proporzione allo sfondamento imputabile a ciascuna regione[52]. La stessa norma stabilisce che le quote variabili devono rientrare tra il 30 e il 70 per cento dello sforamento registrato[53].

Le aziende versano direttamente le quote alle regioni entro trenta giorni dalla comunicazione dell'AIFA e, entro i sessanta giorni successivi alla scadenza, le regioni segnalano all'AIFA i mancati versamenti. In caso di

---

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

[52] Si ricorda che tale criterio di riparto è stato introdotto dall'art. 9-*quater* del decreto-legge 19 ottobre 2024, n. 155, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 dicembre 2024, n. 189.

[53] Con decreto 4 febbraio 2025 (Gazzetta Ufficiale n. 34 dell'11 febbraio 2025) sono stati disciplinati i criteri di riparto del c.d. *payback* farmaceutico, assicurando inoltre che a ciascuna regione siano attribuite somme comprese tra il 30 e il 70 per cento del proprio sfondamento, redistribuendo le eventuali eccedenze.

inadempimento, il comma 581 disciplina la compensazione dei crediti delle regioni nei confronti delle aziende inadempienti.

Per quanto riguarda, in particolare, la **spesa farmaceutica per acquisti diretti nell'anno 2025** si ricorda che, dal Monitoraggio della spesa farmaceutica per l'anno 2025, emerge uno **sfondamento** del **tetto** per gli acquisti diretti al netto dei gas medicinali, pari a **4.767,1 milioni** di euro (tabella 10.2), con un'incidenza della spesa dell'11,82 per cento sul fabbisogno sanitario nazionale. Il valore complessivo del **ripiano** a **carico delle aziende farmaceutich**e, determinato dall'AIFA con delibera n. 65 del 29 luglio 2026, è pari a circa **2.385,4 milioni** di euro, comprensivo della maggiorazione applicata alle aziende non adempienti ai sensi del decreto del Ministro della salute 22 settembre 2022. Successivamente, la determinazione AIFA n. 1531/2026 ha attribuito in via definitiva a ciascuna azienda titolare di autorizzazione all'immissione in commercio la rispettiva quota di ripiano, ripartita tra le regioni e le province autonome secondo i criteri del decreto del Ministro della salute 4 febbraio 2025.

Il **comma 3** individua le **condizioni** per accedere alla riduzione della quota di ripiano di cui al comma 2 e gli **ambiti** nei quali devono essere effettuati gli **investimenti**.

Innanzitutto si prevede che la riduzione della quota di ripiano spetti alle sole aziende che, nell'anno in cui il tetto è stato superato, abbiano effettuato **investimenti addizionali** rispetto all'anno precedente in uno o più dei seguenti **ambiti**:

- innovazione farmaceutica;
- sperimentazione clinica;
- produzione di medicinali;
- sviluppo delle tecnologie industriali e delle attività logistiche e commerciali a elevata rilevanza strategica.

Gli **investimenti** devono, inoltre, **favorire**:

a) la capacità, le competenze o le infrastrutture stabilmente localizzate sul territorio nazionale, e contribuire, anche indirettamente, alla produzione, distribuzione o vendita di farmaci destinati anche al Servizio sanitario nazionale e al mercato italiano;

b) il rafforzamento industriale, scientifico, clinico o tecnologico del sistema farmaceutico e sanitario italiano.

Si valuti l'opportunità di chiarire se i requisiti di cui alle lettere a) e b) siano cumulativi o alternativi.

Il **comma 4** demanda a un **decreto** del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro delle imprese e del *made in Italy*, da adottare **entro il 31 marzo 2027**, il compito di **definire**:

- i **criteri** di **valutazione** degli **investimenti** di cui al comma 3 ai fini della concessione della riduzione della quota di ripiano;
- per ciascuna azienda beneficiaria, i **criteri** con cui la **riduzione** annuale è **ripartita** tra le **regioni** e le province autonome.

La disposizione, inoltre, fissa **due limiti** alla **riduzione** della quota di ripiano: nel complesso, la riduzione non può superare l'importo di 160 milioni di euro annui fissato dal comma 2 (v. *supra*); per ciascuna azienda, la riduzione non può eccedere la quota di ripiano da questa dovuta alle regioni e alle province autonome a seguito del superamento del tetto di spesa.

Il **comma 5** disciplina la **determinazione** e l'**applicazione** della **riduzione** della quota di ripiano.

Nel dettaglio, l'**importo della riduzione** spettante a ciascuna azienda beneficiaria **è stabilito** annualmente dal **Ministero delle imprese e del *made in Italy***, entro il termine del 30 settembre dell'anno successivo a quello in cui sono stati realizzati gli investimenti previsti dal comma 3.

Il termine del 30 settembre per il Ministero precede quello del 31 ottobre entro cui l'AIFA determina le quote di ripiano (art. 1, comma 580, quarto periodo, L. n. 145/2018[54]). Le aziende farmaceutiche conoscono, quindi, la riduzione prima di ricevere la comunicazione dell'AIFA e possono applicarla al momento del versamento.

Le aziende effettuano il ripiano nei tempi previsti dall'articolo 1, comma 580, sesto periodo, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, cioè entro trenta giorni dalla comunicazione dell'AIFA (v. *supra*). Agli importi comunicati dall'Agenzia ai sensi del medesimo comma 580 le **aziende farmaceutiche applicano** la **riduzione** della quota di ripiano, ripartita su base regionale.

In ogni caso la **riduzione** applicata da ciascuna azienda **non può superare**, per ogni regione e provincia autonoma, l'**importo di ripiano** a questa **dovuto** per l'anno di riferimento. Si tratta di un **limite** riferito alla **singola regione**, che sembrerebbe ricomprendere il limite riferito alla quota di ripiano dovuta dalla singola azienda previsto dal comma 4.

[54] *Legge di bilancio 2019*

Il **comma 6 istituisce**, nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, il **Fondo** per la **compensazione** del **ripiano farmaceutico**, con una dotazione pari a **160 milioni** di euro **annui** a decorrere dall'anno 2027[55]. Il Fondo persegue la finalità di **ristorare** le **regioni** e le province autonome della **minore quota** di **ripiano** ricevuta per effetto della riduzione prevista dalle disposizioni in esame.
Il comma 6 prevede, inoltre, che:

- entro il 30 novembre di ogni anno il Ministero dell'economia e delle finanze **eroga** alle **regioni** e alle province autonome di Trento e di Bolzano le **quote** determinate ai sensi del comma 5, primo periodo, dell'articolo in esame.

Si ricorda che il comma 5, primo periodo, a cui il sopracitato comma 6 rinvia, riguarda la determinazione dell'importo della riduzione spettante a ciascuna azienda beneficiaria, mentre non precisa che tale importo sia ripartito tra le regioni e le province autonome. La ripartizione tra le regioni della riduzione è demandata al decreto previsto dal comma 4.

- entro il 5 dicembre di ogni anno le aziende beneficiarie comunicano l'importo versato a titolo di ripiano al Ministero dell'economia e delle finanze (Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato), al Ministero della salute, al Ministero delle imprese e del *made in Italy* e all'AIFA.

Il **comma 7 estende** l'applicazione del **meccanismo premiale** agli **investimenti** effettuati nell'anno **2026** e al **ripiano** per il superamento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti relativo al medesimo anno **2026**.

Il **comma 8** fa salve le disposizioni dell'articolo 1, comma 581, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, che consentono alle **regioni** di **compensare** gli eventuali **crediti** nei confronti delle aziende farmaceutiche che non versano il ripiano.

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 1, co. 581, della L. n. 145/2018, se le aziende farmaceutiche non versano il ripiano dovuto ai sensi del comma 580, i debiti delle regioni per acquisti diretti nei confronti delle aziende inadempienti sono compensati fino a concorrenza dell'intero importo dovuto. La compensazione può operare anche per il tramite degli enti del Servizio sanitario regionale.

[55] La dotazione del Fondo coincide con il limite massimo della riduzione fissato dal comma 2 (160 milioni di euro annui), quindi il ristoro a favore delle regioni è integrale.

Articolo 72
(Accesso precoce ai farmaci innovativi)

L'**articolo 72** introduce in via sperimentale, per il triennio 2027-2029, un **meccanismo di accesso precoce ai medicinali**.
Nel dettaglio, il **comma 1** destina, in via sperimentale per il **triennio 2027-2029**, fino a **70 milioni** di euro annui del Fondo per i farmaci innovativi a rendere tempestivamente **disponibili medicinali non ancora rimborsabili**, riducendo in proporzione le quote del Fondo per i farmaci innovativi e a innovatività condizionata.
Il **comma 2** stabilisce che l'**accesso precoce non anticipa** né vincola le decisioni sulla **rimborsabilità** e sul **prezzo** del medicinale.
Il **comma 3** rinvia a un decreto del Ministro della salute, da adottare **entro il 28 febbraio 2027**, la **disciplina** della richiesta di accesso precoce, dei criteri di valutazione e di determinazione del prezzo, e del rispetto del limite di spesa.
Il **comma 4** prevede l'inserimento dei medicinali ammessi all'accesso precoce in un **elenco** aggiornato periodicamente dall'**AIFA**.
Il **comma 5** pone l'**obbligo**, in capo all'azienda, di presentare l'**istanza** per la **classificazione** e la rimborsabilità **entro trenta giorni** dall'autorizzazione all'immissione in commercio.
Il **comma 6** attribuisce all'**AIFA** il **potere** di **sospendere** l'accesso precoce, per ragioni regolatorie o di sicurezza, e di r**evocarlo** in caso di inadempimento dell'azienda, mancata classificazione entro dieci mesi o ritiro del medicinale.
Il **comma 7** disciplina la **continuità terapeutica** in caso di **revoca** dell'accesso precoce.
Il **comma 8** prevede che l'AIFA **sanzioni** l'**azienda** che non garantisce la **continuità terapeutica**, con un importo pari al costo di dodici mesi di terapia aumentato del 10 per cento.
Il **comma 9**, infine, consente all'AIFA di adottare, con propria deliberazione, **ulteriori misure tecniche** per l'attuazione dell'articolo in esame.

