

2016



#italiacolsegnopiù

LEGGE DI STABILITÀ **2016**

[DOCUMENTAZIONE 2]

Documentazione Dipartimenti Cisl Confederale aggiornata al 18 gennaio 2016

Norme relative alle politiche sociali e sanitarie

N.B. In **neretto** vengono riportate le modifiche al testo intervenute nel corso dell'esame parlamentare

Norme relative alle politiche sociali

A cura di Alessandro Geria, Lorenzo Lusignoli e Silvia Stefanovichj

Articolo 1, commi 182-191 – Sostegno al welfare contrattuale: l'utilizzo del premio di risultato e l'estensione della detassazione

(Le valutazioni relative a questo articolo sono state condivise con i Dipartimenti Fisco/Previdenza e Lavoro/Formazione/Contrattazione alle cui circolari si rinvia per gli aspetti specifici)

La legge di stabilità all'articolo 1 commi 182-191 si pone come obiettivo generale di sostenere il welfare di livello aziendale/territoriale e di estenderne gli ambiti e le modalità di possibile azione. Le misure proposte vanno nella direzione indicata da tempo dalla Cisl con l'allargamento dei benefici fiscali al welfare contrattuale (e non solamente al welfare frutto dell'atto unilaterale "volontario" del datore) e l'ampliamento del paniere di beni e servizi, nonché la possibilità di realizzarlo (in beni e servizi, ma anche tramite voucher) utilizzando il premio di risultato.

L'articolo stabilisce la possibilità che, esclusivamente nel settore privato, i premi di produttività siano fruiti, per scelta del lavoratore, attraverso prestazioni o servizi di welfare contrattuale in sostituzione, in tutto o in parte, delle somme di denaro. In tale caso, le prestazioni stesse non sono assoggettate ad imposta, entro i limiti di importo di 2.000 euro (inferiori ai 3.000 euro del 2014, ma elevabili a 2.500 per le aziende che attuino forme partecipative, coinvolgendo "pariteticamente" i lavoratori nell'organizzazione del lavoro) e di reddito da lavoro dipendente del lavoratore di 50.000 euro (più elevato rispetto ai 40.000 euro del 2014), nonché nel rispetto degli attuali limiti fiscali vigenti per ciascuna tipologia di prestazione o servizio. L'intervento consente finalmente di superare i dubbi interpretativi sorti a seguito della nota risposta dell'Agenzia delle Entrate all'interpello n. 954-551/2011 (inedita) presentato da Willis Italia S.p.A., in cui si metteva in discussione la possibilità di destinare parte del premio di risultato a servizi contenuti in piani di *flexible benefit*, godendo della relativa esenzione fiscale.

Saranno, in tema, importanti le modalità attuative della previsione che saranno contenute in un decreto del Ministero del lavoro, di concerto con il Mef, da emanarsi entro 60 giorni.

Si interviene, inoltre, opportunamente per modificare l'art. 51 del TUIR estendendo il campo d'azione della contrattazione collettiva aziendale o territoriale nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni del welfare.

L'art. 51 comma 2, lettera f) del Tuir – come riformulato dal comma 190 della Legge di stabilità, con il riferimento alle "finalità" dell'articolo 100, comma 1 – va nella direzione richiesta dalla Cisl, anche nella recente audizione alla Commissione Lavoro della Camera in occasione del decreto legislativo n.80/2015, di svincolare la condizione per la esenzione fiscale delle opere di utilità sociale dalla "volontarietà" nell'erogazione da parte del datore di lavoro, consentendo alla negoziazione collettiva di accedere ai benefici della detassazione integralmente per tutte le

prestazioni e i servizi di welfare. **Si è inoltre esplicitata la volontà del legislatore, consentendo la detassazione per tutte le opere e servizi con finalità di educazione, istruzione, ricreazione, assistenza sociale e sanitaria o culto, rivolti ai lavoratori e loro familiari, “riconosciuti dal datore di lavoro volontariamente o in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale”.**

Infine il comma 190 interviene per chiarire ed estendere il paniere di beni e servizi oggetto della defiscalizzazione piena, ed introdurre la possibilità di accesso tramite voucher.

Nello specifico l'estensione riguarda:

- tutti i servizi di educazione e istruzione, anche in età prescolare, compresi i servizi integrativi e di mensa connessi, e alle ludoteche e centri estivi/invernali; sino ad oggi l'applicazione alla scuola dell'infanzia e ai servizi extra-scolastici non era certa (comma 2 lettera f-bis).
- l'assistenza agli anziani e ai non-autosufficienti; (comma 2 lettera f-ter).
- i servizi e prestazioni erogati tramite documenti di legittimazione cartacei o elettronici (ticket, buoni, vouchers, card ...) (comma 3-bis).

Con un emendamento, è stato inserito il comma 183, che prevede che il congedo di maternità sia obbligatoriamente computato nel calcolo per la determinazione dei premi di produttività.

Il comma 191 interviene infine per modificare il d.lgs.80/2015 attuativo del Jobs act, sostituendo il vincolo del 10% del Fondo per il finanziamento di sgravi contributivi per incentivare la contrattazione di secondo livello, con la definizione di specifici stanziamenti nominali per la conciliazione vita/lavoro all'interno del Fondo per il triennio: 38,3 milioni di euro per l'anno 2016, 36,2 milioni di euro per l'anno 2017 e a 35,6 milioni di euro per l'anno 2018.

