



Camera dei deputati

XVII LEGISLATURA

Documentazione per l'esame di
Progetti di legge



Disegno di legge di stabilità 2015 e disegno di legge
di bilancio 2015

A.C. 2679-*bis* e A.C. 2680

Profili di competenza della XII Commissione Affari sociali

n. 233/0/12

3 novembre 2014

Camera dei deputati

XVII LEGISLATURA

Disegno di legge di stabilità 2015 e
disegno di legge di bilancio 2015

A.C. 2679-*bis* e 2680

*Profili di competenza della XII Commissione
Affari sociali*

n. 233/0/12

3 novembre 2014

Servizio responsabile:

SERVIZIO STUDI – Dipartimento Affari sociali

☎ 066760-3266 – ✉ st_affarisociali@camera.it

I dossier dei servizi e degli uffici della Camera sono destinati alle esigenze di documentazione interna per l'attività degli organi parlamentari e dei parlamentari. La Camera dei deputati declina ogni responsabilità per la loro eventuale utilizzazione o riproduzione per fini non consentiti dalla legge.

File: AS0144.docx

I N D I C E

IL DISEGNO DI LEGGE DI BILANCIO PER IL 2015

Premessa	5
Disegno di legge di bilancio	7
PARTE I - Politiche sociali	11
▪ Scenario socio economico attuale e previsto per i settori di intervento in materia di politiche sociali	11
▪ Principali Missioni riguardanti il settore delle politiche sociali	11
▪ Fondi dedicati alle politiche sociali	14
▪ Fondi iscritti nello stato di previsione del MLPS	14
▪ Fondi e somme iscritti nello stato di previsione del MEF	18
PARTE II – Politiche per la salute	23
▪ Scenario socio economico attuale e previsto per i settori di intervento delle politiche per la salute	23
▪ Le Missioni nello stato di previsione del Ministero della salute	25
▪ Missione 20 Tutela della salute	26
▪ Missione 17 Ricerca e innovazione	31
▪ Missioni 32 Servizi istituzionali e generali delle amministrazioni pubbliche e 33 Fondi da ripartire	33
▪ I risparmi previsti dal disegno di legge di stabilità sulla dotazione di bilancio del Ministero della salute	34
▪ Le Missioni nello stato di previsione del MEF relative alle politiche per la salute	35
▪ Missione 3 Relazioni finanziarie con le autonomie territoriali	35
▪ Missione 14 Infrastrutture pubbliche e logistica – Edilizia sanitaria	38
PARTE III – Tabelle del ddl stabilità (AC. 2679-Bis)	41
▪ Tabella A – Fondo speciale di parte corrente	41
▪ Tabella B – Fondo speciale di conto capitale	41
▪ Tabella C - Stanziamenti autorizzati per disposizioni di legge la cui quantificazione annua è demandata alla legge di stabilità	41
▪ Tabella D - Variazioni da apportare al bilancio a legislazione vigente per riduzioni di autorizzazioni legislative di spesa di parte	

corrente	44
▪ Tabella E - Importi da iscrivere in bilancio in relazione alle autorizzazioni di spesa recate da leggi pluriennali	45

IL DISEGNO DI LEGGE DI STABILITÀ 2015

Articoli di competenza della XII Commissione Affari sociali

▪ Articolo 13 (<i>Misure a favore della famiglia</i>)	53
▪ Articolo 14 (<i>Contrasto alla ludopatia</i>)	57
▪ Articolo 17, comma 6 (<i>Carta acquisti ordinaria</i>)	58
▪ Articolo 17, comma 7 (<i>Fondo nazionale politiche sociali</i>)	60
▪ Articolo 17, comma 8 (<i>Fondo per le non autosufficienze</i>)	63
▪ Articolo 17, comma 17 (<i>Indennizzi per soggetti danneggiati da emotrasfusioni</i>)	64
▪ Articolo 17, comma 18 (<i>Autorizzazione di spesa per riforma terzo settore</i>)	66
▪ Articolo 26, comma 12 (<i>Modifica ISEE</i>)	67
▪ Articolo 28, comma 13 (<i>Visite medico-legali delle Università e delle AFAM</i>)	69
▪ Articolo 39 (<i>Attuazione Patto della salute 2014-2016</i>)	71
- <i>Livello del finanziamento statale del SSN per il biennio 2015-2016 (commi 1-3)</i>	73
- <i>Obiettivi perseguibili con quota vincolata del Fondo sanitario (commi 4-5)</i>	76
- <i>Riparto quote vincolate (commi 6-9)</i>	78
- <i>Piani annuali di investimento (comma 10)</i>	78
- <i>Autorizzazione di spesa per l'attivazione dei flussi informativi per monitorare la riorganizzazione delle cure primarie (comma 11)</i>	79
- <i>Definizione delle competenze e delle responsabilità delle professioni sanitarie infermieristiche-ostetrica e tecniche della riabilitazione e della prevenzione (comma 12)</i>	81
- <i>Conseguimento da parte del direttore generale degli obiettivi di salute e assistenziali (commi 13 e 14)</i>	81
- <i>Disposizioni relative ai Piani di rientro (commi 15-19)</i>	82
- <i>Collegi sindacali delle aziende sanitarie ed ospedaliere (commi 20 e 21)</i>	87
- <i>Norme per l'attuazione del riordino degli Istituti zooprofilattici sperimentali – IZS (commi 22-27)</i>	88
- <i>Organizzazione del dipartimento di prevenzione del SSN</i>	

<i>(comma 28)</i>	91
- <i>Turn over del personale del SSN (comma 29)</i>	93
- <i>Concorso degli enti del SSN agli obiettivi di finanza pubblica (comma 30)</i>	93
- <i>Disposizioni sul prontuario farmaceutico nazionale (comma 31)</i>	95
- <i>Rete di comunicazione dedicata alla dispositivo-vigilanza (comma 32)</i>	97
- <i>Norme in materia di dispositivi medici (comma 33)</i>	98
- <i>Disposizioni di Health Technology Assessment – HTA (comma 34)</i>	99
▪ <i>Articolo 40 (Piano risanamento Servizio Sanitario Molise)</i>	100
▪ <i>Articolo 42 (Misure per favorire il trasferimento delle risorse da parte delle regioni agli enti del SSN)</i>	103
Articoli di interesse della XII Commissione Affari sociali	
▪ <i>Articolo 15 (Erogazioni liberali alle ONLUS)</i>	107
▪ <i>Articolo 17, comma 4 (Cinque per mille)</i>	109
▪ <i>Articolo 17, comma 13 (Fondo nazionale per le politiche ed i servizi dell’asilo)</i>	112
▪ <i>Articolo 17, commi 14-15 (Minori non accompagnati)</i>	117
▪ <i>Articolo 26, comma 2 (Soppressione prestazioni accessorie INPS per cure termali)</i>	121
▪ <i>Articolo 28, commi 6 e 7 (Comandi del personale scolastico)</i>	122
▪ <i>Articolo 44, commi 20-25 (Disposizioni in materia di giochi)</i>	125

Il disegno di legge di bilancio per il 2015

PREMESSA

Il disegno di legge recante il bilancio di previsione dello Stato per l'anno 2015 e il bilancio pluriennale per il triennio 2015-2017 (A.C. 2680) è predisposto secondo il **criterio della legislazione vigente** (specifiche indicazioni sulla predisposizione del disegno di legge di bilancio sono state fornite nella circolare della Ragioneria generale dello Stato del 12 maggio 2014, n. 16¹).

Tali previsioni sono **coerenti con il quadro macroeconomico** illustrato nella Nota di aggiornamento al Documento di economia e finanza 2014 e si collocano in un percorso di progressivo risanamento finanziario già avviato negli esercizi precedenti.

Il bilancio dello Stato è **articolato in missioni e programmi**, ai sensi degli articoli 21 e 25 della legge 196/2009 (nuova legge di contabilità e finanza pubblica); i programmi costituiscono le unità di voto. Tale classificazione, a **carattere funzionale**, consente di evidenziare l'allocazione delle risorse in relazione alle funzioni e agli obiettivi perseguiti attraverso la spesa pubblica.

Il **disegno di legge di bilancio 2015-2017**, pur confermando rispetto alla legge di bilancio 2014 il numero delle **missioni in 34, presenta una profonda revisione delle unità di voto nell'articolazione e nella numerosità**: il loro **numero** è ora pari a 181 (precedentemente erano **174**).

Tali modifiche conseguono prevalentemente dalla **riorganizzazione** effettuata da diversi Ministeri sulla base del processo di *spending review* avviato dal decreto legge 95/2012, e ulteriormente accelerato con il comma 4 dell'articolo 16 del decreto legge 66/2014 che ha avuto impatto rilevante sulla struttura degli stati di previsione.

Variazioni nelle denominazioni di alcune missioni e di numerosi programmi hanno consentito di mettere in luce la rilevanza che il Governo assegna ad alcune politiche. Il contenuto di molteplici programmi, che non necessariamente hanno cambiato denominazione, è mutato anche per una collocazione delle voci di spesa che meglio rappresenta le finalità dei singoli capitoli del bilancio sottostanti.

Le principali modifiche sono illustrate nella Sezione I della relazione al disegno di legge in esame, accompagnate da un approfondimento sui principali programmi destinati alla spesa in conto capitale.

Al fine di offrire una **rappresentazione sintetica** della complessiva allocazione delle risorse del bilancio tra le principali politiche, gli stanziamenti

¹ La circolare concerne l'assestamento del bilancio di previsione e il budget rivisto per l'anno 2014, nonché le previsioni di bilancio per il 2015 e per il triennio 2015-2017 e il budget per il triennio di programmazione 2015-2017.

delle missioni, riclassificati in coerenza con la struttura del bilancio per il 2014, sono stati **raggruppati in otto categorie tematiche**.

Circa il **30 per cento delle risorse del disegno di legge del bilancio 2015-2017**, al netto delle regolazioni contabili e debitorie, sono destinate al finanziamento delle politiche di **Previdenza, assistenza, e altre politiche di sostegno** (in media sul triennio, il 18% della spesa) e **Salute ed istruzione** (in media il 15% della spesa); oltre il 45 per cento è assorbito dai Servizi istituzionali e generali, che includono anche gli interessi passivi sul debito pubblico, e circa il **15 per cento è ripartito in misura quasi equivalente tra Servizi pubblici collettivi** (ordine pubblico, sicurezza, giustizia e difesa) e **Trasferimenti a enti territoriali**. Il restante 6 per cento delle risorse si divide tra i «Fondi da ripartire» (1 per cento) e gli «Affari economici», che assorbono il restante 5 per cento della spesa, mentre una quota residuale (0,5%) è attribuita alla categoria Cultura, ambiente e qualità della vita.

Più nel dettaglio, al netto delle regolazioni contabili e debitorie ed escludendo la missione Debito pubblico, le risorse complessivamente stanziare in bilancio per il 2015 risultano allocate per una quota pari al **46 per cento** nelle missioni:

- **Relazioni finanziarie con le autonomie territoriali (25,6%);**

Questa Missione, che mostra una **dinamica decrescente** nel triennio, include le risorse per il finanziamento dei programmi concernenti l'**attuazione del federalismo fiscale** e il **concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria**.

- **Politiche previdenziali (20,7 %)**

Comprende i trasferimenti agli **istituti di previdenza** per il contributo dello Stato al pagamento delle pensioni e delle altre prestazioni sociali in denaro e mostra un'evoluzione leggermente crescente.

Un ulteriore 34 per cento della spesa è rappresentato dalla somma degli stanziamenti per le missioni Istruzione scolastica (9%), Politiche economico-finanziarie e di bilancio (8%), **Diritti sociali, politiche sociali e famiglia (7,1%)**, L'Italia in Europa e nel mondo (5,7 per cento) e Difesa e sicurezza del territorio (4%), che presentano un andamento sostanzialmente stabile lungo il triennio di previsione. Le rimanenti missioni rappresentano ciascuna meno del 2,3 per cento delle spese del bilancio.

DISEGNO DI LEGGE DI BILANCIO

Di seguito si analizzano gli articoli del disegno di legge di bilancio (AC 2680) riferiti alle Missioni e ai programmi di interesse delle politiche sociali e sanitarie.

Mobilità sanitaria (art. 2, comma 13)

L'**articolo 2, comma 13**, del disegno di legge in esame dispone la riassegnazione al programma *Concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria*, nell'ambito della missione *Relazioni finanziarie con le autonomie territoriali* dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno finanziario 2015, delle somme versate all'entrata del bilancio dello Stato dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano ai fini della compensazione sui fondi erogati per la mobilità sanitaria in attuazione dell'articolo 12, comma 3, lettera *b*), del D. Lgs. 502/1992. A tal fine il Ministro dell'economia e delle finanze provvede con propri decreti.

Pari opportunità (art. 2, comma 14)

L'**articolo 2, comma 14**, del disegno di legge in esame riassegna al programma *Promozione e garanzia dei diritti e delle pari opportunità*, nell'ambito della missione **Diritti sociali, politiche sociali e famiglia** dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno finanziario 2014, le somme affluite all'entrata del bilancio dello Stato per contributi destinati dall'Unione europea alle attività poste in essere dalla Commissione nazionale per le pari opportunità tra uomo e donna. A tal fine il Ministro dell'economia e delle finanze provvede con propri decreti.

Variazioni compensative tra stanziamenti di bilancio relativi al Fondo sanitario nazionale e somme da erogare alle regioni a statuto ordinario a titolo di compartecipazione dell'IVA (art.2, comma 19)

L'**articolo 2, comma 19**, del disegno di legge in esame autorizza il Ministro dell'economia e delle finanze ad effettuare, con propri decreti, variazioni compensative, in termini di competenza e cassa, tra lo stanziamento di bilancio relativo al *Fondo sanitario nazionale* (cap. 2700) e quello relativo alle *Somme da erogare alle regioni a statuto ordinario a titolo di compartecipazione dell'IVA* (cap. 2862) dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, in relazione alle deliberazioni annuali del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) ai sensi dell'articolo 39, comma 1, del D.Lgs. n. 446/1997.

