



Area Contrattazione Sociale

Illustrazione e Commento CGIL alla Legge di Stabilità 2016: focus sulle materie socio-sanitarie

TESTO ARTICOLO 1 La Legge 28 dicembre 2015 n. 208 - Legge di Stabilità 2016	COMMENTO
<p>26. Al fine di contenere il livello complessivo della pressione tributaria, in coerenza con gli equilibri generali di finanza pubblica, per l'anno 2016 è sospesa l'efficacia delle leggi regionali e delle deliberazioni degli enti locali nella parte in cui prevedono aumenti dei tributi e delle addizionali attribuiti alle regioni e agli enti locali con legge dello Stato rispetto ai livelli di aliquote o tariffe applicabili per l'anno 2015. Sono fatte salve, per il settore sanitario, le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e all'articolo 2, commi 79, 80, 83 e 86, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nonché la possibilità di effettuare manovre fiscali incrementative ai fini dell'accesso alle anticipazioni di liquidità di cui agli articoli 2 e 3 del decreto-legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n. 64, e successivi rifinanziamenti. La sospensione di cui al primo periodo non si applica alla tassa sui rifiuti (TARI) di cui all'articolo 1, comma 639, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, né per gli enti locali che deliberano il predissesto, ai sensi dell'articolo 243-bis del testo unico di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, o il dissesto, ai sensi degli articoli 246 e seguenti del medesimo testo unico di cui al decreto legislativo n. 267 del 2000.</p>	<p>Comma 26 Confermato aumento tributi locali regioni in piano di rientro sanità</p> <p>Sospeso per il 2016 l'aumento dei tributi locali (tassa rifiuti esclusa) ma confermato l'aumento delle aliquote fiscali in caso di piani di Rientro dei disavanzi sanitari (e per Enti Locali predisse stati e dissestati)</p>
<p>125. All'articolo 2 del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, concernente il presupposto dell'imposta regionale sulle attività produttive, dopo il comma 1 è aggiunto il seguente: «1-bis. Non sussiste autonoma organizzazione ai fini dell'imposta nel caso di medici che abbiano sottoscritto specifiche convenzioni con le strutture ospedaliere per lo svolgimento della professione all'interno di tali strutture, laddove gli stessi percepiscano per l'attività svolta presso le medesime strutture più del 75 per cento del proprio reddito complessivo. Sono in ogni caso irrilevanti, ai fini della sussistenza dell'autonoma organizzazione, l'ammontare del reddito realizzato e le spese direttamente connesse all'attività svolta. L'esistenza dell'autonoma organizzazione è comunque configurabile in presenza di elementi che superano lo <i>standard</i> e i parametri previsti dalla convenzione con il Servizio sanitario nazionale».</p>	<p>Comma 125 Deduzioni e sgravi Irap studi medici</p> <p>Deduzioni Irap per i soggetti di minori dimensioni. Sgravi Irap per medici che hanno stretto convenzioni per studi all'interno degli ospedali per lo svolgimento della professione.</p>
<p>182. Salva espressa rinuncia scritta del prestatore di lavoro, sono soggetti a una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 10 per cento, entro il limite di importo complessivo di 2.000 euro lordi, i premi di risultato di ammontare variabile la cui corresponsione sia legata ad incrementi di produttività, redditività, qualità, efficienza ed innovazione, misurabili e verificabili sulla base di criteri definiti con il decreto di cui al comma 188, nonché le somme erogate sotto forma di partecipazione agli utili dell'impresa.</p> <p>183. Ai fini della determinazione dei premi di produttività, è computato il periodo obbligatorio di congedo di maternità.</p> <p>184. Le somme e i valori di cui al comma 2 e all'ultimo periodo del comma 3 dell'articolo 51 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, non concorrono, nel rispetto dei limiti ivi indicati, a formare il reddito di lavoro dipendente, né sono soggetti all'imposta sostitutiva disciplinata dai commi da 182 a 191, anche nell'eventualità in cui gli stessi siano fruiti, per scelta del lavoratore, in sostituzione, in tutto o in parte, delle somme di cui al comma 182.</p> <p>185. Per l'accertamento, la riscossione, le sanzioni e il contenzioso, si applicano, in quanto compatibili, le ordinarie disposizioni in materia di imposte dirette.</p> <p>186. Le disposizioni di cui ai commi da 182 a 185 trovano applicazione per il settore privato e con riferimento ai titolari di reddito di lavoro dipendente di importo non superiore, nell'anno precedente quello di percezione delle somme di cui al comma 182, a euro 50.000. Se il sostituto d'imposta tenuto ad applicare l'imposta sostitutiva non è lo stesso che ha rilasciato la certificazione unica dei redditi per l'anno precedente, il beneficiario attesta per iscritto l'importo del reddito di lavoro</p>	<p>Commi da 182 a 191 Welfare contrattuale aziendale</p> <p>Comma 182: per i lavoratori del settore privato (reddito annuo inferiore a euro 50.000: comma 186) detassazione con aliquota fissa del 10%. sul valore del Premio di produttività aziendale fino ad un valore dello stesso di 2.000 euro (es. 200 euro di imposta su 2.000 euro di premio).</p> <p>Comma 184: in alternativa è prevista la possibilità da parte del lavoratore di poter scegliere, in sostituzione parziale o totale del premio di produttività, prestazioni in</p>



Illustrazione e Commento CGIL alla Legge di Stabilità 2016: focus sulle materie socio-sanitarie

a cura di **Stefano Cecconi** e **Nicola Marongiu**

dipendente conseguito nel medesimo anno.

187. Ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui ai commi da 182 a 191, le somme e i valori di cui ai commi 182 e 184 devono essere erogati in esecuzione dei contratti aziendali o territoriali di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81.

188. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti i criteri di misurazione degli incrementi di produttività, redditività, qualità, efficienza ed innovazione di cui al comma 182 nonché le modalità attuative delle previsioni contenute nei commi da 182 a 191, compresi gli strumenti e le modalità di partecipazione all'organizzazione del lavoro, di cui al comma 189. Il decreto prevede altresì le modalità del monitoraggio dei contratti aziendali o territoriali di cui al comma 187.

189. Il limite di cui al comma 182 è aumentato fino ad un importo non superiore a 2.500 euro per le aziende che coinvolgono pariteticamente i lavoratori nell'organizzazione del lavoro, con le modalità specificate nel decreto di cui al comma 188.

190. All'articolo 51 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, sono apportate le seguenti modifiche:

a) al comma 2:

1) la lettera f) è sostituita dalla seguente:

«f) l'utilizzazione delle opere e dei servizi riconosciuti dal datore di lavoro volontariamente o in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale, offerti alla generalità dei dipendenti o a categorie di dipendenti e ai familiari indicati nell'articolo 12 per le finalità di cui al comma 1 dell'articolo 100»;

2) la lettera f-bis) è sostituita dalla seguente:

«f-bis) le somme, i servizi e le prestazioni erogati dal datore di lavoro alla generalità dei dipendenti o a categorie di dipendenti per la fruizione, da parte dei familiari indicati nell'articolo 12, dei servizi di educazione e istruzione anche in età prescolare, compresi i servizi integrativi e di mensa ad essi connessi, nonché per la frequenza di ludoteche e di centri estivi e invernali e per borse di studio a favore dei medesimi familiari»;

3) dopo la lettera f-bis) è inserita la seguente:

«f-ter) le somme e le prestazioni erogate dal datore di lavoro alla generalità dei dipendenti o a categorie di dipendenti per la fruizione dei servizi di assistenza ai familiari anziani o non autosufficienti indicati nell'articolo 12»;

b) dopo il comma 3 è inserito il seguente:

«3-bis. Ai fini dell'applicazione dei commi 2 e 3, l'erogazione di beni, prestazioni, opere e servizi da parte del datore di lavoro può avvenire mediante documenti di legittimazione, in formato cartaceo o elettronico, riportanti un valore nominale».

191 All'articolo 25, comma 1, del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 80, le parole: «al 10 per cento» sono sostituite dalle seguenti: «a 38,3 milioni di euro per l'anno 2016, a 36,2 milioni di euro per l'anno 2017 e a 35,6 milioni di euro per l'anno 2018». Le risorse del Fondo di cui all'articolo 1, comma 68, ultimo periodo, della legge 24 dicembre 2007, n. 247, e successive modificazioni, sono ridotte di 344,7 milioni di euro per l'anno 2016, 325,8 milioni di euro per l'anno 2017, 320,4 milioni di euro per l'anno 2018, 344 milioni di euro per l'anno 2019, 329 milioni di euro per l'anno 2020, 310 milioni di euro per l'anno 2021 e 293 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2022.

beni e servizi di welfare aziendale che non sono considerate reddito né sono tassate con l'aliquota del 10% (vedi poi comma 190).

comma 187: la detassazione si applica dove si stipulano accordi aziendali o territoriali

comma 188: un Decreto governativo chiarirà le modalità di applicazione di questa norma.

comma 189: il valore del Premio soggetto a tassazione agevolata (aliquota 10%) sale a 2.500 euro per le aziende che coinvolgono pariteticamente i lavoratori nell'organizzazione del lavoro.

Comma 190: vengono estese le prestazioni di welfare che non concorrono a determinare reddito da lavoro dipendente attraverso la modifica dell'art 51 comma 2 lettere f ed f bis del TUIR: educazione ed istruzione anche in età prescolare compresi i servizi integrativi e di mensa, frequenza di ludoteche e di centri estivi e invernali, per borse di studio, assistenza sanitaria e culto, servizi di assistenza ai familiari anziani o non autosufficienti. Le somme/valori di queste prestazioni erogate dal datore di lavoro non concorrono alla formazione del reddito da lavoro: una specie di voucher contrattuale esentasse (da chiarire se fino ad un massimale di 2000 euro o senza limiti). La platea di riferimento secondo la relazione tecnica riguarderebbe circa 620.000 addetti perché solo questi disporrebbero di un contratto di secondo livello.

Commento

risulta dubbio il calcolo della platea dei potenziali lavoratori coinvolgibili. Sicuramente è presumibile che si vada ad ampliare nel momento stesso in cui saranno definiti i criteri e le modalità attuative dell'articolo in oggetto; non a caso si prevede un monitoraggio dei contratti aziendali e territoriali (comma 188);

l'operazione viene finanziata parzialmente attraverso la riduzione del Fondo per il finanziamento degli sgravi contributivi per incentivare la contrattazione di 2 livello prevedendo una loro riduzione per il 2016 di 344,7 milioni andando al suo azzeramento (comma 191 e relazione tecnica);

bisognerà aspettare 60 giorni dall'entrata in vigore della



	<p><i>disposizione per conoscere i criteri per le modalità attuative delle previsioni previste nell'articolo 12 e capire se nel decreto saranno definiti anche i criteri di assegnazione ovvero i principi a cui dovranno attenersi gli accordi di 2 livello che l'articolo non prevede e che in assenza non potrebbero rendere queste innovazioni, possibili.</i></p> <p><i>La norma tende ad incentivare la contrattazione aziendale e territoriale, con un possibile svuotamento di quella nazionale se non opportunamente regolamentata all'interno dei contratti nazionali, a legare sempre più quote di salario alla produttività, ed a erogare prestazioni e benefit (tramite welfare aziendale) anziché salario diretto.</i></p> <p><i>Inoltre si incentiva fiscalmente il welfare privato delle imprese a danno del welfare universale per tutti i cittadini con una prevedibile ulteriore proliferazione di aziende di servizi che offriranno pacchetti di welfare alle aziende. Infatti il minor gettito fiscale stimato nella relazione tecnica è di circa 584 milioni l'anno (solo Irpef 433,8 mln nel 2016 e 520,6 mln dal 2017).</i></p> <p><u>vedi anche LINK al Commento CGIL sul Disegno di Legge</u></p>
<p>224. Resta escluso dall'applicazione delle disposizioni di cui al comma 219 il personale di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, delle città metropolitane e delle province adibito all'esercizio di funzioni fondamentali, degli uffici giudiziari e dell'amministrazione della giustizia, dell'area medica e veterinaria e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, il personale appartenente alla dirigenza di seconda fascia con funzione tecnico-ispettiva del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca nonché, per le funzioni specifiche attribuite dalla legge, il personale preposto ai posti dirigenziali del Dipartimento della protezione civile della Presidenza del Consiglio dei ministri. È escluso altresì il personale delle agenzie di cui al decreto legislativo 24 settembre 2015, n. 157.</p>	<p>Comma 224 Blocco assunzioni dirigenti</p> <p>Il blocco assunzioni dirigenti (di cui al comma 219) non vale per personale SSN (vedi anche commi 227, 228: limiti assunzione PA)</p>
<p>236. Nelle more dell'adozione dei decreti legislativi attuativi degli articoli 11 e 17 della legge 7 agosto 2015, n. 124, con particolare riferimento all'omogeneizzazione del trattamento economico fondamentale e accessorio della dirigenza, tenuto conto delle esigenze di finanza pubblica, a decorrere dal 1° gennaio 2016 l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, non può superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2015 ed è, comunque, automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio, tenendo conto del personale assumibile ai sensi della normativa vigente.</p>	<p>Comma 236 Trattamento accessorio del personale</p> <p>A decorrere dal 1° gennaio 2016, spesa trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale non potrà superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2015 e sarà automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio.</p>
<p>247. Al fine di sostenere l'accesso dei giovani alla ricerca, l'autonomia responsabile delle università e la competitività del sistema universitario e della ricerca italiano a livello internazionale, il Fondo per il finanziamento ordinario delle università è incrementato di 47 milioni di euro per l'anno 2016 e di 50,5 milioni di euro a decorrere dall'anno 2017, per l'assunzione di ricercatori di cui all'articolo 24, comma 3, lettera b), della legge 30 dicembre 2010, n. 240, e per il conseguente eventuale consolidamento nella posizione di professore di seconda fascia e il Fondo ordinario per il finanziamento degli enti e istituzioni di ricerca è incrementato di 8 milioni di euro per l'anno 2016 e di 9,5 milioni di euro a decorrere dall'anno 2017 per l'assunzione di ricercatori negli enti pubblici di ricerca.</p>	<p>Comma 247 Assunzione di ricercatori</p> <p>Incrementato di 46,2 milioni nel 2016 e 50,5 milioni di euro dal 2017 il fondo finanziamento ordinario delle università statali.</p>
<p>252. Al fine di aumentare il numero dei contratti di formazione specialistica dei</p>	<p>Comma 252 Formazione</p>