La relazione tecnica non ascrive effetti finanziari alle disposizioni in oggetto, in quanto le maggiori spese per l'accesso precoce di cui al presente articolo trova corrispondente compensazione nella riduzione della quota del Fondo per i farmaci innovativi, di cui all'articolo 1, comma da 281, della Legge n. 207 del 2024.

L'**articolo 72**, composto da **9 commi**, introduce in **via sperimentale**, per il triennio 2027-2029, un **meccanismo di accesso precoce ai medicinali**. Il meccanismo consente di rendere tempestivamente disponibili, a carico di una quota del Fondo per i farmaci innovativi, medicinali non ancora ammessi alla rimborsabilità, in attesa della conclusione del procedimento ordinario di classificazione e rimborsabilità.

Il nuovo percorso riguarda i **medicinali** destinati al **trattamento** di **patologie gravi** e **invalidanti** per le quali non esistano valide alternative terapeutiche e il **trattamento sia indifferibile**.

Si osserva che la rubrica fa riferimento ai «farmaci innovativi», ma il contenuto della disposizione non richiede espressamente che i medicinali possiedano il requisito di innovatività al fine di essere ammessi all'accesso precoce.

Si ritiene opportuno ricordare che attualmente, nell'ordinamento vigente, non esiste un istituto generale di «accesso precoce» ai medicinali, ma sussistono **diversi canali** che, ciascuno con un proprio ambito, **consentono di usare un medicinale prima o al di fuori della rimborsabilità ordinaria**.

Tra questi canali si evidenziano:

- **La cosiddetta «Lista 648»**, di cui all'articolo 1, commi 4 e 4-*bis*, del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536[56]. Si prevede l'erogazione a totale carico del Servizio sanitario nazionale, quando non esiste una valida alternativa terapeutica, di tre categorie di medicinali:
  a) medicinali innovativi autorizzati in altri Stati ma non in Italia;
  b) medicinali non ancora autorizzati ma in sperimentazione clinica;
  c) medicinali da impiegare per un'indicazione diversa da quella autorizzata (uso cosiddetto *off-label*).

Questi medicinali sono inseriti in un elenco tenuto e aggiornato dall'AIFA. L'inserimento avviene su richiesta, di solito di associazioni di pazienti, società scientifiche, strutture sanitarie o università. La Commissione scientifica ed economica del farmaco valuta la richiesta e l'AIFA adotta una determinazione pubblicata in Gazzetta Ufficiale. Il medicinale viene poi erogato di norma tramite le strutture sanitarie, che trasmettono all'AIFA i dati sui pazienti trattati.

- **Uso compassionevole dei farmaci** disciplinato dal decreto del Ministro della salute 7 settembre 2017, secondo cui è consentito l'uso di un **medicinale ancora in sperimentazione clinica** per pazienti con malattie gravi o rare, o in pericolo di vita, quando non vi sono alternative terapeutiche e il **medicinale è fornito gratuitamente dall'azienda**. Il medico presenta la richiesta al Comitato etico del centro clinico che valuta la richiesta e trasmette all'AIFA il

[56] Misure per il contenimento della spesa farmaceutica e la rideterminazione del tetto di spesa per l'anno 1996. (conv., mod., L. n. 648/1996)

parere e la documentazione entro tre giorni dalla sua adozione. L'AIFA monitora i trattamenti e può sospendere o vietare l'impiego del medicinale.

- **Fondo AIFA del 5 per cento** (articolo 48, comma 19, lettera *a*), del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269) che finanzia, tra l'altro, **l'impiego a carico del Servizio sanitario nazionale di farmaci orfani per malattie rare** e di farmaci che rappresentano una speranza di cura, **non ancora in commercio**, per particolari e gravi patologie. È alimentato con un contributo delle aziende pari al 5 per cento delle spese promozionali e opera di regola su richiesta per singoli pazienti.
- **Classe C non negoziata** (articolo 12, comma 5, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158), secondo cui il **medicinale autorizzato** può essere **commercializzato** subito, **in attesa della decisione sulla rimborsabilità,** a carico del Servizio sanitario regionale, del singolo ospedale ovvero del singolo paziente.
- **Prescrizione *off-label* sotto la responsabilità del medico** (articolo 3, comma 2, del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23[57],) che **consente** al medico di prescrivere, in singoli casi e con il consenso del paziente, un **medicinale per un'indicazione non autorizzata**, di regola senza oneri per il Servizio sanitario nazionale, salvo inserimento nella «Lista 648».

Nel dettaglio, il **comma 1** destina, in via sperimentale e per il triennio 2027-2029, una quota non superiore a **70 milioni di euro** annui del **Fondo** per i **farmaci innovativi** disciplinato dall'articolo 1, comma 281, della legge 30 dicembre 2024, n. 207[58]. La quota è destinata a rendere tempestivamente disponibili, in assenza di autorizzazione alla rimborsabilità, i medicinali per patologie gravi e invalidanti per le quali non esistano valide alternative terapeutiche e il trattamento sia indifferibile.
Per il medesimo triennio, sono ridotti proporzionalmente, per complessivi 70 milioni di euro annui, gli importi destinati ai farmaci a innovatività condizionata e ai farmaci innovativi, ai sensi dell'articolo 1, commi 288 e 290, della Legge n. 207 del 2024.

Fondo per i farmaci innovativi

Il Fondo per i farmaci innovativi è istituito dalla legge di bilancio 2017 (art. 1, comma 401, L. n. 232 del 2016) a decorrere dal 1^ gennaio 2022 nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per il concorso al rimborso alle regioni delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci innovativi.

[57] *Disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria.* (conv., mod., L. n. 94/1998).
[58] *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027*.

Il Fondo ha una dotazione di 1.300 milioni di euro annui a decorrere dal 2024 (1.000 milioni ai sensi dell'articolo 35-*ter* del decreto-legge n. 73 del 2021[59], incrementati di 300 milioni di euro dall'articolo 1, comma 259, della Legge n. 234 del 2021[60]). Nell'ambito di tale dotazione, l'articolo 1, commi 288-290, della legge n. 207 del 2024 riserva:

- 300 milioni ai farmaci a innovatività condizionata (comma 288);
- 100 milioni agli antibiotici «reserve» (comma 289);
- 900 milioni ai farmaci a innovatività piena (comma 290).

Le risorse del 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 secondo la procedura prevista all'art. 1, comma 285, L. n. 207/2024. Alle risorse del Fondo accedono, dal 1^ gennaio 2026, tutte le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente[61].

Si ricorda che l'**innovatività** di un farmaco è una **qualifica attribuita** dall'**AIFA** all'esito della valutazione della Commissione scientifica ed economica (CSE), secondo criteri predeterminati (l'art. 1, comma 285, L. 207/2024). I criteri di valutazione per l'attribuzione dell'innovatività terapeutica, che consente il finanziamento dell'accesso al rimborso con le risorse del Fondo per i farmaci innovativi sono stati definiti dall'Aifa con la determinazione 9 luglio 2025.

Secondo il Monitoraggio della spesa farmaceutica 2025 a cura dell'AIFA, la spesa per i farmaci innovativi è stata di 661,3 milioni (tabella 9.1) e quella per gli antibiotici «reserve» di 89,8 milioni (tabella 9.2). Il Fondo è rimasto inutilizzato per circa 549 milioni (tabella 12.1, colonna O).

Il **comma 2** chiarisce che l'**accesso precoce** non anticipa né condiziona la procedura ordinaria. Esso **non costituisce presupposto giuridico** per il riconoscimento della **rimborsabilità o** per la **fissazione** del **prezzo** a carico del Servizio sanitario nazionale e non vincola le successive decisioni della Commissione scientifica ed economica del farmaco (CSE) dell'AIFA.

Si ricorda che, in generale, il Servizio sanitario nazionale rimborsa il farmaco solo se l'AIFA lo inserisce in una «**classe di rimborsabilità**». Inoltre, per i farmaci rimborsabili il prezzo non è fissato liberamente dall'azienda, ma è determinato mediante negoziazione tra l'AIFA e l'azienda stessa.

La disciplina in esame prevede che, durante l'accesso precoce, il medicinale sia reso disponibile ai pazienti a carico di una quota non superiore a 70 milioni di euro annui del Fondo per i farmaci innovativi, secondo un regime speciale e

[59] *Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali.* (conv., mod., L. n. 106/2001).

[60] *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024.*

[61] Disposizione introdotta dall'art. 1, comma 369, L. 30 dicembre 2025, n. 199.

temporaneo. Il medicinale resta tuttavia non classificato ai fini della rimborsabilità, la cui decisione è rimessa interamente alla procedura ordinaria.

Il **comma 3** demanda a un **decreto** del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, su proposta dell'AIFA, da adottare entro il **28 febbraio 2027**, di disciplinare:

- le modalità e i termini in base a cui le aziende farmaceutiche possono chiedere l'accesso precoce ai medicinali;
- i criteri di valutazione del farmaco;
- i criteri di determinazione del prezzo;
- le modalità per assicurare il rispetto del limite di spesa di 70 milioni di euro annui previsto dal comma 1.