L'articolo 39 del D.Lgs. 446/1997 stabilisce la procedura di riparto del Fondo sanitario nazionale. In particolare, il CIPE su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la

Conferenza Stato-Regioni, delibera annualmente l'assegnazione in favore delle regioni, a titolo di acconto, delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, tenuto conto dell'importo complessivo presunto del gettito dell'addizionale IRPEF e della quota del gettito dell'IRAP, stimati per ciascuna regione. Il CIPE con le predette modalità provvede entro il mese di febbraio dell'anno successivo all'assegnazione definitiva in favore delle regioni delle quote del Fondo sanitario nazionale, parte corrente, ad esse effettivamente spettanti. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato a procedere alle risultanti compensazioni a valere sulle quote del Fondo sanitario nazionale, parte corrente, erogate per il medesimo anno.

Stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (art. 4)

L'**articolo 4** autorizza l'impegno e il pagamento delle spese del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, per l'anno finanziario 2015, in conformità all'annesso stato di previsione recato dalla Tabella n. 4.

Stato di previsione del Ministero della salute e disposizioni relative (art. 14)

Il **comma 1 dell'art. 14** autorizza l'impegno e il pagamento delle spese del Ministero della salute, per l'anno finanziario 2015, in conformità all'annesso stato di previsione (Tabella n. 14).

Il **comma 2** autorizza il Ministro dell'economia e delle finanze a provvedere, con propri decreti, alla riassegnazione delle somme versate in entrata dalle Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie per il funzionamento della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, al pertinente programma dello stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2015.

Il **comma 3** autorizza il Ministro dell'economia e delle finanze a ripartire, con propri decreti, su proposta del Ministro della salute, tra i pertinenti programmi dello stato di previsione del Ministero della salute, per l'anno finanziario 2015, i fondi per il finanziamento delle attività di ricerca e sperimentazione del programma *Ricerca per il settore della sanità pubblica*, nell'ambito della missione *Ricerca e innovazione* dello stato di previsione del Ministero della salute, in relazione a quanto disposto dall'articolo 12, comma 2, del D.Lgs. 502/1992 (v. **infra capitolo 3392**).

Disposizioni diverse: spese di gestione di asili nido e di servizi ed iniziative finalizzati al benessere del proprio personale dipendente (art. 17, comma 12)

L'**articolo 17, comma 12**, del disegno di legge in esame autorizza il Ministro dell'economia e delle finanze a provvedere, con propri decreti, alla riassegnazione negli stati di previsione delle amministrazioni interessate, per l'anno finanziario 2015, delle somme versate all'entrata a titolo di contribuzione alle spese di gestione degli asili nido delle amministrazioni statali, ai sensi dell'art. 70, comma 5, della legge 448/2001 (legge finanziaria per il 2002), e dei servizi ed iniziative per il benessere del proprio personale dipendente.

Allo scopo di favorire la conciliazione tra esigenze professionali e familiari dei genitori lavoratori, l'articolo 70, comma 5, della legge finanziaria 2002 (legge 448/2001) autorizza le amministrazioni dello Stato e gli enti pubblici nazionali, nei limiti degli ordinari stanziamenti di bilancio, ad istituire nell'ambito dei propri uffici micro-nidi, quali strutture destinate alla cura e all'accoglienza dei figli dei dipendenti.

PARTE I - POLITICHE SOCIALI

Scenario socio economico attuale e previsto per i settori di intervento in materia di politiche sociali

In materia di politiche sociali, la Nota integrativa sottolinea, tra le principali priorità che il Ministero si propone di attuare nel prossimo triennio, la **riforma del “Terzo settore”**, contenuta nel disegno di legge delega approvato dal Consiglio dei ministri il 10 luglio 2014 a seguito della consultazione pubblica sulle relative [Linee guida](#) elaborate per la revisione organica della legislazione sul volontariato, sulla cooperazione sociale, sull'associazionismo non-profit, sulle fondazioni e sulle imprese sociali. Il ddl ([AC 2617](#)), composto da sette articoli che conferiscono al Governo apposite deleghe (v. [dossier n. 233 Servizio Studi](#)), è attualmente all'esame della Camera.

Un'altra urgenza che il MLPS dovrà affrontare per i profili di propria competenza, sarà il **fenomeno migratorio** ed il potenziamento dei **processi di inclusione attiva** e di **contrasto alla povertà**, nonché la promozione di politiche a tutela delle fasce sociali più deboli (infanzia e adolescenza, e persone con disabilità) maggiormente esposte a situazioni economiche di crisi. Gli interventi a sostegno delle differenti forme di emarginazione e fragilità sul territorio nazionale sono stati illustrati dal Ministro nelle [audizioni parlamentari del 2 ottobre](#) e del [21 ottobre 2014](#). In particolare, si proseguirà l'attuazione delle misure recentemente approvate, tra le quali la riforma dell'ISEE, l'utilizzo innovativo della Social card, l'implementazione del Servizio informativo dei servizi sociali (SISS) e del Casellario dell'assistenza.

Per quanto riguarda l'assetto organizzativo del Ministero, dovrà darsi corso, per il tramite di appositi decreti ministeriali di attuazione, alle disposizioni del DPCM 14 febbraio 2014, n. 121 che ha riorganizzato l'Amministrazione, centrale e periferica, disegnando una nuova fisionomia delle competenze e delle funzioni in modo più razionale e maggiormente rispondente all'esigenza di ottimizzazione delle risorse, umane e strumentali, a disposizione.

Principali Missioni riguardanti il settore delle politiche sociali

Nello stato di previsione del Ministero in esame (**Tabella n. 4**) le principali Missioni riguardanti il settore delle politiche sociali sono: **Diritti sociali, politiche sociali e famiglia (24)** e **Immigrazione, accoglienza e garanzia dei diritti (27)**.

Si ricorda che nella nuova classificazione delle risorse del bilancio dello Stato operata con la Legge di contabilità n. 196/2009, le unità previsionali (UPB) sottoposte al voto

delle Camere sono i programmi, che rappresentano il principale livello di aggregazione dei capitoli nell'ambito del livello più generale delle Missioni.

Nell'ambito dei programmi, vi sono ulteriori macroaggregati suddivisi per spesa corrente (funzionamento, interventi, oneri comuni) e per conto capitale (investimenti, spese in conto capitale e altre spese in conto capitale).

Di seguito si riepilogano gli stanziamenti delle Missioni e dei programmi di interesse nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali:

(dati arrotondati in milioni di euro)

Missione/ Programma Tab. 4.	Previsioni Assestate 2014 (A)	Variazioni proposte 2015 (B)	Previsioni BLV 2015 (C)	Var. % (C-A/A)
Diritti sociali, politiche sociali e famiglia (24)	27.278,5	-177,6	27.100,9	-0,7
Terzo settore (24.2) ¹	5,2	3,0	2,2	-57,7
Trasferimenti e spesa sociale (24.12) ²	27.273,4	-174,6	27.098,7	-0,6
Immigrazione, accoglienza e garanzia dei diritti (27)	32,6	-10,8	21,8	-33,1
Flussi migratori e integrazione sociale (27.6) ³	32,6	-10,8	21,8	-33,1

¹Programma 24.2 Terzo settore (associazionismo, volontariato, Onlus e formazioni sociali) e responsabilità sociale delle imprese e delle organizzazioni.

²Programma 24.12 Trasferimenti assistenziali a enti previdenziali, finanziamento nazionale spesa sociale, programmazione, monitoraggio e valutazione politiche sociali e di inclusione attiva.

³Programma 27.6 Flussi migratori per motivi di lavoro e politiche di integrazione sociale delle persone immigrate.

Nell'ambito della Missione (24) Diritti sociali, politiche sociali e famiglia si registra una riduzione degli stanziamenti pari allo 0,7%, quasi interamente ascrivibile alla contrazione dei capitoli rimodulabili nell'ambito del **programma 24.12** relativo ai **trasferimenti assistenziali agli enti previdenziali** e al **finanziamento delle politiche sociali**, tra i quali sono ricondotti i trasferimenti del Fondo nazionale per le politiche sociali (cap. 3671) e quelli del Fondo per le non autosufficienze (cap. 3538) (v. *infra*).

Il **programma 24.12** ha una previsione assestate per il 2014 pari a 27.273,4 milioni di euro, che con la variazione in diminuzione proposta (-174,6 milioni di euro), porta la risultante **previsione** per il **2015** a **27.098,7 milioni** di euro; dotazione che cresce nel 2016 (27.433 milioni) e nel 2017 (27.984 milioni).

All'interno del **programma 24.12** sono compresi i capitoli di spesa obbligatoria cui sono allocati gli oneri relativi ai **diritti soggettivi in precedenza allocati nel FNPS** (Fondo nazionale delle politiche sociali) e ora finanziati tramite i capitoli di

spese obbligatorie iscritti nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali: il **cap. 3534 Assegni di maternità** (232,3 mln euro per ciascuno degli anni 2015, 2016 e 2017); il **cap. 3535 Assegno ai nuclei familiari** (339 mln euro per ciascuno degli anni 2015, 2016 e 2017); il **cap. 3532 Contribuzione figurativa genitori e familiari di persone handicappate** (536,4 mln euro per ciascuno degli anni 2015, 2016 e 2017), e il **cap. 3537 Lavoratori affetti da talassemia** (4,9 mln euro per ciascuno degli anni 2015, 2016 e 2017).

Si segnala infine il **cap. 3528** Somma da corrispondere all'INPS per il pagamento di pensioni, assegni vari e relativi oneri accessori agli invalidi civili, ai sordomuti e ai ciechi civili, ha una dotazione di **18,5 milioni** per il **2015**, 18,9 milioni per il 2016 e 19,5 milioni per il 2017.

Il secondo programma della Missione 24, il **programma 24.2**, riferito al finanziamento della spesa per il **Terzo settore**, registra una consistente riduzione dei finanziamenti. Infatti, rispetto alla previsione assestata 2014 pari a 5,2 milioni di euro, il programma presenta una diminuzione di circa 3 milioni, per una previsione di spesa, nel **2015**, pari a **2,2 milioni**, pressoché confermata per i due anni successivi.

All'interno del programma 24.2, il **capitolo 5203** Spese per il funzionamento degli Osservatori nazionali per il volontariato e l'associazionismo (rimodulabile) è azzerato.

Il sistema degli Osservatori nazionali per il volontariato e l'associazionismo ha subito negli ultimi anni numerosi interventi.

L'**Agenzia per le onlus (poi Agenzia per il terzo settore)**, istituita e disciplinata dal DPCM 26 Settembre 2000, è stata **soppressa** dal comma 23 dell'**art. 8 del decreto legge 16/2012**. I **compiti e le funzioni** dell'Agenzia, sono stati poi **trasferiti al Ministero del lavoro e delle politiche sociali** - Direzione Generale per il terzo settore e della responsabilità sociale delle imprese.

L'attività istituzionale dell'Agenzia, avviata nel 2002 in applicazione del DPCM 329/2001, intendeva promuovere, su tutto il territorio nazionale, una "uniforme e corretta osservanza della disciplina legislativa e regolamentare" concernente le Onlus, il Terzo settore e gli enti non commerciali, attraverso l'esercizio dei poteri di indirizzo, promozione, vigilanza e controllo.

Rimane invece attivo l'**Osservatorio Nazionale dell'Associazionismo sociale**, istituito dalla legge 383/2000 che approva i progetti presentati dalle associazioni e adotta svariate iniziative per diffondere la conoscenza dell'associazionismo sociale presente in Italia. L'Osservatorio, istituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, è formato dai rappresentanti delle associazioni ed è presieduto dal Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Il disegno di legge delega per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del Servizio civile universale (A.C. 2617) all'articolo 3, lettera f) prevede una **revisione e razionalizzazione del sistema degli Osservatori nazionali per il volontariato e per l'associazionismo di promozione sociale**.

I **capitoli 5242** Fondo per il volontariato e contributi alle associazioni sociali e **5246** Fondo per l'associazionismo sociale, sono finanziati a valere sul FNPS (v. infra scheda art. 17, comma 7, del ddl stabilità)

Si ricorda che l'articolo 17, comma 18, del disegno di legge di stabilità reca una **autorizzazione triennale di spesa** per la **riforma del terzo settore**, dell'**impresa sociale** e per la **disciplina del Servizio civile universale**. A tal fine è previsto lo stanziamento di:

- 50 milioni di euro per il 2015;
- 140 milioni di euro per il 2016;
- 190 milioni di euro a decorrere dal 2017, quando lo stanziamento dovrebbe essere autorizzato a regime.

Fondi dedicati alle politiche sociali

Di seguito si esaminano i Fondi dedicati alle politiche sociali che sono iscritti nello **stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali** (MLPS) e in quello del **Ministero dell'economia e delle finanze** (MEF).

Fondi iscritti nello stato di previsione del MLPS
--

Fondo nazionale politiche sociali (FNPS)

Il **capitolo 3671** *Fondo da ripartire per le politiche sociali* (cap. esposto in Tab. C ddl stabilità) ha una previsione assestata per il 2014 pari a 317 milioni di euro, derivanti dalla legge di stabilità 2014.

La previsione per il **2015** è pari a circa **13 milioni** di euro, e a circa 12,6 milioni di euro per ciascun anno del biennio successivo.

Il disegno di **legge di stabilità 2015** (AC 2679), all'articolo 17, comma 7, incrementa lo stanziamento del FNPS di **300 milioni di euro**, a decorrere dal 2015, configurando uno stanziamento a regime.

Si ricorda che la legge di stabilità 2014 (legge 147/2013) aveva previsto, per il **2014**, una dotazione del FNPS pari a **317 milioni di euro**. Il [Decreto 21 febbraio 2014 Ripartizione delle risorse finanziarie afferenti al Fondo nazionale per le politiche sociali, per l'anno 2014](#) ha rideterminato le risorse in **297.417.713,00 euro**, di cui:

- 258.258.541,20 euro destinate alle regioni;
- 4.359.458,80 alle province autonome;
- 34.799.713,00 attribuite al Ministero del lavoro e delle politiche per gli interventi a carico del Ministero e la copertura degli oneri di funzionamento finalizzati al raggiungimento degli obiettivi istituzionali.