<p>medici di cui all'articolo 37 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e successive modificazioni, l'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 424, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, è incrementata di 57 milioni di euro per l'anno 2016, di 86 milioni di euro per l'anno 2017, di 126 milioni di euro per l'anno 2018, di 70 milioni di euro per l'anno 2019 e di 90 milioni di euro a decorrere dall'anno 2020.</p>	<p>specialistica dei medici</p> <p>Per aumentare il numero dei contratti di formazione specialistica dei medici: incremento di 57 milioni di euro nel 2016, di 86 milioni nel 2017, di 126 milioni nel 2018, di 70 milioni nel 2019 e di 90 milioni dal 2020. Stimati in circa 6.000 i contratti a decorrere dall'anno accademico 2015/2016.</p>
<p>253. All'articolo 10 del decreto-legge 28 giugno 2013, n. 76, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n. 99, dopo il comma 2 è inserito il seguente:</p> <p>«2-bis. Ferma restando la disposizione di cui all'articolo 21 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, gli iscritti ai corsi di laurea in medicina e chirurgia e in odontoiatria, a partire dal quinto anno di corso e sino all'iscrizione nel relativo albo professionale, al fine di rafforzare la propria posizione previdenziale, possono facoltativamente provvedere all'iscrizione e al pagamento della relativa contribuzione presso la "Quota A" del Fondo di previdenza generale gestito dall'ente di previdenza di cui all'elenco A, nono capoverso, annesso al decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509. L'ammontare del contributo e le modalità del versamento vengono determinati dal consiglio di amministrazione dell'ente di cui al primo periodo, tenendo conto della capacità reddituale degli interessati. Per le finalità di cui al presente comma, l'ente può favorire l'iscrizione e il pagamento della contribuzione da parte degli studenti di cui al primo periodo anche attraverso prestiti d'onore. Dall'applicazione delle disposizioni del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica».</p>	<p>Comma 253 Contributi previdenziali iscritti ai corsi di laurea medicina e chirurgia (odontoiatria ed assimilate)</p> <p>dal quinto anno di corso e fino all'iscrizione all'Albo professionale, consentito versare i contributi previdenziali, anche attraverso prestiti d'onore.</p>
<p>301. L'INPS e l'INAIL, al fine di prevenire patologie che possano dar luogo a invalidità o per evitare l'aggravamento di invalidità dovute alle stesse patologie, da individuare nell'accordo di cui all'articolo 4, comma 4, della legge 24 ottobre 2000, n. 323, e sulla base di specifici protocolli da loro stessi definiti, riconoscono ai propri assistiti che fruiscono di cicli di cure termali per le predette finalità le prestazioni economiche accessorie di cui all'articolo 5, comma 1, ultimo periodo, della legge 24 ottobre 2000, n. 323.</p>	<p>Comma 301 Invalidità e cure termali</p> <p>Per prevenire patologie che possono condurre a invalidità, o per impedirne l'aggravamento, Inps e Inail possono riconoscere ai propri assistiti che beneficiano delle cure termali l'accesso alle prestazioni economiche accessorie (es. soggiorno strutture alberghiere) previste dalla legge 323/2000.</p>
<p>303. Con effetto dall'anno 2016, a decorrere dal 1° luglio di ciascun anno, gli importi degli indennizzi del danno biologico erogati dall'INAIL ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, e successive modificazioni, sono rivalutati, con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, su proposta del Presidente dell'INAIL, sulla base della variazione dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati accertata dall'Istituto nazionale di statistica rispetto all'anno precedente. OMISSIS</p>	<p>Comma 303 Rivalutazione indennizzi per danno biologico</p>
<p>312. In via sperimentale, per gli anni 2016 e 2017, è istituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali un Fondo finalizzato a reintegrare l'INAIL dell'onere conseguente alla copertura degli obblighi assicurativi contro le malattie e gli infortuni, tenuto conto di quanto disposto dall'articolo 4 della legge 11 agosto 1991, n. 266, in favore dei soggetti beneficiari di ammortizzatori e di altre forme di integrazione e sostegno del reddito previste dalla normativa vigente, coinvolti in attività di volontariato a fini di utilità sociale in favore di comuni o enti locali, nonché in favore dei detenuti e degli internati impegnati in attività volontarie e gratuite ai sensi dell'articolo 21, comma 4-ter, della legge 26 luglio 1975, n. 354, e degli stranieri richiedenti asilo in possesso del relativo permesso di soggiorno, trascorso il termine di cui all'articolo 22, comma 1, del decreto legislativo 18 agosto 2015, n.142.</p> <p>313. Una quota del Fondo di cui al comma 312 non superiore a 100.000 euro annui è destinata a reintegrare gli oneri assicurativi di cui all'articolo 4 della legge 11 agosto 1991, n. 266, relativi alle organizzazioni di volontariato, già costituite alla data di entrata in vigore della presente legge, che esercitano attività di utilità sociale nei territori montani.</p> <p>314. Alla dotazione del Fondo di cui al comma 312, cui è assegnato l'importo di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2016 e 2017, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo sociale per occupazione e formazione, di cui all'articolo 18, comma 1, lettera a), del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, su proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sono apportate le necessarie variazioni di bilancio.</p> <p>315. Al fine di promuovere la prestazione di attività di volontariato da parte dei soggetti di cui al comma 312, i comuni e gli altri enti locali interessati promuovono le opportune iniziative informative e pubblicitarie finalizzate a rendere noti i progetti di utilità sociale, da realizzare anche in collaborazione con le organizzazioni del terzo settore. La condizione di soggetto beneficiario di ammortizzatori e di altre forme di integrazione e sostegno del reddito, di cui al comma 312, è verificata dall'INPS, su</p>	<p>Commi da 312 a 316 Attività di volontariato dei lavoratori che beneficiano di ammortizzatori sociali</p> <p>Fondo sperimentale per assicurazione infortuni e malattie 5 milioni annui nel 2016 e nel 2017 (recuperati riducendo fondo sociale occupazione e formazione).</p> <p>Comma 315: i comuni e gli altri enti locali interessati promuovono le opportune iniziative informative e pubblicitarie finalizzate a rendere noti i progetti di utilità sociale, da realizzare anche in collaborazione con le organizzazioni del terzo settore.</p>



<p>richiesta dei comuni o degli altri enti locali, ovvero direttamente dagli enti locali erogatori.</p> <p>316. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali sono stabiliti modalità e criteri per la valorizzazione, ai fini della certificazione dei crediti formativi, dell'attività prestata ai sensi del comma 312. Agli oneri derivanti dalla certificazione delle competenze si provvede mediante le risorse del Fondo di cui al comma 312, secondo limiti e modalità stabilite con il decreto di cui al presente comma.</p>	
<p>376. Le disposizioni previste dai commi dal presente al comma 382 hanno lo scopo di promuovere la costituzione e favorire la diffusione di società, di seguito denominate «società <i>benefit</i>», che nell'esercizio di una attività economica, oltre allo scopo di dividerne gli utili, perseguono una o più finalità di beneficio comune e operano in modo responsabile, sostenibile e trasparente nei confronti di persone, comunità, territori e ambiente, beni ed attività culturali e sociali, enti e associazioni ed altri portatori di interesse.</p> <p>377. Le finalità di cui al comma 376 sono indicate specificatamente nell'oggetto sociale della società <i>benefit</i> e sono perseguite mediante una gestione volta al bilanciamento con l'interesse dei soci e con l'interesse di coloro sui quali l'attività sociale possa avere un impatto. Le finalità possono essere perseguite da ciascuna delle società di cui al libro V, titoli V e VI, del codice civile, nel rispetto della relativa disciplina.</p> <p>378. Ai fini di cui ai commi da 376 a 382, si intende per:</p> <p>a) «beneficio comune»: il perseguimento, nell'esercizio dell'attività economica delle società <i>benefit</i>, di uno o più effetti positivi, o la riduzione degli effetti negativi, su una o più categorie di cui al comma 376;</p> <p>b) «altri portatori di interesse»: il soggetto o i gruppi di soggetti coinvolti, direttamente o indirettamente, dall'attività delle società di cui al comma 376, quali lavoratori, clienti, fornitori, finanziatori, creditori, pubblica amministrazione e società civile;</p> <p>c) «<i>standard</i> di valutazione esterno»: modalità e criteri di cui all'allegato 4 annesso alla presente legge, che devono essere necessariamente utilizzati per la valutazione dell'impatto generato dalla società <i>benefit</i> in termini di beneficio comune;</p> <p>d) «aree di valutazione»: ambiti settoriali, identificati nell'allegato 5 annesso alla presente legge, che devono essere necessariamente inclusi nella valutazione dell'attività di beneficio comune.</p> <p>379. La società <i>benefit</i>, fermo restando quanto previsto nel codice civile, deve indicare, nell'ambito del proprio oggetto sociale, le finalità specifiche di beneficio comune che intende perseguire. Le società diverse dalle società <i>benefit</i>, qualora intendano perseguire anche finalità di beneficio comune, sono tenute a modificare l'atto costitutivo o lo statuto, nel rispetto delle disposizioni che regolano le modificazioni del contratto sociale o dello statuto, proprie di ciascun tipo di società; le suddette modifiche sono depositate, iscritte e pubblicate nel rispetto di quanto previsto per ciascun tipo di società dagli articoli 2252, 2300 e 2436 del codice civile. La società <i>benefit</i> può introdurre, accanto alla denominazione sociale, le parole: «Società <i>benefit</i>» o l'abbreviazione: «SB» e utilizzare tale denominazione nei titoli emessi, nella documentazione e nelle comunicazioni verso terzi.</p> <p>380. La società <i>benefit</i> è amministrata in modo da bilanciare l'interesse dei soci, il perseguimento delle finalità di beneficio comune e gli interessi delle categorie indicate nel comma 376, conformemente a quanto previsto dallo statuto. La società <i>benefit</i>, fermo quanto disposto dalla disciplina di ciascun tipo di società prevista dal codice civile, individua il soggetto o i soggetti responsabili a cui affidare funzioni e compiti volti al perseguimento delle suddette finalità.</p> <p>381. L'inosservanza degli obblighi di cui al comma 380 può costituire inadempimento dei doveri imposti agli amministratori dalla legge e dallo statuto. In caso di inadempimento degli obblighi di cui al comma 380, si applica quanto disposto dal codice civile in relazione a ciascun tipo di società in tema di responsabilità degli amministratori.</p> <p>382. Ai fini di cui ai commi da 376 a 384, la società <i>benefit</i> redige annualmente una relazione concernente il perseguimento del beneficio comune, da allegare al bilancio societario e che include:</p> <p>a) la descrizione degli obiettivi specifici, delle modalità e delle azioni attuati dagli amministratori per il perseguimento delle finalità di beneficio comune e delle eventuali circostanze che lo hanno impedito o rallentato;</p> <p>b) la valutazione dell'impatto generato utilizzando lo <i>standard</i> di valutazione esterno con caratteristiche descritte nell'allegato 4 annesso alla presente legge e che comprende le aree di valutazione identificate nell'allegato 5 annesso alla presente legge;</p> <p>c) una sezione dedicata alla descrizione dei nuovi obiettivi che la società intende perseguire nell'esercizio successivo.</p> <p>383. La relazione annuale è pubblicata nel sito <i>internet</i> della società, qualora esistente. A tutela dei soggetti beneficiari, taluni dati finanziari della relazione possono essere omessi.</p> <p>384. La società <i>benefit</i> che non persegua le finalità di beneficio comune è soggetta alle disposizioni di cui al decreto legislativo 2 agosto 2007, n. 111, in materia di pubblicità ingannevole e alle disposizioni del codice del consumo, di cui al decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206. L'Autorità garante della concorrenza e del mercato svolge i relativi compiti e attività, nei limiti delle risorse disponibili e senza nuovi o maggiori oneri a carico dei soggetti vigilati.</p>	<p>Commi 376 – 382</p> <p>Società benefit</p> <p>LINK al Commento Cgil "Stabilità: società benefit, arriva il welfare compassionevole?":</p> <p>"... si mescolano la natura, e magari i vantaggi fiscali, dell'impresa profit e dell'impresa sociale no profit, incentivando anche per questa via un welfare d'impresa compassionevole piuttosto che il welfare universale dei diritti di cittadinanza". un'impresa che ...dovrebbe svolgere attività economica, dividere gli utili, e perseguire anche una o più finalità di beneficio comune" ... "la proposta genera confusione e anche qualche sospetto. Infatti contemporaneamente il Parlamento sta discutendo il disegno di legge di riforma del Terzo Settore, che sindacato e associazioni hanno contestato proprio laddove tratta l'Impresa Sociale, togliendo il vincolo ad essere senza fine di lucro e aprendo le porte ad una deriva commerciale nei servizi del welfare". "Una levata di scudi ... di fronte alla quale sono stati annunciati emendamenti anche da parte di esponenti della maggioranza". "</p> <p>Ora spunta fuori la 'società benefit', viene dubbio ... che si tratti di un modo per far rientrare dalla finestra, la legge di stabilità, ciò che stava uscendo dalla porta, la riforma del Terzo Settore".</p> <p>vedi anche LINK al Comunicato Forum Terzo Settore</p>



386. Al fine di garantire l'attuazione di un Piano nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, è istituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali un fondo denominato «Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale», al quale sono assegnate le risorse di 600 milioni di euro per l'anno 2016 e di 1.000 milioni di euro a decorrere dall'anno 2017, che costituiscono i limiti di spesa ai fini dell'attuazione dei commi dal presente al comma 390. Il Piano, adottato con cadenza triennale mediante decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, individua una progressione graduale, nei limiti delle risorse disponibili, nel raggiungimento di livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale per il contrasto alla povertà.

387. Per l'anno 2016 le risorse di cui al comma 386 sono destinate ai seguenti interventi che costituiscono le priorità del Piano di cui al medesimo comma:

a) avvio su tutto il territorio nazionale di una misura di contrasto alla povertà, intesa come estensione, rafforzamento e consolidamento della sperimentazione di cui all'articolo 60 del decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 aprile 2012, n. 35. Nelle more dell'adozione del Piano di cui al comma 386, all'avvio del Programma si procede con rinnovati criteri e procedure definiti ai sensi del citato articolo 60 del decreto-legge n. 5 del 2012, garantendo in via prioritaria interventi per nuclei familiari in modo proporzionale al numero di figli minori o disabili, tenendo conto della presenza, all'interno del nucleo familiare, di donne in stato di gravidanza accertata da definire con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da emanare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Nel 2016 al Programma sono destinati 380 milioni di euro incrementando a tal fine in misura pari al predetto importo il Fondo di cui all'articolo 81, comma 29, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, oltre alle risorse già destinate alla sperimentazione dall'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 28 giugno 2013, n. 76, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n. 99, nonché dall'articolo 1, comma 216, della legge 27 dicembre 2013, n. 147. Conseguentemente l'autorizzazione di spesa di cui al comma 386 è corrispondentemente ridotta di 380 milioni di euro per l'anno 2016;

b) fermo restando quanto stabilito dall'articolo 43, comma 5, del decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 148, all'ulteriore incremento dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 16, comma 7, del decreto legislativo 4 marzo 2015, n. 22, relativa all'assegno di disoccupazione (ASDI), per 220 milioni di euro con conseguente corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui al comma 386.

388. Per gli anni successivi al 2016 le risorse di cui al comma 386 sono destinate al finanziamento di uno o più provvedimenti legislativi di riordino della normativa in materia di trattamenti, indennità, integrazioni di reddito e assegni di natura assistenziale o comunque sottoposti alla prova dei mezzi, anche rivolti a beneficiari residenti all'estero, nonché in materia di accesso alle prestazioni sociali, finalizzati all'introduzione di un'unica misura nazionale di contrasto alla povertà, correlata alla differenza tra il reddito familiare del beneficiario e la soglia di povertà assoluta, e alla razionalizzazione degli strumenti e dei trattamenti esistenti.

389. Al Fondo di cui al comma 386 sono altresì destinate, a decorrere dall'anno 2017, le risorse stanziati dall'articolo 19, comma 1, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2, nella misura di 30 milioni di euro per l'anno 2017 e di 54 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2018.

390. 212. Sono abrogati i commi da 51 a 53 dell'articolo 2 della legge 28 giugno 2012, n. 92.

Commi da 386 a 389 **Misure contrasto Povertà**

Si istituisce un fondo denominato «Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale» con assegnazione delle seguenti risorse:

- 600 milioni di euro per il 2016;
- 1.000 milioni di euro per il 2017.

Previsto un Piano, a cadenza triennale, con Dpcm (proposta Mef e MLps, Intesa Stato Regioni) per individuare una progressione graduale, nei limiti delle risorse disponibili, nel raggiungimento di livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale per il contrasto alla povertà.