Contestualmente opera ulteriori decurtazioni al Fondo stesso 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, 293 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2022.

Si è ancora in attesa dell'emanazione del Decreto interministeriale che dovrebbe costituire le cabine di regia, non partecipate dalle parti sociali, e definire criteri e modalità di utilizzo di tale Fondo.

Articolo 1, Commi 205 e 282 - Misure per la genitorialità

Ricordiamo che, sempre in tema di politiche familiari, oltre alla prosecuzione dell'assegno di natalità (bonus bebè) istituito con la Legge di stabilità 2015 per una vigenza triennale, **è prorogato al 2016 entro il limite di 20 milioni di euro, con il comma 282, il voucher baby sitter/nido alternativo ai congedi parentali entro gli 11 mesi di vita del figlio, dell'importo di 600 euro mensili per 6 mesi, rivolto alle lavoratrici dipendenti. E' inoltre esteso lo stesso voucher, con applicazione da definire con successivo Decreto di natura non regolamentare del Ministro del lavoro di concerto con il Mef entro sessanta giorni ed entro l'importo di 2 milioni di euro, alle lavoratrici autonome non parasubordinate (non iscritte alla gestione separata INPS) e alle imprenditrici per la metà di importo e durata: 3 mesi per un totale di 1.800 euro.**

Un emendamento ha inoltre disciplinato al comma 205 il diritto per il padre lavoratore dipendente, per il solo anno 2016, di due giorni di congedo obbligatorio, che possono essere goduti anche in via non continuativa nei primi cinque mesi dalla nascita del figlio. La Riforma Fornero aveva già previsto il congedo di un solo giorno, fino al 2015. E' stato inoltre prorogato al 2016 il congedo facoltativo del padre, di due giorni, da utilizzare in alternativa alla madre che si trovi in astensione obbligatoria.

Articolo 1, Commi 386 - 396 - Lotta alla Povertà

Grazie anche al lavoro svolto dalla Cisl negli ultimi mesi e alle pressioni esercitate sul governo da parte dell'Alleanza contro la povertà in Italia, viene finalmente finanziato un Piano di lotta alla povertà su scala nazionale con la creazione del "Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale" presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. A tale fondo sono assegnati 600 milioni per il 2016 e 1 miliardo strutturale per gli anni a venire (**nonché 30 milioni nel 2017 e 54 nel 2018** provenienti dalla soppressione di fondi legati alle recenti modifiche del mercato del lavoro). Nel primo anno gli stanziamenti andranno a finanziare un ampliamento di alcune misure già in essere, il Sostegno all'Inclusione Attiva (SIA) con 380 milioni, e l'Assegno di Disoccupazione (ASDI) con 220 milioni, mentre a partire dal 2017 verranno veicolati verso un'unica misura di contrasto alla povertà, attraverso uno o più provvedimenti legislativi di riordino della normativa e di razionalizzazione di alcuni strumenti di welfare assistenziale da definire.

Il Parlamento ha introdotto alcune specifiche con riguardo all'estensione e al rafforzamento del SIA su tutto il territorio nazionale: non dovrà solo interessare prioritariamente i nuclei familiari con figli minori ma anche quelli con figli disabili, verrà concesso proporzionalmente in base al numero di tali figli e dovrà tener conto della presenza di donne in stato di gravidanza accertata nel nucleo.

Di fatto, se si tiene conto degli stanziamenti già effettuati su Social Card, SIA e ASDI, la lotta alla povertà potrà contare su fondi pari a 1,6 miliardi per il 2016 ed altrettanti per il 2017 e 1,5 miliardi negli anni successivi. **E' inoltre previsto un cospicuo credito d'imposta (fino a 100 milioni annui) per le fondazioni bancarie che finanzino un apposito "Fondo per la lotta alla povertà educativa minorile" istituito sperimentalmente per il prossimo triennio e alimentato con versamenti effettuati su un apposito conto corrente postale e gestito in base a un protocollo d'intesa tra le fondazioni, la Presidenza del Consiglio, il Mef e il ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, a fronte di un preciso impegno irrevocabile sottoscritto dalle medesime di versamento al Fondo delle somme da ciascuna stanziate. Con lo stesso protocollo d'intesa si definiranno le modalità di intervento, valutazione, selezione e monitoraggio nonché le caratteristiche dei progetti da finanziare.**

Un altro comma introdotto nel corso dell'iter parlamentare ha inoltre istituito la "carta della famiglia" rivolta alle famiglie con almeno tre figli minori a carico, che la richiedano volontariamente secondo le modalità e i criteri definiti, sulla base dell'ISEE, dal Decreto del Ministro del lavoro di concerto con il Ministro dell'economia e con il Ministro dello sviluppo economico, che dovrà essere emanato entro tre mesi. Verrà emessa dai Comuni, avrà durata

biennale e consentirà di accedere a sconti sull'acquisto di beni o servizi ovvero a riduzioni tariffarie di enti pubblici o privati che aderiranno liberamente all'iniziativa. Potrà essere funzionale anche alla creazione di gruppi di acquisto familiari o solidali nazionali, nonché alla fruizione dei biglietti famiglia e abbonamenti famiglia per servizi di trasporto, culturali, sportivi, ludici, turistici e di altro tipo.