Il decreto di riparto impegna le regioni a utilizzare le risorse loro destinate per aree di utenza e macro-obiettivi di servizio così definiti:

1. servizi per l'accesso e la presa in carico dalla rete assistenziale;
2. servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio;
3. servizi a carattere comunitario per la prima infanzia;
4. servizi a carattere residenziale per le fragilità;
5. misure di inclusione sociale e di sostegno al reddito. La programmazione di questo macro-obiettivo tiene conto dell'evoluzione della sperimentazione della Carta acquisti intesa come sostegno per l'inclusione attiva, di cui all'art. 1, comma 216, della legge di stabilità 2014 (legge 147/2013).

Si ricorda che, il 20 febbraio 2014, in occasione dell'espressione delle Intese sul Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e il Fondo Nazionale per le non autosufficienze, la Conferenza delle Regioni ha approvato l'[Intesa Quadro per le Politiche Sociali](#).

Fondo per le non autosufficienze

Le previsioni assestate 2014 del **capitolo 3538 Fondo per le non autosufficienze** dotano il fondo di 350 milioni di euro (v. *infra*).

Le previsioni risultanti per il 2015, così come per il biennio successivo, non prevedono alcuno stanziamento dedicato.

Il **disegno di legge di stabilità 2015**, all'articolo 17, comma 8, ha incrementato la dotazione del Fondo di **250 milioni di euro a decorrere dal 2015**. Lo stanziamento del Fondo è rivolto anche agli interventi a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

Per il 2014, la legge di stabilità per il 2014 ([legge 147/2013](#)), commi 199-200, ha autorizzato un finanziamento di **275 milioni di euro** per gli interventi di pertinenza del Fondo per le non autosufficienze, inclusi quelli a sostegno delle persone affette da SLA e di **ulteriori 75 milioni di euro**, sempre per il 2014, come aggiunta alle risorse ordinariamente previste dal Fondo, da finalizzare per interventi di assistenza domiciliare per le persone affette da disabilità gravissime, incluse quelle affette da SLA².

Il [Decreto interministeriale di riparto per il 2014](#), del 7 maggio 2014, ha assegnato alle regioni e alle province autonome una quota di 340 milioni, ripartita per il 60% in base alla popolazione residente di età uguale o superiore a 75 anni e per il restante 40% sulla base dei criteri utilizzati per il riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali. Il riparto rispetta il vincolo di destinazione indicato dalla legge di stabilità 2014: 75 milioni destinati

² Come stabilito dall'articolo 3 del Decreto di riparto del 7 maggio 2014 "Per persone in condizione di disabilità gravissima si intendono le persone in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore (es.: gravi patologie cronico degenerative non reversibili, ivi inclusa la sclerosi laterale amiotrofica, gravissime disabilità psichiche multi patologiche, gravi cerebro lesioni, stati vegetativi, etc.)".

esclusivamente ai disabili gravissimi, ai quali andrà anche una quota minima del 40% delle risorse restanti³, pari a 275 milioni.

Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza finalizzato alla realizzazione di interventi nei comuni riservatari di cui alla legge n. 285 del 1997

La legge 285/1997 ha istituito il Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, suddividendolo tra le Regioni (70%) e le 15 Città riservatarie (30%). Successivamente, la legge finanziaria 2007 (legge 296/2006) ha disposto, all'articolo 1, comma 1258, che la dotazione del Fondo fosse limitata alle risorse destinate ai comuni riservatari, e venisse determinata annualmente dalla Tabella C della legge finanziaria. Oggi le 15 Città riservatarie - Bari, Bologna, Brindisi, Cagliari, Catania, Firenze, Genova, Milano, Napoli, Palermo, Reggio Calabria, Roma, Taranto, Torino, Venezia - rappresentano un laboratorio di sperimentazione in materia di infanzia e adolescenza. Il trasferimento delle risorse avviene con vincolo di destinazione, quindi i finanziamenti della legge 285 sono collegati alla progettazione dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza.

Il **capitolo 3527 Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza** (L. 285/1997), esposto in Tab. C del ddl di stabilità, presenta una previsione assestata per il 2014 di circa 30,7 milioni di euro, derivante dalla legge di stabilità 2014.

La previsione per il **2015** è pari a **circa 28,7 milioni** di euro, confermati anche quale previsione per ciascun anno del biennio successivo.

La Tabella C della legge di stabilità 2014 (legge 147/2013) reca una autorizzazione per il 2014 e il 2015 pari a 28,7 milioni di euro, che divengono 28,8 milioni di euro per il 2016.

Il decreto 28 luglio 2014 *Ripartizione delle risorse finanziarie afferenti al Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza finalizzato alla realizzazione di interventi nei comuni riservatari, di cui alla ex lege 285/1997, per l'anno 2014*, ha ripartito fra le 15 città riservatarie la somma di 30,7 milioni⁴.

³ La quota minima era stata inizialmente individuata nel 30%. L'[Accordo del 5 agosto 2014](#) in Conferenza unificata, ha poi portato la percentuale al 40%.

⁴ Si ricorda che i progetti attuati nelle città riservatarie con le risorse del Fondo sono illustrati nella Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge recante disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza (Doc. CLXIII).

Fondo nazionale per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati

L'art. 23, comma 11, del DL 95/2012 (L. 135/2012), ha istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali il Fondo nazionale per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati, al fine di assicurare la prosecuzione degli interventi connessi al superamento dell'emergenza umanitaria e consentire una gestione ordinaria dell'accoglienza.

Il Fondo risponde inoltre all'impegno assunto dal Governo in sede di Conferenza Unificata (riunione del 30 marzo 2011) di individuare risorse stabili e pluriennali destinate al sostegno dell'accoglienza dei minori nelle comunità attraverso i Comuni.

Le risorse del Fondo contribuiscono alla copertura di una quota parte delle spese sostenute dagli enti locali per l'erogazione di servizi di accoglienza rivolti ai minori stranieri non accompagnati (20 euro *pro die* e *pro capite*, quale misura minima di compartecipazione statale alle spese sostenute dagli enti locali che hanno erogato almeno 10 giornate di accoglienza nei confronti dei minori stranieri non accompagnati).

Si ricorda che documenti recenti, approvati in Conferenza Unificata, hanno equiparato la presa in carico dei minori stranieri non accompagnati alla presa in carico dei richiedenti asilo, trasferendo quindi la responsabilità per l'accoglienza presso il Ministero dell'Interno con conseguente gestione operativa per tramite del Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR).

All'interno della **Missione 27** Immigrazione, accoglienza e garanzia dei diritti, dello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ed in particolare del **programma 27.6** Flussi migratori per motivi di lavoro e politiche di integrazione sociale delle persone immigrate, il **cap. 3784** Fondo nazionale per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati, rimodulabile, presenta una previsione assestata 2014 pari a 30 milioni di euro (vedi *infra*).

La previsione per il **2015** è pari a **20 milioni** di euro; cifra proposta anche per ciascuno degli anni successivi.

La **legge di stabilità 2014**, al comma 203, art. 1, ha incrementato lo stanziamento del Fondo per il 2014 di 40 milioni di euro, di cui 30 milioni a valere sul Fondo di solidarietà comunale, conseguentemente ridotto, e 10 milioni di euro a valere sulle risorse del Fondo per il credito per i nuovi nati. Il comma 202 della stabilità 2014 ha inoltre dotato il Fondo di 20 mln di euro per ciascuno degli anni 2015 e 2016.

Il [decreto 7 agosto 2014](#) ha stabilito le modalità di riparto fra gli enti locali della dotazione del Fondo pari a 30 milioni di euro.

Fondi e somme iscritti nello stato di previsione del MEF

Ulteriori fondi di rilievo per le politiche sociali sono allocati nello **stato di previsione** del MEF nella **Missione Diritti sociali, politiche sociali e famiglia (24)**. La Missione contiene i programmi 24.5 Protezione sociale per particolari categorie e 24.7 Sostegno alla famiglia.

(dati arrotondati in milioni di euro)

Missione/ Programma Tab. 2	Previsioni Assestate 2014 (A)	Variazioni proposte 2015 (B)	Previsioni BLV 2015 (C)	Var. % (C-A/A)
<i>Diritti sociali, politiche sociali e famiglia (24)</i>	6.116,0	-580,0	5.536,0	-9,5
Protezione sociale (24.5) ¹	5.168,9	-567,6	4.601,2	-11,0
<i>di cui cap. 1639²</i>	<i>440,0</i>	<i>-390,3</i>	<i>49,7</i>	<i>-88,7</i>
Sostegno alla famiglia (24.7)	22,2	-2,8	19,3	-13,1
<i>di cui cap. 2102³</i>	<i>20,9</i>	<i>-2,7</i>	<i>18,3</i>	<i>-12,9</i>
Promozione pari opportunità (24.8) ⁴	46,0	-9,8	36,2	-21,3
<i>di cui cap. 2108⁵</i>	<i>37,1</i>	<i>-8,3</i>	<i>28,8</i>	<i>-22,4</i>
Lotta alle dipendenze (24.4)	8,4	-1,0	7,3	-13,1
<i>cap. 2113⁶</i>	<i>8,4</i>	<i>-1,0</i>	<i>7,3</i>	<i>-13,1</i>
<i>Giovani e sport (22)</i>	697,0	-71,8	625,3	-10,3
Incentivazione e sostegno gioventù (30.2)	70,0	-63,0	7,0	-90,0
<i>di cui cap. 2106⁷</i>	<i>16,7</i>	<i>-11,0</i>	<i>5,8</i>	<i>-65,3</i>

¹ Programma 24.5 – Protezione sociale per particolari categorie.

² Fondo speciale destinato al soddisfacimento delle esigenze prioritariamente di natura alimentare e successivamente anche energetiche dei cittadini meno abbienti.

³ Somme da corrispondere alla Presidenza del Consiglio dei Ministri per le politiche di sostegno alla famiglia

⁴ Programma 24.8 – Promozione e garanzia dei diritti e delle pari opportunità

⁵ Somme da corrispondere alla Presidenza del Consiglio dei Ministri per le politiche delle pari opportunità

⁶ Somme da corrispondere alla Presidenza del Consiglio dei Ministri per l'attuazione delle politiche antidroga

⁷ Somme da corrispondere alla Presidenza del Consiglio dei Ministri per le politiche di incentivazione e sostegno alla gioventù

Fondo Carta Acquisti – Social card

All'interno del programma 24.5 si segnala il **cap. 1639 Fondo speciale destinato al soddisfacimento delle esigenze prioritariamente di natura alimentare (Carta acquisti - Social card)**, le cui previsioni assestate per il 2014

registrano una dotazione di circa 440 milioni di euro, di cui sono stati utilizzati circa 390,3 milioni di euro.

Le previsioni per il **2015** registrano uno stanziamento pari a **49,7 milioni** di euro. Per gli anni 2016 e 2017 risulta uno stanziamento pari, rispettivamente, a 50,7 milioni e a circa 11,1 milioni di euro.

Il disegno di legge di stabilità 2015 (AC 2679) reca, all'articolo 17, comma 6, uno stanziamento per il **Fondo per la Carta acquisti ordinaria di 250 milioni di euro a decorrere dall'anno 2015**.

Al proposito si ricorda che l'articolo 1, comma 216, del ddl di stabilità 2014, ha posto sul Fondo uno stanziamento di 250 milioni di euro per il 2014, da utilizzarsi per il pagamento del beneficio collegato alla Carta acquisti ordinaria. Le risorse restanti, in relazione all'effettivo numero dei beneficiari della carta acquisti ordinaria, dovranno essere utilizzate come stabilito da un decreto interministeriale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali e del MEF. Il decreto, non ancora emanato, dovrà fissare:

- una quota da riservare all'estensione su tutto il territorio nazionale, non già coperto, della Carta acquisti sperimentale, di cui al decreto legge 5/2012;
- le modalità di prosecuzione del programma carta acquisti ordinaria, in funzione dell'evolversi delle sperimentazioni in corso;
- il riparto delle risorse ai territori coinvolti nella estensione della sperimentazione.

Infine l'ultimo periodo del comma 216 dispone un incremento del Fondo pari a 40 mln di euro per ciascuno degli anni 2014-2016 ai fini della progressiva estensione su tutto il territorio nazionale, non già coperto, della sperimentazione della Carta acquisti di cui all'articolo 60 del decreto legge n. 5/2012.

Si ricorda inoltre che il decreto legge n. 126/2013 dispone all'articolo 2, commi 7 e 8, un finanziamento di 35 milioni per il proseguimento, nell'ultimo bimestre del 2013, del Programma Carta acquisti ordinaria.

Fondo per le politiche della famiglia

Nel **programma 24.7** è allocato il **cap. 2102 Fondo per le politiche della Famiglia**, esposto in Tabella C di legge di stabilità, con una previsione assestata per il 2014 di 20,9 milioni (vedi *infra*).

La previsione per il **2015** è pari a circa **18,3 milioni** di euro. Le previsioni per il 2016 e per il 2017 sono pari a 17,6 milioni di euro in ciascun anno.

La **legge di stabilità 2014** prevedeva una dotazione del Fondo, esposta in Tabella C, di circa 20,9 mln euro per il 2014, di 20,3 mln euro per il 2015 e di 20,4 mln euro per il 2016. Il [5 agosto 2014 è stata raggiunta l'intesa](#), in sede di Conferenza unificata, sul riparto del Fondo per il 2014, per un totale di risorse da spartire tra le regioni e le province autonome pari a 5 milioni di euro, tuttavia il decreto di riparto non è stato ancora pubblicato.

Politiche per le pari opportunità

Il **cap. 2108, Somme da corrispondere alla Presidenza del Consiglio dei Ministri per le politiche delle pari opportunità**, esposto in Tabella C del ddl stabilità, presenta una previsione assestata per il 2014 pari a 37,1 milioni di euro, di cui sono stati impegnati 8,3 milioni di euro.

Le previsioni per il **2015** registrano una cifra pari a **28,8 milioni** di euro, mentre quelle per il 2016 sono pari a 28,2 milioni di euro e quelle per il 2017 a 20,3 milioni di euro.

La **legge di stabilità 2014** prevedeva uno stanziamento per il 2014, esposto in Tabella C, pari a 32,1 mln di euro.

In attuazione dell'articolo 5, comma 2, lettera d), del decreto-legge 93/2013, il decreto del 24 luglio 2014 recante la ripartizione delle risorse relative al Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità 2013-2014 di cui all'articolo 5, comma 2, del DL. 93/2013, ha provveduto a ripartire in unica soluzione le risorse finanziarie del fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità stanziato per gli anni 2013 e 2014.