Nel 2016 in attesa del piano entro 30 giorni Decreto dei Ministri LPS/MEF, definizione dei «rinnovati criteri e procedure» sulla sperimentazione della carta acquisti per l'individuazione dei beneficiari. Al fondo 2016 (nei limiti dei 600 mln) affluiscono risorse «nuove»: 380 mln ex carta acquisti (legge 35/2912 art 60, legge 133/2008 art. 81 comma 29, legge 147/2013 art 1 comma 216, legge 99/2013 art 3 comma 2) e 220 mln assegno disoccupazione (art 16 comma 7 D.lgs. 22/2915)

Nel 2017 affluiscono 30 mln e 54 mln dal 2018 ex D.L. «disoccupazione» (Legge 2/2008 art 19 comma 1).

Per gli anni successivi al 2016 1.000 milioni di euro sono destinati ogni anno al finanziamento di uno o più provvedimenti legislativi, da attuarsi attraverso una legge delega e successivi decreti attuativi, per il riordino complessivo della materia di trattamenti, indennità, integrazioni di reddito, e assegni di natura assistenziale o comunque sottoposti alla prova dei mezzi (ISEE), e in materia di accesso alle prestazioni sociali finalizzati alla introduzione di un'unica misura nazionale di contrasto alla povertà e alla razionalizzazione degli strumenti e dei trattamenti esistenti.

Commento

La valutazione su una misura tutta da costruire non può limitarsi al solo impatto di natura economica legato al finanziamento ma guarda alla

prospettiva che si aprirà con l'intervento, presumibilmente affidato a un disegno di legge delega e a successivi decreti attuativi.

La prospettiva di un intervento di riordino occorre capire a cosa guarda: se si limita alla razionalizzazione di strumenti diversi oggi esistenti oppure se mette in causa – come sembra evincersi dal testo (vedi comma 388) – un complessivo intervento di riforma degli istituti aventi carattere di prestazione sociale e assistenziale vincolando ogni erogazione alla questione prova dei mezzi e alla confluenza verso un unico strumento. Il che potrebbe determinare un profondo e radicale intervento.

La misura che il Governo intende introdurre, oltre alla insufficienza della dotazione economica e ad un Piano che è solamente annunciato, conferma il carattere ancora categoriale e non universale: per i nuclei familiari con minori, per l'attribuzione di risorse – interne al capitolo contrasto alla povertà – sull' ASDI.

La consistenza del numero di nuclei familiari in condizioni di povertà assoluta rende evidente che la prospettiva di 1.000 milioni di euro, dal 2017 in poi, è del tutto insufficiente a coprire il bisogno se si vuole assicurare il carattere strutturale e universale dell'intervento di contrasto alla povertà.

Anche la dotazione per il 2016 è insufficiente per una efficace azione di contrasto e oltre i 380 milioni di euro il resto sono risorse che afferiscono a fondi non utilizzati, anche per ritardi dell'azione politico-amministrativa (non è mai stato pubblicato il decreto con i nuovi criteri per la estensione della carta acquisti al mezzogiorno);

il fondo relativo alle politiche sociali è nella previsione invariato rispetto alla dotazione del 2015 (312 milioni di euro), al di sotto della dotazione precedente all'intervento del 2011 che prevedeva un miliardo di euro;

sono di fatto invariate le dotazioni dei fondi per l'infanzia e l'adolescenza (28 milioni di euro), 20 per le pari opportunità (circa 19 milioni di euro) e per le politiche della famiglia (22 milioni di euro).

[vedi anche LINK Commento](#)



	<p>CGIL: vedi capitolo 4 Schede di Approfondimento</p>
<p>391. A decorrere dall'anno 2016 è istituita la carta della famiglia, destinata alle famiglie costituite da cittadini italiani o da cittadini stranieri regolarmente residenti nel territorio italiano, con almeno tre figli minori a carico. La carta è rilasciata alle famiglie che ne facciano richiesta, previo pagamento degli interi costi di emissione, con i criteri e le modalità stabilite, sulla base dell'ISEE, con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro dello sviluppo economico, da emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge. La carta consente l'accesso a sconti sull'acquisto di beni o servizi ovvero a riduzioni tariffarie concessi dai soggetti pubblici o privati che intendano contribuire all'iniziativa. I soggetti che partecipano all'iniziativa, i quali concedono sconti o riduzioni maggiori di quelli normalmente praticati sul mercato, possono valorizzare la loro partecipazione all'iniziativa a scopi promozionali e pubblicitari. La Carta famiglia nazionale è emessa dai singoli comuni, che attestano lo stato della famiglia al momento del rilascio, e ha una durata biennale dalla data di emissione. La Carta famiglia nazionale è funzionale anche alla creazione di uno o più gruppi di acquisto familiare o gruppi di acquisto solidale nazionali, nonché della fruizione dei biglietti famiglia e abbonamenti famiglia per servizi di trasporto, culturali, sportivi, ludici, turistici e di altro tipo.</p>	<p>Commi 391 Carta per Famiglie con almeno tre figli</p>
<p>392. In via sperimentale, per gli anni 2016, 2017 e 2018, è istituito il «Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile», alimentato dai versamenti effettuati su un apposito conto corrente postale dalle fondazioni di cui al decreto legislativo 17 maggio 1999, n. 153, nell'ambito della propria attività istituzionale. Le modalità di gestione del conto di cui al presente comma sono definite nel protocollo d'intesa di cui al comma 393.</p> <p>393. Con protocollo d'intesa stipulato tra le fondazioni di cui al decreto legislativo 17 maggio 1999, n. 153, la Presidenza del Consiglio dei ministri, il Ministero dell'economia e delle finanze e il Ministero del lavoro e delle politiche sociali sono definite le modalità di intervento di contrasto alla povertà educativa minorile e sono individuate le caratteristiche dei progetti da finanziare, le modalità di valutazione e selezione, anche con il ricorso a valutatori indipendenti, e di monitoraggio, al fine di assicurare la trasparenza, il migliore utilizzo delle risorse e l'efficacia degli interventi. Con il protocollo di cui al primo periodo, sono altresì regolate le modalità di organizzazione e governo del Fondo di cui al comma 392.</p> <p>394. Agli enti di cui al comma 392 è riconosciuto un contributo, sotto forma di credito d'imposta, pari al 75 per cento dei versamenti effettuati al Fondo di cui al medesimo comma 392, negli anni 2016, 2017 e 2018. Il contributo è assegnato, fino ad esaurimento delle risorse disponibili, pari ad euro 100 milioni per ciascun anno, secondo l'ordine temporale in cui le fondazioni comunicano l'impegno a finanziare i progetti individuati secondo il protocollo d'intesa di cui al comma 393. Il credito è riconosciuto dall'Agenzia delle entrate con apposita comunicazione che dà atto della trasmissione della delibera di impegno irrevocabile all'aversamento al Fondo delle somme da ciascuna stanziare, nei termini e secondo le modalità previsti nel protocollo d'intesa. Dell'eventuale mancato versamento al Fondo delle somme indicate nella delibera di impegno rispondono solidalmente tutte le fondazioni aderenti allo stesso. Il credito è indicato nella dichiarazione dei redditi relativa al periodo d'imposta di riconoscimento e può essere utilizzato esclusivamente in compensazione ai sensi dell'articolo 17 del decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241, e successive modificazioni, a decorrere dal periodo d'imposta nel quale lo stesso è stato riconosciuto. Il credito d'imposta di cui al presente comma è cedibile dai soggetti di cui al comma 392, nel rispetto delle disposizioni di cui agli articoli 1260 e seguenti del codice civile e previa adeguata dimostrazione dell'effettività del diritto al credito medesimo, a intermediari bancari, finanziari e assicurativi. La cessione del credito d'imposta è esente dall'imposta di registro. Al credito d'imposta non si applicano i limiti di cui all'articolo 1, comma 53, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, e all'articolo 34 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, e successive modificazioni.</p> <p>395. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono definite le disposizioni applicative necessarie, ivi comprese le procedure per la concessione del contributo di cui al comma 394 nel rispetto del limite di spesa stabilito.</p> <p>396. All'articolo 2, comma 2, lettera a), ultimo periodo, del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1997, n. 441, le parole: «superiore a lire dieci milioni» sono sostituite dalle seguenti: «superiore a euro quindicimila o si tratti di beni facilmente deperibili».</p>	<p>Commi 392 – 395 Fondo contrasto povertà educativa minorile</p> <p>Previsto in via sperimentale per gli anni 2016, 2017, 2018. Alimentato da versamenti effettuati dalle fondazioni, previo protocollo d'intesa tra le fondazioni, la Presidenza del Consiglio e i competenti Ministeri nel quale prevedere le modalità d'intervento. Alle fondazioni concesso credito d'imposta fino ad esaurimento delle risorse disponibili previste in 100 milioni di euro.</p> <p>Commento</p> <p><i>Sono da approfondire finalità e strumenti d'intervento con il fondo che si costituirà con i finanziamenti delle fondazioni, la distinzione di un doppio canale d'intervento toglie spazio ai percorsi d'inclusione rivolti ai nuclei familiari che dovrebbero essere alla base per l'erogazione della misura di contrasto alla povertà.</i></p>
<p>397, 398 Personale Croce Rossa Italiana</p>	<p>Commi 397 -399 Personale Croce Rossa Italiana</p>
<p>399. Il fondo di cui all'articolo 58, comma 1, del decreto-legge 22 giugno 2012, n. 83, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 134, è rifinanziato di 2 milioni di euro per l'anno 2016 e di 5 milioni di euro a decorrere dall'anno 2017.</p>	<p>Comma 399 Fondo derrate alimentari persone indigenti</p> <p>Stanziati 2 milioni di euro nel 2016 e di 5 milioni dal 2017</p>
<p>400. È istituito un Fondo presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, con una dotazione di 90 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2016, destinato alla copertura finanziaria di interventi legislativi recanti misure per il sostegno di persone con disabilità grave, prive di sostegno familiare.</p>	<p>Comma 400 Disabilità: "Fondo dopo di noi"</p> <p>istituito presso il MEF con 90 milioni di euro annui dall'anno 2016, per il</p>



	sostegno delle persone con disabilità grave prive di sostegno familiari. Un Dpcm definirà le misure, anche fiscali, per utilizzare il Fondo.
401. Al fine di garantire la compiuta attuazione della legge 18 agosto 2015, n. 134, è istituito nello stato di previsione del Ministero della salute il Fondo per la cura dei soggetti con disturbo dello spettro autistico, con una dotazione di 5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2016. 402. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e successive modificazioni, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti i criteri e le modalità per l'utilizzazione del Fondo di cui al comma 401.	Comma 401 soggetti autistici Fondo 5 mln anno dal 2016 per la cura dei soggetti autistici
403. È autorizzata la spesa di un milione di euro per l'anno 2016 in favore dell'ente «Ente Nazionale per la protezione e l'assistenza dei Sordi (Onlus)», di cui alla legge 12 maggio 1942, n. 889, alla legge 21 agosto 1950, n. 698, e al decreto del Presidente della Repubblica 31 marzo 1979, pubblicato nella <i>Gazzetta Ufficiale</i> n. 125 del 9 maggio 1979, con vincolo di destinazione alla creazione e funzionamento annuale del costituendo Centro per l'autonomia della persona sorda (C.A.P.S.) con sede in Roma	Comma 403 Assistenza sordi 1 mln di euro nel 2016 all'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza dei sordi.
405. Lo stanziamento del Fondo per le non autosufficienze, di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, anche ai fini del finanziamento degli interventi a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica, è incrementato di 150 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2016.	Comma 405 Fondo per le non autosufficienze Il Fondo NA a decorrere dal 2016 è incrementato di 150 milioni annui: il valore del Fondo così passa da 250 a 400 milioni euro annui, ma comprende anche gli interventi a favore delle persone affette dal SLA. Commento: <i>E' positivo incrementare le risorse per le persone più vulnerabili. Tuttavia per la NA la cifra è troppo bassa per garantire i Livelli Essenziali (e il Fondo NA a questo scopo sarebbe esplicitamente destinato dalla Legge). Questo è ancor più vero se guardiamo ai tagli alla sanità che avranno effetti pesantissimi sulle prestazioni rivolte alle persone NA (come dimostrano le scelte di alcune regioni che stanno riducendo la copertura sanitaria scaricando le rette per l'Assistenza Domiciliare o in Rsa su Comuni e pazienti). Infine, ancora una volta, il finanziamento è totalmente sganciato da un Piano nazionale per la NA e non si parla di integrazione socio sanitaria.</i>
406. Al fine di potenziare i progetti riguardanti misure atte a rendere effettivamente indipendente la vita delle persone con disabilità grave come previsto dalle disposizioni di cui alla legge 21 maggio 1998, n. 162, è stanziata la somma di 5 milioni di euro per l'anno 2016.	Comma 406 vita indipendente persone con disabilità grave Stanziati 5 milioni di euro per il 2016 per progetti riguardanti misure per rendere effettivamente indipendente la vita delle persone con disabilità grave
407. A decorrere dall'anno 2016, al fine di favorire la realizzazione di progetti di integrazione dei disabili mentali attraverso lo sport, una quota pari a 500.000 euro del contributo di cui all'articolo 1, comma 580, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, e successivi rifinanziamenti, è attribuita al programma internazionale di allenamento sportivo e competizioni atletiche per le persone, ragazzi ed adulti, con disabilità intellettiva, « <i>Special Olympics Italia</i> ». 408. Ai fini dell'attuazione del comma 407 il contributo al Comitato italiano paralimpico di cui all'articolo 1, comma 580, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, è incrementato di 0,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2016.	Commi 407 e 408 integrazione disabili mentali, attraverso lo sport Progetti di integrazione dei disabili mentali, attraverso lo sport: dal 2016 500mila euro per il programma "Special Olympics Italia".