Il provvedimento per la prima volta contempla uno stanziamento strutturale volto alla creazione di un reddito minimo d'inserimento, che, anche se non risponde in termini di risorse a quanto da noi richiesto (il Reddito d'Inclusione Sociale (REIS) richiederebbe una spesa di 7,1 miliardi a regime), costituisce senz'altro un primo passo positivo verso la meta. La logica della sperimentazione viene superata come da noi richiesto. La preferenza data ad interventi a favore delle famiglie con minori si giustifica sia con la necessità di restringere il campo di applicazione del sostegno economico proporzionalmente alla consistenza del fondo sia con la constatazione che la crescita della povertà nel periodo di crisi è stata particolarmente marcata in queste famiglie. **L'estensione del SIA a favore dei figli disabili è del tutto condivisibile, mentre il richiamo alla proporzionalità potrebbe sollevare qualche dubbio sull'utilizzo di una scala di equivalenza per l'attribuzione del beneficio economico al nucleo familiare.** E' chiaro che per contrastare appieno la povertà assoluta occorrerà incrementare le risorse del fondo negli anni a venire ed indirizzare il sostegno economico anche verso altre categorie familiari.

Occorre tuttavia sottolineare che non è specificato se il fondo in questione possa essere destinato al potenziamento dei servizi degli enti locali, mentre questo risulta necessario per una buona applicazione della nuova misura. Sembrerebbe riduttivo destinare ai servizi solo le risorse provenienti dai fondi europei, lasciando ai soli comuni il compito di fornire nuove risorse per l'implementazione degli stessi.

Infine, la creazione del reddito minimo dal 2017 risulta scaturire da un provvedimento legislativo collegato di riorganizzazione e razionalizzazione dell'intero welfare sociale. Sappiamo che in alcuni casi ciò è necessario, in particolare per compattare la frammentarietà delle misure messe in campo soprattutto con riguardo alla povertà, e sappiamo anche che vi sono alcune misure per le quali occorre operare un processo di aggiornamento che tenga conto anche del nuovo Isee introdotto quest'anno. Siamo dunque aperti al confronto a riguardo, ma non vorremmo che si utilizzasse la lotta alla povertà come cavallo di Troia per entrare e sconvolgere completamente il welfare sociale; anche perché una sua riforma richiederebbe tempi ben più lunghi di quelli adombrati, nonché un'ampia discussione con tutte le parti sociali e le organizzazioni interessate.

Per riassumere dunque: positivo e innovativo il finanziamento strutturale per la messa in opera di un Piano lotta alla povertà; occorre potenziare le risorse ad esso dedicate ed avere una maggiore attenzione ai servizi per l'inclusione socio lavorativa degli interessati; attenzione alla delega di revisione delle prestazioni assistenziali che deve essere funzionale alla lotta alla povertà senza essere uno strumento per scardinare l'intero welfare sociale.

Articolo 1 commi 400 e seguenti e Tabelle – Fondi sociali con particolare riferimento a “Il Dopo di noi”, il Fondo non autosufficienze e il Fondo per le adozioni internazionali (vedi anche scheda allegata)

Le risorse afferenti i diritti sociali, dalla lettura delle tabelle allegata al provvedimento, risultano complessivamente confermate rispetto allo scorso anno. I Fondi nazionali, dopo la stagione dei forti tagli, proseguono nell'andamento crescente registrato dal 2013 - considerando positivamente che alcuni Fondi sono stati resi strutturali con la Legge di Stabilità per il 2015 – ma comunque risultano inferiori rispetto alla dotazione precedente il 2010.

In particolare il Fondo per le politiche sociali mantiene l'entità del 2015, pari a poco più di 312 milioni di euro.

E si istituiscono *ex novo* una serie di diversi fondi e stanziamenti focalizzati a diversi target di rilevanza sociale.

Famiglia e minori

In tema di prima infanzia, è confermato il “Fondo Nazionale Infanzia e Adolescenza” rivolto alle città riservatarie, ma è assente il finanziamento di 100 milioni di euro riservato lo scorso anno al piano di sviluppo del sistema territoriale dei servizi socio educativi per la prima infanzia, che rappresentava gran parte della dotazione per il 2015 del Fondo Famiglia.

Al comma 411 viene inoltre istituito un autonomo “Fondo per le adozioni internazionali” con una dotazione stabile di 15 milioni di euro annui, con l'obiettivo di assicurare il funzionamento della Commissione per le adozioni internazionali e sostenere le politiche in materia di adozioni internazionali.

Parallelamente al comma 412 viene ridotto di 15 milioni di euro, dal 2016, il Fondo per le politiche della famiglia e viene privato delle relative competenze.

E ai commi 414-416 viene creato il “Fondo di solidarietà a tutela del coniuge in stato di bisogno” con una dotazione di 250.000 euro per l'anno 2016 e di 500.000 euro per l'anno 2017. Si rivolgerà sperimentalmente ad alcuni tribunali, definiti da successivo Decreto del Ministro della Giustizia di concerto con il Mef, per consentire l'anticipazione dell'importo dell'assegno di mantenimento non corrisposto per inadempienza del coniuge che vi era tenuto, al coniuge beneficiario che non è in grado di provvedere autonomamente, per il mantenimento proprio e dei figli minori o maggiorenni con handicap grave conviventi.