Le risorse pari a circa 16,5 milioni di euro sono state destinate al potenziamento delle forme di assistenza e di sostegno alle donne vittime di violenza e ai loro figli attraverso modalità omogenee di rafforzamento della rete dei servizi territoriali, dei centri antiviolenza e dei servizi di assistenza alle donne vittime di violenza.

Politiche antidroga

Nell'ambito della Missione 24 dello stato di previsione del MEF sono inoltre allocate le risorse per l'**attuazione delle politiche antidroga**.

Le risorse, individuabili nel programma 24.4 Lotta alle dipendenze, sono stanziato al **cap. 2113 Fondo politiche antidroga**, rimodulabile, con una previsione assestata 2014 pari a 8,4 milioni di euro, di cui sono stati impegnati circa 1 milione di euro.

Le previsioni per il **2015** sono pari a **7,3 milioni** di euro, per il 2016 e il 2017 a circa 5,8 milioni di euro per ciascun anno del biennio.

Fondo per le politiche della gioventù

Nello stato di previsione del MEF sono allocate le risorse della **Missione 22 Giovani e sport**, contenente il **programma 30.2** Incentivazione e sostegno alla gioventù, al suo interno il **cap. 2106 Fondo per le politiche della gioventù**, esposto in Tabella C, presenta una previsione assestata 2014 pari a 16,8 milioni di euro (vedi *infra*), di cui sono stati impegnati 11 milioni di euro.

Le previsioni per il **2015** sono pari a **5,8 milioni** di euro, quelle per il 2016 a 5,6 milioni di euro, mentre quelle per il 2017 sono pari a circa 6,1 milioni di euro.

La **legge di stabilità 2014** reca una dotazione del Fondo, esposta in Tabella C, pari a 16,8 mln euro (nel 2013 era pari a 6,2 mln euro). Per il biennio successivo le dotazioni sono pari a circa 6,4 mln euro. Rispetto allo stanziamento previsto dalla legge di stabilità 2014, l'Intesa del 10 luglio 2014, sancita in sede di Conferenza unificata, ha stabilito per il 2014 che le risorse del Fondo nella percentuale dell'80% (circa 13,7 milioni di euro) devono essere destinate a cofinanziare gli interventi in materia di politiche giovanili delle regioni e delle province autonome e le attività proposte dal sistema delle autonomie locali. Il restante 20% delle risorse del fondo è destinato al Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale. Si ricorda che il decreto 8 maggio 2014 ha attribuito al Sottosegretario di Stato on. Luigi Bobba le deleghe per le politiche giovanili e il Servizio civile.

PARTE II – POLITICHE PER LA SALUTE

Scenario socio economico attuale e previsto per i settori di intervento delle politiche per la salute

La Nota integrativa delinea i settori di intervento di specifico interesse del Ministero della salute, considerando tra le maggiori sfide assistenziali, quelle concernenti l'**assistenza socio-sanitaria** connessa alla non autosufficienza, l'elevata presenza di anziani e gli alti costi delle terapie/diagnosi.

Gli interventi dovranno tenere conto del nuovo [Patto per la salute per il triennio 2014-2016](#), intesa finanziaria e programmatica raggiunta in sede di Conferenza Stato-Regioni il 10 luglio 2014 e diretta, all'interno del quadro degli obblighi comunitari e di finanza pubblica, a definire le regole di *governance* della sanità in base al riparto delle competenze centrali e territoriali.

Obiettivi del Patto sono, fra l'altro, quelli di assicurare la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, per garantire l'equità e l'universalità del sistema, in un'ottica complessiva di razionalizzazione dei costi e di centralizzazione delle attività di amministrazione generale, ed assicurare i livelli essenziali di assistenza (LEA) in modo appropriato e uniforme⁵. Pertanto, il Patto prevede la programmazione triennale dei costi standard e dei fabbisogni regionali, la definizione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera e dell'assistenza sanitaria transfrontaliera.

Tra le novità contenute nel Patto la Nota integrativa sottolinea la previsione di attivare un **sistema di monitoraggio**, analisi e controllo dell'andamento dei singoli sistemi sanitari regionali, che consenta di rilevare in via preventiva, attraverso un apposito meccanismo di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle *performance* delle aziende sanitarie e dei sistemi sanitari regionali, secondo **principi** di qualità, quantità, sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati.

Dal **nuovo Patto per la salute** si prevedono **risparmi** derivanti dall'applicazione delle misure di razionalizzazione che rimarranno nella disponibilità delle regioni vincolati a finalità sanitarie. Questi risparmi, insieme a quelli conseguiti con la revisione della spesa, diretti a migliorare i livelli qualitativi dell'intero sistema sanitario, serviranno a realizzare concretamente gli obiettivi fissati. In particolare, la revisione del sistema di compartecipazione (ticket) e delle esenzioni vengono considerati nel Patto in un'ottica di riforma per permettere l'accesso dei cittadini alle cure.

⁵ La Conferenza delle regioni ha in proposito reso noto [cronoprogramma dei provvedimenti attuativi](#) relativo all'attuazione del Patto.

In aggiunta, la Nota sottolinea che le scelte strategiche della politica sanitaria del prossimo triennio, incideranno in particolare sulle seguenti macroaree: 1. prevenzione; 2. politiche in materia di ricerca sanitaria; 3. politiche sanitarie internazionali; 4. promozione della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria; 5. sistema informativo e statistico sanitario; 6. dispositivi medici e farmaci; 7. promozione della salute pubblica veterinaria e della sicurezza degli alimenti; 8. politiche per l'efficienza gestionale; 9. comunicazione.

Per la programmazione strategica per il periodo 2015-2017, la Nota sottolinea che si è tenuto conto, oltre che della [Circolare n. 16 del 2014 della Ragioneria generale dello Stato](#) sull'assestamento delle previsioni di bilancio, delle manovre di contenimento della spesa pubblica attuate negli ultimi anni che hanno avuto un impatto di riduzione sulle disponibilità finanziarie dei Ministeri, incluso quello in esame.

Nell'ambito delle misure previste dalla *spending review*, la Nota integrativa ricorda che è stata data attuazione all'articolo 2 del decreto legge 95/2012 (L. 135/2012), che prevede la **revisione degli assetti organizzativi** delle amministrazioni pubbliche centrali.

In particolare, per le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, sono state disposte, con **D.P.C.M. del 22 gennaio 2013**, riduzioni degli uffici dirigenziali, di livello generale e di livello non generale e delle relative dotazioni organiche, in misura non inferiore, per entrambe le tipologie di uffici e per ciascuna dotazione, al 20 per cento di quelli esistenti, e delle dotazioni organiche del personale non dirigenziale, in misura non inferiore al 10 per cento della spesa complessiva relativa al numero dei posti di organico di tale personale.

Come previsto dal citato art. 2 del DL. 95/2012 e dall'art. 1, co. 6, del DL. 150/2013 (L. 15/2014) è stato adottato il [DPCM 11 febbraio 2014, n. 59](#), che reca il regolamento di organizzazione del Ministero della salute.

Tra le novità, vi è il passaggio del Ministero da un'organizzazione per dipartimenti ad una per direzioni generali. La soppressione dei dipartimenti ha comportato una riduzione degli uffici di livello dirigenziale generale con contestuale incremento dei centri di responsabilità amministrativa.

La nuova configurazione dell'organizzazione ha avuto effetti sulla composizione dei programmi all'interno della **Missione 20 Tutela della salute**. L'unico **programma**, all'interno della Missione, che ha mantenuto la denominazione e la composizione precedente è il **20.5 Vigilanza, prevenzione e repressione nel settore sanitario**. Sono stati invece rivisti interamente tutti gli altri programmi precedentemente attribuiti a tale missione (con cambiamenti nelle denominazioni, v. *infra*) per dare maggiore evidenza alla diversificazione di compiti svolti tramite le sette nuove unità di voto (di esigua entità finanziaria).

Peraltro, anche la **Missione 17 Ricerca e innovazione** è stata oggetto di una profonda rivisitazione dei contenuti, per una più stringente individuazione delle risorse finalizzate a quest'area. In particolare, il **programma 17.20 Ricerca settore sanità pubblica** è stato rivisto nella prospettiva di sopprimere o ricollocare alcune voci in altre missioni se dirette a finalità di politiche settoriali, piuttosto che a finalità di ricerca e innovazione.

Le Missioni nello stato di previsione del Ministero della salute

Di seguito sono evidenziati gli stanziamenti di competenza dei programmi e delle missioni 20 Tutela della salute, 17 Ricerca e innovazione, 32 Servizi istituzionali e generali delle PA e 33 Fondi da ripartire che compongono lo stato di previsione del Ministero della salute **(Tabella 14)**:

(valori arrotondati in milioni di euro)

Missione/ Programma	Previsioni Assestate 2014 (A)	Variazioni proposte 2015 (B)	Previsioni BLV 2015 (C)	Var. % (C-A)/A
Tutela della salute (20)	999,5	-155,8	843,6	-15,6
Prevenzione e promozione salute (20.1)	102,1	-0,2	101,9	-0,2
Sanità pubblica veterinaria (20.2)	47,0	-5,1	41,9	-10,9
Program. SSN erogazione LEA (20.3)	217,5	-136,5	81,0	-62,8
Regolam. prodotti farmaceutici (20.4)	7,7	0,1	7,8	1,3
Vigilanza e prevenzione sanitaria (20.5)	10,4	0,0	10,4	0
Comunicazione promoz. tutela salute (20.6)	23,2	0,1	23,3	0,4
Vigilanza enti (20.7)	552,9	-13,8	539,1	-2,5
Sicurezza alimenti e nutrizione (20.8)	6,3	0,6	6,9	9,5
Attività consultiva tutela salute (20.9)	2,5	0,2	2,7	8,0
Sistemi informativi SSN(20.10)	21,0	-1,4	19,6	-6,7
Regolam. professioni sanitarie (20.11)	5,1	0,0	5,1	0
Coordinamento tutela salute (20.12)	3,7	0,2	3,9	5,4
Ricerca e innovazione (17)	304,0	-20,9	283,1	-6,9
Ricerca settore sanità pubblica (17.20)	303,6	-20,8	282,8	-6,9
Ricerca settore zooprofilattico (17.21)	0,3	0,0	0,3	0
Servizi istituzionali e generali PA (32)	39,7	-1,0	38,7	-2,5
Indirizzo politico (32.2)	8,7	-0,3	8,4	-3,4

Missione/ Programma	Previsioni Assestate 2014 (A)	Variazioni proposte 2015 (B)	Previsioni BLV 2015 (C)	Var. % (C-A)/A
Servizi e affari generali amministrazioni (32.3)	31,1	-0,8	30,3	-2,6
Fondi da ripartire (33)	14,5	18,8	33,3	129,7
Fondi da assegnare (32.3)	14,5	18,8	33,3	129,7

Missione 20 Tutela della salute

La **Missione 20 Tutela della salute**, suddivisa nei dodici programmi elencati nella precedente tabella, presenta una riduzione del 15,6% degli stanziamenti per il **2015 (843,6 milioni)**, rispetto alle previsioni assestate di bilancio 2014 (999,5 milioni). Tale riduzione è ascrivibile principalmente al **programma 20.3** Programmazione sanitaria in materia di livelli essenziali di assistenza e assistenza in materia sanitaria umana (-62,8%) e al **programma 20.2** Sanità pubblica veterinaria, igiene e sicurezza degli alimenti (-10,9%) (v. *infra*).

Di seguito si analizzano le variazioni registrate nell'ambito dei singoli programmi:

Programma Prevenzione e comunicazione in materia sanitaria umana e coordinamento in ambito internazionale (20.1)

Il programma registra una diminuzione dello 0,2% (233 mila euro) rispetto al dato assestate 2014 (102,1 milioni), attestandosi su una previsione di bilancio per il **2015** pari a **101,9 milioni** di euro. Tale previsione si incrementa a circa 102 milioni nel 2016 e a 103 milioni nel 2017.

La riduzione è imputabile alla contrazione delle spese di funzionamento ascritte al medesimo programma (-1,1 milioni), compensate da un aumento delle spese per interventi che deriva essenzialmente (+6,2 milioni) dal **cap. 2420** relativo al rimborso per le spese di assistenza sanitaria erogata in Italia al personale navigante, marittimo e dell'aviazione e per gli oneri della convenzione con la Croce rossa italiana presso i servizi di pronto soccorso aeroportuali.

In proposito si ricorda la disposizione contenuta nel DL. 133 /2014, cd. "Sblocca Italia" (in corso di conversione), art. 28, commi da 4-7 che **pone i costi della gestione del pronto soccorso aeroportuale a carico del gestore dell'aeroporto** che ha sottoscritto la convenzione con l'ENAC per la gestione totale dello scalo e che, in via transitoria, per evitare possibili contenziosi sulla **responsabilità dei predetti oneri**, stabilisce (al comma 5) che, **fino all'approvazione** da parte dei Ministeri competenti delle **convenzioni** tra soggetti terzi ed ENAC per la gestione totale degli aeroporti, gli oneri relativi al servizio di pronto soccorso negli aeroporti **a diretta gestione dello Stato rimangono a carico del Ministero della salute**.

In relazione alle spese di funzionamento, inoltre, è da registrare una consistente riduzione (-4,5 milioni) del **cap. 4393**, rimodulabile, relativo alle spese del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, in coordinamento con le strutture regionali attraverso convenzioni con l'ISS, INAL, IZS, Università e IRCCS e altre strutture di ricerca pubbliche e private, e organi della sanità militare.

Programma Sanità pubblica veterinaria, igiene e sicurezza degli alimenti (20.2)

Il **programma 20.2** presenta una riduzione del 10,9%, pari a circa 5 milioni di euro, rispetto al dato assestato 2014 (46,9 milioni). La previsione per il 2015 è pertanto di **41,9 milioni**, cifra che è prevista mantenersi stabile nel triennio.

La riduzione è ascrivibile, sia alle spese di funzionamento, sia, soprattutto, alle spese per interventi che diminuiscono di 3,3 milioni di euro, per effetto dell'ulteriore contrazione, pressochè di pari importo, delle spese ascritte al **cap. 5391** (rimodulabile) relative al potenziamento della sorveglianza epidemiologica delle encefalopatie spongiformi.