<p>409. L'articolo 2 del decreto-legge 25 marzo 2013, n. 24, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 maggio 2013, n. 57, è sostituito dal seguente: «Art. 2. – (Sperimentazioni cliniche con l'impiego di medicinali per terapie avanzate a base di cellule staminali per la cura di malattie rare). – 1. Per lo svolgimento di una o più sperimentazioni cliniche, concernenti l'impiego di medicinali per terapie avanzate a base di cellule staminali per la cura di malattie rare, da condurre, nel rispetto delle modalità e dei termini previsti dal decreto legislativo 24 giugno 2003, n. 211, nonché secondo la normativa internazionale vigente e in accordo con le vigenti linee guida europee, con cellule prodotte secondo il regime GMP (Good Manufacturing Practice) certificato dall'Agenzia italiana del farmaco, il Comitato interministeriale per la programmazione economica, in attuazione dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, vincola una quota del Fondo sanitario nazionale, per un importo fino a 2 milioni di euro per l'anno 2017 e fino a 4 milioni di euro per l'anno 2018, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.</p> <p>2. Al fine di garantire il più elevato potenziale terapeutico e il migliore livello scientifico, la selezione delle sperimentazioni da finanziare ai sensi del comma 1 avviene mediante procedura a evidenza pubblica, coordinata dall'Agenzia italiana del farmaco e dall'Istituto superiore di sanità, che possono avvalersi di un comitato di esperti esterni ai fini della valutazione delle predette sperimentazioni».</p> <p>410. Il Fondo sanitario nazionale, determinato ai sensi dell'articolo 1, comma 556, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, è incrementato nella misura di 1 milione di euro per l'anno 2017 e di 2 milioni di euro per l'anno 2018.</p>	<p>Commi 409, 410 Cellule staminali e SLA Sclerosi Laterale Amiotrofica.</p> <p>Aumento del Fondo sanitario nazionale: 1 mln di euro per l'anno 2017, 2 milioni di euro 2018 vincolato alla sperimentazione clinica di fase II basata sul trapianto di cellule staminali cerebrali umane in pazienti affetti da SLA</p>
<p>412. La dotazione del Fondo per le politiche della famiglia di cui all'articolo 19, comma 1, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, come rifinanziato dall'articolo 1, comma 132, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, è ridotto nella misura di 15 milioni di euro annui a decorrere dal 2016.</p>	<p>Comma 412 taglio al fondo politiche della famiglia</p> <p>ridotto nella misura di 15 milioni di euro annui a decorrere dal 2016.</p>
<p>418. Il comma 466 dell'articolo 2 della legge 24 dicembre 2007, n. 244, è sostituito dal seguente: «466. Il contributo di cui alla legge 23 settembre 1993, n. 379, è erogato per l'85 per cento, agli enti di formazione destinatari e, per la restante parte, all'Associazione nazionale privi della vista e ipovedenti Onlus, per le esigenze del Centro autonomie e mobilità e dell'annessa Scuola cani guida per ciechi e al Polo tattile multimediale della Stamperia regionale Braille Onlus di Catania. La ripartizione è operata dal Ministero dell'interno con proprio provvedimento adottato su proposta dell'Unione italiana ciechi tenuto conto dei progetti di attività presentati dagli enti di cui al periodo precedente. I medesimi enti sono tenuti agli adempimenti di rendicontazione già previsti dall'articolo 2 della medesima legge n. 379 del 1993 per l'Unione italiana ciechi».</p>	<p>Comma 418 Contributo ciechi</p> <p>Revisione dei contributi dello Stato per ciechi e ipovedenti</p>
<p>419. Al fine di contribuire al funzionamento dell'Istituto nazionale di genetica molecolare (INGM) di cui all'articolo 1, comma 1, lettera b), del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138, è autorizzata a decorrere dall'anno 2016 una spesa ulteriore di 1 milione di euro annui.</p>	<p>Comma 419 Istituto nazionale di genetica molecolare</p> <p>Stanziato 1 mln euro dal 2016 per l'Istituto nazionale di genetica molecolare (INGM)</p>
<p>420. Il contributo in favore della Biblioteca italiana per i ciechi «Regina Margherita» di Monza di cui all'articolo 1 della legge 13 novembre 2002, n. 260, è incrementato dell'importo di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2016, 2017 e 2018.</p> <p>421. Alla biblioteca italiana per ipovedenti «B.I.I. Onlus» è assegnato un contributo di 100.000 euro per ciascuno degli anni 2016, 2017 e 2018.</p>	<p>Comma 420 Ciechi e ipovedenti</p> <p>Contributo a Biblioteca per ciechi "Regina Margherita" di Monza incremento 2 mln per anni 2016/17/18. Comma 421: Contributo 100mila euro per ciascuno anni 2016/17/18 alla "Biblioteca italiana ipovedenti".</p>
<p>466. Per il triennio 2016-2018, in applicazione dell'articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli oneri posti a carico del bilancio statale sono quantificati, complessivamente, in 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2016, di cui 74 milioni di euro per il personale delle Forze armate e dei Corpi di polizia di cui al decreto legislativo 12 maggio 1995, n. 195, e 7 milioni di euro per il restante personale statale in regime di diritto pubblico.</p>	<p>Comma 466 Contratti di lavoro PA</p> <p>Stanziati 300 mln (di cui 74 mln per FF.AA. e di Polizia) a decorrere dall'anno 2016 per il rinnovo del Contratto di Lavoro del personale della Pubblica Amministrazione</p> <p>Commento: Ancora una manovra in continuità con le precedenti nel suo attacco contro la Pubbliche Amministrazioni e contro il lavoro.</p> <p>LINK per il Commento Cgil completo: Capitolo 5 Schede di approfondimento (pagine 20 – 22)</p>



521. Al fine di favorire la corretta ed appropriata allocazione delle risorse programmate per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale e per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), le disposizioni di cui ai commi dal presente comma al comma 547 disciplinano le procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli enti del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e nel rispetto della garanzia dei LEA.

522. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 29 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, e successive modificazioni, dall'articolo 32, comma 7, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, nonché dall'articolo 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 settembre 2014, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 265 del 14 novembre 2014, gli enti del Servizio sanitario nazionale, di cui all'articolo 19, comma 2, lettere b) e c), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, assicurano la massima trasparenza dei dati di bilancio pubblicando integralmente nel proprio sito *internet* il bilancio d'esercizio entro sessanta giorni dalla data di relativa approvazione. Gli enti del Servizio sanitario nazionale, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, attivano, altresì, un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, in raccordo con il sistema di monitoraggio regionale di cui dall'articolo 4, comma 4, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e in coerenza con il programma nazionale valutazione esiti, pubblicando entro il 30 giugno di ogni anno i relativi esiti.

523. Il mancato rispetto delle disposizioni di cui al comma 522 costituisce illecito disciplinare ed è causa di responsabilità amministrativa del direttore generale e del responsabile per la trasparenza e la prevenzione della corruzione.

524. Ciascuna regione, entro il 30 giugno di ciascun anno, individua, con apposito provvedimento della Giunta regionale, ovvero del Commissario *ad acta*, ove nominato ai sensi dell'articolo 2, commi 79 e 83, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e dell'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, ad esclusione degli enti di cui al comma 536, che presentano una o entrambe le seguenti condizioni:

a) uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività, ai sensi dell'articolo 8-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, pari o superiore al 10 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro. Le modalità di individuazione dei costi e di determinazione dei ricavi sono individuate dal decreto di cui al comma 526;

b) il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, valutato secondo la metodologia prevista dal decreto di cui al comma 526.

525. In sede di prima applicazione, per l'anno 2016, entro il 31 marzo le regioni individuano, con apposito provvedimento della Giunta regionale, ovvero del Commissario *ad acta*, ove nominato ai sensi dell'articolo 2, commi 79 e 83, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e dell'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, gli enti del proprio Servizio sanitario regionale che presentano una o entrambe le condizioni di cui al comma 524, lettere a) e b). Per la verifica delle condizioni di cui al comma 524, lettera a), sono utilizzati i dati dei costi relativi al quarto trimestre 2015 e dei ricavi come determinati ai sensi del decreto di cui al comma 526; per la verifica delle condizioni di cui al comma 524, lettera b), sono utilizzati i dati relativi all'anno 2014 indicati dal medesimo decreto di cui al comma 526.

526. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, è definita la metodologia di valutazione dello scostamento di cui al comma 524, lettera a), in coerenza con quanto disposto dall'articolo 8-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, in materia di modalità di remunerazione delle prestazioni sanitarie, tenendo conto dei diversi assetti organizzativi ed erogativi regionali. Con il medesimo decreto sono definiti anche gli ambiti assistenziali e i parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, anche tenendo conto di quanto previsto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, recante la definizione degli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Il decreto definisce, altresì, le linee guida per la predisposizione dei piani di cui ai commi 529 e 530.

527. Ai sensi dell'articolo 34 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, entro il 31 dicembre 2016, con apposito decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono apportati i necessari aggiornamenti agli schemi allegati al medesimo decreto legislativo, al fine di dare evidenza e trasparenza del risultato di esercizio nei documenti di bilancio degli enti del Servizio sanitario nazionale delle voci di costo e di ricavo coerentemente con quanto previsto dall'articolo 8-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

528. Gli enti individuati ai sensi dei commi 524 e 525 presentano alla regione, entro i novanta giorni successivi all'emanazione del provvedimento di individuazione, il piano di rientro di durata non superiore al triennio, contenente le misure atte al

Commi da 521 a 537 **Piani di Rientro dai disavanzi sanitari anche per Aziende Ospedaliere e ASL**

Commi 522 - 523: Obbligo per gli enti del SSN, come adempimento per ricevere i finanziamenti, di pubblicazione bilanci e di attivazione monitoraggio attività assistenziali

Commi 524 - 525: Tutte le Regioni (anche quelle non in deficit) devono presentare Piani di Rientro (PdR) interni per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, e le Sanitarie ASL della regione che dovessero avere un disavanzo. Per il 2016 obbligo entro 31 marzo, per gli anni successivi entro 30 giugno.

Comma 526: un Decreto Ministero Salute/Mef stabilirà come calcolare questo disavanzo e la quantità/qualità dell'assistenza erogata (Lea). Infatti i Piani di Rientro possono scattare anche se la quantità e la qualità dell'assistenza non sono garantiti.

Commento: *devono essere fissati indicatori e vincoli precisi per evitare che la logica ragionieristica dei piani di rientro prevalga, com'è stato sin'ora.*

Commi 528 - 529: Enti (Ao, Asl, ecc) in disavanzo presentano Piano di Rientro entro 90 giorni alla Regione. che lo approva (o lo respinge) entro 30 giorni.

raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta, al fine di superare ciascuno dei disallineamenti rilevati.

529. Le regioni non in piano di rientro regionale, entro trenta giorni dalla presentazione del piano da parte dell'ente, valutano l'adeguatezza delle misure previste dai piani, la loro coerenza con la programmazione sanitaria regionale e con le linee guida di cui al comma 526, e approvano i piani di rientro degli enti con provvedimento della Giunta regionale. I piani di rientro degli enti approvati dalla Giunta regionale sono immediatamente efficaci ed esecutivi per l'ente interessato.

530. Le regioni in piano di rientro regionale, anche commissariate per l'attuazione dello stesso, entro trenta giorni dalla presentazione del piano da parte dell'ente, valutano l'adeguatezza delle misure previste dai piani di rientro, la loro coerenza con il piano di rientro regionale e con le linee guida di cui al comma 526, e approvano i piani di rientro degli enti con provvedimento della Giunta o del Commissario *ad acta*, ove nominato. Le regioni medesime evidenziano, in apposita sezione del programma operativo di prosecuzione del piano di rientro regionale, predisposto ai sensi dell'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni, e ai sensi dell'articolo 15, comma 20, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e successive modificazioni, l'eventuale sussistenza di piani di rientro di enti del proprio Servizio sanitario regionale, nonché dei relativi obiettivi di riequilibrio economico-finanziario e di miglioramento dell'erogazione dei LEA. I piani di rientro degli enti approvati dalla Giunta regionale, o dal Commissario *ad acta* ove nominato, sono immediatamente efficaci ed esecutivi per l'ente interessato. Restano ferme le valutazioni dei tavoli tecnici di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 105 del 7 maggio 2005, e dei Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze nell'ambito dell'attività di monitoraggio ed affiancamento nell'attuazione del piano di rientro regionale.

531. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, e quanto previsto dall'articolo 2, commi 77 e 86, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, al fine di garantire l'equilibrio del Servizio sanitario regionale nel suo complesso, la Gestione sanitaria accentrata, di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, iscrive nel proprio bilancio una quota di fondo sanitario regionale corrispondente alla somma degli eventuali scostamenti negativi di cui ai piani di rientro degli enti del Servizio sanitario regionale. Nel caso in cui si verificano le condizioni di cui ai commi 524 e 525, le regioni che si sono avvalse della facoltà di cui all'articolo 23 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, sono tenute ad istituire la Gestione sanitaria accentrata, di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), del medesimo decreto legislativo n. 118 del 2011. I tavoli tecnici di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 23 marzo 2005 verificano il rispetto del presente comma. A tal fine le regioni comunicano ai suddetti tavoli tecnici l'avvenuta approvazione dei piani di rientro degli enti del proprio Servizio sanitario regionale entro cinque giorni dall'adozione del provvedimento di approvazione e l'importo degli scostamenti negativi di cui ai medesimi piani di rientro.

532. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 2, comma 80, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, gli interventi individuati dai piani di cui ai commi 529 e 530 sono vincolanti per gli enti interessati e le determinazioni in essi previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti amministrativi già adottati dagli stessi in materia di programmazione e pianificazione aziendale, per renderli coerenti con i contenuti dei piani.

533. La regione, ovvero il Commissario *ad acta* ove nominato, verifica trimestralmente l'adozione e la realizzazione delle misure previste dai piani di rientro di cui ai commi 529 e 530 nel rispetto della tempistica ivi indicata. In caso di verifica trimestrale positiva, la Gestione sanitaria accentrata può erogare a titolo di anticipazione una quota parte delle risorse iscritte, ai sensi del comma 531, nel proprio bilancio, al fine di salvaguardare l'equilibrio finanziario degli enti territoriali interessati. In caso di verifica trimestrale negativa, la regione, ovvero il Commissario *ad acta* ove nominato, adotta le misure per la riconduzione in equilibrio della gestione, nel rispetto dei livelli di assistenza, come individuati nel piano di rientro dell'ente. Al termine di ogni esercizio la regione pubblica nel proprio sito *internet* i risultati economici raggiunti dai singoli enti interessati, raffrontati agli obiettivi programmati nel piano di rientro.

534. Per garantire il pieno rispetto delle disposizioni di cui ai commi da 521 a 547, tutti i contratti dei direttori generali, ivi inclusi quelli in essere, prevedono la decadenza automatica del direttore generale degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, in caso di mancata trasmissione del piano di rientro all'ente interessato, ovvero in caso di esito negativo della verifica annuale dello stato di attuazione del medesimo piano di rientro.

535. A decorrere dal 2017, le disposizioni di cui ai commi da 521 a 547, coerentemente con le previsioni normative di cui agli articoli 2, comma 2-sexies, lettera d), e 4, commi 8 e 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e nel rispetto delle modalità e dei criteri stabiliti dal decreto di cui al comma 536, primo periodo, si applicano alle aziende sanitarie locali e ai relativi presidi a gestione diretta, ovvero ad altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, individuati da leggi regionali, che presentano un significativo

Comma 530: Se la Regione è in Piano di di Rientro i P.d.R. aziendali devono essere coerenti e armonizzati con quello regionale.

Commi 531 – 301: Gli Enti regionali (AO o ASL) in disavanzo avranno una parte dei finanziamenti (pari al disavanzo) "congelata" dalla Regione (in un Fondo speciale della "gestione accentrata regionale").
Commento: *Si riduce ulteriormente il finanziamento disponibile per i LEA, che resta congelato e che viene sbloccato solo se il deficit rientra.*

Comma 534: Decadenza automatica dei Direttori generali se Piano di Rientro fallisce

Commi 535 - 536: I Piani di Rientro interni alle Regioni si applicano dal 2017 anche alle aziende sanitarie locali e ai relativi presidi a gestione diretta, ovvero ad altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, che presentano un significativo scostamento tra costi e ricavi ovvero il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure. Un Decreto MSalute/Mef stabilirà criteri e dati per definire in disavanzo di bilancio e assistenziale.