Il **comma 4** prevede che il **medicinale** autorizzato all'accesso precoce sia inserito in un **apposito elenco**, aggiornato periodicamente dall'AIFA.

Il comma 4 presuppone un atto di autorizzazione («una volta autorizzato l'accesso precoce»), ma nessuna disposizione dell'articolo sembra indicare espressamente quale organo lo adotti. La competenza dell'AIFA si ricava solo indirettamente dal comma 6, che le attribuisce i poteri di sospensione e revoca. *Si valuti l'opportunità di attribuire in modo espresso all'AIFA il provvedimento di autorizzazione*.

Il **comma 5** impone all'**azienda** titolare del medicinale ammesso all'accesso precoce di **presentare** l'**istanza** e la documentazione richiesta ai fini della classificazione e della rimborsabilità a carico del Servizio sanitario nazionale **entro trenta giorni** dal provvedimento di **autorizzazione** all'immissione in commercio (AIC) rilasciato dall'**AIFA**.

Si ricorda che la procedura relativa alla classificazione e alla rimborsabilità dei medicinali è disciplinata dall'art. 12 del decreto-legge n. 158 del 2012[62], secondo cui l'azienda farmaceutica interessata può presentare all'AIFA la domanda di classificazione e di avvio della procedura di contrattazione del prezzo soltanto dopo aver ottenuto l'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale. Il decreto 2 agosto 2019, relativo ai criteri con cui l'AIFA determina i prezzi dei farmaci, all'articolo 2 richiede che l'istanza per la procedura per la negoziazione della rimborsabilità e del prezzo del medicinale sia corredata da apposita documentazione (*dossier*). La Commissione scientifica ed economica del farmaco (CSE) svolge la valutazione e la negoziazione anche sulla base del *dossier*

[62] *Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.* (conv., mod., L. n. 189/2012).

presentato dall'azienda e la procedura si conclude con la determinazione AIFA su classe e prezzo.

Si ricorda, infine, che recentemente l'AIFA ha aggiornato le Linee guida per la compilazione del *dossier* di un medicinale ai fini della rimborsabilità e del prezzo a carico del Servizio sanitario nazionale.

Per quanto riguarda l'**AIC**, si ricorda che l'articolo 6 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219[63] prevede che un medicinale possa essere immesso in commercio in Italia solo con **un'autorizzazione dell'AIFA** oppure con un'**autorizzazione dell'Unione europea**.

Per molte categorie di farmaci innovativi, l'**AIC** è di regola rilasciata dalla **Commissione europea**, su parere dell'Agenzia europea per i medicinali (EMA), con la procedura centralizzata. In questi casi l'AIFA adotta una determina che colloca il farmaco nella classe C non negoziata, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, del decreto-legge n. 158 del 2012[64].

Il successivo comma 6 prevede che l'AIC sia rilasciata dalla Commissione europea. *Si valuti, pertanto, ai fini di un coordinamento con il comma 6, l'opportunità di riformulare il comma 5 facendo riferimento al rilascio dell'AIC «da parte della Commissione europea o dell'AIFA».*

Il **comma 6** disciplina la **sospensione** e la **revoca** dell'**accesso precoce**, che possono essere disposte dall'AIFA in qualsiasi momento.

La **sospensione** è disposta in tre casi:

- se la Commissione europea non concede l'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC), nonostante il parere positivo dell'Agenzia europea per i medicinali (EMA);
- in presenza di segnalazioni di sicurezza che richiedono ulteriori approfondimenti da parte delle autorità sanitarie;
- quando l'AIFA debba svolgere approfondimenti istruttori sulla sicurezza, la qualità, l'efficacia e la conformità del medicinale.

La **revoca** è disposta in tre casi:

a) se l'azienda non presenta l'istanza per la classificazione e il prezzo nel termine di trenta giorni dal provvedimento di autorizzazione all'immissione in commercio rilasciato dall'AIFA;
b) se il medicinale o la nuova indicazione terapeutica non ottiene l'inserimento in una classe di rimborsabilità entro dieci mesi dalla presentazione dell'istanza;

---

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

[64] *Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.* (conv., mod., L. n. 189/2012).

c) se il medicinale è ritirato dal mercato o la sua commercializzazione è sospesa per decisione dell'azienda o delle autorità regolatorie.

Il **comma 7** disciplina la **continuità terapeutica** in caso di **revoca** dell'**accesso precoce**.

In particolare, se la revoca è disposta perché l'azienda non ha presentato il *dossier* nei termini (comma 6, lettera *a)*) o perché il medicinale non è stato classificato entro dieci mesi (comma 6, lettera *b)*), l'**azienda** deve **garantire gratuitamente**, senza oneri per il Servizio sanitario nazionale, la **prosecuzione** delle **cure** ai pazienti già in trattamento. L'**obbligo cessa** al verificarsi di uno di questi eventi:

- la classificazione definitiva del medicinale;
- l'interruzione del trattamento;
- il passaggio del paziente ad altra linea di trattamento.

In ogni caso l'obbligo cessa decorsi dodici mesi dalla data del provvedimento di revoca.

Il **comma 8** prevede che, in caso di inadempimento dell'obbligo di garantire la **continuità terapeutica** di cui al comma 7, l'AIFA applichi all'**azienda** una **sanzione** pari al costo che sarebbe stato necessario sostenere per assicurare la prosecuzione delle cure per dodici mesi, maggiorato del 10 per cento.

Il **comma 9**, infine, consente all'AIFA di stabilire, con propria deliberazione, le ulteriori misure tecniche necessarie per dare attuazione alle disposizioni in esame.

Articolo 73
(Ripiano degli oneri per l'acquisto di dispositivi medici per gli anni dal 2019 al 2023 e modifica dei tetti di spesa)

L'**articolo 73** innalza il **tetto di spesa nazionale per l'acquisto di dispositivi medici** dal 4,6 al **4,7 per cento** del fabbisogno sanitario nazionale *standard* (**comma 1**). Inoltre, detta disposizioni in merito al **ripiano degli oneri** per l'acquisto di dispositivi medici per gli anni **dal 2019 al 2023**, a carico delle aziende fornitrici (c.d. ***payback***), prevedendo un **contributo statale pari a 350 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2028 al 2031** (**comma 2**). Tali importi sono **ripartiti** tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano con **decreto del Ministro della salute**, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, in base a quanto stabilito nel decreto previsto dal successivo comma 5 (**comma 3**). Stabilisce, altresì, che in relazione agli anni **dal 2019 al 2023**, i **tetti di spesa regionali** sono fissati allo **stesso livello del tetto nazionale**, in deroga alla disciplina ordinaria (**comma 4**). Infine, fissa i **termini** per l'adozione del **decreto del Ministro della salute** riguardante l'eventuale **sforamento del tetto di spesa a livello nazionale e regionale** in relazione a ciascuno degli **anni dal 2019 al 2023**, per l'adozione dei conseguenti **provvedimenti da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano** (**comma 5**) e per l'erogazione, da parte delle **aziende fornitrici di dispositivi medici**, della **quota di propria competenza** per ciascuno degli anni dal **2019 al 2023** (**comma 6**).

Il comma 2 dell'articolo in oggetto comporta oneri pari a **350 milioni di euro annui per ciascuno degli anni 2028-2031**.
Agli oneri derivanti dal comma 1, quantificati in un importo pari a **146 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027**, si provvede a valere sull'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, previsto dall'articolo 69, comma 1, del disegno di legge di bilancio in esame.

L'**articolo 73**, composto da 6 commi, modifica la disciplina relativa al **tetto di spesa nazionale per l'acquisto di dispositivi medici** e detta disposizioni relative al **ripiano delle spese** per l'acquisto di dispositivi medici in riferimento agli **anni 2019-2023**.

Si ricorda che, con l'entrata in vigore del Regolamento (UE) 2017/745, è stata modificata la normativa nazionale sui dispositivi medici, attraverso l'adozione del

D.Lgs. n. 137 del 2022[65]. Per quanto riguarda la regolamentazione dei dispositivi medico-diagnostici *in vitro*, questa è prevista dal D.Lgs. n. 138 del 2022[66].

In particolare, il **comma 1** interviene a innalzare al **4,7 per cento**, **a decorrere dall'anno 2027**, il **tetto nazionale per la spesa dei dispositivi medici** previsto dall'articolo 9-*ter*, comma 1, lettera *b)*, del D.L. n. 78 del 2015[67]. La disposizione precisa, altresì, che **restano ferme le procedure per la determinazione dei tetti regionali** previste dal medesimo articolo 9-*ter*, comma 1, lettera *b)* (v. *infra*).

Si ricorda che l'articolo 17, comma 1, lettera *c)*, del D.L. n. 98 del 2011[68], ha stabilito che a decorrere dal 1° gennaio 2013 la **spesa sostenuta dal Servizio sanitario nazionale per l'acquisto di dispositivi medici** è fissata entro un **tetto a livello nazionale e di ogni singola regione**, riferiti rispettivamente al fabbisogno sanitario nazionale *standard* e al fabbisogno sanitario regionale *standard*.

Il valore del **tetto di spesa nazionale** è stato fissato al 4,4 per cento dall'articolo 1, comma 131, lettera *b)*, della legge n. 228 del 2012 (legge di stabilità 2013).

L'articolo 9-*ter* del citato D.L. n. 78 del 2015, demanda, al comma 1, lettera *b)*, la fissazione del **tetto di spesa regionale** per l'acquisto di dispositivi medici all'**accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni**, fermo restando il tetto di spesa nazionale fissato al 4,4 per cento.