Programma Programmazione sanitaria in materia di livelli essenziali di assistenza e assistenza in materia sanitaria umana (20.3)

A questo programma, come prima accennato, si deve ascrivere la maggior quota di riduzione dell'intera **Missione 20**.

La corrispondente previsione di bilancio per il **2015** è di circa **81 milioni**, e non varia sostanzialmente nei due anni successivi. Essa sconta una **riduzione di 136,5 milioni** di euro rispetto al dato assestato 2014, pari a 217,5 milioni.

Tale riduzione è ascrivibile in prevalenza (-131,2 milioni di euro) alle variazioni in diminuzione del **cap. 4391** Rimborso per spese di assistenza sanitaria all'estero, nonché spese connesse, di natura obbligatoria.

In proposito si deve ricordare che la legge di stabilità 2014 all'articolo 1, comma 222, ha incrementato lo stanziamento di tale capitolo di 121 mln di euro per il solo 2014, in quanto tali risorse, come chiarito dal Ministero della salute, erano finalizzate a **ripiantare i debiti per la mobilità sanitaria internazionale passiva progressa**⁶ e non per il recepimento della Direttiva sulle cure transfrontaliere⁷ (2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2011), entrata in vigore il 25 ottobre 2013⁸.

⁶ Il riferimento normativo è relativo al DPR n. 618/1980 per gli obblighi di rimborso relativi all'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero, nei confronti di Stati dell'Unione Europea, dello Spazio economico europeo, della Svizzera e dei paesi in Convenzione.

⁷ Direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera.

⁸ Tale direttiva è stata attuata dal D.lgs.n. 38 del 4 marzo 2014, secondo quanto previsto dalla legge 96/2013 di delegazione europea per il 2013. Il citato decreto ha altresì attuato la [direttiva](#)

Con riferimento alle spese in conto capitale, viene inoltre **azzerato il cap. 7111** cui corrispondevano **previsioni assestate per il 2014 pari a 2,4 milioni** relative a somme da assegnare alle regioni per la realizzazione di interventi di riorganizzazione e riqualificazione dell'**assistenza sanitaria** nei grandi centri abitati.

Programma Regolamentazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari ad uso umano (20.4)

Il **programma 20.4** presenta un lieve incremento dell'1,3% (circa 106 mila euro) rispetto al dato assestate 2014 (7,7 milioni), attestandosi su una previsione per il **2015** pari a **7,8 milioni** di euro, pressochè stabile nell'intero triennio di programmazione.

Programma Vigilanza, prevenzione e repressione nel settore sanitario (20.5)

Il **programma 20.5** presenta una **ridottissima variazione in aumento** (+36 mila euro) della previsione per il **2015** che si mantiene intorno ai **10,4 milioni** di euro per l'intero triennio di programmazione.

Programma Comunicazione e promozione per la tutela della salute umana e della sanità pubblica veterinaria e attività di coordinamento in ambito internazionale (20.6)

Anche il **programma 20.6** presenta un **modesto aumento** (134 mila euro), dato dall'incremento delle spese per interventi (**+ 2,2 milioni** di euro al **cap. 4321** contributo all'organizzazione mondiale della sanità) che compensa la riduzione delle spese per funzionamento (-1,9 milioni). La previsione per il **2015** è pari a **23,3 milioni** di euro, sostanzialmente stabile nel triennio.

Programma Vigilanza sugli enti e sicurezza delle cure (20.7)

Il **programma 20.7** sconta una **diminuzione di circa 13,8 milioni** di euro, passando da un dato assestate **2014** pari a **552,9 milioni** di euro a una previsione per il **2015** di **539 milioni**, che si riduce ulteriormente a circa 490 milioni per ciascuno dei restanti anni del triennio di programmazione.

[2012/52/UE](#) comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato membro.

La spesa di funzionamento si riduce di 1,4 milioni di euro, ma è quella per interventi a far registrare il maggiore calo, pari a 12,5 milioni, imputabile al cap. 2401 (rimodulabile) relativo alle somme per la **liquidazione** delle transazioni da stipulare con **soggetti emotrasfusi** per azioni di risarcimento danni (-7,4 milioni di euro).

Per la parte obbligatoria, il **capitolo 2409** Somme dovute a titolo di indennizzo e risarcimento ai soggetti danneggiati da complicità di tipo irreversibile, non registra alcuna variazione per l'anno 2015, attestandosi a 260 milioni di euro, per poi ridursi a 210 milioni per ciascuno dei restanti anni del triennio di programmazione.

In proposito si ricorda che, a seguito della pronuncia della Corte europea dei dritti dell'uomo (Sentenza 3 settembre 2013 - [Requête n. 5376/11](#)) che ha disposto, a carico dello Stato italiano, l'obbligo di liquidazione ai titolari dell'indennizzo di cui all'art. 2, comma 2, della L. n. 210/1992 degli importi maturati a titolo di rivalutazione dell'indennità integrativa speciale, l'articolo 1, **comma 223** della legge n. **147/2013** (legge di stabilità per il 2014) ha disposto l'incremento di 50 milioni di euro per ciascuno degli anni 2014 e 2015 della predetta autorizzazione di spesa.

Si segnala che il **ddl di stabilità in corso di esame**, al **comma 17 dell'art. 17** prevede l'attribuzione alle Regioni e alle province autonome di un **contributo di 100 milioni** di euro per l'anno **2015**, di **346 milioni** per l'anno **2016** e di **289 milioni** per l'anno **2017** relativo agli oneri finanziari derivanti dagli indennizzi e dagli arretrati della rivalutazione dell'indennità integrativa speciale (per approfondimenti si rinvia alla scheda dell'articolo contenuta in questo dossier).

Il disegno di legge di bilancio riduce sia il **cap. 3443**⁹, rimodulabile ed esposto in Tab. C, relativo al **Fondo per il funzionamento dell'Istituto superiore di sanità** (-2,8 milioni), attestandosi, per il **2015** a 9,4 milioni di euro, cifra identica anche per il 2016 e per il 2017, sia il **cap. 3444**, relativo al finanziamento del medesimo Istituto per le spese di natura obbligatoria che subisce una lievissima diminuzione (-411 mila euro), e la cui previsione per il 2015 si attesta a 90,3 milioni di euro, e a poco meno di 90 milioni di euro per il biennio successivo.

Viene inoltre azzerato il **cap. 3453** (anch'esso rimodulabile ed esposto in Tab. C) relativo alle somme da corrispondere alla **Croce Rossa Italiana** (-283 mila euro).

Si ricorda che, a seguito del [D. Lgs. n. 178/2012](#) (successivamente modificato dall'[art. 4, co. 10ter-10sexies del DL. 101/2013 - L. 125/2013](#)) è stato avviato un processo di privatizzazione che ha condotto, attualmente, ad una struttura territoriale a gestione diversificata della Croce Rossa Italiana operante:

⁹ Il capitolo 3443 subisce una riduzione (per ciascun anno del triennio) pari a 500mila euro ai sensi dell'articolo 20, comma 1, del ddl stabilità (v. *infra*).

- come **ente pubblico non economico**, nel cui perimetro, **fino al 31 dicembre 2014**, rientrano i livelli centrale (Comitato centrale) e regionale (19 Comitati regionali e 2 Comitati relativi alle province autonome di Trento e Bolzano);
- e nei 103 **comitati provinciali** e 536 **comitati locali** che, **dal 1° gennaio 2014**, si sono trasformati in altrettante associazioni di promozione sociale con personalità giuridica di diritto privato¹⁰.

Con riferimento alle spese di natura obbligatoria per l'**AGENAS**, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (**cap. 3456**), la previsione per il **2015** - che non subisce variazioni con il ddl di bilancio in esame - rimane attestata a **2,8 milioni** di euro, anche per ciascuno dei restanti due anni del triennio di programmazione. La parte rimodulabile delle spese relative alla predetta Agenzia (**cap 3457** esposto in Tab. C del ddl di stabilità), subisce invece una riduzione di circa 150 mila euro, portando la previsione di spesa per il **2015** a circa **400 mila euro**, cifra che rimane identica anche per gli anni successivi¹¹.

Per quanto riguarda l'AIFA, la previsione per il **2015 (cap. 3458**, rimodulabile, Fondo per gli oneri di gestione dell'Agenzia italiana del farmaco - AIFA, esposto in Tab. C) si riduce a **578 mila euro**, con una **contrazione di 1,3 milioni** di euro rispetto al dato assestato **2014 (1,9 milioni)**¹².

Anche le spese di natura obbligatoria relative alla richiamata Agenzia (**cap. 3461**), seppure di pochissimo (-15 mila euro) si riducono attestandosi su una cifra di circa **23,6 milioni** che è prevista rimanere pressochè costante anche per il resto del triennio.

Programma Sicurezza degli alimenti e nutrizione (20.8)

Il **programma 20.8** registra una lieve variazione in aumento (**586 mila euro**) rispetto alle previsioni assestate **2014 (6,3 milioni)**, attestandosi a circa **6,9 milioni** di euro, livello che è previsto mantenersi intorno a tale cifra anche per il 2016 e per il 2017. L'incremento è interamente attribuibile alle spese di funzionamento.

¹⁰ Inoltre, dal 1° gennaio 2015, l'ente pubblico non economico Croce Rossa Italiana si trasformerà, cambiando denominazione, in "Ente strumentale alla Croce Rossa Italiana", con funzioni di supporto alle associazioni di promozione sociale. Queste ultime, a livello provinciale e locale, insieme al Comitato centrale e ai Comitati regionali e delle province autonome, daranno vita ad un'unica associazione di diritto privato. Dal 1° gennaio 2017 l'Ente strumentale verrà soppresso e posto in liquidazione e tutte le funzioni esercitate dal CRI "ente pubblico" verranno trasferite alla predetta unica associazione di diritto privato.

¹¹ Il capitolo 3457 subisce una riduzione (per ciascun anno del triennio) pari a 200mila euro ai sensi dell'articolo 20, comma 1, del ddl stabilità (v. *infra*).

¹² Il capitolo 3458 subisce una riduzione (per ciascun anno del triennio) pari a 100mila euro ai sensi dell'articolo 20, comma 1, del ddl stabilità (v. *infra*).

Programma Attività consultiva per la tutela della salute (20.9)

Anche per il **programma 20.9** la modesta variazione in aumento (141 mila euro) rispetto alle previsioni assestate 2014 (2,5 milioni) è interamente attribuibile alle spese di funzionamento. La previsione di spesa per il **2015** è pari a **2,6 milioni** di euro, cifra che si mantiene stabile anche per il resto del triennio.

Programma Sistemi informativi per la tutela della salute e il governo del SSN (20.10)

Per il **programma 20.10** si registra una **riduzione pari a 1,4 milioni** di euro, interamente ascrivibile alla diminuzione del **cap. 2200**, rimodulabile, relativo alle spese per il sistema informativo sanitario. La previsione di spesa per il 2015 si attesta a **19,6 milioni** di euro, mantenendosi a tale livello anche per il 2016 e per il 2017.

Altri programmi

I **programmi** Regolamentazione e vigilanza delle professioni sanitarie (**20.11**) e Coordinamento generale in materia di tutela della salute, innovazione e politiche internazionali (**20.10**) non fanno registrare sostanziali variazioni.

Missione 17 Ricerca e innovazione

Nello stato di previsione del Ministero della salute, la **Missione 17 Ricerca e innovazione** è rappresentata quasi interamente dal **programma** Ricerca per il settore della sanità pubblica (**17.20**) e solo residualmente (0,1%) dal programma Ricerca per il settore zoo profilattico (17.21)¹³.

La Missione presenta uno stanziamento previsionale per il **2015** pari a **283 milioni** di euro, con una riduzione di circa 20,9 milioni rispetto al dato assestate di bilancio per il 2014 pari a circa 304 milioni di euro. La previsione di spesa è prevista decrescere nel 2016 (281 milioni) e nel 2017 (279 milioni).

¹³ La previsione per il 2015 di questo programma è pari a circa 280 mila euro, con una riduzione di circa 64 mila euro rispetto al dato assestate di bilancio per l'anno 2014. La previsione si mantiene stabile per l'intero triennio di programmazione.

Programma Ricerca per il settore della sanità pubblica (17.20)

Il **programma 17.20** determina la variazione in diminuzione delle risorse dell'intera Missione, riducendosi da un dato assestato **2014** di **303,6 milioni** di euro a un dato previsione per il **2015** di **282,3 milioni** (-20,8 milioni).

La riduzione è prevalentemente ascrivibile al decremento del **cap. 3392** (rimodulabile, esposto in Tab. C) relativo al Fondo per il finanziamento delle attività di ricerca corrente e finalizzata e per la sperimentazione in materia sanitaria (-17,7 milioni).

Si segnala che la Tab. C del ddl di stabilità prevede, per il 2015, un'ulteriore riduzione a carico del cap. 3392, pari a 17,2 milioni di euro e **16,8 negli anni successivi** (v. infra).

Nella legge di stabilità 2014 il cap. 3392, esposto in Tab. C, presenta uno stanziamento per il 2014 pari a 288,7 milioni di euro, mentre le dotazioni per il 2015 e 2016 erano pari a 271 milioni di euro.

Il **capitolo 3398** Trasferimenti alle amministrazioni pubbliche (per fini di ricerca), presenta inoltre uno stanziamento assestato per il **2014** pari a **8,2 milioni** e subisce una **diminuzione di circa 3 milioni**, essenzialmente dovuta all'azzeramento delle risorse per le attività del Centro nazionale di adroterapia oncologia (p.g. 2).

La previsione di spesa del **capitolo 3398** per il **2015** pari a **5,2 milioni** risulta pertanto **interamente finalizzata** alle spese per il funzionamento e per la ricerca della **Fondazione Istituto Mediterraneo di Ematologia (IME)**, a cui sono attribuiti circa 5,2 milioni nel 2015 e 3,5 milioni nel 2016 e 2017.

Il capitolo viene ridotto di un importo pari a 100mila euro per ciascuno degli anni 2015-2017 ai sensi dell'articolo 20, comma 1, del ddl di stabilità¹⁴.

Si ricorda che la legge di stabilità 2014, all'articolo 1, comma 275, reca uno stanziamento di 3,5 milioni di euro, a decorrere dal 2014, per l'Istituto mediterraneo di ematologia (IME). L'articolo 1, comma 320, stanziava 3 milioni di euro per il 2014 per il Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO), che il disegno di legge di bilancio in esame non riconferma.