Disabilità e non autosufficienza

In tema disabilità si istituisce, al comma 400, un Fondo presso il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, con dotazione stabile di 90 milioni di euro, per la copertura di “interventi legislativi” volti al sostegno delle persone con disabilità grave, prive di sostegno familiare. Questo stanziamento viene incontro alle numerose richieste dell'associazionismo delle persone con disabilità, rispetto al tema del “dopo di noi”. **Il Parlamento è intervenuto opportunamente per espungere dal testo i requisiti di indigenza e di parentela di primo grado inizialmente previsti, ma ha contestualmente eliminato la previsione del decreto attuativo, e la relativa Intesa con la Conferenza Stato Regioni, che avrebbero dovuto puntualmente declinare l'istituto. La**

dicitura risulta quindi piuttosto generica, specialmente se confrontata con altre norme ancora in discussione sul medesimo tema.

Restando in tema di disabilità, al comma 406 si prevede uno stanziamento di 5 milioni di euro per il solo anno 2016 al fine di potenziare i progetti riguardanti misure atte a rendere effettivamente indipendente la vita delle persone con disabilità grave. Non è evidente il raccordo che tale stanziamento avrà con il Fondo per le non autosufficienze, che negli ultimi due anni era stato destinato in parte per il finanziamento dei progetti sperimentali per la vita indipendente presentati dalle Regioni sulla base della legge 162/1998.

Tale Fondo per le non autosufficienze, che opera anche a sostegno dei malati di SLA, è incrementato di 150 milioni di euro, riportandolo all'entità del 2015 pari a 400 milioni.

In tema di disabilità e salute, da segnalare l'istituzione del “Fondo per la cura dei soggetti con disturbo dello spettro autistico” (comma 401) di 5 milioni di euro, che persegue l'intento di dare attuazione alla recente legge n.134/2015 priva di stanziamenti adeguati e verrà disciplinato da un Decreto interministeriale Salute e Mef, e l'elevazione della quota di Fondo sanitario nazionale volto alla “cura di malattie rare” attraverso le cellule staminali da 1 a 2 milioni nel 2017 e da 2 a 4 milioni nel 2018 (comma 409).

Al comma 947, si stabilisce un contributo di 70 milioni per finanziare gli assistenti alla comunicazione e per l'autonomia, di supporto all'inclusione scolastica, per il 2016, e si stabilisce la competenza della loro responsabilità in capo alle Regioni, salvo esplicito atto che le abbia affidate agli Enti Locali.

Vengono infine stanziati 1 Milione di euro per l'ENS (Ente Nazionale Sordi) per la creazione di un CAPS (Centro per l'autonomia della persona sorda); viene incrementato di 500 mila euro stabili a decorrere dal 2016 il contributo al Comitato Italiano Paraolimpico per progetti di integrazione di disabili mentali attraverso lo sport, con il vincolo di destinazione al programma internazionale "Special Olympics Italia"; viene incrementato di 2 milioni per gli anni 2016, 2017 e 2018 il contributo alla Biblioteca italiana per ciechi "Regina Margherita" di Monza e viene assegnato un contributo di 100mila euro per ognuno dei medesimi anni alla biblioteca per ipovedenti "BII Onlus".

Art.1 commi 60/312-313/960 Volontariato e Terzo settore

Viene estesa la possibilità per le Associazioni sportive dilettantistiche di avere in concessione o a canone agevolato beni immobili dello Stato. Viene istituito un fondo con 5 milioni di euro per la copertura Inail per attività di utilità sociale, promosse da Enti locali e terzo settore, svolte da volontari che sono in Cassa integrazione, detenuti, richiedenti asilo.

Si interviene sull'Iva per le prestazioni sociosanitarie ed educative rese da cooperative sociali e loro consorzi, attualmente assoggettate all'aliquota del 4 per cento elevandola al 5%.

Si introduce un aggiuntivo 2 per mille a favore delle associazioni culturali iscritte in un apposito elenco presso la Presidenza del Consiglio con stanziamento di 110 milioni di Euro.

Ricordiamo che restano gli stanziamenti della Legge di stabilità dello scorso anno per finanziare la riforma del Terzo settore con 140 milioni di euro per il 2016.

In generale quindi se si conferma una inversione di tendenza rispetto alla riduzione degli stanziamenti per il welfare sociale, che resta generalmente sotto finanziato, permane una frantumazione tra molte linee e diversi strumenti, con obiettivi, criteri e modalità di erogazione che finiscono per non concentrare gli interventi e rendere più difficoltosa l'attività di programmazione dei livelli regionali e locali. Inoltre il costante rinvio a successivi decreti di regolamentazione sospende l'efficacia degli istituti e rinvia, conseguentemente, la possibilità di valutarne l'effettivo impatto in termini di efficacia.

Norme relative alle politiche sanitarie

A cura di Imma La Torre

La legge di stabilità dedica alla sanità oltre 156 commi di legge, che per essere operativi richiedono la predisposizione di una ventina di decreti attuativi a doppia firma dei ministeri della Salute e dell'Economia.