La legge di bilancio per il 2026 (articolo 1, comma 399, legge n. 199 del 2025) ha **innalzato** il suddetto **tetto di spesa nazionale al 4,6 per cento**.

Si ricorda, inoltre, che l'articolo 28 del citato D.Lgs. n.137 del 2022 ha istituito, nello stato di previsione del Ministero della salute, un **fondo per il governo dei dispositivi medici**; esso è alimentato mediante l'introduzione di un

---

[65] *Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017, relativo ai dispositivi medici, che modifica la direttiva 2001/83/CE, il regolamento (CE) n. 178/2002 e il regolamento (CE) n. 1223/2009 e che abroga le direttive 90/385/CEE e 93/42/CEE del Consiglio, nonché per l'adeguamento alle disposizioni del regolamento (UE) 2020/561 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 aprile 2020, che modifica il regolamento (UE) 2017/745 relativo ai dispositivi medici, per quanto riguarda le date di applicazione di alcune delle sue disposizioni ai sensi dell'articolo 15 della legge 22 aprile 2021, n. 53.*

[66] *Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/746, relativo ai dispositivi medico-diagnostici in vitro e che abroga la direttiva 98/79/CE e la decisione 2010/227/UE della Commissione, nonché per l'adeguamento alle disposizioni del regolamento (UE) 2022/112 che modifica il regolamento (UE) 2017/746 per quanto riguarda le disposizioni transitorie per determinati dispositivi medico-diagnostici in vitro e l'applicazione differita delle condizioni concernenti i dispositivi fabbricati internamente ai sensi dell'articolo 15 della legge 22 aprile 2021, n. 53*.

[67] *Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali* (convertito con modificazioni dalla legge n. 125 del 2015).

[68] *Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria* (convertito con modificazioni dalla legge n. 111 del 2011).

contributo, **a carico delle aziende che producono o commercializzano dispositivi medici**, pari allo **0,75 per cento del fatturato** - al netto dell'imposta sul valore aggiunto - derivante dalla vendita al Servizio sanitario nazionale dei dispositivi medici e delle grandi apparecchiature. Con il decreto 29 dicembre 2023 sono stati definiti i criteri e le modalità per il versamento delle quote annuali, per il monitoraggio, nonché per la gestione del Fondo per il governo dei dispositivi medici.

La legge di bilancio per il 2026 (articolo 1, commi 413-416, legge n. 199 del 2025) ha disciplinato organicamente **l'accertamento e la riscossione del suddetto contributo**, in caso di omissioni o irregolarità nella dichiarazione del fatturato di riferimento. La medesima legge di bilancio per il 2026 (articolo 1, commi 417-418) ha dettato alcune disposizioni di **interpretazione autentica** relative al citato **Fondo per il governo dei dispositivi medici**.

Si ricorda, infine, che in relazione al governo dei dispositivi medici, l'articolo 1, commi 329-331, della legge n. 207 del 2024 (Legge di bilancio per il 2025)[69] ha introdotto un **nuovo sistema di governo del settore dei dispositivi medici**. In particolare, i predetti commi recano una specifica procedura per l'adozione di misure concernenti il settore dei dispositivi medici, fissando la data del 1° gennaio 2026 per l'entrata in vigore del **Programma nazionale di *Health technology assessment*** (HTA - Valutazione delle tecnologie sanitarie) e per la **definizione di una nuova codifica dei dispositivi medici**, da parte del Ministero della salute. Intervengono, altresì, sui compiti dell'**Osservatorio nazionale sui dispositivi medici**, il quale assume questa nuova denominazione, e sulle incombenze delle regioni in merito al sistema di governo del settore dei dispositivi medici. In attuazione del comma 330, lettera *c)*, dell'articolo 1 della citata legge di bilancio per il 2025, è stata adottata la **nuova "Classificazione italiana dei dispositivi medici (CID)"** con il decreto 29 dicembre 2025. Inoltre, con il decreto 26 gennaio 2026 è stato adottato il **Programma nazionale HTA dispositivi medici 2026-2028**.

Il **comma 2** stabilisce che, in riferimento agli **anni dal 2019 al 2023**, in relazione a quanto previsto dall'articolo 9-*ter*, comma 9, del citato D.L. n. 78 del 2015 (v. *Box infra*), **lo Stato concorre alla copertura degli oneri** a carico delle aziende che forniscono dispositivi medici (c.d. *payback*) per un importo complessivo pari a **350 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2028 al 2031**.

La relazione tecnica specifica che il ***payback* dovuto dalle aziende fornitrici di dispositivi medici**, per il quinquennio **2019-2023**, è valutabile in circa **4.000 milioni di euro**. Il **concorso statale** è pari complessivamente a **1.400 milioni di euro**, erogati annualmente in importi pari a 350 milioni di euro, da corrispondere in favore delle regioni negli anni dal 2028 al 2031. La restante quota rimane a

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

carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici, con un pagamento graduale (v. *infra* comma 6).

Il **comma 3** dispone che gli **importi** previsti dal precedente comma 2 **sono ripartiti tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano con decreto del Ministro della salute**, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, proporzionalmente agli importi spettanti complessivamente a ciascuna regione e provincia autonoma nel periodo 2019-2023, in base a quanto stabilito nel decreto previsto dal successivo comma 5 (v. *infra*).

Il **comma 4** prevede, in relazione a ciascuno degli **anni dal 2019 al 2023**, una **deroga rispetto alla disciplina vigente sui tetti di spesa regionali**, recata dall'articolo 9-*ter*, comma 1, lettera *b)*, del citato D.L. n. 78 del 2015 (v. *supra*), stabilendo che per i suddetti anni **i tetti di spesa regionali sono fissati al medesimo livello del tetto nazionale** (v. *supra*).

Il **comma 5** fissa al **31 marzo 2027** il termine per l'**adozione del decreto ministeriale** previsto dall'articolo 9-*ter*, comma 8, del citato D.L. n. 78 del 2015 (v. *Box infra*), in relazione a ciascuno degli **anni dal 2019 al 2023**, concernente l'eventuale **sforamento a livello nazionale e regionale del tetto di spesa** previsto dal comma 1, lettera *b)*, del medesimo articolo 9-*ter* (v. *supra*). Inoltre, stabilisce che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano devono adottare i conseguenti provvedimenti di propria competenza entro il **31 maggio 2027**.

Il **comma 6**, infine, fissa i seguenti **termini per l'erogazione della quota di propria competenza da parte delle aziende fornitrici di dispositivi medici**:

- per l'anno 2019, entro il **30 luglio 2027**;
- per l'anno 2020, entro il **30 luglio 2028**, **al netto del contributo statale** previsto dal comma 2;
- per l'anno 2021, entro il **30 luglio 2029**, **al netto del contributo statale** previsto dal comma 2;
- per l'anno 2022, entro il **30 luglio 2030**, **al netto del contributo statale** previsto dal comma 2;
- per l'anno 2023, entro il **30 luglio 2031**, **al netto del contributo statale** previsto dal comma 2.

• ***La disciplina del* payback *per le aziende fornitrici di dispositivi medici***

L'articolo 9-*ter* del decreto legge 19 giugno 2015 n. 78, più volte citato, oltre a demandare, al comma 1, lettera *b)*, la **fissazione del tetto di spesa regionale per l'acquisto di dispositivi medici all'accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni**, fermo restando il tetto di spesa nazionale fissato al 4,4 per cento, ha altresì previsto:

- al comma 8 (nel testo modificato dall'articolo 1, comma 557, della legge n. 145 del 2018 – legge di bilancio per il 2019), di demandare a un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottarsi **entro il 30 settembre di ogni anno**, la **certificazione dell'eventuale superamento del tetto di spesa a livello nazionale e regionale per l'acquisto di dispositivi medici**; la rilevazione per l'anno 2019 è effettuata entro il 31 luglio 2020 e, per gli anni successivi, entro il 30 aprile dell'anno seguente a quello di riferimento, sulla base dei dati risultanti dalla fatturazione elettronica, relativi all'anno solare di riferimento;
- al comma 9, di **porre a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici** una quota dell'eventuale superamento del tetto di spesa regionale di cui al comma 8, certificato dal Ministero della salute, pari complessivamente al 40 per cento nell'anno 2015, al 45 per cento nell'anno 2016 e al 50 per cento a decorrere dall'anno 2017, in misura pari per ciascuna azienda all'incidenza percentuale del proprio fatturato sul totale della spesa per l'acquisto di dispositivi medici a carico del Servizio sanitario regionale (c.d. ***payback***).

Con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 6 luglio 2022, è stato certificato il **superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici a livello nazionale e regionale per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018**, calcolato con riferimento ai dati di costo, rilevati a consuntivo per ciascuno dei predetti anni come risultanti dai conti economici regionali consolidati.