Nell'ambito del programma, si segnalano inoltre i capitoli: **cap. 3415** Contributo a favore del **Gaslini di Genova** con una previsione assestata 2014 e previsioni per il 2015 e 2016 pari a 2 milioni di euro (non sono previsti finanziamenti per il 2017) e il **cap. 3416** Contributo all'Istituto nazionale di

¹⁴ L'articolo 20, al comma 1, dispone la **riduzione dei trasferimenti** dal bilancio dello Stato in favore di **enti e organismi pubblici** indicati nell'allegato 6 al disegno di legge in esame, per un importo complessivo pari a **22 milioni** per il **2015** e a 21,7 milioni a decorrere dal 2016.

Genetica molecolare (**INGM**) con una previsione assestata 2014 e previsioni per il triennio pari a 1 milione di euro.

Missioni 32 Servizi istituzionali e generali delle amministrazioni pubbliche e 33 Fondi da ripartire

All'interno dello stato di previsione del Ministero della salute sono presenti le missioni 32 Servizi istituzionali e generali delle amministrazioni pubbliche, che raggruppa stanziamenti relativi alle voci di carattere amministrativo del Ministero, e 33 Fondi da ripartire, relativa ad appostamenti di carattere contabile.

La **Missione 32** presenta una diminuzione del 2,5% rispetto all'assestato 2014 (39,7 milioni di euro), attestandosi a **38,7 milioni** di euro per il **2015**, cifra sostanzialmente stabile per gli anni successivi.

All'interno di questa missione, il **programma 32.3** Servizi e affari generali per le amministrazioni di competenza presenta, al cap. 3039, uno stanziamento rimodulato in diminuzione per un importo pari a 200 mila euro per ciascuno degli anni degli triennio 2015-2017, ad incremento, per un corrispondente importo nel triennio, dell'autorizzazione di spesa di cui all'art. 5-bis del DL. 10/2007 (L. 46/2007) volta ad attuare il Regolamento (CE) n. 1907/2006 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 18 dicembre 2006, concernente la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restrizione delle sostanze chimiche (REACH) (v. allegato 1 dello stato di previsione del Ministero della Salute).

Si ricorda che tale rimodulazione compensativa è consentita, per motivate esigenze, tra programmi di ciascuna missione o all'interno di un programma, ai sensi dell'art. 23, co. 3, della legge di contabilità 196/2009. La rimodulazione è effettuata altresì in base all'art. 6, co. 16, del DL. 95/2012 (L.135/2012) che prevede, in via sperimentale per gli esercizi 2013, 2014 e 2015, per le autorizzazioni di spesa pluriennale, che gli stanziamenti di competenza possono essere rimodulati, negli anni ricompresi nel bilancio pluriennale, per adeguarli alle corrispondenti autorizzazioni di cassa determinate in relazione ai pagamenti programmati.

La **Missione 33** presenta un incremento di circa il 130% rispetto all'assestato 2014 (14,5 milioni di euro), attestandosi a **33,3 milioni** di euro per il **2015**, cifra che diminuisce a 31,3 milioni per il 2016 e a 21,3 milioni per il 2017.

L'incremento è ascrivibile essenzialmente ai fondi da assegnare per incrementi di parte corrente e di conto capitale effettuati a seguito del riaccertamento straordinario dei residui passivi ai sensi del DL. 66/2014 (L. 89/2014) (v. *ante*).

I risparmi previsti dal disegno di legge di stabilità sulla dotazione di bilancio del Ministero della salute

Il ddl di stabilità prevede risparmi, a carico del Ministero della salute, per complessivi 35,3 milioni nel 2015 e 33,8 milioni per ciascuno degli anni 2016 e 2017, derivanti dagli effetti dell'art. 24, co. 1 (v. *infra*) e dalle tabelle C e D:

<i>Saldo netto da finanziare</i>	2015	2016	2017
MINISTERO SALUTE			
art. 24 – Riduzione spesa Ministero ¹	11,4	11,0	11,0
riduzione tabella C	17,2	16,8	16,8
riduzione tabella D	6,8	6,0	6,0
definanziamento tabella E			
Totale risparmi Ministero	35,3	33,8	33,8

¹Sul punto, si rinvia all'Allegato 2 del disegno di legge di stabilità, che illustra nel dettaglio le riduzioni discendenti dall'articolo 24, comma 1. Per il Ministero della salute, i risparmi sono quasi interamente a carico, per l'anno 2015, della Missione 20 Tutela della salute, ed in particolare del Programma 20.1 Prevenzione e promozione della salute umana ed assistenza sanitaria al personale navigante e aeronavigante.

Le Missioni nello stato di previsione del MEF relative alle politiche per la salute

Nell'ambito dello stato di previsione del Ministero delle finanze, oltre a quanto anticipato nella Parte I, relativa ai fondi per le politiche sociali iscritti nello stato di previsione in esame (v. *ante*), sono presenti ulteriori missioni di interesse per l'area sanitaria, di seguito esaminate:

(valori arrotondati in milioni di euro)

Missione/ Programma (Tab. 2)	Previsioni Assestate 2014	Variazioni proposte 2015	Previsioni BLV 2015
Relazioni finanziarie con le autonomie territoriali (3)	113.053,2	2.144,8	115.198,0
Federalismo 3.4	61.014,7	7.327,7	68.342,4
di cui cap. 2862 ¹	59.243,4	8.636,6	67.880,0
Concorso Stato finanziam. spesa sanitaria (3.6) di cui:	8.820,5	-2.162,9	6.657,6
cap. 2700 ²	6.047,5	456,1	6.503,5
cap. 2701 ³	2.560,0	-2.560,0	-
cap. 2705 ⁴	77,6	-34,2	43,4
cap. 2707 ⁵	50,0	-15,0	35,0
Infrastrutture pubbliche e logistica (14)	1,7	609,7	611,4
Opere pubbliche e infrastrutture (14.8)	1,7	609,7	611,4

¹ Somme da erogare alle regioni a statuto ordinario a titolo di compartecipazione all'IVA.

² Fondo sanitario nazionale.

³ Finanziamento del Fondo sanitario nazionale in relazione alle minori entrate IRAP.

⁴ Somma da erogare all'Ospedale pediatrico Bambino Gesù.

⁵ Somma da erogare ai Policlinici universitari gestiti da università non statali.

Missione 3 Relazioni finanziarie con le autonomie territoriali

Nella **Missione 3 Relazioni finanziarie con le autonomie territoriali**, rilevano alcuni capitoli contenuti nei seguenti programmi 3.4 Federalismo e 3.6 Concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria.

Federalismo (3.4)

All'interno del **programma 3.4**, il **cap. 2862** Somme da erogare alle regioni a statuto ordinario a titolo di compartecipazione all'IVA presenta una variazione in

aumento rispetto all'assestato 2014 (59.243,4 milioni), pari a **8.636,6 milioni di euro**, determinando in tal modo una previsione per il **2015** pari a **67.880 milioni di euro**.

La variazione è proposta in relazione alle effettive esigenze connesse con il finanziamento della spesa sanitaria corrente, determinate dal riparto delle risorse destinate al SSN. La variazione è proposta anche in relazione all'eliminazione dei residui passivi di bilancio e alla cancellazione dei residui passivi perenti a seguito dell'attività di riaccertamento straordinario dei residui svolta in attuazione dell'articolo 49, comma 2, lettera c), del decreto legge 66/ 2014.

Si ricorda che, in base a tale norma, è prevista la quantificazione per ciascun Ministero dell'ammontare delle somme iscritte nel conto dei residui da eliminare compatibilmente con gli obiettivi programmati di finanza pubblica. Con la legge di bilancio per gli anni 2015-2017 si provvede pertanto ad iscrivere su appositi fondi, su base pluriennale, le somme corrispondenti alla cancellazione dei suddetti importi da destinare ai medesimi enti in relazione ai residui eliminati. Per i residui passivi relativi a trasferimenti e/o compartecipazioni statutarie alle regioni, alle province autonome e agli altri enti territoriali, in particolare, le operazioni di cancellazione e reinscrizione dei residui vengono operate con il concorso degli stessi enti interessati.

Concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria (3.6)

Il **programma 3.6** presenta una variazione in diminuzione pari a circa 2.163 milioni di euro rispetto al dato assestato 2014 (8.820,5 milioni), attestandosi su un dato previsionale per il **2015** pari a **6.657,6 milioni**, che è previsto mantenersi a tale livello anche per gli anni 2016 e 2017.

Tra i capitoli più rilevanti si segnalano i seguenti.

Finanziamento del Fondo sanitario nazionale in relazione alle minori entrate dell'Irap

Per la parte corrente, incide interamente sulla diminuzione del programma il **cap. 2701**¹⁵ Finanziamento del Fondo sanitario nazionale in relazione alle minori entrate dell'Irap (esposto in Tab. C del ddl di stabilità), con un dato assestato per il **2014** pari a **2.560 milioni** di euro ed una previsione per il 2015, e per gli anni successivi, pari a zero.

La Tab. C del ddl stabilità prevede un incremento, per il **2015**, pari a **480 milioni di euro**.

Il capitolo, determinato annualmente nella Tabella C della legge di stabilità, provvede a compensare l'eventuale mancato gettito fiscale dell'IRAP (nella parte dedicata alla sanità), configurandosi come un meccanismo di salvaguardia¹⁶ in grado di non

¹⁵ Di cui al Decreto legislativo n. 446 del 1997: Imposta regionale sulle attività produttive: – Articolo 39, comma 3: Integrazione del Fondo sanitario nazionale per minori entrate IRAP (regolazione debitoria).

¹⁶ Ai sensi dell'art. 39, comma. 1, del D. Lgs. 446/1997, dell'art. 13 del D. Lgs. 56/2000, e dell'art. 1, comma 321, della legge 266/2005.

condizionare il livello del finanziamento sanitario all'andamento del ciclo economico e, in ultima analisi, all'andamento delle entrate fiscali.

Fondo sanitario nazionale

Il **cap. 2700 Fondo sanitario nazionale**, presenta una variazione in aumento pari a **456,1 milioni** di euro rispetto al dato assestato per il 2014 (6.047,4). Lo stanziamento previsionale del capitolo si attesta, per il **2015**, a **6.503,5 milioni** di euro. Tale somma è prevista incrementarsi a 6.546,8 milioni nel 2016 e 6.539,0 milioni nel 2017.

Una quota del cap. 2700 Fondo sanitario nazionale è destinata alla Regione siciliana, mentre il resto finanzia spese sanitarie vincolate a determinati obiettivi (fra cui quelli previsti dal Piano sanitario nazionale). Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono al finanziamento del SSN con risorse provenienti interamente dal proprio bilancio e senza alcun onere a carico dello Stato. Fa eccezione la Regione siciliana, sola regione tra le autonomie speciali, a non finanziarie completamente i servizi di assistenza sanitaria sul proprio territorio. Ai sensi della legge 296/2006, articolo 1 comma 830, infatti, la regione a decorrere dal 2009, partecipa alla spesa sanitaria nella misura del 49,11%. Per la restante parte essa riceve i finanziamenti dallo Stato al pari delle regioni a statuto ordinario. Per tale ragione, la regione Sicilia è esclusa dalla normativa concernente le regioni a statuto speciale¹⁷.

Ospedale pediatrico Bambino Gesù

Il **capitolo 2705** Somma da erogare all'ospedale pediatrico **Bambino Gesù** presenta una previsione assestata 2014 pari a **77,6 milioni**, che, con la variazione in **diminuzione di 34,2 milioni**, porta il dato previsionale per il **2015** ad uno stanziamento di **43,4 milioni** di euro. Per il biennio successivo le dotazioni si incrementano a 47,9 milioni per ciascun anno.

La legge di bilancio 2014 presenta una dotazione del capitolo 2705 per il 2014 pari a 47,6 mln euro. Nel corso dell'esame parlamentare, è stato proposto l'incremento di 30 mln di euro del capitolo, che ha portato le previsioni per il 2014 a 77,5 mln di euro. L'incremento è stato autorizzato dall'articolo 1, comma 247, dal disegno di legge di stabilità 2014, come modificato nel corso dell'esame parlamentare.

Policlinici universitari gestiti direttamente da Università non statali

Il **cap. 2707** Somma da assegnare ai Policlinici universitari gestiti direttamente da Università non statali a titolo di concorso statale al finanziamento delle attività

¹⁷ Esso prevede una quota da destinare alla Regione siciliana, la quota restante finanzia ulteriori spese sanitarie vincolate a obiettivi specifici.

strumentali necessarie al perseguimento dei fini istituzionali presenta una previsione assestata **2014** pari a **50 milioni** euro, che, con la variazione in diminuzione di 15 milioni, fa attestare il valore previsionale per ciascun anno del triennio 2015-2017 ad una cifra pari a **35 milioni** di euro.

La **legge di bilancio 2014** presentava, per il 2014, una dotazione per il pari a zero. Per il triennio 2014-2016 il capitolo si intendeva pertanto soppresso per cessazione dell'onere.

Nel corso dell'esame parlamentare, è stato proposto l'**incremento di 50 mln di euro**, che conseguentemente hanno portato le previsioni per il 2014 alla stessa cifra.

L'incremento è stato autorizzato dall'articolo 1, comma 246, del disegno di legge di stabilità 2014, come modificato nel corso dell'esame referente. La norma prevede il concorso statale alle attività strumentali dei policlinici universitari privati. La somma messa a disposizione è di 50 milioni di euro nel 2014 e di 35 milioni di euro annui per ciascuno degli anni dal 2015 al 2024. L'erogazione di tali somme è subordinata alla sottoscrizione di protocolli d'intesa tra Regioni e Università comprensivi della definitiva regolazione condivisa di eventuali contenziosi pregressi. Il riparto del predetto importo tra i Policlinici universitari gestiti direttamente da università non statali è stabilito con decreto del MEF, di concerto con il Ministro della salute.