La versione definitiva della legge, rispetto al testo inizialmente presentato in Parlamento, presenta alcune significative novità. Tra queste vale la pena evidenziare **gli interventi normativi nel settore dei giochi e le norme in materia di sblocco delle assunzioni nel comparto sanitario. Su tale tema si è reso necessario intervenire per tamponare l'emergenza orari di lavoro e turni di riposo di medici e infermieri, innescata dall'applicazione del modello UE.**

Viene confermato lo stanziamento per il fabbisogno sanitario nazionale standard di 111 miliardi di euro, comprensivi degli 800 milioni da accantonare nel Fondo sanitario nazionale per i Nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea), che dovrebbero essere emanati nel prossimo mese di febbraio. Vale la pena sottolineare che il DPCM di aggiornamento dei Lea, è stato inviato dal Ministro della salute alle Regioni esattamente un anno fa e, per tutto il 2015, è rimasto accantonato.

Complessivamente, le misure contenute nel provvedimento, intervengono nel comparto della sanità, sia sul versante economico, sia su quello strutturale.

Sul versante economico le norme non prevedono l'introduzione di nuovi ticket e/o l'aumento delle aliquote fiscali regionali e, apparentemente, non dovrebbe comportare ulteriori oneri a carico dei cittadini. Ma così non è.

Vale la pena ricordare, a tale proposito, che, già oggi, le norme vigenti in materia, prevedono, per le Regioni che presentano una situazione di disavanzo sanitario, la possibilità di introdurre ulteriori ticket ed incrementare le aliquote fiscali regionali.

Sul versante strutturale, il provvedimento definisce una serie di misure che, se correttamente applicate, libererebbero significative risorse da reinvestire nell'assistenza sanitaria, in particolare sull'innovazione (vedi i nuovi farmaci per l'Epatite C). Tra le più significative, meritano di essere evidenziate le norme che rendono obbligatorio effettuare gli acquisti presso le centrali regionali o alla Consip e gli interventi previsti per il rientro dei disavanzi delle aziende ospedaliere e degli IRCCS ed, in prospettiva, delle strutture delle ASL a gestione diretta.

Di seguito una scheda sintetica delle principali norme di interesse sanitario.

PANORAMICA DEI PRINCIPALI FONDI NAZIONALI 2008 - 2016
PER INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI

Fondi interventi sociali (milioni Euro)	Normativa	2008 Legge Finanziaria	2009 Legge Finanziaria	2010 Legge Finanziaria	2011 Legge di Stabilità	2012 Legge di Stabilità	2013 Legge di Stabilità	2014 Legge di Stabilità	2015 Legge di Stabilità	2016 Legge di Stabilità
Fondo nazionale politiche sociali ****	L.328/2000 art. 20 co. 8	1.581,60	1.311,60	1.175,00	273,88	69,95	344,17	317,01	312,99	312,59
Fondo politiche per la famiglia	DL 223/2006 art. 19 co. 1	276,00	186,60	185,28	51,48	31,99	19,78	20,91	18,26	*****22,62
Fondo nazionale per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione	L.431/1998 art. 11 co. 1	205,60	161,80	143,82	32,92			**50,00	**50,00	
Fondo morosità incolpevole	DL 102/2013 conv. L. 124/2013 art. 6 co. 5							20,00	20,00	
Fondo pari opportunità	DL 223/2006 art. 19 co. 3	50,00	30,00	3,30	17,16	10,47	10,80	***31,40	19,09	18,60
Fondo per le comunità giovanili	L. 266/2005 art. 1 co. 556	5,00	5,00	3,00						
Fondo politiche giovanili	DL 223/2006 art. 19 co. 2	137,40	79,80	81,08	12,79	8,18	6,20	16,77	5,76	5,56
Fondo nazionale per l'inclusione sociale degli immigrati	L. 296/2006 art. 1 co. 1267	100,00								
Piano straordinario servizi socio-educativi per la prima infanzia *	L. 296/2006 art. 1 co. 1259	170,00							100,00	
Fondo non autosufficienze Λ*	L. 296/2006 art. 1 co. 1264	300,00	400,00	400,00	100,00		275,00	350,00	400,00	400,00
Fondo infanzia e adolescenza	L. 285/1997 art. 1	43,90	43,90	39,96	39,21	39,96	39,59	30,68	28,70	28,79
Fondo minori stranieri non accompagnati	Art. 23 co. 11 DL 95/2012							40,00	32,50	170,00
Fondo derrate alimentari ΛΛ*	L. 147/2013 art. 1 co. 224							10,00	12,00	2,00

Fondo dopo di noi	L. 208/2015 art. 1 co 400									90,00
Fondo lotta alla povertà	L. 208/2015 art. 1 co. 386									*****600,00
Fondo nazionale servizio civile	L. 230/1998 art. 19	299,60	171,40	170,26	113,00	68,81	71,21	105,27	115,73	115,73
TOTALE		3.169,10	2.390,10	2.201,70	640,44	229,36	766,75	992,04	1.115,03	1.765,89