Tuttavia, la normativa predetta ha subito una serie di **deroghe**:

- innanzitutto, l'articolo 8 del D.L. n. 34 del 2023[70], oltre a istituire, nello stato di previsione del MEF, un **fondo con dotazione di 1.085 milioni di euro per l'anno 2023**, come **contributo statale per il superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici relativo agli anni da 2015 a 2018**, ha previsto che le aziende fornitrici di dispositivi medici possono versare a ciascuna regione e provincia autonoma, entro il 30 novembre 2023, in luogo della quota intera, una **somma pari al 48 per cento di quanto dovuto** a titolo di contributo al ripiano;
- in seguito, **tale quota è stata ulteriormente ridotta**: con l'articolo 7 del D.L. n. 95 del 2025[71], si è modificata la disciplina relativa alle quote di ripiano

[70] *Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali* (convertito con modificazioni dalla legge n. 56 del 2023)

[71] *Disposizioni urgenti per il finanziamento di attività economiche e imprese, nonché' interventi di carattere sociale e in materia di infrastrutture, trasporti ed enti territoriali*

dovute dalle aziende produttrici dei dispositivi medici in caso di sforamento del tetto di spesa regionale previsto per gli anni 2015, 2016, 2017 e 2018 (c.d. *payback*). In particolare, si riduce la quota di ripiano posta a carico delle aziende produttrici di dispositivi medici per gli anni dal 2015 al 2018, ritenendo assolti i relativi obblighi con il versamento, in favore delle regioni, entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione, della **quota del 25 per cento degli importi indicati nei provvedimenti regionali e provinciali**. Pertanto, si prevede che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano comunichino al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze l'avvenuto integrale recupero degli importi a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici secondo la modalità prevista dal primo periodo del comma 1; in caso di inadempimento del pagamento da parte delle aziende fornitrici, i debiti per acquisti di dispositivi medici delle singole regioni e province autonome, anche per il tramite degli enti del servizio sanitario regionale, nei confronti delle predette aziende fornitrici inadempienti, sono compensati fino a concorrenza dell'intero ammontare;

- con lo scopo di coprire le minori entrate delle regioni, dopo la riduzione della quota posta a carico delle aziende fornitrici, si istituisce, nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, un fondo con dotazione pari a 360 milioni di euro per l'anno 2025, che si aggiunge al fondo già esistente, con dotazione di 1.085 milioni di euro per l'anno 2023 (v. *supra*). Il fondo dovrà poi essere ripartito tra le regioni e le province autonome, con le modalità previste dalla norma.

Con riguardo al **trattamento fiscale delle somme versate a titolo di *payback***, l'articolo 9 del citato D.L. n. 34 del 2023, al fine di limitare la spesa a carico del SSN per i versamenti effettuati per ripianare lo sforamento in considerazione del fatto che i tetti regionali e nazionale sono calcolati al lordo dell'IVA, prevede che, in relazione ai versamenti effettuati dalle aziende produttrici di dispositivi medici alle regioni, **le aziende possano portare in detrazione l'IVA determinata scorporando la medesima dall'ammontare dei versamenti effettuati**, secondo le modalità previste dalla normativa fiscale, emettendo un apposito documento contabile nel quale sono indicati gli estremi dei provvedimenti regionali e provinciali da cui deriva l'obbligo del *payback*.

Il D.L. n. 98 del 2023[72] ha disposto la **proroga, dal 31 luglio 2023 al 30 ottobre 2023,** del termine per il versamento di importi dovuti a titolo di ***payback* dalle aziende fornitrici di dispositivi medici** al Servizio sanitario nazionale (articolo 4, comma 2). Si tratta, in particolare, del termine per il versamento riferito al **ripiano del superamento del tetto di spesa dei dispositivi medici relativo agli anni da 2015 a 2018**, da parte delle aziende fornitrici che intendono avvalersi della possibilità di pagamento in misura ridotta prevista dalla normativa vigente.

[72] *Misure urgenti in materia di tutela dei lavoratori in caso di emergenza climatica e di termini di versamento* (convertito con modificazioni dalla legge n. 127 del 2023).

Infine, la legge di bilancio per il 2026 (articolo 1, comma 399, legge n. 199 del 2025) ha **innalzato** il **tetto di spesa nazionale per l'acquisto dei dispositivi medici al 4,6 per cento**.

Articolo 74
(Elevamento dei limiti di spesa regionale per acquisto di prestazioni sanitarie da parte di soggetti privati accreditati)

L'**articolo 74** incrementa il limite di spesa regionale per l'acquisto di prestazioni sanitarie, da soggetti privati accreditati, relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e all'assistenza ospedaliera nella misura di 3 punti percentuali a decorrere dall'anno 2027; nell'ambito di tale incremento, 2 punti percentuali sono destinati agli effetti derivanti dal D.M. 12 maggio 2026, "Quantificazione delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza post acuzie", e 1 punto percentuale è destinato agli effetti derivanti dal D.M. 7 agosto 2026, di definizione delle tariffe massime "relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica". In seguito a tale elevamento, il limite è pari al valore della medesima spesa regionale risultante a consuntivo nell'anno 2011, incrementato di 9,5 punti percentuali[73].

La **relazione tecnica** rileva che dal presente **articolo 74**, in considerazione delle risorse finanziarie precedentemente stanziate ai fini in oggetto, non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

La **relazione tecnica** osserva che l'incremento previsto dal presente **articolo 74** consente agli enti e aziende del Servizio sanitario regionale di aggiornare le tariffe summenzionate, nell'ambito dei valori massimi previsti dai suddetti decreti ministeriali, senza l'esigenza di compensare gli effetti dell'aggiornamento con una riduzione del numero di prestazioni acquistate dagli erogatori privati accreditati.

Si ricorda che, nell'ambito della suddetta quota di incremento complessivo, elevata ora a 9,5 punti percentuali, la disciplina già vigente[74] prevede che: una quota di 1,0 punti sia destinata anche 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; una quota di 0,5 punti sia destinata all'acquisto di "prestazioni ospedaliere afferenti ai reparti ospedalieri di medicina generale, di recupero

[73] Alcune disposizioni sugli incrementi in esame (cfr. l'articolo 1, comma 233, della L. 30 dicembre 2023, n. 213, e successive modificazioni) hanno esplicitamente fatto salvo il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario nazionale e della disciplina sulle misure per la salvaguardia del medesimo equilibrio.

[74] Cfr. l'articolo 1, commi 278 e 279, della L. 30 dicembre 2024, n. 207.

e riabilitazione funzionale e di assistenza ai lungodegenti", con priorità per le "strutture immediatamente disponibili e in grado di assicurare maggiore ricettività nel singolo plesso".

In base alla giurisprudenza della Corte costituzionale, come sviluppata anche nella sentenza n. 114 dell'11 giugno-21 luglio 2025, relativa ai limiti di spesa per il personale degli enti e aziende del Servizio sanitario regionale, la definizione di limiti specifici all'interno del limite di spesa regionale generale, relativo al settore sanitario, inciderebbe in ambiti discrezionali di scelta riservati alla regione e basati sulle competenze legislative di quest'ultima in materia di organizzazione regionale e di tutela della salute. *Si consideri l'opportunità di valutare tali profili costituzionali.*

Articolo 75
(Disposizioni in favore della lotta alla droga)

L'**articolo 75**, composto da **3 commi**, detta ***disposizioni in favore di lotta alla droga.***
Il **comma 1**, modificando il comma 365 della Legge di bilancio 2025 (L. n. 207/2024), incrementa di **ulteriori 15 milioni di euro**, a decorrere **dall'anno 2027**, la quota del fabbisogno sanitario nazionale *standard* – in precedenza pari a **15 milioni di euro annui** a decorrere dall'**anno 2025 -** vincolata 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**.
A decorrere dall'anno 2027 la quota viene quindi portata a 30 milioni di euro annui.
Il comma 2 rifinanzia con **5 milioni di euro, a decorrere dall'anno 2027**, la dotazione del **Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga**, di cui all'articolo 1, comma 186 della Legge di bilancio 2024 (L. n. 213/2023).
Il comma 3, infine, con una modifica all'articolo 6, comma 1, della L. n.140/2026[75], **rifinanzia, a decorrere dall'anno 2027**, con un importo pari ad **euro 20.563.750**, il **Fondo destinato all'attuazione delle disposizioni relative alla detenzione domiciliare** per il recupero dei **detenuti tossicodipendenti o alcoldipendenti.**

L'**articolo 75, al comma 1,** prevede, a decorrere dall'anno 2027, l'incremento di **15 milioni di euro annui** delle risorse per sostenere l'erogazione delle prestazioni sanitarie offerte dai servizi psicologici e terapeutico-riabilitativi in favore di soggetti dipendenti da sostanze e residenti in regioni diverse da quelle in cui sono ubicati i suddetti servizi.
La disposizione trova copertura nell'ambito dell'incremento del livello di finanziamento del SSN di cui all'articolo 69.
Il comma 2 dispone un rifinanziamento **con 5 milioni di euro, a decorrere dal 2027**, della dotazione del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga.

[75] *Disposizioni in materia di detenzione domiciliare per il recupero dei detenuti tossicodipendenti o alcoldipendenti*.

Il comma 3 prevede, a decorrere dall'anno 2027, **il rifinanziamento per un importo di 20.563.750 euro annui** del Fondo per l'attuazione della L.N. 140/2026, in tema di detenzione domiciliare per il recupero dei tossicodipendenti o alcoldipendenti (di cui all'articolo 6, comma 1, della medesima legge).

L'**articolo 75**, composto da **3 commi**, detta ***disposizioni in favore di lotta alla droga.***

Il **comma 1**, modificando il comma 365 della Legge 30 dicembre 2024 n. 207 (*Legge di bilancio 2025*) , incrementa di **ulteriori 15 milioni di euro**, a decorrere **dall'anno 2027**, la quota del fabbisogno sanitario nazionale *standard* – in precedenza pari a **15 milioni di euro annui** a decorrere dall'**anno 2025 -** vincolata 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**.

A decorrere dall'anno 2027 la quota viene quindi portata a 30 milioni di euro annui.