Tessera sanitaria

Unico stanziamento di conto capitale del programma 3.6, il **cap. 7585** Fondo per la realizzazione del sistema tessera sanitaria: convenzione con l'Agenzia delle entrate e Sogei; contributi ai farmacisti e ai medici convenzionati, presenta una previsione assestata 2014 pari a 50,4 milioni di euro, che, con la variazione in diminuzione di circa 9,9 milioni, determina una dotazione previsionale per il **2015** pari a **40,5 milioni**. Per il biennio successivo le dotazioni sono previste incrementarsi a 42,6 milioni di euro per il 2016 e a 46,6 milioni per il 2017.

Missione 14 Infrastrutture pubbliche e logistica – Edilizia sanitaria

Nella **Missione 14 Infrastrutture pubbliche e logistica** il **programma 14.8 Opere pubbliche e infrastrutture**, che rappresenta l'intera missione, contiene le dotazioni per il **finanziamento dell'edilizia sanitaria**.

Il **capitolo 7464 Somma da erogare per interventi in materia di edilizia sanitaria pubblica**, rimodulabile, è esposto in tabella E di legge di stabilità. Il capitolo viene rifinanziato per il **2015** con una variazione in aumento di **610 milioni** di euro. Per gli anni 2016 e 2017 è previsto, rispettivamente, uno stanziamento di 1.010 milioni e 521.2 milioni di euro.

Di tali importi, 100 milioni per il 2015 e 500 milioni per il 2016 sono da riferire al rifinanziamento vigente disposto dalla Tab. E della stabilità per il 2014 (L.

147/2013) per gli interventi di edilizia sanitaria pubblica, mentre la restante quota di **510 milioni** per ciascuno degli anni **2015** e **2016** e **521,2** per il **2017** è da riferire al **riaccertamento straordinario dei residui** svolto in attuazione dell'art. 49, co. 2, lett. d) del DL. 66/2014 (L. 89/2014) (v. scheda Tab. E).

In sede di assestamento 2014 sono stati accertati, per tale anno, come da rendiconto al 31 dicembre 2013, residui pari a 1.224 milioni.

La Tabella E riportata nel ddl di stabilità (v. *infra*) reca **un rifinanziamento di 200 milioni per il 2015, 400 milioni per il 2016, e 1.200 milioni per il 2017** per l'attuazione del **programma decennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico** di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (finanziaria 1988) ivi compresi gli interventi finalizzati all'adeguamento della sicurezza di cui al D. Lgs. 19 settembre 1994, n. 626 - di attuazione di direttive comunitarie - riguardante il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro, successivamente sostituito dal D. Lgs. n. 81 del 2008.

PARTE III – TABELLE DEL DDL STABILITÀ (AC. 2679-Bis)

Tabella A – Fondo speciale di parte corrente

Per il **Ministero della salute**, l'**accantonamento di parte corrente** previsto nella Tabella A è pari a **8 milioni** per **ciascuno** degli anni **2015** e **2016** e **10 milioni** per il **2017**.

*La relazione che illustra la tabella evidenzia che in tali risorse sono comprese quelle destinate all'**emergenza biologica** a livello nazionale.*

Tabella B – Fondo speciale di conto capitale

Per il **Ministero della salute**, gli **accantonamenti di conto capitale** previsti ammontano a **8 milioni** per il **2015** e a **4 milioni** per **ciascuno** degli anni **2016** e **2017**.

La relazione non specifica a quali interventi tali risorse saranno destinate nel corso del triennio di programmazione, ma utilizza la generica espressione "interventi diversi".

Tabella C - Stanziamenti autorizzati per disposizioni di legge la cui quantificazione annua è demandata alla legge di stabilità

La **Tabella C**, reca la determinazione delle dotazioni finanziarie da iscrivere in bilancio delle leggi di spesa permanente, la cui quantificazione è rinviata alla legge di stabilità, ai sensi della nuova normativa contabile.

Si ricorda che l'articolo 11, comma 3, lett. *d*), della nuova legge di contabilità (legge n. 196/2009) prevede tra i contenuti propri della legge di stabilità, la determinazione, in apposita tabella, **degli stanziamenti annui** (per il triennio finanziario di riferimento) delle **leggi di spesa permanente**, con le relative aggregazioni per programma e per missione, la cui quantificazione è rinviata alla legge di stabilità, con **esclusione delle spese obbligatorie**.

Il contenuto della Tabella C rispetto alla precedente disciplina contabile contenuta nell'articolo 11, comma 3, lettera *d*), della legge n. 468 del 1978, è dunque **più limitato**, in quanto la nuova legge di contabilità ha escluso che essa possa contenere spese di carattere obbligatorio.

In base a quanto detto, per ogni singola autorizzazione legislativa ivi contenuta, la **Tabella C** ne determina lo **stanziamento al netto delle eventuali spese obbligatorie**. Le **restanti risorse autorizzate**, considerate **di natura obbligatoria**, vengono determinate dalla **legge di bilancio** ed **iscritte in un capitolo apposito**, diverso da quello esposto anche in Tab. C del ddl di stabilità.

(dati arrotondati in migliaia di euro)

	2014		2015			
	Tab. C Legge 147/2013 Spese non obbligatorie	Bilancio Legge 148/2013 Spese obbligatorie	Tab. C Legge 147/2013 Spese non obbligatorie	BLV Ddl A.C. 2680 Spese non obbligatorie	Tab. C Ddl A.C. 2679	Bilancio Ddl A.C. 2680 Spese obbligatorie
RELAZIONI FINANZIARIE CON LE AUTONOMIE TERRITORIALI						
<i>Concorso dello Stato al finanziamento della spesa sanitaria</i>						
MINISTERO ECONOMIA E FINANZE						
D.Lgs. 446/1997, art. 39, co. 3: Integrazione FSN per minori entrate IRAP (regolazioni debitorie) 2.4 cap. 2701)	2.560.000	-	-	-	480.000	-
RICERCA E INNOVAZIONE						
<i>Ricerca per il settore della sanità pubblica</i>						
MINISTERO DELLA SALUTE						
D.P.R. 613/1980: Contributo alla Croce Rossa Italiana (2.1 - cap. 3453)	283	-	262	-	-	-
D.Lgs. 502/1992, art. 12: Fondo da destinare ad atti- vità di ricerca e sperimentazione (2.1 - cap. 3392)	288.741	-	271.111	271.059	253.859	-
D.Lgs. 267/1993: Riordinamento Istituto Superiore di Sanità (2.1 - cap. 3443)	12.256	90.718 (cap. 3444)	12.008	9.401	9.401	90.307 (cap. 3444)
L. 549/1995, art. 1, co. 43: Contributi ad enti e altri organismi (2.1 - cap. 3412) ¹⁸	3.333	-	3.272	3.262	3.262	-
D.L. 17/2001, art. 2, co. 4: Agenzia servizi sanitari regionali (2.1 - cap. 3457)	550	2.848 (cap. 3456)	538	400	400	2.848 (cap. 3456)
TUTELA DELLA SALUTE						
<i>Sanità pubblica veterinaria, igiene e sicurezza degli alimenti</i>						

¹⁸ Il capitolo 3412 subisce una riduzione pari a 100mila euro per ciascun anno del triennio ai sensi dell'articolo 20, comma 1, del ddl stabilità.

	2014		2015			
	Tab. C Legge 147/2013 Spese non obbligatorie	Bilancio Legge 148/2013 Spese obbligatorie	Tab. C Legge 147/2013 Spese non obbligatorie	BLV Ddl A.C. 2680 Spese non obbligatorie	Tab. C Ddl A.C. 2679	Bilancio Ddl A.C. 2680 Spese obbligatorie
MINISTERO DELLA SALUTE						
L. 434/1998, art. 1, co. 2: Finanziamento interventi prevenzione del randagismo (1.2 - cap. 5340)	325	-	309	309	309	-
<i>Regolamentazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari ad uso umano</i>						
MINISTERO DELLA SALUTE						
D.L. 269/2003, art. 48, co. 9: Agenzia Italiana del Farmaco (1.4 - capp. 3458 e 7230)	1.913	23.678 (cap. 3461)	1.794	627	627	23.663 (cap. 3461)
DIRITTI SOCIALI, SOLIDARIETÀ SOCIALE E FAMIGLIA						
<i>Sostegno alla famiglia</i>						
MINISTERO ECONOMIA E FINANZE						
D.L. 223/2006, art. 19 comma 1: Fondo per le politiche della famiglia, per le pari opportunità e per le politiche giovanili, sostegno alla famiglia (17.3 - cap. 2102)	20.916	-	20.379	18.261	18.261	-
<i>Promozione e garanzia dei diritti e delle pari opportunità</i>						
MINISTERO ECONOMIA E FINANZE						
D.L. 223/2006, art. 19 comma 1: Fondo per le politiche della famiglia, per le pari opportunità e per le politiche giovanili (17.4 - cap. 2108/p)	14.403	-	11.127	9.971	9.971	-
DL n. 93 del 2013: - art. 10, co. 1: Politiche pari opportunità (17.4 - cap. 2108/p)	7.000	-	10.000	9.120	9.120	-
<i>Trasferimenti assistenziali a enti previdenziali, finanziamento nazionale della spesa sociale, ecc</i>						
MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI						
L. 328/2000: art. 20, co. 8:	317.013	-	14.499	12.993	12.993	-

	2014		2015			
	Tab. C Legge 147/2013 Spese non obbligatorie	Bilancio Legge 148/2013 Spese obbligatorie	Tab. C Legge 147/2013 Spese non obbligatorie	BLV Ddl A.C. 2680 Spese non obbligatorie	Tab. C Ddl A.C. 2679	Bilancio Ddl A.C. 2680 Spese obbligatorie
Fondo da ripartire per le politiche sociali (4.5 - cap. 3671)						
L. 285/1997, art. 1: Diritti e opportunità per l'infanzia e l'adolescenza (4.5 - cap. 3527)	30.688	-	28.709	28.709	28.709	-
GIOVANI E SPORT						
<i>Incentivazione e sostegno alla gioventù</i>						
MINISTERO ECONOMIA E FINANZE						
D.L. 223/2006, art. 19 comma 2: Fondo per le politiche giovanili (22.2 - cap. 2106)	16.772	-	6.430	5.761	5.761	

Le rimodulazioni che si registrano in Tab. C (**indicate in grassetto in tabella**) sono le seguenti:

- assegnazioni per **480 milioni** per il **2015** della quota di finanziamento del **Fondo sanitario nazionale** in relazione alle **minori da gettito IRAP** relativo alle regioni a statuto ordinario (*regolazioni debitorie*) (MEF, cap. 2701);
- **riduzione di 17,2 milioni nel 2015 e di 16,8 negli anni successivi** del Fondo per il finanziamento della ricerca sanitaria (Salute, cap. 3392), che determinerà uno stanziamento di **253,9 milioni** di euro nel 2015;

Tabella D - Variazioni da apportare al bilancio a legislazione vigente per riduzioni di autorizzazioni legislative di spesa di parte corrente

La Tabella D determina le **riduzioni** delle autorizzazioni legislative di spesa di **parte corrente**, aggregate per programma e missione, ai sensi dell'art. 11, comma 3, lett. f), della nuova legge di contabilità (legge n. 196 del 2009).

Lo stato di previsione del Ministero della salute subisce le seguenti riduzioni:

(in euro)

Ministero Salute	BLV 2015			RIDUZIONI		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
D.L. n. 81/2004, art. 1, co. 1, p. A, Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica (cap. 4393)	13.068.082	13.391.337	14.548.857	-2.283.751	-2.000.000	-2.000.000
D.L. n. 335/2000, art. 1,	12.093.939	12.205.238	12.205.238	-4.500.000	-4.000.000	-4.000.000

Ministero Salute	BLV 2015			RIDUZIONI		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Sorveglianza malattie infettive e diffuse (cap. 5391)						

Tabella E - Importi da iscrivere in bilancio in relazione alle autorizzazioni di spesa recate da leggi pluriennali

Legge n. 448/1998, articolo 50, comma 1, punto C – Edilizia sanitaria pubblica

MISSIONE: INFRASTRUTTURE PUBBLICHE E LOGISTICA Programma: Opere pubbliche e infrastrutture MINISTERO ECONOMIA E FINANZE (cap. 7464)				
(migliaia di euro)	2015	2016	2017	2018 e ss
BLV	100.000	500.000		
Rifinanziamento Tab. E	200.000	400.000	1.200.000	-
<i>Importi esposti in Tabella E</i>	<i>300.000</i>	<i>900.000</i>	<i>1.200.000</i>	-

La Tabella E reca un rifinanziamento di **200 milioni per il 2015, 400 milioni per il 2016, e 1.200 milioni per il 2017** per l'attuazione del **programma decennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico** di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (finanziaria 1988) ivi compresi gli interventi finalizzati all'adeguamento della sicurezza di cui al D. Lgs. 19 settembre 1994, n. 626 - di attuazione di direttive comunitarie - riguardante il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro, successivamente sostituito dal D. Lgs. n. 81 del 2008.

Si rileva che nel bilancio a legislazione vigente la dotazione del **cap. 7464/Economia** indica una previsione di spesa per il **2015** pari a **610 milioni** di euro, di **1.010 milioni** per il **2016** e di **521,2 milioni** per il **2017**.

Di tali importi, come sopra indicato, 100 milioni per il 2015 e 500 milioni per il 2016 sono da riferire al rifinanziamento vigente disposto dalla Tab. E della stabilità per il 2014 (L. 147/2013) per gli interventi di edilizia sanitaria pubblica, mentre la restante quota di **510 milioni** per ciascuno degli anni **2015 e 2016** e **521,2** per il **2017** è da riferire al **riaccertamento straordinario dei residui** svolto in attuazione dell'art. 49, co. 2, lett. d) del DL. 66/2014 (L. 89/2014).

Si ricorda che, in base a tale norma, è prevista la quantificazione per ciascun Ministero dell'ammontare delle somme iscritte nel conto dei residui da eliminare compatibilmente con gli obiettivi programmati di finanza pubblica. Con la legge di bilancio per gli anni 2015-2017 si provvede pertanto ad iscrivere su appositi fondi, su base pluriennale, le somme corrispondenti alla cancellazione dei suddetti importi da destinare ai medesimi enti in relazione ai residui eliminati. Per i residui passivi relativi a

trasferimenti e/o compartecipazioni statutarie alle regioni, alle province autonome e agli altri enti territoriali, in particolare, le operazioni di cancellazione e reiscrizione dei residui vengono operate con il concorso degli stessi enti interessati.