Commento: *la logica ragionieristica dei piani di rientro regionali rischia di estendersi alle Asl.*



<p>scostamento tra costi e ricavi ovvero il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure.</p> <p>536. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottare entro il 30 giugno 2016, sono definiti i criteri di valutazione, i dati da prendere in considerazione, le modalità di calcolo e i relativi parametri di riferimento per l'individuazione, da parte delle regioni, delle aziende, dei presidi e degli enti di cui al comma 535, da sottoporre ad un piano di rientro, in caso di mancato conseguimento dell'equilibrio di bilancio o di disallineamento rispetto ai parametri di qualità ed esiti delle cure. Con successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottare entro il 31 dicembre 2016, sono apportati i necessari aggiornamenti ai modelli di rilevazione dei costi dei presidi ospedalieri a gestione diretta delle aziende sanitarie, anche al fine di valutare l'equilibrio della gestione dei presidi ospedalieri in rapporto alla loro remunerazione, tariffaria ed extra-tariffaria, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 4, commi 8 e 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.</p> <p>537. Al fine di garantire una più efficace ed efficiente attività di programmazione sanitaria, con particolare riguardo alle specifiche funzioni di monitoraggio, di verifica e di affiancamento nell'attuazione dei piani di rientro regionali è autorizzata, a favore del Ministero della salute, la spesa di 1,2 milioni di euro per l'anno 2016, di 1 milione di euro per l'anno 2017 e di 0,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2018.</p>	<p>Comma 537: 1,2 mln euro nel 2016, 1 mln nel 2017, 0,8 mln dal 2018 al Ministro della Salute per il Monitoraggio dei Piani di Rientro regionali</p>
<p>538. La realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del sistema sanitario nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente.</p> <p>539. Per la realizzazione dell'obiettivo di cui al comma 538, ai fini di cui all'articolo 3-bis del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dispongono che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (<i>risk management</i>), per l'esercizio dei seguenti compiti:</p> <p>a) attivazione dei percorsi di <i>audit</i> o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari. Ai verbali e agli atti conseguenti all'attività di gestione aziendale del rischio clinico, svolta in occasione del verificarsi di un evento avverso, si applica l'articolo 220 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271;</p> <p>b) rilevazione del rischio di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;</p> <p>c) predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;</p> <p>d) assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative.</p> <p>540. L'attività di gestione del rischio sanitario è coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti ovvero con comprovata esperienza almeno triennale nel settore.</p>	<p>Commi 538 – 540 Rischio Clinico</p> <p>Definiti gli obblighi per tutte le strutture sanitarie di attivare un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management): audit e studio dei processi interni e criticità più frequenti, segnalazione anonima del quasi errore, rilevazione rischio inappropriata nei percorsi clinici, sensibilizzazione e formazione continua del personale, assistenza tecnica agli uffici legali dell'azienda sanitaria in caso di contenzioso</p> <p>La gestione del rischio sanitario è coordinata da medici con specializzazione in Igiene, Epidemiologia e Sanità pubblica o equipollenti ovvero con comprovata esperienza almeno triennale nel settore</p>
<p>541. Nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale e in relazione alle misure di accrescimento dell'efficienza del settore sanitario previste dai commi da 521 a 552 e alle misure di prevenzione e gestione del rischio sanitario di cui ai commi da 538 a 540, al fine di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari, nel rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro, le regioni e le province autonome:</p> <p>a) ove non abbiano ancora adempiuto a quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, adottano il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale nonché i relativi provvedimenti attuativi. Le regioni sottoposte ai piani di rientro, in coerenza con quanto definito dall'articolo 1, comma 4, del medesimo decreto, adottano i relativi provvedimenti nei tempi e con le modalità definiti nei programmi operativi di prosecuzione dei piani di rientro;</p> <p>b) predispongono un piano concernente il fabbisogno di personale, contenente l'esposizione delle modalità organizzative del personale, tale da garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 14 della legge 30 ottobre 2014, n. 161;</p> <p>c) trasmettono entro il 29 febbraio 2016 i provvedimenti di cui alle lettere a) e b) al Tavolo di verifica degli adempimenti e al Comitato permanente per</p>	<p>Commi 541 – 545 Assunzioni per rispetto Direttiva UE Orario di Lavoro</p> <p>Le nuove assunzioni di medici e infermieri per rispettare direttiva UE sull'orario di lavoro si finanzieranno con i risparmi che si otterranno dalle misure previste dalla legge di stabilità su piani di rientro e acquisti centralizzati (commi da 521 a 552) e dalle misure sul rischio clinico (commi da 538 a 540).</p> <p>Le Regioni devono:</p> <p>a) attuare i provvedimenti per ridurre posti letto ospedalieri</p>



la verifica dell'erogazione dei LEA, di cui rispettivamente agli articoli 12 e 9 dell'intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 105 del 7 maggio 2005, nonché al Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, istituito ai sensi della lettera C.5 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 luglio 2015; il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA valutano congiuntamente, entro il 31 marzo 2016, i provvedimenti di cui alle lettere a) e b), anche sulla base dell'istruttoria condotta dal Tavolo di cui alla lettera C.5 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 2 luglio 2015;

d) ferme restando le disposizioni vigenti in materia sanitaria, ivi comprese quelle in materia di contenimento del costo del personale e quelle in materia di piani di rientro, se sulla base del piano del fabbisogno del personale emergono criticità, si applicano i commi 543 e 544.

542. Nelle more della predisposizione e della verifica dei piani di cui al comma 541, lettera b), nel periodo dal 1° gennaio 2016 al 31 luglio 2016, le regioni e le province autonome, previa attuazione delle modalità organizzative del personale al fine di garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro, qualora si evidenzino criticità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, possono ricorrere, in deroga a quanto previsto dall'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e successive modificazioni, a forme di lavoro flessibile, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia sanitaria, ivi comprese quelle relative al contenimento del costo del personale e in materia di piani di rientro. Se al termine del medesimo periodo temporale permangono le predette condizioni di criticità, i contratti di lavoro, stipulati ai sensi del precedente periodo possono essere prorogati fino al termine massimo del 31 ottobre 2016. Del ricorso a tali forme di lavoro flessibile nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia sanitaria, ivi comprese quelle relative al contenimento del costo del personale e in materia di piani di rientro, è data tempestiva comunicazione ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze.

543. In deroga a quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 6 marzo 2015, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 94 del 23 aprile 2015, in attuazione dell'articolo 4, comma 10, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, gli enti del Servizio sanitario nazionale possono indire, entro il 31 dicembre 2016, e concludere, entro il 31 dicembre 2017, procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione di personale medico, tecnico-professionale e infermieristico, necessario a far fronte alle eventuali esigenze assunzionali emerse in relazione alle valutazioni operate sul piano di fabbisogno del personale secondo quanto previsto dal comma 541. Nell'ambito delle medesime procedure concorsuali, gli enti del Servizio sanitario nazionale possono riservare i posti disponibili, nella misura massima del 50 per cento, al personale medico, tecnico-professionale e infermieristico, in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge, che abbia maturato alla data di pubblicazione del bando almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi cinque anni con contratti a tempo determinato, con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di rapporto di lavoro flessibile con i medesimi enti. Nelle more della conclusione delle medesime procedure, gli enti del Servizio sanitario nazionale continuano ad avvalersi del personale di cui al precedente periodo, anche in deroga ai limiti di cui all'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122. In relazione a tale deroga, gli enti del Servizio sanitario nazionale, oltre alla prosecuzione dei rapporti di cui al precedente periodo, sono autorizzati a stipulare nuovi contratti di lavoro flessibile esclusivamente ai sensi del comma 542 fino al termine massimo del 31 ottobre 2016.

544. Le previsioni di cui al comma 543, per il biennio 2016-2017, sono comunque attuate nel rispetto della cornice finanziaria programmata e delle disposizioni di cui all'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e dell'articolo 17, commi 3, 3-bis e 3-ter, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, e successive modificazioni, e, per le regioni sottoposte a piani di rientro, degli obiettivi previsti in detti piani. È autorizzata a decorrere dal 1° gennaio 2016, nel limite massimo di spesa di 400.000 euro annui, la stipulazione di una convenzione tra il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria del Ministero della giustizia, il Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità del medesimo Ministero, le aziende sanitarie e i comuni (ANCI-Federsanità), per l'integrazione socio-sanitaria e per la realizzazione all'interno del SSN di una piattaforma informatica di trasmissione dei dati sanitari delle persone detenute sviluppata dalla Direzione generale per i sistemi informativi automatizzati del Ministero della giustizia cui sono assegnate le risorse; la piattaforma è finalizzata alla gestione di un servizio di telemedicina in ambito carcerario, sia adulto che minorile. Per l'attuazione delle disposizioni di cui al periodo precedente è autorizzata la spesa di 400.000 euro a decorrere dall'anno 2016.

545. Il comma 10 dell'articolo 4 del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, si applica anche all'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il

accreditati a carico del SSN;

b) predisporre un Piano sul fabbisogno di personale;

c) trasmettere entro il 29.2.2016 i provvedimenti al Tavolo di verifica adempimenti e al Comitato Lea e al Tavolo monitoraggio standard ospedali.

Comma 542: Nelle more della predisposizione e della verifica dei piani inerenti il fabbisogno di personale, le Regioni dal 1.1.2016, e fino al 31.7.2016, in caso di criticità nell'erogazione dei LEA potranno ricorrere a forme di lavoro flessibile, prorogabili oltre il 31.7.2016 se permangono criticità.

Comma 543: Senza oneri aggiuntivi (utilizzando i risparmi di cui sopra: comma 541) gli enti del Servizio sanitario nazionale possono indire, entro il 31 dicembre 2016, e concludere, entro il 31 dicembre 2017, procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione di personale medico, tecnico-professionale e infermieristico, necessario a far fronte alle eventuali esigenze di assunzioni. Possono riservare il 50% di tali posti a personale precario in servizio da 3 anni anche non continuativi negli ultimi 5 anni.

Commento: Non sono previste risorse aggiuntive per garantire e assunzioni (oltretutto precarie) per garantire il rispetto dei limiti dell'orario di lavoro imposti dalla Direttiva UE.

Si veda giudizio FP CGIL: [Lorenzin trasferisce responsabilità a Regioni ma non risorse](#)

Comma 544 secondo capoverso: Finanziamento di 400 mila euro annui dal 1.1.2016 per una convenzione tra Dipartimento dell'amministrazione Penitenziaria, il Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità, le aziende sanitarie e i comuni (ANCI-Federsanità), per l'integrazione socio-sanitaria e per la realizzazione all'interno del SSN di una piattaforma informatica di trasmissione dei dati sanitari delle persone detenute.

Comma 545: Procedure di stabilizzazione del personale estese anche all'Istituto nazionale per la promozione della salute delle

<p>contrasto della povertà, che opera nell'ambito del Servizio sanitario nazionale ed è assoggettato alla disciplina per questo prevista. Conseguentemente il Fondo per la compensazione degli effetti finanziari non previsti a legislazione vigente conseguenti all'attualizzazione di contributi pluriennali, di cui all'articolo 6, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189, e successive modificazioni, è ridotto di 780.983 euro a decorrere dall'anno 2016.</p>	<p>popolazioni migranti e per il contrasto della povertà (Inmp).</p>
<p>546. Al fine di perseguire una più efficace e sinergica integrazione tra le attività di prevenzione, cura e riabilitazione e le attività di didattica e di ricerca, nonché allo scopo di conseguire risparmi di spesa, nelle regioni a statuto speciale che nel biennio antecedente alla data di entrata in vigore della presente legge hanno riorganizzato il proprio Servizio sanitario regionale, o ne hanno avviato la riorganizzazione, attraverso processi di accorpamento delle aziende sanitarie preesistenti, la collaborazione tra Servizio sanitario nazionale e università può realizzarsi anche mediante la costituzione di aziende sanitarie uniche, risultanti dall'incorporazione delle aziende ospedaliere universitarie nelle aziende sanitarie locali, secondo modalità definite preventivamente con protocolli di intesa tra le regioni e le università interessate, da stipulare ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517.</p> <p>547. Le disposizioni di cui al comma 547 non si applicano alle regioni sottoposte a piani di rientro dal disavanzo sanitario.</p>	<p>Commi 546, 547 Aziende Ospedaliere Universitarie Uniche (regioni a statuto speciale)</p> <p>la collaborazione tra Servizio sanitario nazionale e università può realizzarsi anche mediante la costituzione di aziende sanitarie uniche, nelle nelle Regioni a statuto speciale (non in Piano di Rientro) che nel biennio antecedente all'entrata in vigore della presente legge hanno avviato la riorganizzazione, attraverso processi di accorpamento delle aziende sanitarie preesistenti,.</p>
<p>548. Al fine di garantire la effettiva realizzazione degli interventi di razionalizzazione della spesa mediante aggregazione degli acquisti di beni e servizi, gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario, come individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui all'articolo 9, comma 3, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali regionali di committenza di riferimento, ovvero della Consip SpA.</p> <p>549. Qualora le centrali di committenza individuate sulla base del comma 548 non siano disponibili ovvero operative, gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario di cui al comma 548, avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali di committenza iscritte nell'elenco dei soggetti aggregatori, di cui all'articolo 9, comma 1, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89. In tale ipotesi, spetta alla centrale regionale di committenza di riferimento l'individuazione, ai fini dell'approvvigionamento, di altra centrale di committenza. La violazione degli adempimenti previsti dal presente comma costituisce illecito disciplinare ed è causa di responsabilità per danno erariale.</p> <p>550. I singoli contratti relativi alle categorie merceologiche individuate dal decreto di cui al comma 548, in essere alla data di entrata in vigore della presente legge, non possono essere prorogati oltre la data di attivazione del contratto aggiudicato dalla centrale di committenza individuata ai sensi dei commi da 548 a 552. Le proroghe disposte in violazione della presente disposizione sono nulle e costituiscono illecito disciplinare e sono causa di responsabilità amministrativa.</p>	<p>Comma 548 - 550 Acquisto centralizzato di beni e servizi SSN</p> <p>Obbligo per gli enti del SSN di acquistare – per le categorie merceologiche del settore sanitario – esclusivamente tramite centrali regionali di committenza ovvero della Consip.</p> <p>Le proroghe disposte in violazione della presente disposizione sono nulle e costituiscono illecito disciplinare e sono causa di responsabilità amministrativa</p>
<p>551. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni adottano provvedimenti volti a garantire che gli enti del Servizio sanitario nazionale non istituiscano unità organizzative di valutazione delle tecnologie ovvero sopprimano quelle esistenti, ricorrendo a strutture di valutazione istituite a livello regionale o nazionale.</p> <p>552. A livello nazionale la Cabina di regia istituita con decreto del Ministro della salute 12 marzo 2015, in attuazione dell'articolo 26 del Patto per la salute 2014-2016, provvede a:</p> <p>a) definire le priorità per la valutazione tecnica multidimensionale dei dispositivi medici sulla base dei criteri di rilevanza del problema di salute nonché di rilevanza, sicurezza, efficacia, impatto economico ed impatto organizzativo dei dispositivi medici, in coerenza con le linee guida europee in materia (EUnetHTA);</p> <p>b) promuovere e coordinare le attività di valutazione multidimensionale realizzate dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e dai presidi regionali e dai soggetti pubblici e privati di comprovata esperienza di HTA (<i>Health Technology assesment</i>) operanti nel Programma nazionale di HTA dei dispositivi medici;</p> <p>c) validare gli indirizzi metodologici che verranno applicati per la produzione dei rapporti di valutazione tecnica multidimensionale nel Programma nazionale di HTA;</p> <p>d) curare la pubblicazione, la diffusione e la verifica degli impatti a livello nazionale degli esiti delle valutazioni di cui alla lettera b) secondo i metodi validati di cui alla lettera c), promuovendone l'utilizzo da parte delle regioni e delle aziende sanitarie per informare le decisioni in merito all'adozione e all'introduzione dei dispositivi medici e al disinvestimento.</p>	<p>Comma 551 - 552 HTA (Health Technology assessment)</p> <p>A livello nazionale la Cabina di regia istituita con decreto del Ministro della salute 12 marzo 2015, in attuazione dell'articolo 26 del Patto per la salute 2014-2016 provvede ad attuare le disposizioni previste in materia di Health Technology Assessment HTA dei dispositivi medici.</p> <p>Norma che può essere utile per un governo appropriato della spesa per dispositivi medici.</p>
<p>553. In attuazione dell'articolo 1, comma 3, del Patto per la salute 2014-2016, approvato con l'Intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 1, comma 556, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, e dall'articolo 9-septies del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2015, n. 125, e in misura non superiore a 800 milioni di euro annui, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge si provvede all'aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel</p>	<p>Commi da 553 a 565 Aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza</p> <p>Commi 553, 554: Si prevede entro</p>



supplemento ordinario alla *Gazzetta ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002, recante «Definizione dei livelli essenziali di assistenza», nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica.

554. La definizione e l'aggiornamento dei LEA di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono effettuati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari nonché con la procedura di cui al comma 559. Il Ministro della salute, entro il 31 dicembre di ogni anno, presenta alle Camere una relazione sullo stato di attuazione dei commi da 553 a 565. L'articolo 5 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, è abrogato.