In proposito si ricorda che il **comma 365** della Legge di bilancio 2025 (L. n. 207/2024) , 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, ha 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.

L'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza[76] 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

[76] Il 30 settembre 2026 sono stati pubblicati in Gazzetta Ufficiale il DPCM 7 agosto 2026 e il decreto del Ministero della salute 3 agosto 2026 che aggiornano il DPCM 17 gennaio 2017 sulla definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Gli aggiornamenti non riguardano tuttavia l'ambito trattato dalla disposizione in commento.

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 residenza[77].

Il comma 2 rifinanzia **con 5 milioni di euro, a decorrere dall'anno 2027,** la dotazione del **Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga,** di cui all'articolo 1, comma 186 della Legge di bilancio 2024 (Legge 30 dicembre 2023 n. 213).

In proposito va ricordato che il citato **comma 186** della legge di bilancio 2024 ha istituito, all'interno dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze e per il successivo trasferimento al bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei ministri, **il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga**, con una dotazione di **5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024-2026**. L'importo suddetto è comprensivo delle risorse per il finanziamento dei progetti per la prevenzione e il recupero dalle tossicodipendenze, originariamente previste dall'articolo 127 del testo unico di cui al D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, e poi confluite nelle risorse complessive del Fondo nazionale per le politiche sociali, senza vincolo di destinazione in sede di riparto annuo di quest'ultimo Fondo.

Il comma 3, infine, con una modifica all'articolo 6, comma 1, della L. n.140/2026[78], **rifinanzia,** a decorrere dall'anno 2027, con un importo pari **ad euro 20.563.750, il Fondo destinato all'attuazione delle disposizioni relative alla detenzione domiciliare** per il recupero dei detenuti tossicodipendenti o alcoldipendenti.

Il comma 1 dell'articolo 6 della citata legge n. 140/2026 istituisce, per l'attuazione delle disposizioni in essa contenute, nello stato di previsione del Ministero della salute, un fondo con una dotazione pari a euro 19.436.250 annui a decorrere dall'anno 2026.

[77] 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.

[78] *Disposizioni in materia di detenzione domiciliare per il recupero dei detenuti tossicodipendenti o alcoldipendenti*.

- ***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 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 alcoldipendenza 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 131, comma 1, lettere *a)* e *b)*
(Modifiche alla disciplina sui livelli essenziali delle prestazioni nella materia assistenza)

Le **lettere *a)* e *b)*** dell'**articolo 131, comma 1,** recano alcune modifiche alla disciplina sui livelli essenziali delle prestazioni nella materia assistenza – disciplina posta dall'articolo 1, commi 698-705, della L. 30 dicembre 2025, n. 199, al fine della successiva definizione, mediante criteri di federalismo fiscale, del sistema di finanziamento degli interventi delle regioni a statuto ordinario in materia[79] –.

La novella di cui alla **lettera *a)*** modifica la previsione inerente ai casi di mancato raggiungimento – in ciascuno degli anni 2027 e successivi – degli obiettivi di servizio stabiliti dalla relativa normativa, introducendo il rinvio all'articolo 8 della L. 5 giugno 2003, n. 131; quest'ultimo reca la disciplina generale[80] sull'eventuale esercizio del potere sostitutivo, da parte del Consiglio dei ministri, nei confronti di enti territoriali, per alcune fattispecie, tra cui l'esigenza di tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali; tale potere sostitutivo consiste nell'adozione dei provvedimenti sostitutivi[81] o nella nomina di un commissario. Il rinvio all'articolo 8 viene inserito dalla novella in sostituzione del rinvio all'articolo 1, commi 498-501, della L. 30 dicembre 2023, n. 213, che prevedono, nel caso di persistente inadempimento nell'attuazione di risorse finanziarie e obiettivi inerenti alla materia dell'assistenza, il commissariamento da parte del Ministero dell'interno (anziché, come nell'articolo 8, da parte del Consiglio dei ministri)[82].

La novella di cui alla successiva **lettera *b)*** esplicita che l'apporto finanziario agli ambiti territoriali sociali (ATS) è assicurato dalle regioni e dagli enti locali anche mediante le risorse trasferite dallo Stato.

La **relazione tecnica** non ascrive effetti finanziari alle disposizioni in

[79] Si ricorda che i citati commi 698-705 non riguardano l'assistenza all'autonomia e alla comunicazione personale per gli alunni e gli studenti con disabilità. Riguardo a quest'ultima materia, cfr. la scheda di lettura sulle successive **lettere *c)* e *d)*** del presente **articolo 131, comma 1**.

[80] Tale disciplina generale si pone in attuazione della norma costituzionale sul potere sostitutivo, di cui al secondo comma dell'articolo 120 della Costituzione (comma anch'esso richiamato dalla novella in esame).

[81] Questi ultimi possono essere anche di natura normativa.

[82] Riguardo alle procedure di cui ai citati commi 498-501, cfr. anche il decreto ministeriale del 6 giugno 2024, "Modalità di attuazione del regime sanzionatorio previsto dai commi da 498 a 500 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2023, n. 213, in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati ai comuni beneficiari del Fondo speciale per l'equità del livello dei servizi".

oggetto.

Riguardo all'articolo 8 della L. n. 131 del 2003, richiamato dalla novella di cui alla **lettera *a)***, si ricorda altresì che il suddetto potere sostitutivo è esercitato dal Consiglio dei ministri dopo che sia decorso inutilmente il termine assegnato dal Presidente del Consiglio dei ministri all'ente territoriale[83].

L'esplicitazione inserita dalla summenzionata novella di cui alla **lettera *b)*** è posta nelle more della completa attuazione del federalismo fiscale territoriale, previsto dal richiamato D.Lgs. 6 maggio 2011, n. 68.

Riguardo a un quadro (anche per i profili finanziari) della disciplina dei citati commi 698-705, oggetto delle novelle parziali in esame, si rinvia alla relativa scheda di lettura, nel volume III del dossier dei Servizi Studi del Senato e della Camera dei deputati sulla legge di bilancio per il 2026 (dossier n. 580/5 nella numerazione del Servizio Studi del Senato e n. 516/5 nella numerazione del Servizio Studi della Camera).

[83] Tale termine è assegnato su proposta del Ministro competente per materia, anche su iniziativa delle regioni o degli enti locali.

Sezione seconda

LA DISCIPLINA CONTABILE DELLA SECONDA SEZIONE

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).

Tali variazioni degli stanziamenti di 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.

La Sezione II **evidenzia**, inoltre, per ciascuna unità di voto:

- le proposte relative a rifinanziamenti, definanziamenti e riprogrammazioni degli stanziamenti relativi a leggi di spesa vigenti;
- 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

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.

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.

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

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 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 ddl).

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.

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.

Ministero della salute
(Tabella n. 15)

L'**articolo 152**, **comma 1**, del disegno di legge di bilancio autorizza l'impegno e il pagamento delle spese del Ministero della salute per l'anno finanziario **2027**, in conformità all'annesso stato di previsione (Tabella n. 15).

Il **comma 2** autorizza, per l'anno finanziario 2027, il Ministro dell'economia e delle finanze 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, restando precluso l'utilizzo degli stanziamenti di conto capitale per finanziare spese correnti.

1. Le spese finali del Ministero per gli anni 2027-2029

Il disegno di legge di bilancio 2027-2029, integrato con le variazioni di Sezione I e II, autorizza, per lo stato di previsione del Ministero della Salute, spese finali, in termini di **competenza**, pari a **2.487 milioni di euro** per il **2027**, a 2.481,4 milioni di euro per il 2028 e a 2.145,3 milioni di euro per il 2029, come si evince dalla tabella che segue.

Spese finali del Ministero della salute per gli anni 2027-2029
(dati di competenza, valori in milioni di euro)

	2026		PREVISIONI 2027-2029			
	LEGGE DI BILANCIO	PREVISIONI ASSESTATE	DDL DI BILANCIO 2027	*DIFF. BIL 2027-BIL 2026*	DDL DI BILANCIO 2028	DDL DI BILANCIO 2029
Spese correnti	2.118,1	2.167,8	2.075,2	*-42,9*	2.057,2	1.974,9
Spese in c/capitale	460,7	519,8	411,8	*-48,9*	424,2	170,4
SPESE FINALI	**2.578,8**	**2.687,6**	**2.487**	***-91,8***	**2.481,4**	**2.145,3**
in % spese finali STATO	*0,3*	*0,3*	*0,3*		*0,3*	*0,2*

Rispetto alla legge di bilancio 2026, il disegno di legge di bilancio 2027-2029 espone dunque **per il Ministero della salute un decremento delle spese finali nel 2027** (in termini assoluti pari a 91,8 milioni di euro; -3,6%).

Tale decremento è determinato da una riduzione di 48,9 milioni di euro delle spese in conto capitale e da una riduzione di 42,9 milioni di euro delle spese correnti.

Gli stanziamenti di spesa del Ministero autorizzati dal disegno di legge di bilancio integrato si attestano, in termini di competenza, nell'anno 2027, in misura pari allo 0,3% della spesa finale **del bilancio statale**, come nell'esercizio precedente.

2. L'impatto della manovra sulle spese finali per l'anno 2027

Per l'anno 2027, lo stato di previsione del Ministero della Salute (Tabella n. 15) espone, a **legislazione vigente** (**BLV**), una dotazione complessiva di competenza di spese finali pari a 2.576,1 milioni di euro.