* Finanziato nel 2009 attraverso il Fondo Politiche per la Famiglia con 100 milioni di euro e nel 2015 con il Fondo Famiglia

** Finanziamento previsto dall' art.6 c.4 DL102/2013

*** Comprensivo di 10 ml relativo al piano antiviolenza previsto dal DL 102/13 conv.l.124/13

**** Il Fondo Nazionale Politiche Sociali dal 2011 finanzia soltanto gli interventi regionali e le attività del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - quota Regioni 2008 Euro 670,797 milioni, 2009 Euro 518,222 milioni, 2010 Euro 380,222 milioni

*****Il Fondo Adozioni Intenzionali istituito con Legge di Stabilità 2016 art. 25 e finanziato con 15 milioni di euro a valere sul Fondo Politiche Familiari

***** Nel 2016 le risorse saranno in parte devolute (380 milioni) al Fondo L. 1533/2008 per la sperimentazione del SIA su tutto il territorio nazionale

^^ anno 2011 all.1 alla legge di stabilità "Interventi in tema di sclerosi laterale amiotrofica per ricerca ed assistenza domiciliare dei malati" assegnate al Fondo per le non autosufficienze dal Fondo per esigenze urgenti ed indifferibili.

^^* Finanziato nel 2015 tramite il Fondo Famiglia, che ha finanziato anche Bonus per famiglie numerose acquisto beni - Euro 45 milioni

N.B. La legge di stabilità 2016 prevede anche uno stanziamento di 70 milioni per il 2016 per assistenza scolastica degli alunni disabili e 5 milioni per il 2016 per potenziare progetti per la vita indipendente

Elaborato dal Dipartimento Politiche Sociali, Salute e Riforma P.A.

Articolo 1 commi 521-537 - Piani di rientro e riqualificazione degli Enti del Servizio sanitario nazionale.

Gli Enti del Servizio sanitario nazionale attivano un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, in coerenza con il Programma nazionale valutazione esiti. Entro il 30 giugno di ogni anno ciascuna Regione individua le Aziende ospedaliere, le Aziende ospedaliere universitarie, gli Irccs e gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura che presentano:

1. uno scostamento tra costi e ricavi pari o superiore al 10% dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro;
2. il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure.

Per l'anno 2016, entro il 31 marzo le Regioni individuano, con apposito provvedimento di Giunta regionale o del Commissario ad acta, gli enti del proprio Servizio sanitario regionale che presentano una o entrambe le condizioni di cui sopra.

Con un decreto del Ministro della salute di concerto con il Mef, entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sarà definita la modalità di valutazione dello scostamento, nonché gli ambiti assistenziali e i parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure.

Gli Enti del Ssn con un scostamento tra costi e ricavi, presentano alla Regione, entro i novanta giorni successivi all'emanazione del provvedimento di individuazione, il piano di rientro di durata non superiore al triennio.

Le Regioni non in piano di rientro, entro trenta giorni dalla presentazione del piano da parte dell'Ente, valutano l'adeguatezza delle misure previste dai piani e la loro coerenza con la programmazione sanitaria regionale.

Le Regioni in piano di rientro, entro trenta giorni dalla presentazione del piano da parte dell'Ente, verificano la coerenza dei piani rispetto ai piani di rientro regionali.

La Regione, o il Commissario ad acta, verifica trimestralmente l'adozione e la realizzazione delle misure previste dai piani di rientro degli Enti.

Tutti contratti dei direttori generali, inclusi quelli in essere, prevedono la decadenza automatica del direttore generale degli Enti in caso di mancata approvazione del piano di rientro da parte dell'Ente interessato, o in caso di esito negativo della verifica annuale dello stato di attuazione del medesimo piano di rientro. □

A partire dal 2017, le disposizioni del presente articolo si applicano anche alle Asl e ai relativi presidi a gestione diretta e agli 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. □

Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Mef e la Conferenza Stato Regioni, da adottarsi 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 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.

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.

Articolo 1 commi 538-544 - Risk management in ogni ospedale e nuove assunzioni di personale sanitario.

Al fine di una appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e di una maggiore garanzia della tutela del paziente, tutte le strutture devono attivare un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio (risk management). L'attività di gestione del rischio sanitario verrà coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in Igiene, Epidemiologia e Sanità pubblica o equipollenti ovvero con comprovata esperienza almeno triennale nel settore.

Con i risparmi che si otterranno da questa misura, unitamente ai risparmi derivanti dalla norma sulla centralizzazione degli acquisti e i Piani di rientro previsti per le Aziende ospedaliere, le Aziende ospedaliere universitarie, gli Irccs e gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura con deficit di bilancio, si finanzieranno le nuove assunzioni di medici e infermieri.

Le Regioni che ancora non hanno provveduto, dovranno adottare i nuovi standard ospedalieri procedendo alla riduzione della dotazione dei posti letto accreditati ed effettivamente a carico del Ssr. Dovranno inoltre predisporre un piano inerente il fabbisogno di personale, dando evidenza delle modalità organizzative del personale, in modo 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. Tale operazione dovrà concludersi entro il 29 febbraio 2016 per poi trasmettere i risultati al Tavolo di verifica degli adempimenti, al Comitato permanente per l'erogazione dei Lea e al Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del decreto sugli standard ospedalieri.