555. Per l'attuazione del comma 553, per l'anno 2016 è finalizzato l'importo di 800 milioni di euro, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario *standard* nazionale, di cui all'articolo 26 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68. L'erogazione della quota è condizionata all'adozione del provvedimento di cui al comma 553.

556. Nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, al fine di garantire l'efficacia e l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale nell'ambito dei LEA, anche in relazione all'evoluzione scientifica e tecnologica, è istituita, presso il Ministero della salute, la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, nominata e presieduta dal Ministro della salute e composta dal direttore della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute e da quindici esperti qualificati e da altrettanti supplenti, di cui quattro designati dal Ministro della salute, uno dall'Istituto superiore di sanità (ISS), uno dall'AGENAS, uno dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), uno dal Ministero dell'economia e delle finanze e sette dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome. La Commissione dura in carica tre anni. Su richiesta del presidente, alle riunioni della Commissione possono partecipare, per fornire il proprio contributo tecnico-scientifico, rappresentanti del Consiglio superiore di sanità, delle società scientifiche, delle Federazioni dei medici ed esperti esterni competenti nelle specifiche materie trattate.

557. La Commissione di cui al comma 556, nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, nonché degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, anche su proposta dei suoi componenti, svolge in particolare le seguenti attività: a) procede ad una valutazione sistematica delle attività, dei servizi e delle prestazioni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria inclusi nei LEA, per valutarne il mantenimento ovvero per definire condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza;

b) acquisisce e valuta le proposte di inserimento nei LEA di nuovi servizi, attività e prestazioni;

c) per l'aggiornamento dei LEA e l'individuazione di condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza, si avvale delle valutazioni di HTA su tecnologie sanitarie e biomediche e su modelli e procedure organizzativi;

d) valuta l'impatto economico delle modifiche ai LEA;

e) valuta le richieste, provenienti da strutture del Servizio sanitario nazionale, di autorizzazione all'esecuzione di prestazioni innovative nell'ambito di programmi di sperimentazione, ai sensi dell'articolo 1, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

f) valuta che l'applicazione dei LEA avvenga in tutte le regioni con lo stesso *standard* di qualità e includa tutte le prestazioni previste dagli specifici LEA.

558. Sulla base dell'attività svolta ai sensi del comma 557, la Commissione di cui al comma 556 formula annualmente una proposta di aggiornamento dei LEA.

559. Se la proposta attiene esclusivamente alla modifica degli elenchi di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale ovvero alla individuazione di misure volte ad incrementare l'appropriatezza della loro erogazione e la sua approvazione non comporta ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, l'aggiornamento dei LEA è effettuato con decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, da pubblicare nella *Gazzetta ufficiale* previa registrazione della Corte dei conti.

560. La partecipazione alla Commissione di cui al comma 556 è onorifica; essa può dar luogo esclusivamente al rimborso delle spese sostenute, ove spettante, nel rispetto della disciplina prevista in materia dalla legislazione vigente.

561. Per lo svolgimento delle attività di cui ai commi da 553 a 560, la Commissione è supportata da una segreteria tecnico-scientifica operante presso la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, che può avvalersi di personale messo a disposizione, in posizione di comando o distacco, da ISS, AIFA, AGENAS, regioni, enti del Servizio sanitario nazionale ed altri enti rappresentati nell'ambito della Commissione, nel numero massimo di cinque unità.

321. Per le attività di supporto di cui al comma 320 che richiedono specifiche attività di ricerca, il Ministero della salute può avvalersi, anche tramite specifiche convenzioni, della collaborazione di istituti di ricerca, società scientifiche e strutture pubbliche o private, anche non nazionali, nonché di esperti, nel numero massimo di cinque.

563. Gli oneri derivanti dai commi 556, 561 e 562 ammontano ad euro 1 milione.

60 giorni l'emanazione di un Decreto (Dpcm) previa Intesa Stato Regioni per la revisione dei "vecchi" Lea e il loro aggiornamento con l'inserimento di nuove prestazioni ma non vengono stanziati risorse aggiuntive (vedi anche comma 555).

Comma 555: Il finanziamento dei nuovi LEA avverrà finalizzando 800 milioni di euro del Fondo Sanitario vigente (cioè senza risorse aggiuntive).

Commento: *in pratica aumentano le prestazioni da garantire ai cittadini ma diminuisce il finanziamento. Ciò rischia di creare una inaccettabile "selezione" delle prestazioni: es. dovendo garantire i farmaci per la cura dell'epatite C (nuova prestazione Lea: valore stimato 0,5 miliardi anno) si dovrà tagliare altrove.*

Commi 556 - 558: E' istituita, presso il Ministero della salute, la "Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Ssn", se ne regolano composizione, funzionamento e compensi.

La commissione deve valutare l'applicazione dei LEA in tutte le regioni: con lo stesso standard di qualità e che includa tutte le stesse prestazioni previste dai LEA. Quindi propone annualmente l'aggiornamento dei Lea.

Comma 559: si modifica la procedura per la definizione dei LEA se non vi sono costi aggiuntivi: avviene non più con atto di legge votato anche dal Parlamento (previsto solo il parere) ma con Dpcm, sentita la Conferenza Regioni e PA.

<p>564. Al comma 3 dell'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, dopo le parole: «Consiglio dei Ministri,» sono inserite le seguenti: «su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze,».</p> <p>565. A decorrere dalla costituzione della Commissione di cui al comma 557, è abrogato il comma 10 dell'articolo 4-bis del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, e al regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2013, n. 44, sono apportate le seguenti modifiche:</p> <p>a) all'articolo 2, comma 1, la lettera a) è abrogata;</p> <p>b) all'articolo 3, comma 1:</p> <p>1) alla lettera a), la parola: «sessantadue» è sostituita dalla seguente: «cinquantanove»;</p> <p>2) alla lettera b), la parola: «quattro» è sostituita dalla seguente: «due»;</p> <p>3) alla lettera n), la parola: «trentanove» è sostituita dalla seguente: «trentaquattro»;</p> <p>c) all'allegato 1, il punto 22 è soppresso.</p>	
<p>566. Nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, per la revisione delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza termale, ai sensi di quanto previsto all'articolo 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, è autorizzata la spesa di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2016, 2017 e 2018.</p> <p>567. A decorrere dal 1° gennaio 2016, i cittadini che usufruiscono delle cure termali, con esclusione dei soggetti individuati dall'articolo 8, comma 16, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e successive modificazioni, dei soggetti individuati dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 28 maggio 1999, n. 329, degli invalidi di guerra titolari di pensione diretta vitalizia, dei grandi invalidi per servizio, degli invalidi civili al 100 per cento e dei grandi invalidi del lavoro, sono tenuti a partecipare alla spesa ai sensi dell'articolo 52, comma 2, della legge 27 dicembre 2002, n. 289, in misura pari a 55 euro o nella misura superiore che potrà essere individuata in sede di accordo di cui all'articolo 4, comma 4, della legge 24 ottobre 2000, n. 323. Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario <i>standard</i> cui concorre ordinariamente lo Stato è incrementato di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2016, 2017 e 2018.</p>	<p>Comma 566 – 567 Cure Termali</p> <p>Nell'ambito del Fondo Sanitario nazionale per la revisione delle Tariffe di assistenza Termale è autorizzata spesa di 5 mln euro ciascun anno per 2016, 2017, 2018.</p> <p>Revisione ticket per cure termali e aumento del Fondo Sanitario Nazionale di euro 2 mln ciascun anno per il 2016, 2017, 2018</p>

568. Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, come stabilito dall'articolo 1, commi 167 e 556, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, e dall'articolo 9-septies, comma 1, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, è rideterminato, per l'anno 2016, in 111.000 milioni di euro. Sono sterilizzati gli effetti derivanti dal periodo precedente sugli obiettivi di finanza pubblica delle autonomie speciali.

Comma 568 **Finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale 2016**

Viene fissato a 111 miliardi il livello di finanziamento del SSN cui concorre lo Stato

Commento:

Viene tagliato il Finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard che scende da 113,1 e 111.000 milioni di euro.

Le risorse previste per la sanità sono utilizzate per altri scopi. Il taglio si aggiunge a quelli dovuti all'applicazione della precedente legge di stabilità, decisa con Intesa Stato Regioni (-2,352 miliardi dal 2016).

*Con due sole manovre il Governo Renzi taglia 6,7 miliardi al finanziamento previsto nel Patto per la Salute 2014-2016, cancellandolo nei fatti (**vedi Tabella 1**)*

Ancora più preoccupante sono le previsioni del comma 680 sui tagli alle Regioni per gli anni 2017-2019

TABELLA 1- FSN e Patto Salute 2014-2016

Leggi che fissano il valore del Fondo Sanitario Nazionale FSN

FSN Patto Salute 2014/2016: Legge 190/2014 art. 1 comma 556

FSN L. Stabilità 2015: attuazione con Intesa Stato Regioni: Legge 125/2015 art. 9 septies

FSN Legge Stabilità 2016 art. 1 comma 568

Taglio al FSN (prelievo)

TOTALE TAGLI AL PATTO SALUTE

Miliardi euro

Anno 2014

Anno 2015

Anno 2016

109,9

112,1

115,4

109,9

109,7

113,1

111

-

-2,352

-4,4

-6,7

569. Ai fini di consentire la regolare somministrazione dei farmaci innovativi nel rispetto della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale e in relazione alle misure di efficientamento del settore sanitario previste dai commi da 521 a 552 e dalle disposizioni di cui all'articolo 9-ter, commi 10 e 11, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, per gli anni 2015 e 2016, la spesa per l'acquisto di farmaci innovativi concorre al raggiungimento del tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale di cui all'articolo 15, comma 3, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, per l'ammontare eccedente annualmente, per ciascuno degli anni 2015 e 2016, l'importo del fondo di cui all'articolo 1, comma 593, della legge 23 dicembre 2014, n. 190. Il presente comma entra in vigore il giorno successivo a quello della pubblicazione della presente legge nella *Gazzetta Ufficiale*.

Comma 569 **Farmaci innovativi**

I 500 milioni per ciascuno degli anni 2015 e 2016, già stanziati l'anno scorso per il Fondo per l'acquisto dei farmaci innovativi (compresi quelli per l'epatite C), concorreranno al raggiungimento del tetto della spesa farmaceutica territoriale solo per l'eventuale eccedenza di spesa oltre i 500 milioni ciascun anno. In questo caso quindi scatta il "pay back" a carico delle aziende che devono rimborsare il SSN.

570. Allo scopo di consentire l'accesso ai trattamenti innovativi in una prospettiva di sostenibilità del sistema e di programmazione delle cure, il Ministero della salute, sentita l'AIFA, in coerenza con la cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale, predispone annualmente un programma strategico volto a definire le priorità di intervento, le condizioni di accesso ai trattamenti, i parametri di rimborsabilità sulla base di risultati clinici significativi, il numero dei pazienti potenzialmente trattabili e le relative previsioni di spesa, le condizioni di acquisto, gli schemi di prezzo condizionato al risultato e gli indicatori di *performance* degli stessi, gli strumenti a garanzia e trasparenza di tutte le procedure, le modalità di monitoraggio e valutazione degli interventi in tutto il territorio nazionale. Il programma è approvato annualmente d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Comma 570 **Accesso trattamenti innovativi**

Prevista l'adozione di un Programma strategico annuale per l'accesso ai trattamenti innovativi, da approvarsi con Intesa Stato Regioni



<p>571. È istituito, nello stato di previsione del Ministero della salute, il fondo per finanziare la prima applicazione da parte delle farmacie del servizio di revisione dell'uso dei medicinali (Medicine Use Review), finalizzato, in via sperimentale, ad assicurare l'aderenza farmacologica alle terapie con conseguente riduzione dei costi per le spese sanitarie relative ai pazienti affetti da asma.</p> <p>572. Il fondo di cui al comma 571 è assegnato alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano in proporzione alla popolazione residente ed è destinato in via esclusiva e diretta a finanziare la remunerazione del servizio reso dal farmacista.</p> <p>573. Per il finanziamento del fondo di cui al comma 571 è stanziata, per l'anno 2016, la somma di euro 1.000.000.</p>	<p>Commi da 571 a 573 Farmaci per pazienti asmatici</p> <p>Fondo per il 2016 di 1 milione per terapie farmacologiche appropriate pazienti da asma.</p>
<p>574. All'articolo 15, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, sono apportate le seguenti modificazioni:</p> <p>a) al primo periodo, le parole: «A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi» sono sostituite dalle seguenti: «Ai contratti e agli accordi» e le parole: «percentuale fissa,» sono soppresse;</p> <p>b) dopo il primo periodo sono inseriti i seguenti: «A decorrere dall'anno 2016, in considerazione del processo di riorganizzazione del settore ospedaliero privato accreditato in attuazione di quanto previsto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza ricomprese negli accordi per la compensazione della mobilità interregionale di cui all'articolo 9 del Patto per la salute sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano con intesa del 10 luglio 2014 (atto rep. 82/CSR), e negli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del Patto per la salute sancito con intesa del 3 dicembre 2009, pubblicata nella <i>Gazzetta Ufficiale</i> n. 3 del 5 gennaio 2010, in deroga ai limiti previsti dal primo periodo. Al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga di cui al periodo precedente, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adottare misure alternative, volte, in particolare, a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e lungodegenza, acquistate dagli erogatori privati accreditati, in misura tale da assicurare il rispetto degli obiettivi di riduzione di cui al primo periodo, nonché gli obiettivi previsti dall'articolo 9-<i>quater</i>, comma 7, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125; possono contribuire al raggiungimento del predetto obiettivo finanziario anche misure alternative a valere su altre aree della spesa sanitaria. Le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità e i relativi criteri di appropriatezza sono definiti con successivo accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. In sede di prima applicazione sono definite prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità i ricoveri individuati come "ad alta complessità" nell'ambito del vigente Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Le regioni trasmettono trimestralmente ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze i provvedimenti di propria competenza di compensazione della maggiore spesa sanitaria regionale per i pazienti extraregionali presi in carico dagli IRCCS. Ne danno altresì comunicazione alle regioni di residenza dei medesimi pazienti e al coordinamento regionale per la salute e per gli affari finanziari al fine di permettere, alla fine dell'esercizio, le regolazioni in materia di compensazione della mobilità sanitaria nell'ambito del riparto delle disponibilità finanziarie del Servizio sanitario nazionale. Le regioni pubblicano per ciascun IRCCS su base trimestrale il valore delle prestazioni rese ai pazienti extraregionali di ciascuna regione».</p>	<p>Comma 574 Acquisto prestazioni alta specialità Ircss</p> <p>Per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza, l'obbligo di risparmio del 2% rispetto alla spesa del 2014 può essere derogato.</p>
<p>575. Gli accordi per la compensazione della mobilità interregionale di cui all'articolo 9 del Patto per la salute sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano con intesa del 10 luglio 2014 (atto rep. 82/CSR), sono sanciti dalla medesima Conferenza, nel rispetto degli equilibri di bilancio programmati.</p> <p>576. Dalla data di entrata in vigore della presente legge, gli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del Patto per la salute sancito con intesa del 3 dicembre 2009, pubblicata nella <i>Gazzetta Ufficiale</i> n. 3 del 5 gennaio 2010, devono essere obbligatoriamente conclusi entro il 31 dicembre 2016.</p> <p>577. Le strutture sanitarie che erogano prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale applicano ai pazienti, residenti in regioni diverse da quella in cui insistono le strutture, le medesime regole di accesso e di erogazione delle prestazioni previste per i pazienti residenti nella regione in cui sono ubicate le strutture. Le regioni individuano, nell'ambito del contratto stipulato con le strutture sanitarie, le misure sanzionatorie da applicare alle strutture che non rispettano la presente disposizione.</p> <p>578. All'articolo 1, comma 171, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le parole: «importi tariffari diversi» sono sostituite dalle seguenti: «livelli di remunerazione complessivi diversi».</p>	<p>Commi 575 - 578 Mobilità sanitaria</p> <p>Entro il 31.12.2016 devono essere stipulati gli accordi bilaterali tra le Regioni per la mobilità sanitaria previsti dal Patto per la Salute. Valgono le stesse regole e gli stessi diritti di accesso alle prestazioni sanitarie previste per i residenti nella regione anche per i pazienti provenienti da altre Regioni.</p>