Rispetto alla legislazione vigente, la **manovra finanziaria** per il 2027 - attuata con le **Sezioni I e II** del disegno di legge di bilancio - determina complessivamente un **decremento delle spese finali** di 89,1 milioni di euro, come evidenziato nella tabella che segue:

Impatto della manovra sulle spese finali del Ministero della salute - anno 2027

(dati di competenza, valori in milioni di euro)

	2026		2027				
	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	2.118,1	2.167,8	2.107,4	-140,8	1.966,6	108,6	2.075,2
Spese in c/capitale	460,7	519,8	468,7	-56,3	412,4	-0,6	411,8
SPESE FINALI	**2.578,8**	**2.687,6**	**2.576,1**	**-197,1**	**2.379**	**108**	**2.487**

Il **ddl di bilancio 2027 come integrato** con gli **effetti** della **manovra,** propone, dunque, spese finali di competenza per il Ministero pari a **2.487 milioni di euro** per il **2027**.

In tale stanziamento di competenza risultano preponderanti le spese di parte corrente, che rappresentano l'83,4% del totale delle spese finali.

Gli **effetti finanziari complessivi ascrivibili alla manovra di Sezione II** determinano una **riduzione della spesa pari a circa 197,1 milioni di euro**, sia di parte corrente (-140,8 milioni) che in conto capitale (-56,3 milioni).

Per contro, le **misure legislative** introdotte dall'articolato della **Sezione I** determinano nel complesso un **effetto positivo di circa 108 milioni di euro**, solo di parte corrente (108,6 milioni); in conto capitale si registra un lieve effetto negativo (-0,6 milioni).

3. Analisi delle previsioni di spesa per Missioni e Programmi per l'anno 2027

La tabella seguente espone le **previsioni del ddl di bilancio integrato** per il **2027** 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** e 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.

(Dati di competenza, valori in milioni di euro)

MINISTERO DELLA SALUTE									
	Missione/Programma	2026		2027					
		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)**	**2.121,3**	**2.226,8**	**1.953,2**	**-**	***10***	**1.963,2**	***10,7***	**1.973,9**
1.1	Prevenzione e promozione della salute umana ed assistenza sanitaria al personale navigante e aeronavigante e sicurezza delle cure (20.1)	823,7	826,2	667,8	-	-	667,8	*-5,3*	662,5
1.4	Regolamentazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari ad uso umano (20.4)	17,7	19,2	45,7	-	-	45,7	*-1,7*	44
1.5	Vigilanza, prevenzione e repressione nel settore sanitario (20.5)	13,3	14,6	14,5	-	-	14,5	*-0,1*	14,4
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)	350,2	363,8	332,8	-	*10*	342,8	*-1,6*	341,2
1.14	Programmazione SSN erogazione LEA, assistenza sanitaria umana e regolamentazione professioni sanitarie (20.14)	472,8	554,6	453	-	-	453	*-0,3*	452,7
1.15	Tutela della salute, innovazione e politiche internazionali (20.15)	443,6	448,4	439,4	-	-	439,4	*19,7*	459,1
2	**Ricerca e innovazione (17)**	**361,7**	**365,1**	**523,2**	***-207,1***	**-**	**316,1**	***-0,7***	**315,4**
2.1	Ricerca per il settore della sanità pubblica (17.20)	329,9	330,5	491,6	*-207,1*	-	284,5	*-0,2*	284,3
2.2	Ricerca per il settore zooprofilattico (17.21)	31,8	34,6	31,6	-	-	31,6	*-0,5*	31,1
3	**Servizi istituzionali e generali delle amm.ni pubbliche (32)**	**95,8**	**95,7**	**99,7**	**-**	**-**	**99,7**	***98***	**197,7**
3.1	Indirizzo politico (32.2)	34,8	26,9	29,5	-	-	29,5	*-0,7*	28,8

MINISTERO DELLA SALUTE									
	Missione/Programma	2026		2027					
		LEGGE DI [illegible]	ASSEST.	BLV	*MODIFICHE SEZ. II*		DDL	*EFFETTI*	DLB
3.2	Servizi e affari generali (32.3)	61	68,8	70,2	-	-	70,2	*98,7*	168,9
	SPESE MINISTERO	**2.578,8**	**2.687,6**	**2.576,1**	***-207,1***	***10***	**2.379**	***108***	**2.487**

- tra parentesi la numerazione generale della Missione/Programma.

La spesa complessiva del Ministero è allocata su **3 missioni e 10 programmi**. La gran parte della spesa è allocata sulla **missione 1 "Tutela della salute"**, che rappresenta circa il 79,4% delle spese del Ministero stesso.

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

Circa gli effetti di incremento della spesa di Sezione I rientranti nella **missione 1** "Tutela della salute" **(+10,7 milioni di euro)**, la maggiore spesa si registra nell'ambito del **programma 1.15** "Tutela della salute, innovazione e politiche internazionali" (**+19,7 milioni**) e, più in particolare, nel **capitolo 3456** "Fondo per l'attuazione delle misure in materia di detenzione domiciliare per il recupero dei detenuti tossicodipendenti o alcoldipendenti", in relazione a cui è previsto un **incremento di spesa di 20,6 milioni di euro**; tale incremento è determinato dall'**articolo 75**, **comma 3**, del disegno di legge di bilancio in esame. Le maggiori spese riguardanti il suddetto programma 1.15 sono parzialmente compensate dalle riduzioni riferite a tutti gli altri programmi della missione 1 "Tutela della salute", in particolare al **programma 1.1** "Prevenzione e promozione della salute umana ed assistenza sanitaria al personale navigante e aeronavigante e sicurezza delle cure" (**-5,3 milioni**) e, al suo interno, al **capitolo 2401** "Somme dovute per la liquidazione delle transazioni da stipulare con soggetti emotrasfusi, danneggiati da sangue o emoderivati infetti, che hanno instaurato azioni di risarcimento danni" (**-4,3 milioni**).

Ulteriori effetti di Sezione I sono ascrivibili alla **missione 3** "Servizi istituzionali e generali delle amministrazioni pubbliche" (**+98 milioni di euro**), in particolare al **programma 3.2** "Servizi e affari generali" (+98,7 milioni) e, al suo interno, al **capitolo 1209** "Spese per il concorso alla copertura degli oneri derivanti dalle sentenze e dagli accordi transattivi relativi al riconoscimento del servizio mensa o buono pasto sostitutivo a favore del personale del SSN", per il quale è prevista un'autorizzazione di spesa di 100 milioni di euro; tale autorizzazione è disposta dall'**articolo 69**, **comma 5**, del disegno di legge di bilancio in esame.

Quanto agli interventi di **Sezione II**, di seguito si riporta la legge di spesa interessata da un'operazione di rifinanziamento, che determina **maggiori spese** per **10 milioni di euro nel 2027** e **10 milioni di euro nel 2028.**

Ministero della salute					
		2027	**2028**	**2029**	**2030 ss**
RIFINANZIAMENTI					
LB n. 178 / 2020 art. 1, comma 472, punto B "Spese di funzionamento dell'**Istituto Superiore di Sanità**" (*) - (Cap-pg: 3443/2) - (Scad. variazione 2028)	LV	1,9	1,9	1,9	1,5
	Rif.	**10,0**	**10,0**	-	-

In relazione al 2027, l'operazione di rifinanziamento determina un **aumento di 10 milioni di euro** degli stanziamenti del **programma 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" della **missione 1** "Tutela della salute". Tale rifinanziamento riguarda l'azione "Attività di vigilanza e trasferimenti per il funzionamento e per le attività degli enti vigilati e supporto all'attività degli organi collegiali per la tutela della salute" e, in particolare, il **capitolo 3443** "Contributo all'Istituto Superiore di Sanità" (cfr. tabella *supra*).

Nell'ambito del **programma 2.1** "Ricerca per il settore della sanità pubblica" della **missione 2** "Ricerca e innovazione", un intervento di **rimodulazione** di Sezione II determina per il 2027 una **riduzione di 207,1 milioni di euro**, ascrivibile all'azione "Promozione e sviluppo della ricerca sanitaria, in particolare al **capitolo 3398** "Spese per la ricerca medico-sanitaria e la tutela della salute" (- 150,8 milioni di euro), al **capitolo 7211** "Trasferimenti alle amministrazioni pubbliche per la ricerca medico-sanitaria e la tutela della salute" (- 56,4 milioni di euro) e al **capitolo 8** "Somme da assegnare all'Istituto superiore di sanità per l'acquisto di apparecchiature e strumenti finalizzati alle attività di ricerca" (- 9,8 milioni di euro).

Ministero dell'economia e delle finanze
(Tabella n. 2)

SANITÀ

Con riferimento agli **interventi rilevanti di carattere sanitario** iscritti nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, si segnala che l'**articolo 69, comma 1,** del disegno di legge di bilancio per il 2027 **incrementa** il livello del finanziamento del **fabbisogno sanitario nazionale *standard*** cui concorre lo Stato, stabilito dalla legge di bilancio per il 2026, di **2.365 milioni di euro per l'anno 2027**, **2.352 milioni di euro per l'anno 2028** e **2.399 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2029**.

I suddetti incrementi sono destinati anche alle finalità indicate dallo stesso articolo 69, comma 1 (v. le relative schede del *dossier*).

Concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria

Riguardo agli stanziamenti iscritti nello stato di previsione MEF (Tab. 2), la dotazione della **missione 2** "Relazioni finanziarie con le autonomie territoriali" (3), nel cui ambito è iscritto il **programma 2.4** "Concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria" (3.6), è quantificata nel disegno di legge integrato in **149.142,6 milioni di euro**, con un incremento complessivo pari a 366,2 milioni per effetto di variazioni di Sezione I.