I suddetti Tavoli dovranno esaminare i dati forniti loro dalle Regioni entro il 31 marzo 2016. In caso di criticità, gli enti del Ssn potranno indire, entro il 31 dicembre 2016, e concludere, entro il 31 dicembre 2017, procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione di personale medico, tecnico professionale ed infermieristico. Potranno essere riservati i posti disponibili, nella misura massima del 50%, al personale medico, tecnico professionale e infermieristico in servizio all'entrata in vigore della presente legge, che abbia maturato alla data 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.

Nell'attesa della predisposizione e della verifica dei piani inerenti il fabbisogno di personale, le Regioni dal 1° gennaio 2016, e fino al 31 luglio 2016, qualora si evidenziassero criticità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, potranno ricorrere a forme di lavoro flessibile, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia sanitaria, comprese quelle relative al contenimento del costo del personale e in materia di piani di rientro. Se al termine di questo periodo temporale dovessero ancora permanere le predette

condizioni di criticità, i contratti di lavoro attivati potranno essere prorogati fino al termine massimo del 31 ottobre 2016.

Articolo 1 comma 546-547 – Aziende sanitarie uniche nelle Regioni a statuto speciale

Nelle Regioni a statuto speciale (**nel testo precedente era previsto in tutte le Regioni**), che nel biennio 2014-2015, abbiano riorganizzato il proprio Ssr, o ne abbiano avviato la riorganizzazione attraverso processi di accorpamento delle aziende sanitarie preesistenti, la collaborazione tra Ssn e Università potrà realizzarsi anche mediante la costituzione di Aziende sanitarie uniche, risultanti dall'incorporazione delle Aziende Ospedaliero-Universitarie nelle Aziende sanitarie locali, secondo modalità definite preventivamente con protocolli di intesa tra le Regioni e le Università interessate.

Tali disposizioni non si applicano alle Regioni sottoposte a piani di rientro dal disavanzo sanitario.

Articolo 1 commi 548-552 - Disposizioni in materia di acquisizione di beni e servizi degli Enti del Servizio sanitario nazionale –

Per garantire la effettiva realizzazione degli interventi di razionalizzazione della spesa, gli Enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad approvvigionarsi, in via esclusiva, delle centrali regionali di committenza di riferimento, ovvero della Consip S.p.A. - Qualora le centrali di committenza sopra indicate non siano disponibili ovvero operative, gli Enti del Ssn sono tenuti ad approvvigionarsi avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali di committenza iscritte nell'elenco dei soggetti aggregatori. La violazione delle suddette norme costituisce illecito disciplinare ed è causa di responsabilità per danno erariale.

Al fine della valutazione delle tecnologie, gli Enti del Ssn devono rivolgersi alle strutture di valutazione istituite a livello regionale o nazionale. Entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge le Regioni adottano provvedimenti mirati al superamento delle unità organizzative, già esistenti, degli Enti.

A livello nazionale la Cabina di regia provvede 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);
- promuovere e coordinare le attività di valutazione multidimensionale realizzate da Agenas e dai presidi regionali e dai soggetti pubblici e privati operanti nel Programma Nazionale di HTA dei Dispositivi Medici;

Articolo 1 commi 553-565 - Aggiornamento Livelli essenziali di assistenza.

Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, si provvede all'aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri recante "*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*". Per l'anno 2016 è finalizzato l'importo di **800 milioni**, a

valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale. L'erogazione di tale quota è condizionata all'approvazione dei nuovi livelli essenziali di assistenza.

Al fine di garantire l'efficacia e l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate dal Ssn nell'ambito dei Lea, nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, viene istituita, presso il Ministero della salute, la "Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea e la promozione dell'appropriatezza nel Ssn". La commissione, nominata e presieduta dal Ministro della salute, è composta dal Direttore della Direzione generale della programmazione sanitaria e da quindici esperti qualificati e da altrettanti supplenti, di cui quattro designati dal Ministro della salute, uno dall'Iss, uno dall'Agenas, uno dall'Aifa, uno dal Mef e sette designati dalla Conferenza delle Regioni. La commissione dura in carica 3 anni.

La commissione svolge le seguenti attività:

1. valutazione delle attività, dei servizi e delle prestazioni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria inclusi nei Lea;
2. analisi delle proposte di inserimento nei Lea di nuovi servizi, attività e prestazioni;
3. valutazione delle richieste provenienti dalle strutture del Ssn, di autorizzazione all'esecuzione di prestazioni innovative nell'ambito di programmi di sperimentazione.

La commissione, sulla base delle attività svolte, formula annualmente una proposta di aggiornamento dei Lea. Se la proposta non comporta alcuna variazione in termini di effetti finanziari, l'aggiornamento dei Lea è effettuato con Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Mef, sentita la Conferenza Stato/Regioni.

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 Ssn ed altri Enti rappresentati nell'ambito della Commissione, nel numero massimo di cinque unità.

Gli oneri derivanti dalle suddette disposizioni ammontano ad **euro 1 milione**.

Articolo 1 commi 566-567 – Cure Termali

Nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento del Ssn, per la revisione delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza termale, è autorizzata la spesa di **5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2016, 2017 e 2018**.