<p>579. Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, avvalendosi dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), assicura, su richiesta della regione interessata, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il necessario supporto agli enti interessati dai piani di rientro di cui ai commi da 528 a 536 e mette a disposizione, ove necessario, strumenti operativi per la presentazione del piano ed il perseguimento dei suoi obiettivi, nonché per l'affiancamento, da parte dell'AGENAS con oneri a carico del bilancio della medesima Agenzia, degli enti del Servizio sanitario nazionale per tutta la durata dei piani di rientro. Alla compensazione degli effetti finanziari in termini di fabbisogno e indebitamento netto derivanti dal presente comma, pari a 3,4 milioni di euro per ciascuno degli anni 2016, 2017 e 2018, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per la compensazione degli effetti finanziari non previsti a legislazione vigente conseguenti all'attualizzazione di contributi pluriennali, di cui all'articolo 6, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189, e successive modificazioni.</p>	<p>Comma 579 Supporto alle regioni in Piano di Rientro</p> <p>Supporto del Ministero Salute e del MEF, avvalendosi di Agenas, alle Regioni in Piano di Rientro.</p>
<p>580. Al fine di dotare il Paese di una infrastruttura dedicata ad un progetto nazionale di genomica applicata alla sanità pubblica, denominato «Progetto genomi Italia», volto alla realizzazione di un piano nazionale di implementazione medico-sanitaria delle conoscenze e tecnologie genomiche con particolare riguardo al sequenziamento, all'analisi e alla valorizzazione scientifica delle sequenze genomiche della popolazione italiana, è istituito presso il Ministero della salute un fondo denominato «Progetto genomi Italia», al quale è assegnata la somma di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2016, 2017 e 2018.</p> <p>581. Gli atti e i provvedimenti concernenti l'utilizzazione del fondo, la progettazione e gestione del «Progetto genomi Italia», di cui al comma 580, sono adottati da una Commissione, denominata «Commissione nazionale genomi italiani», istituita con decreto di natura non regolamentare del Ministero della salute. La Commissione, di durata triennale, individua entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge il soggetto o i soggetti, pubblici o privati, che si impegnano a cofinanziare il progetto, con lettera di intenti da acquisire entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, nella misura non inferiore alle risorse destinate annualmente dallo Stato come individuate dal comma 580. Decorsi sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge senza l'individuazione di cofinanziatori del progetto, la Commissione di cui al presente comma cessa le proprie funzioni relazionando al Ministro della salute sulle circostanze che hanno impedito la realizzazione del progetto.</p>	<p>Commi 580 - 581 Progetto genomica</p> <p>5 mln di euro per ciascuno degli anni 2016, 2017 e 2018 per il progetto nazionale di genomica applicata alla sanità pubblica e DM Salute per istituire la Commissione nazionale Genomi italiani</p>
<p>582. Le risorse di cui all'articolo 2-ter, comma 3, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138, e le risorse di cui all'articolo 2, comma 307, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, annualmente stanziati sui pertinenti capitoli dello stato di previsione del Ministero della salute, sono assegnate dal Ministero della salute direttamente al Centro nazionale trapianti per lo svolgimento delle attività di coordinamento della rete trapiantologica.</p>	<p>Comma 583 Centro nazionale trapianti</p> <p>Assegnazione direttamente al Centro nazionale trapianti le risorse, ora stanziati in appositi capitoli del bilancio del Ministero della Salute, per le attività dei Centri di riferimento interregionali</p>
<p>583. Le risorse di cui all'articolo 12 del decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 207, e all'articolo 5 del decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 208, annualmente stanziati sui pertinenti capitoli dello stato di previsione del Ministero della salute, sono equamente ripartite destinando il 50 per cento alle regioni e il 50 per cento al Centro nazionale sangue per le attività di coordinamento della rete trasfusionale.</p>	<p>Comma 584 Servizi trasfusionali</p> <p>Le risorse per i servizi trasfusionali sono ripartite al 50% per le Regioni e al 50 % per il Centro nazionale sangue per le attività di coordinamento della rete trasfusionale.</p>
<p>584. A seguito dell'effettivo trasferimento al Servizio sanitario regionale delle funzioni in materia di assistenza sanitaria ai soggetti ospitati presso le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), alle regioni a statuto speciale sono trasferite le somme loro assegnate in sede di riparto della quota vincolata del Fondo sanitario nazionale per gli anni 2012, 2013, 2014, 2015, di cui all'articolo 3-ter, comma 7, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9.</p>	<p>Comma 584 Opg</p> <p>Assegnazioni alle regioni a statuto speciale dei finanziamenti per la chiusura degli Opg quando gli internati sono stati effettivamente trasferiti alle Rems.</p>
<p>585. È autorizzata la spesa di 1 milione di euro per l'anno 2016, di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2017 e 2018 e di 1 milione di euro annui a decorrere dall'anno 2019 in favore dell'Istituto Giannina Gaslini di Genova.</p>	<p>Comma 585 Istituto Gaslini</p> <p>Finanziamento di 1 mln nel 2016, 2 mln nel 2017 e 2018 e di 1 mln dal 2019 all'Istituto Gaslini Genova</p>
<p>586. Gli indennizzi dovuti alle persone danneggiate da trasfusioni, somministrazioni di emoderivati o vaccinazioni, in base alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, riconosciuti dopo il 1° maggio 2001, demandati alle regioni, in attesa del trasferimento dallo Stato delle somme dovute, vengono anticipati da ogni regione agli aventi diritto.</p>	<p>Comma 586 Indennizzi danneggiati da trasfusioni, emoderivati o vaccinazioni</p> <p>Gli indennizzi dovuti ai danneggiati da trasfusioni, emoderivati o vaccinazioni sono anticipati dalle regioni agli aventi diritto</p>



680. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in conseguenza dell'adeguamento dei propri ordinamenti ai principi di coordinamento della finanza pubblica di cui alla presente legge e a valere sui risparmi derivanti dalle disposizioni ad esse direttamente applicabili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, della Costituzione, assicurano un contributo alla finanza pubblica pari a 3.980 milioni di euro per l'anno 2017 e a 5.480 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018 e 2019, in ambiti di spesa e per importi proposti, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, in sede di autoordinamento dalle regioni e province autonome medesime, da recepire con intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro il 31 gennaio di ciascun anno. In assenza di tale intesa entro i predetti termini, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, entro venti giorni dalla scadenza dei predetti termini, i richiamati importi sono assegnati ad ambiti di spesa ed attribuiti alle singole regioni e province autonome, tenendo anche conto della popolazione residente e del PIL, e sono rideterminati i livelli di finanziamento degli ambiti individuati e le modalità di acquisizione delle risorse da parte dello Stato, considerando anche le risorse destinate al finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale. Fermo restando il concorso complessivo di cui al primo periodo, il contributo di ciascuna autonomia speciale è determinato previa intesa con ciascuna delle stesse. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza come eventualmente rideterminato ai sensi del presente comma e dei commi da 681 a 684 del presente articolo e dell'articolo 1, commi da 400 a 417, della legge 23 dicembre 2014, n. 190. Per la regione Trentino-Alto Adige e per le province autonome di Trento e di Bolzano l'applicazione del presente comma avviene nel rispetto dell'Accordo sottoscritto tra il Governo e i predetti enti in data 15 ottobre 2014, e recepito con legge 23 dicembre 2014, n. 190, con il concorso agli obiettivi di finanza pubblica previsto dai commi da 406 a 413 dell'articolo 1 della medesima legge.

Comma 680 Tagli alle spese regionali 2017 - 2019 effetti sulla Sanità

Previsto un "concorso alla finanza pubblica" per Regioni e PA pari 3,980 mld nel 2017 e a 5,480 mld per ciascuno degli anni 2018 e 2019, che prevede esplicitamente effetti sul finanziamento sanitario.

Commento:

Si ripete il meccanismo della precedente Legge di Stabilità: un'Intesa Stato Regioni dovrà precisare i settori da tagliare, in assenza dell'Intesa vi sarà una decisione autonoma del Governo.

Complessivamente con questa riduzione delle spese regionali la manovra per la sanità sfiora i 20 miliardi di tagli nel periodo 2016 - 2019, confermando il crollo dell'incidenza sul PIL della spesa sanitaria (dal 7% al 6,5%) previsto nel DEF 2015, che relega il nostro Paese agli ultimi posti in Europa negli investimenti per la protezione sociale.

Vedi sotto la Tabella 2

La Tabella 2 calcola i tagli al FSN nel periodo 2016-2019, sommando quelli già decisi con la precedente manovra ai nuovi tagli in arrivo.

TABELLA 2- FSN periodo 2016-2019 Legge che decide il taglio	Taglio al FSN deciso o da decidere*	Spiegazione
Legge Stabilità 2015 125/2015 art. 9 septies Intesa Stato Regioni	-9,408 mld	Anni 2016 - 2019: 2,352 mld taglio annuo al FSN x 4 anni = 9,408 mld
Legge Stabilità 2016 art. 1 comma 568	-2,100 mld	Anno 2016: 2,100 mld taglio annuo FSN 2016 (FSN scende da 113,1 mld a 111,mld)
Legge Stabilità 2016 art. 1 comma 680	-3,980 mld*	Anno 2017: 3,980 mld contributo alla manovra con taglio spese regioni, da decidere con Intesa Stato Regioni*, compreso finanziamento sanità
Legge Stabilità 2016 art. 1 comma 680	-5,480 mld*	Anno 2018: 5,480 mld contributo alla manovra con taglio spese regioni, da decidere con Intesa Stato Regioni*, compreso finanziamento sanità
Legge Stabilità 2016 art. 1 comma 680	-5,480 mld*	Anno 2019: 5,480 mld contributo alla manovra con taglio spese regioni, da decidere con Intesa Stato Regioni*, compreso finanziamento sanità

702. Nelle more della conclusione, da parte dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), delle procedure di ripiano dell'eventuale sfondamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera per gli anni 2013 e 2014 e al fine di garantire il rispetto degli equilibri di finanza pubblica, le regioni, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 20 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, e successive modificazioni, accertano ed impegnano nel bilancio regionale dell'anno 2015, nella misura del 90 per cento e al netto degli importi eventualmente già contabilizzati, le somme indicate nella tabella di cui all'allegato A alla presente legge a titolo di ripiano per ciascuno degli anni 2013 e 2014. I predetti accertamenti e impegni sono effettuati nel bilancio finanziario dell'anno 2015, entro dieci giorni dalla data di entrata in vigore del decreto-legge 13 novembre 2015, n. 179. Conseguentemente, gli enti del Servizio sanitario nazionale, di cui all'articolo 19, comma 2, lettere b) e c), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, iscrivono le predette somme nel proprio conto economico dandone evidenza nel modello CE IV trimestre 2015, di cui al decreto del Ministro della salute 15 giugno 2012, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 159 del 10 luglio 2012, nelle voci relative ai codici AA0900 e AA0910.

703. A conclusione delle procedure di ripiano, da parte dell'AIFA, dell'eventuale

Commi 702 e 703 Rispetto tetto di spesa farmaceutica

In attesa della conclusione delle procedure di ripiano, in caso di superamento del tetto di spesa, dell'Aifa, le regioni impegnano nel bilancio regionale 2015 il 90% delle somme indicate in un'apposita Tabella (nell'allegato A legge di stabilità). A conclusione delle procedure di ripiano Aifa, le regioni procedono alle relative regolazioni contabili in caso di differenza tra quanto accantonato e quanto

<p>sfondamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera per gli anni 2013 e 2014, ove si verifichi una differenza tra l'importo che ha formato oggetto di accertamento e di impegno ai sensi del comma 702 e quello risultante dalle determinazioni AIFA, pubblicate nella <i>Gazzetta Ufficiale</i>, conclusive delle predette procedure con riferimento a ciascuno degli anni 2013 e 2014, le regioni procedono alle relative regolazioni contabili, ai sensi di quanto disposto dal decreto legislativo 23 giugno 2011, n 118.</p>	<p>effettivamente speso per la farmaceutica.</p>
<p>704. All'articolo 32 del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, sono apportate le seguenti modifiche:</p> <p>a) al comma 1, alinea, dopo le parole: «servizi o forniture,» sono inserite le seguenti: «nonché ad una impresa che esercita attività sanitaria per conto del Servizio sanitario nazionale in base agli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-<i>quinquies</i> del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502,»;</p> <p>b) al comma 1, lettera a), la parola: «appaltatrice» è soppressa e dopo le parole: «d'appalto» sono inserite le seguenti: «ovvero dell'accordo contrattuale»;</p> <p>c) al comma 1, lettera b), la parola: «appaltatrice» è soppressa e dopo le parole: «d'appalto» sono inserite le seguenti: «ovvero dell'accordo contrattuale»;</p> <p>d) al comma 2, dopo le parole: «del contratto» sono inserite le seguenti: «ovvero dell'accordo contrattuale»;</p> <p>e) dopo il comma 2 è inserito il seguente:</p> <p>«2-bis. Nell'ipotesi di impresa che esercita attività sanitaria per conto del Servizio sanitario nazionale in base agli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-<i>quinquies</i> del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il decreto del Prefetto di cui al comma 2 è adottato d'intesa con il Ministro della salute e la nomina è conferita a soggetti in possesso di <i>curricula</i> che evidenzino qualificate e comprovate professionalità ed esperienza di gestione sanitaria»;</p> <p>f) al comma 10, al primo periodo, dopo la parola: «contratto» sono inserite le seguenti: «ovvero dell'accordo contrattuale» e dopo il secondo periodo è inserito il seguente: «Nei casi di cui al comma 2-bis, le misure sono disposte con decreto del Prefetto, d'intesa con il Ministro della salute»;</p> <p>g) dopo il comma 10 è aggiunto il seguente:</p> <p>«10-bis. Le misure di cui al presente articolo, nel caso di accordi contrattuali con il Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 8-<i>quinquies</i> del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si applicano ad ogni soggetto privato titolare dell'accordo, anche nei casi di soggetto diverso dall'impresa, e con riferimento a condotte illecite o eventi criminosi posti in essere ai danni del Servizio sanitario nazionale».</p>	<p>Comma 704 Norme anticorruzione per appalti e contratti di fornitura nel SSN.</p> <p>E si estendono anche agli accordi contrattuali con le Asl che i privati accreditati devono stipulare per erogare le prestazioni.</p>
<p>790. In attuazione dei principi di cui alla direttiva 29/2012/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 25 ottobre 2012, in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato, in attuazione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, ratificata ai sensi della legge 27 giugno 2013, n. 77, nonché in attuazione del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 ottobre 2013, n. 119, è istituito, nelle aziende sanitarie e ospedaliere, un percorso di protezione denominato «Percorso di tutela delle vittime di violenza», con la finalità di tutelare le persone vulnerabili vittime della altrui violenza, con particolare riferimento alle vittime di violenza sessuale, maltrattamenti o atti persecutori (<i>stalking</i>). All'istituzione del Percorso di tutela delle vittime di violenza si provvede con le risorse finanziarie, umane e strumentali previste a legislazione vigente.</p> <p>791 (omissis)</p>	<p>Commi 790 - 791 Tutela vittime di violenza</p> <p>Istituito nelle aziende sanitarie ed ospedaliere un percorso di protezione denominato "Percorso tutela vittime di violenza".</p>
<p>866. Per il concorso dello Stato al raggiungimento degli <i>standard</i> europei del parco mezzi destinato al trasporto pubblico locale e regionale, e in particolare per l'accessibilità per persone a mobilità ridotta, presso il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti è istituito un Fondo finalizzato all'acquisto diretto, ovvero per il tramite di società specializzate, nonché alla riqualificazione elettrica o al noleggio dei mezzi adibiti al trasporto pubblico locale e regionale. Al Fondo confluiscono, previa intesa con le regioni, le risorse disponibili di cui all'articolo 1, comma 83, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, e successivi rifinanziamenti. Al Fondo sono altresì assegnati, per le medesime finalità, 210 milioni di euro per ciascuno degli anni 2019 e 2020, 130 milioni di euro per l'anno 2021 e 90 milioni di euro per l'anno 2022. Con decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti sono individuate modalità innovative e sperimentali, anche per garantire l'accessibilità alle persone a mobilità ridotta, per l'attuazione delle disposizioni di cui al presente comma. Il Ministro dell'economia</p>	<p>Comma 866 Persone a mobilità ridotta e trasporto pubblico locale</p> <p>In particolare per l'accessibilità per persone a mobilità ridotta, è istituito un Fondo finalizzato all'acquisto degli automezzi adibiti al trasporto pubblico locale e regionale. Previsto un DM Trasporti per individuare modalità innovative e sperimentali, anche per garantire l'accessibilità alle persone a mobilità ridotta.</p>
<p>918. La misura del prelievo erariale unico sugli apparecchi di cui all'articolo 110, comma 6, lettera a), del testo unico di cui al regio decreto 18 giugno 1931, n. 773, e successive modificazioni, è fissata in misura pari al 17,5 per cento dell'ammontare delle somme giocate, a decorrere dal 1° gennaio 2016. A decorrere dalla stessa data, la percentuale destinata alle vincite (<i>pay-out</i>) è fissata in misura non inferiore al 70 per cento.</p> <p>919. La misura del prelievo erariale unico sugli apparecchi di cui all'articolo 110, comma 6, lettera b), del testo unico di cui al regio decreto 18 giugno 1931, n. 773, e successive modificazioni, è fissata in misura pari al 5,5 per cento dell'ammontare delle somme giocate, a decorrere dal 1° gennaio 2016.</p> <p>920. Il comma 649 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 2014, n. 190, è abrogato.</p> <p>921. Il comma 649 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 2014, n. 190, si interpreta</p>	<p>Commi da 918 a 946 Gioco d'Azzardo</p> <p>Commi 918, 919: Previsto un aumento del prelievo erariale su slot machine e Videolottery (che non dovrebbe ricadere sui giocatori), una riduzione della percentuale minima destinata alle vincite (<i>pay out</i>) dal 74 al 70 per cento, una</p>