Il programma 2.4, tenuto conto dell'incremento disposto in Sezione I, è pari a 91.933,4 milioni (**circa il 61,6% dell'intera missione**). L'**incremento** ammonta a **366,2 milioni**.

L'incremento complessivo di 366,2 milioni del programma 2.4 "Concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria" è ascrivibile interamente all'azione "Tutela dei livelli essenziali di assistenza" per effetto delle variazioni relative ai seguenti capitoli:

- **cap. 2700** "Fondo sanitario nazionale" (**+695 milioni**);
- **cap. 2862** "Somme da erogare alle Regioni a statuto ordinario a titolo di compartecipazione all'IVA" (**-488,8 milioni**);
- **cap. 2712** "Fondo per la compensazione del ripiano farmaceutico" (**+160 milioni**).

(dati di competenza, valori in milioni di euro)

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE									
	Missione/Programma	2026		2027					
		LEGGE DI BILANCIO	ASSEST.	BLV	*MODIFICHE SEZ. II*		DDL BILANCIO SEZ. II	*EFFETTI SEZ. I*	DDL BILANCIO INTEGRATO SEZ I+SEZ II
					Rimodul a.23 c. 3 lett a); a. 30 c. 1	*Variaz. a.23 c. 3 lett b)*			
2	**Relazioni finanziarie con le autonomie territoriali (3)**	**141.610,1**	**141.957,2**	**148.776,4**	-	-	**148.776,4**	***366,2***	**149.142,6**
2.4	Concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria (3.6)	93.231,2	93.273,6	91.567,2	-	-	91.567,2	*366,2*	91.933,4

Nel **programma 2.4** "Concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria" si segnalano i seguenti capitoli relativi al finanziamento del Servizio sanitario nazionale:

	Capitoli del programma 2.4 "Concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria"	2027			DDL BILANCIO INTEGRATO (SEZ. I + SEZ. II)
		BLV	DDL BILANCIO SEZ. II	*EFFETTI SEZ. I*	
	Cap. 2700 - Fondo sanitario nazionale[84]	11.825,0	11.825,0	695,0	12.520,0
	Cap. 2701 – Finanziamento FSN in relazione alle minori entrate IRAP e add.le reg.le IRPEF[85]	1.500,0	1.500,0	-	1.500,0
	Cap. 2710 - Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto farmaci innovativi	1.160,0	1.160,0	-	1.160,0
	Cap. 2862 – Somme da erogare alle regioni a statuto ordinario a titolo di compartecipazione all'IVA	76.991,4	76.991,4	*-488,8*	76.502,6
	Cap. 2705 – Contributo all'Ospedale pediatrico Bambino Gesù	50,0	50,0	-	50,0
	Cap. 2707 – Somme per i policlinici universitari delle università non statali per il finanziamento delle attività strumentali	40,8	40,8	-	40,8
	Cap. 2712 – Fondo per la compensazione del ripiano farmaceutico	-	-	*160*	160

[84] Lo stanziamento del capitolo tiene conto dell'applicazione del D.L. n. 73 del 2024 (*Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*; L. n. 107 del 2024)

[85] Lo stanziamento del capitolo tiene conto delle compensazioni delle minori entrate dell'IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF in base alla consuntivazione dei dati fiscali delle manovre regionali.

L'autorizzazione di spesa relativa al **capitolo 2712** "Fondo per la compensazione del ripiano farmaceutico" (**160 milioni di euro**) è disposta dall'**articolo 71**, **comma 6**, del disegno di legge di bilancio in esame.

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 autonomie territoriali", è presente un'ulteriore voce di interesse sanitario, rappresentata dal **cap. 2799** relativo alle risorse a titolo di compensazione dell'aumento della quota di compartecipazione regionale alla spesa sanitaria della Regione Siciliana (con uno stanziamento pari a **500 milioni**, senza variazioni rispetto agli importi previsti a legislazione vigente).

Spese per l'edilizia sanitaria pubblica e per il Sistema Tessera Sanitaria

Con riferimento all'edilizia sanitaria pubblica, nello stato di previsione del MEF risultano allocate le risorse relative alla **missione 9** "Infrastrutture pubbliche e logistica" (14), di cui unico programma e unico capitolo sono, rispettivamente, **9.1** "Opere pubbliche e infrastrutture" (14.8) e "Somme da erogare per interventi in materia di edilizia sanitaria pubblica**"** (**cap. 7464**)[86] che riporta uno stanziamento di competenza pari a **1.426,6 milioni di euro**, senza variazioni rispetto alle risorse previste a legislazione vigente.

Inoltre, nell'ambito della **missione 1** "Politiche economico-finanziarie e di bilancio e tutela della finanza pubblica" (29), nel **programma 1.5** "Analisi e programmazione economico-finanziaria e gestione del debito" (29.6), si segnala il **cap. 7585** "Fondo per la realizzazione del sistema tessera sanitaria: convenzione con l'agenzia delle entrate e Sogei; contributi ai farmacisti e ai medici convenzionati", con risorse di competenza pari a **87,7 milioni di euro**, senza variazioni rispetto agli importi previsti a legislazione vigente.

POLITICHE SOCIALI

Nell'ambito dello **stato di previsione del MEF**, si segnala, nella **missione 14** "Diritti sociali, politiche sociali e famiglia" (24), il programma di interesse **14.1 "**Famiglia, pari opportunità e situazioni di disagio" (24.5), che presenta risorse di competenza pari a **1.006,1 milioni di euro**. In particolare, si segnalano i seguenti capitoli, dei quali soltanto due (1431 e

[86] Autorizzazione di spesa di cui all'articolo 50, comma 1, lettera *c)*, della L. n. 448 del 1998 (*Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo*).

1430) sono interessati da variazioni rispetto agli importi previsti a legislazione vigente:

- **cap. 1431** "Somma da trasferire alla Presidenza del Consiglio per il Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità" (**457,4 milioni**, di cui **70 milioni** derivanti da un **rifinanziamento operato in Sezione II**);
- **cap. 2102** "Somme da assegnare alla Presidenza del Consiglio dei ministri per le politiche di sostegno alla famiglia" (**94 milioni**);
- **cap. 2119** "Somma da assegnare alla Presidenza del Consiglio dei Ministri per il Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza" (**26 milioni**);
- **cap. 1430** "Somma da trasferire alla Presidenza del Consiglio per il Fondo nazionale di intervento alla droga" (**5 milioni**, derivanti dalle disposizioni previste dall'**articolo 75**, **comma 2**);
- **cap. 2113** "Somme da corrispondere alla Presidenza del Consiglio per l'attuazione delle politiche antidroga" (**4,05 milioni**).

Ministero del lavoro e delle politiche sociali
(Tabella n. 4)

Nell'ambito dello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, assume rilievo la **missione 3** "**Diritti sociali, politiche sociali e famiglia"**, che rappresenta circa il **37,5% della spesa finale** del Ministero, complessivamente pari per competenza a **73.244,6 milioni**.

Rispetto alle somme previste a legislazione vigente (70.376,6 milioni), si registra un complessivo aumento di circa **2.868 milioni di euro** nel 2027 attribuibili alla manovra, per effetto di interventi di Sez. I disposti con la legge di bilancio.

La variazione in Sezione I è ascrivibile, in particolar modo, al **programma 3.2** "Trasferimenti assistenziali a enti previdenziali, finanziamento nazionale spesa sociale, programmazione, monitoraggio e valutazione politiche sociali e di inclusione attiva" (+**2.853,6 milioni**) e, al suo interno, al cap. 3530 "Somma da erogare per la copertura degli oneri relativi alla famiglia" (+1.172,7 mln) (artt. 57 e 59 del ddl di bilancio, volti all'integrazione al reddito delle lavoratrici madri con due o più figli e all'incremento dell'indennità dei congedi parentali) e al **cap. 3570** "**Fondo per il riconoscimento della carta per l'acquisto di beni e prestazioni sanitarie**" (**+1.645 milioni**) (**art. 53, commi 1 e 2, del ddl di bilancio**).

Si segnala, inoltre, nell'ambito del medesimo programma 3.2, la variazione in Sezione I relativa al **cap. 3560** "Somme da trasferire all'INPS per l'assegno di assistenza spettante per servizi di cura e assistenza di anziani non autosufficienti" (**+136 milioni**) (**art. 53, comma 3, del ddl di bilancio**).

In relazione alle risorse da destinare all'**assegno unico e universale per i figli a carico**, allocate sul **cap. 3620**, si registra uno stanziamento per competenza complessivamente pari a **21.043,7 milioni** per il 2027, senza variazioni rispetto alle somme previste a legislazione vigente.

In riferimento al **cap. 3528** "Somma da corrispondere all'INPS per il **pagamento di pensioni, assegni vari e relativi oneri accessori agli invalidi civili, ai sordomuti ed ai ciechi civili**", si registra uno stanziamento di competenza complessivamente pari a **23.700 milioni** per il 2027, senza variazioni rispetto alle risorse previste a legislazione vigente.

Si segnala, infine, nell'ambito del **programma 3.1** "Terzo settore (associazionismo, volontariato, Onlus e formazioni sociali) e responsabilità sociale delle imprese e delle organizzazioni" la variazione in Sezione I relativa al **cap. 5247** "Fondo per il finanziamento di progetti e attività di

interesse generale nel **Terzo settore**" (**+14,75 milioni**) (tale variazione è il risultato dell'incremento disposto dall'**art. 62** e della riduzione operata ai sensi dell'**art. 135**, **comma 2**, **del ddl di bilancio**).