A decorrere dal 1° gennaio 2016, i cittadini che usufruiscono delle cure termali, con esclusione dei soggetti esenti, sono tenuti a partecipare alla spesa in misura pari a 55 euro o nella misura superiore che potrà essere individuata in sede di accordo tra le parti (Regioni e rappresentanti delle stazioni termali), come previsto dalle norme vigenti in materia di cure termali.

In conseguenza di questa misura il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario standard cui concorre ordinariamente lo Stato è incrementato di **2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2016, 2017 e 2018**.

Articolo 1 comma 568 - Livello del Finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard per l'anno 2016 -

Il livello del Finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è rideterminato per l'anno 2016 in **111.000 milioni di euro**.

Articolo 1 comma 569 – Farmaci innovativi

Il finanziamento di 500 milioni per ciascuno degli anni 2015 e 2016, che la legge di stabilità dello scorso anno ha stanziato per il Fondo destinato all'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 previsti per ciascun anno.

Articolo 1 commi 574-579 - Acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera ed ambulatoriale di alta specialità e dagli Irccs.

La norma stabilisce che l'obbligo di risparmio del 2% rispetto alla spesa del 2014, per l'acquisto da parte del Ssn di prestazioni ospedaliere da soggetti privati accreditati (previsto dalla spending review del 2012), può non essere applicato per l'acquisto di prestazioni di alta specialità, nonché per l'acquisto di prestazioni erogate, da parte degli Irccs (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), a favore di cittadini residenti in Regioni diverse da quelle di appartenenza degli IRCCS stessi.

Le Regioni dovranno comunque assicurare l'invarianza finanziaria, agendo e razionalizzando altre aree della spesa sanitaria

Le Regioni in cui hanno sede gli Irccs dovranno trasmettere trimestralmente al Mef e al Ministero della Salute i provvedimenti di propria competenza per la compensazione della maggiore spesa sanitaria regionale relativa ai pazienti extra Regione e presi in carico dagli Irccs. Gli stessi dati dovranno essere poi trasmessi anche alle Regioni di provenienza dei pazienti, nonché al Coordinamento regionale per la salute e per gli affari finanziari.

Dalla data di entrata in vigore della presente legge, gli accordi bilaterali fra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale devono essere obbligatoriamente conclusi entro il 31 dicembre 2016.

Le strutture sanitarie che erogano prestazioni a carico del Ssn applicano ai pazienti, residenti in Regioni diverse da quella in cui sono collocate 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.

Articolo 1 comma 586 – Indennizzi a persone danneggiate da emotrasfusioni

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 10 maggio 2001, demandati alle Regioni, in attesa del trasferimento dallo Stato delle somme dovute, vengono anticipati da ogni Regione agli aventi diritto.

Articolo 1 commi 692-700 - Concorso alla finanza pubblica delle Regioni e Province autonome

Considerata la specificità del comparto sanitario e gli specifici criteri contabili cui sono sottoposte le relative entrate e spese, la norma consente alle Regioni, nell'ambito della disciplina relativa al pareggio di bilancio per l'anno 2015, di utilizzare gli avanzi di amministrazione vincolati degli esercizi precedenti il 2015 per nuovi impegni di spesa per il finanziamento del servizio sanitario nazionale, che non vengono pertanto computati nei saldi.

Articolo 1 commi 918-948 - Disposizioni in materia di giochi

Si innalza, a decorrere dal 1° gennaio 2016, il PREU sulle Newslot dal 15 al 17,5% e si riduce la percentuale minima destinata alle vincite (pay out) dal 74 al 70%.

Previsto, a decorrere dal 2016 l'abrogazione della norma che ha stabilito, a partire dal 2015, la riduzione di 500 milioni di euro dei compensi spettanti ai concessionari e agli altri operatori di filiera della raccolta del gioco con new-slot e video-lottery. Sempre dal 2016 il rilascio del nulla osta per le new-slot è consentito solo in sostituzione di quelli già esistenti: si preclude pertanto l'ammissione di apparecchi aggiuntivi. Introdotta una nuova sanzione amministrativa di 20 mila euro in caso di violazione della norma che vieta l'installazione negli esercizi pubblici dei c.d. totem.

Vietata la pubblicità dei giochi con vincita in denaro nelle trasmissioni radiofoniche e televisive generaliste dalle ore 7 alle ore 22 di ogni giorno. E ancora, previste campagne di informazione e sensibilizzazione, in particolare nelle scuole, sui fattori di rischio connessi al gioco d'azzardo.

Attribuite alle Regioni, a decorrere dal 1° gennaio 2016, le funzioni relative all'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali, nonché ai servizi di supporto organizzativo del servizio di istruzione degli alunni medesimi. Per l'esercizio di tale funzioni è attribuito un contributo di 70 milioni di euro per l'anno 2016.

Istituito presso il Ministero della salute il Fondo per il gioco d'azzardo patologico-GAP, al fine di garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone affette. Il Fondo è ripartito tra le Regioni sulla base di criteri determinati con decreto del Ministro della salute da emanare entro 60 giorni, sentita la Conferenza Stato Regioni e gli Enti locali. Per la dotazione del fondo è autorizzata la spesa di 50 milioni di euro annui a decorrere dal 2016.