nel senso che la riduzione su base annua delle risorse statali a disposizione, a titolo di compenso, dei concessionari e dei soggetti che, secondo le rispettive competenze, operano nella gestione e raccolta del gioco praticato mediante apparecchi di cui all'articolo 110, comma 6, del testo unico di cui al regio decreto 18 giugno 1931, n. 773, si applica a ciascun operatore della filiera in misura proporzionale alla sua partecipazione alla distribuzione del compenso, sulla base dei relativi accordi contrattuali, tenuto conto della loro durata nell'anno 2015.

922. A decorrere dal 1° gennaio 2016 è precluso il rilascio di nulla osta per gli apparecchi di cui all'articolo 110, comma 6, lettera a), del citato testo unico di cui al regio decreto 18 giugno 1931, n. 773, che non siano sostitutivi di nulla osta di apparecchi in esercizio.

923. OMISSIS

924. OMISSIS

926 OMISSIS

927 OMISSIS

929. OMISSIS

930 OMISSIS.

931. OMISSIS

932. OMISSIS

933. I concessionari per la raccolta delle scommesse di cui al comma 932 e per la raccolta del gioco a distanza di cui al comma 935, in scadenza alla data del 30 giugno 2016, proseguono le loro attività di raccolta fino alla data di sottoscrizione delle concessioni accessive alle concessioni aggiudicate ai sensi dei predetti commi, a condizione che presentino domanda di partecipazione.

934. OMISSIS

935. OMISSIS

936. Entro il 30 aprile 2016, in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definite le caratteristiche dei punti di vendita ove si raccoglie gioco pubblico, nonché i criteri per la loro distribuzione e concentrazione territoriale, al fine di garantire i migliori livelli di sicurezza per la tutela della salute, dell'ordine pubblico e della pubblica fede dei giocatori e di prevenire il rischio di accesso dei minori di età. Le intese raggiunte in sede di Conferenza unificata sono recepite con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, sentite le Commissioni parlamentari competenti.

937. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 7, commi da 4 a 5, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e fermo il divieto di pubblicità di cui all'articolo 4, comma 2, della legge 13 dicembre 1989, n. 401, per contrastare l'esercizio abusivo dell'attività di gioco o scommessa e per garantire ai consumatori, ai giocatori e ai minori un elevato livello di tutela, inteso a salvaguardare la salute e a ridurre al minimo gli eventuali danni economici che possono derivare da un gioco compulsivo o eccessivo, la propaganda pubblicitaria audiovisiva di marchi o prodotti di giochi con vincite in denaro è effettuata tenendo conto dei principi previsti dalla raccomandazione 2014/478/UE della Commissione del 14 luglio 2014. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze da adottare, di concerto con il Ministro della salute, sentita l'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono individuati i criteri per l'attuazione della citata raccomandazione.

938. In ogni caso, è vietata la pubblicità:

a) che incoraggi il gioco eccessivo o incontrollato;

b) che neghi che il gioco possa comportare dei rischi;

c) che ometta di rendere esplicite le modalità e le condizioni per la fruizione di incentivi o *bonus*;

d) che presenti o suggerisca che il gioco sia un modo per risolvere problemi finanziari o personali, ovvero che costituisca una fonte di guadagno o di sostentamento alternativa al lavoro, piuttosto che una semplice forma di intrattenimento e di divertimento;

e) che induca a ritenere che l'esperienza, la competenza o l'abilità del giocatore permetta di ridurre o eliminare l'incertezza della vincita o consenta di vincere sistematicamente;

f) che si rivolga o faccia riferimento, anche indiretto, ai minori e rappresenti questi ultimi, ovvero soggetti che appaiano evidentemente tali, intenti al gioco;

g) che utilizzi segni, disegni, personaggi e persone, direttamente e primariamente legati ai minori, che possano generare un diretto interesse su di loro;

h) che induca a ritenere che il gioco contribuisca ad accrescere la propria autostima, considerazione sociale e successo interpersonale;

i) che rappresenti l'astensione dal gioco come un valore negativo;

l) che induca a confondere la facilità del gioco con la facilità della vincita;

m) che contenga dichiarazioni infondate sulla possibilità di vincita o sul rendimento che i giocatori possono aspettarsi di ottenere dal gioco;

n) che faccia riferimento a servizi di credito al consumo immediatamente utilizzabili ai fini del gioco.

939. È altresì vietata la pubblicità di giochi con vincite in denaro nelle trasmissioni radiofoniche e televisive generaliste, nel rispetto dei principi sanciti in sede europea, dalle ore 7 alle ore 22 di ogni giorno. Sono esclusi dal divieto di cui al presente

proroga delle concessioni e una "sanatoria" per gli esercizi che ancora non si sono regolarizzati.

Comma 936: Entro 30.4.2016 prevista Intesa in Conferenza Unificata (Stato, Regioni, Comuni) per un Dm Mef per definire caratteristiche, distribuzione e concentrazione dei punti vendita.

Comma 937 e 938: Limiti alla pubblicità

Comma 939: Divieto di pubblicità dalle ore 7.00 alle ore 22.00 per le tv e le radio generaliste.

Commento: *Non è ancora il divieto totale, ma è certamente una prima, seria, misura di contenimento della promozione del gioco d'azzardo.*

Comma 941: Campagne di informazione sui rischi del gioco d'azzardo a cura Ministeri Salute e Istruzione.

Comma 946: Presso il Ministero della salute è istituito il Fondo per il gioco d'azzardo patologico-GAP: 50 milioni di euro annui a decorrere dal 2016. Garantisce le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone affette e sarà ripartito alle Regioni.

Commento: *positivo lo stanziamento aggiuntivo, ma bisogna definire i nuovi Lea e destinare il Fondo Gap.*

Commento: *Su questo argomento la Cgil è impegnata nella Campagna nazionale "Mettiamoci in Gioco": [vedi commento alla Legge di Stabilità](#)*

<p>comma i <i>media</i> specializzati individuati con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico, nonché le lotterie nazionali a estrazione differita di cui all'articolo 21, comma 6, del decreto-legge 1°luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102. Sono altresì escluse le forme di comunicazione indiretta derivanti dalle sponsorizzazioni nei settori della cultura, della ricerca, dello sport, nonché nei settori della sanità e dell'assistenza.</p> <p>940. La violazione dei divieti di cui ai commi 938 e 939 e delle prescrizioni del decreto di cui al comma 937 è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria di cui all'articolo 7, comma 6, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189. Le sanzioni sono irrogate dall'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni, secondo i principi di cui alla legge 24 novembre 1981, n. 689, al soggetto che commissiona la pubblicità, al soggetto che la effettua, nonché al proprietario del mezzo con il quale essa è diffusa.</p> <p>941. Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, anche attraverso l'utilizzo dei propri siti <i>web</i>, predispone campagne di informazione e sensibilizzazione, con particolare riferimento alle scuole di ogni ordine e grado, sui fattori di rischio connessi al gioco d'azzardo, al fine di aumentare la consapevolezza sui fenomeni di dipendenza correlati, nonché sui rischi che ne derivano per la salute, fornendo informazioni sui servizi predisposti dalle strutture pubbliche e del terzo settore per affrontare il problema della dipendenza da gioco d'azzardo.</p> <p>942. OMISSIS 943. OMISSIS 944. OMISSIS 945. OMISSIS</p> <p>946. Al fine di garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP), come definito dall'Organizzazione mondiale della sanità, presso il Ministero della salute è istituito il Fondo per il gioco d'azzardo patologico (GAP). Il Fondo è ripartito tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla base di criteri determinati con decreto del Ministro della salute, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Per la dotazione del Fondo di cui al periodo precedente è autorizzata la spesa di 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2016.</p>	
<p>949. Al decreto legislativo 21 novembre 2014, n. 175, sono apportate le seguenti modificazioni:</p> <p>a) all'articolo 3, comma 3, al primo periodo, le parole: «prestazioni erogate nel 2015» sono sostituite dalle seguenti: «prestazioni erogate dal 2015» e dopo il secondo periodo è aggiunto il seguente: «I dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate a partire dal 1° gennaio 2016 sono inviati al Sistema tessera sanitaria, con le medesime modalità di cui al presente comma, anche da parte delle strutture autorizzate per l'erogazione dei servizi sanitari e non accreditate»;</p> <p>b) all'articolo 3, dopo il comma 3 è inserito il seguente:</p> <p>«3-bis. Tutti i cittadini, indipendentemente dalla predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata, possono consultare i dati relativi alle proprie spese sanitarie acquisiti dal Sistema tessera sanitaria ai sensi dei commi 2 e 3 mediante i servizi telematici messi a disposizione dal Sistema tessera sanitaria»;</p> <p>... OMISSIS</p>	<p>Comma 949 Sistema Tessera sanitaria</p> <p>a) i dati delle prestazioni sanitarie erogate devono essere trasmessi anche dalle strutture sanitarie non accreditate</p> <p>b) Tutti i cittadini possono consultare i dati relativi alle proprie spese sanitarie mediante i servizi telematici messi a disposizione dal Sistema Tessera Sanitaria.</p>
<p>950. All'articolo 78 della legge 30 dicembre 1991, n. 413, sono apportate le seguenti modificazioni:</p> <p>a) il comma 25-bis è sostituito dal seguente:</p> <p>«25-bis. Ai fini della elaborazione della dichiarazione dei redditi da parte dell'Agenzia delle entrate, a partire dall'anno d'imposta 2015, nonché dei controlli sugli oneri deducibili e sugli oneri detraibili, entro il 28 febbraio di ciascun anno, gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale e i fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale che nell'anno precedente hanno ottenuto l'attestazione di iscrizione nell'Anagrafe dei fondi integrativi del servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 9, comma 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché gli altri fondi comunque denominati, trasmettono all'Agenzia delle entrate, per tutti i soggetti del rapporto, una comunicazione contenente i dati relativi alle spese sanitarie rimborsate per effetto dei contributi versati di cui alla lettera a) del comma 2 dell'articolo 51 e di quelli di cui alla lettera e-ter) del comma 1 dell'articolo 10 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, nonché i dati relativi alle spese sanitarie rimborsate che comunque non sono rimaste a carico del contribuente ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lettera b), e dell'articolo 15, comma 1, lettera c), dello stesso testo unico»;</p> <p>b) il comma 25-ter è abrogato;</p> <p>c) al comma 26:</p> <p>1) il primo periodo è soppresso;</p> <p>2) le parole: «al comma 25», ovunque ricorrono, sono sostituite dalle seguenti: «ai commi 25 e 25-bis».</p>	<p>Comma 950 a) Fondi sanitari</p> <p>Obbligo per gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale e per i fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, iscritti all'Anagrafe dei fondi integrativi, di trasmettere all'Agenzia dell'entrate, ..., una comunicazione contenente i dati relativi alle spese sanitarie rimborsate ...</p>
<p>960. Al decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, sono apportate le seguenti modifiche:</p> <p>a) b) OMISSIS c) ...</p> <p>1) Le prestazioni di cui ai numeri 18), 19), 20), 21) e 27-ter) dell'articolo 10,</p>	<p>Comma 960 IVA prestazioni socio-sanitarie cooperative sociali</p>



<p>primo comma, rese in favore dei soggetti indicati nello stesso numero 27-ter) da cooperative sociali e loro consorzi in esecuzione di contratti di appalto e di convenzioni in generale».</p> <p>OMISSIS</p>	<p>Applicazione dell'aliquota IVA agevolata al 5 per cento a tutte le prestazioni socio-sanitarie rese dalle cooperative sociali ai soggetti indicati dalla legge e non solo a quelle fornite in esecuzione di contratti di appalto.</p>
<p>Commi 65 a 69 omissis Commi 70 - 72 omissis Comma 73 omissis Commi 111-113 omissis Commi 115-120 omissis Commi 123 - 124 omissis</p>	<p>Commi 65 - 69, 70 - 72, 73, 111-113 Riduzione IRAP</p> <p>La Relazione Tecnica alla Legge di Stabilità stima gli effetti:</p> <p>Commi 65 - 69: perdita di gettito per 223 mln nel 2018, di 120,9 mln annui per successivi.</p> <p>Commi 70 - 72: Per le imprese agricole e pesca perdita di gettito di 196 milioni di euro.</p> <p>Comma 73: deducibilità costo lavoro perdita gettito di 31 mln annui dal 2016 in poi.</p> <p>Commi 111 - 113: perdita di gettito di 68,8 milioni di euro per il 2017 e di 37 milioni a partire dal 2018</p> <p>Comi 115-120: perdita di gettito di 5 mln dal 2016</p> <p>Commi 123-124: riduzione per imprese e lavoratori autonomi perdita di gettito di 338,6 mln nel 2017 e di 183 mln dal 2018</p> <p>Commento: <i>la riduzione dell'IRAP prevista da diversi commi produce un minor gettito anche per il finanziamento della sanità (oltre 500 mln annui di perdita).</i></p>