In sede di assestamento 2014 sono stati accertati, per tale anno, come da rendiconto al 31 dicembre 2013, residui pari a 1.224 milioni.

Il programma pluriennale di interventi di edilizia sanitaria pubblica

L'articolo 50, comma 1, lettera c) della legge n. 448/1998 rfinanzia il programma decennale di interventi in materia di **ristrutturazione edilizia** e di ammodernamento tecnologico del **patrimonio sanitario pubblico** di cui alla legge finanziaria 1988 (legge 67/1988). L'articolo 20 della finanziaria 1988 ha **originariamente** programmato per il piano pluriennale **30.000 miliardi di lire** (circa **15,5 miliardi di euro**). Tale importo è stato via via aumentato con le successive leggi finanziarie.

Da ultimo si ricorda il rifinanziamento di 200 milioni per il 2011 e 1.800 milioni per il 2012 ai sensi della legge finanziaria per il 2010, il definanziamento di 203,6 milioni per il 2012 previsto dalla legge di stabilità per il 2012 e, infine, il rifinanziamento di 100 milioni per il 2015 e 500 milioni per il 2016 di cui alla legge di stabilità 2014.

Dal punto di vista procedurale, il D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, modificando l'articolo 5-bis del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, ha successivamente disposto la possibilità, per il Ministro della salute, di stipulare, nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dall'art. 20 della legge 67/1988, accordi di programma con le regioni e con altri soggetti pubblici interessati, previo concerto con il Ministro dell'economia e finanze e d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, nei limiti delle disponibilità finanziarie iscritte nel bilancio dello Stato e nei bilanci regionali.

Al **finanziamento degli interventi** si provvede mediante **operazioni di mutuo** che le regioni e le province autonome sono autorizzate ad effettuare, nel limite del 95 per cento della spesa ammissibile risultante dal progetto, con la BEI, con la Cassa depositi e prestiti e con gli istituti e aziende di credito all'uopo abilitati, secondo modalità e procedure da stabilirsi con decreto ministeriale. I soggetti beneficiari del programma di investimenti sono le regioni e province autonome, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), i policlinici universitari, l'istituto superiore di sanità, gli ospedali classificati e gli istituti zooprofilattici sperimentali.

La seguente tabella evidenzia le risorse del **cap. 7464 Edilizia sanitaria pubblica** risultanti dagli stanziamenti di Tab. E delle leggi finanziarie/di stabilità, a partire dal 2010, a confronto con il dato di consuntivo rilevato dai rendiconti di bilancio fino al 2013 (ultimo dato disponibile), che tiene conto anche delle ulteriori risorse destinate a tali interventi con stanziamenti direttamente iscritti in bilancio:

(arrotondamenti in milioni di euro)

Cap. 7464	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Fin. 2010	2.120,3	795,8	1.800,0				
Consuntivo 2010	2.125,3						
Stab. 2011		226,0	521,3				
Consuntivo 2011		721,8					

Cap. 7464	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Stab. 2012			308,8	-	-		
Consuntivo 2012			1.181,2				
Stab. 2013				-	-		
Consuntivo 2013				56,8			
Stab. 2014						100,0	500,0

Il disegno di legge di stabilità 2015

**Articoli di competenza della XII Commissione
Affari sociali**

Articolo 13 **(Misure a favore della famiglia)**

L'articolo 13 prevede, per ogni figlio nato o adottato dal 1° gennaio 2015 fino al 31 dicembre 2017, un assegno di importo annuo di 960 euro erogato mensilmente a decorrere dal mese di nascita o adozione.

Tale assegno – che non concorre alla formazione del reddito complessivo ai sensi dell'articolo 8 del Testo unico delle imposte sui redditi¹⁹ - è corrisposto fino al compimento del terzo anno d'età ovvero del terzo anno di ingresso nel nucleo familiare a seguito dell'adozione per i figli di cittadini italiani o di uno Stato membro dell'Unione europea o di cittadini extracomunitari con permesso di soggiorno²⁰, residenti in Italia.

Per la corresponsione del beneficio economico si richiede tuttavia la condizione che i genitori abbiano conseguito, nell'anno solare precedente a quello di nascita del bambino beneficiario, un reddito complessivamente non superiore a 90.000 euro, determinato in base alle disposizioni dell'articolo 2, comma 9, del decreto-legge 13 marzo 1988, n. 69 (*Norme in materia previdenziale, per il miglioramento delle gestioni degli enti portuali ed altre disposizioni urgenti*), convertito, con modificazioni, dalla legge 13 maggio 1988, n. 153.

Ai sensi della citata disposizione – che prevede e disciplina le condizioni necessarie per la corresponsione dell'assegno per il nucleo familiare - il reddito del nucleo familiare è costituito dall'ammontare dei redditi complessivi, assoggettabili all'Irpef, conseguiti dai suoi componenti nell'anno solare precedente il 1° luglio di ciascun anno ed ha valore per la corresponsione dell'assegno fino al 30 giugno dell'anno successivo. Alla formazione del reddito concorrono altresì i redditi di qualsiasi natura, ivi compresi quelli esenti da imposte e quelli soggetti a ritenuta alla fonte a titolo di imposta o ad imposta sostitutiva se superiori a L. 2.000.000. Non si computano nel reddito i trattamenti di fine rapporto comunque denominati e le anticipazioni sui trattamenti stessi, nonché l'assegno previsto dal presente articolo. L'attestazione del reddito del nucleo familiare è resa con dichiarazione, la cui sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione, alla quale si applicano le disposizioni di cui all'articolo 26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15. L'ente al quale è resa la dichiarazione deve trasmetterne immediatamente copia al comune di residenza del dichiarante.

¹⁹ D.P.R. n. 917/1986. Il citato articolo 8 disciplina la determinazione del reddito complessivo.

²⁰ Si tratta del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo, di cui all'articolo 9 del D.Lgs. n. 286/1998, recante il *Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*.

Tale condizione non opera nel caso di nati o adottati di quinto o ulteriore per ordine di nascita o ingresso nel nucleo familiare.

L'assegno è corrisposto, a domanda, dall'INPS, che provvede alle relative attività con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente (**comma 1**).

Va ricordato che l'articolo 1, commi 331-334, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (finanziaria per il 2006) prevedeva la concessione di un assegno di 1.000 euro per ogni figlio nato ovvero adottato nell'anno 2005 (comma 331) e per ogni figlio nato nell'anno 2006, secondo o ulteriore per ordine di nascita, ovvero adottato (comma 332). Il beneficio veniva riservato esclusivamente ai cittadini italiani o comunitari residenti in Italia.

Gli assegni erano riscossi presso gli uffici postali di zona dall'esercente la potestà sui figli, purché residente, cittadino italiano ovvero comunitario ed appartenente ad un nucleo familiare (da individuarsi ai sensi dell'articolo 1 del D.M. 22 gennaio 1993 del Ministro della sanità) con un reddito complessivo non superiore ad euro 50.000 (comma 333). La legge n. 266 del 2005 ha autorizzato, per la corresponsione degli assegni, la spesa di 696 milioni di euro per l'anno 2006 (comma 334). Per l'attuazione della disciplina in esame, il Ministero dell'economia si avvaleva della Sogei s.p.a..

Successivamente la legge finanziaria per il 2007 (legge 296/2006, (art. 1, co.1287-1289) ha sancito l'indiretta attribuzione di un beneficio, prescrivendo la non ripetibilità dei benefici economici (1.000 euro nel 2006) erroneamente attribuiti a cittadini extracomunitari, previsti dalla legge finanziaria per il 2006, in favore dei genitori, in caso di nascita o di adozione di un bambino. Oltre a prevedere la non ripetibilità delle somme indebitamente percepite dai soggetti sprovvisti di cittadinanza italiana e comunitaria viene dichiarata l'inefficacia delle ordinanze-ingiunzioni emesse a norma dell'articolo 18 della legge 24 novembre 1981, n. 689 per la restituzione delle suddette somme, e stabilita l'estinzione dei procedimenti di opposizione eventualmente pendenti.

Sempre in tema di **bonus bebé**, ricollegandosi alle citate disposizioni della legge finanziaria per il 2006, l'articolo 7, comma 1 del decreto-legge n. 81 del 2 luglio 2007 (*Disposizioni urgenti in materia finanziaria*)²¹, ha stabilito un'integrazione di 40 milioni di euro per le spese connesse alla concessione dell'assegno per ogni figlio nato ovvero adottato nell'anno 2005 e per ogni figlio nato nell'anno 2006, secondo o ulteriore per ordine di nascita, ovvero adottato, di cui al già citato articolo 1, commi 331-334, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria per il 2006).

Viene poi rimessa ad un D.P.C.M. da emanare entro trenta giorni dall'entrata in vigore della legge, su proposta del Ministro del lavoro di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze, l'attuazione delle disposizioni citate (**comma 2**).

L'onere derivante dalle disposizioni sopra illustrate è valutato in **202 milioni di euro per il 2015, 607 milioni di euro per il 2016, 1.012 milioni di euro per l'anno 2017, 1.012 milioni di euro per l'anno 2018, 607 milioni di euro per l'anno 2019 e 202 milioni di euro per l'anno 2020 (comma 4)**.

²¹ Convertito in legge, con modificazioni dalla legge 3 agosto 2007, n. 127.

In proposito va osservato che la formulazione letterale del comma 4 fa riferimento all'“onere derivante dall'articolo in esame”, mentre ci si dovrebbe riferire, più correttamente, all'onere derivante dalle disposizioni di cui ai commi da 1 a 3. Il comma 6, infatti, concerne l'istituzione di un fondo nel Ministero dell'economia e delle finanze dedicato ad interventi a favore della famiglia.

La relazione tecnica evidenzia che i predetti oneri sono stati computati sulla base dell'importo unitario del beneficio pari a 960 euro annui (80 euro mensili a decorrere dal mese di nascita o di adozione), dalla durata (3 anni), dalle generazioni interessate (3 generazioni) e dal requisito reddituale di accesso che si stima sulla base del modello di microsimulazione del Dipartimento delle finanze comporti l'accesso effettivo al beneficio di circa 415.000 nuclei come nuovi beneficiari annui.

Pertanto dalla disposizione conseguono i seguenti maggiori oneri in termini di maggiori prestazioni sociali in denaro:

Maggiore spesa

(valori in mln di euro)

2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
202	607	1.012	1.012	607	202	0

All'INPS è rimesso il monitoraggio dei maggiori oneri derivanti dalle disposizioni in commento mediante l'invio di relazioni mensili al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e al Ministero dell'economia e delle finanze. Nel caso di scostamenti rispetto alle previsioni di spesa si provvede, con Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e con il Ministro della salute, a rideterminare l'importo annuo e il limite reddituale (**comma 3**).

Viene inoltre precisato (**comma 5**) che delle somme erogate ai sensi del presente articolo non si tiene conto anche ai fini della verifica dei limiti di reddito complessivo valido ai fini del riconoscimento di deduzioni, detrazioni o altri benefici per i quali è richiesto il possesso di requisiti reddituali - di cui all'articolo 13-*bis*, comma 1 del testo unico delle imposte sui redditi.

Si ricorda che ai sensi dell'articolo 1 del Tuir, il reddito complessivo è formato, per i residenti, da tutti i redditi posseduti e, per i non residenti, soltanto da quelli prodotti nel territorio dello Stato, al netto degli oneri deducibili. Sono in ogni caso esclusi dalla base imponibile i redditi esenti dall'imposta e quelli soggetti a ritenuta alla fonte a titolo di imposta o ad imposta sostitutiva; gli assegni periodici destinati al mantenimento dei figli spettanti al coniuge se risultanti da provvedimenti dell'autorità giudiziaria; gli assegni familiari e l'assegno per il nucleo familiare, nonché gli emolumenti per carichi di famiglia; la maggiorazione sociale dei trattamenti pensionistici (v. anche scheda art. 4).

Infine (**comma 6**) nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, è istituito un Fondo con **la dotazione di 298 milioni, per l'anno 2015**, da destinare ad **interventi a favore della famiglia**. Viene rimesso ad un

D.P.C.M., da emanare su proposta del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, la definizione della destinazione del fondo, dei criteri di riparto, degli obiettivi e delle disposizioni attuative.

Articolo 14 **(Contrasto alla ludopatia)**

L'**articolo 14** destina annualmente, a decorrere dall'anno 2015, nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (cfr. art. 39, comma 2) una quota pari a 50 milioni di euro per la cura delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo.

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

Come evidenziato anche dalla relazione tecnica la disposizione, in tali termini, non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, in quanto si limita ad individuare una specifica finalizzazione degli importi destinati alle regioni per l'erogazione delle prestazioni sanitarie. Sul finanziamento della quota indistinta del Servizio sanitario nazionale cfr. *infra*, art. 39, comma 2

La verifica della effettiva destinazione delle risorse e delle relative attività assistenziali costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale (Cfr. art. 39, comma 14), ed è effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005.

Va ricordato che sono all'esame della XII Commissione Affari sociali, in sede referente, alcune proposte di legge (A.C. [101](#) ed abb.) in materia di gioco d'azzardo finalizzate essenzialmente alla **prevenzione cura e riabilitazione dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico e dei loro familiari** e, più in generale, alla protezione dei minori e dei soggetti vulnerabili. Oltre alla definizione dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico (GAP) ed alla individuazione dei servizi preposti all'attività di prevenzione della patologia nei servizi per le dipendenze istituiti dalle regioni, viene prevista l'utilizzazione del sistema "tessera sanitaria" al fine di registrare i dati anagrafici dei giocatori, anche per consentire a questi ultimi di autoescludersi dal gioco, e ne viene contemplata la trasmissione al Ministero della salute. Sono poi previste norme sull'etichettatura dei tagliandi delle lotterie istantanee, viene posto e sanzionato il divieto della propaganda pubblicitaria del gioco d'azzardo e sono stabiliti una serie di obblighi relativi ai luoghi in cui si esercita il gioco d'azzardo. Infine è istituito il Fondo per la prevenzione, la cura e la riabilitazione del gioco d'azzardo patologico e il Fondo per le famiglie dei soggetti affetti da GAP.

Articolo 17, comma 6 (Carta acquisti ordinaria)

Il comma 6, incrementa il Fondo per la Carta acquisti ordinaria di 250 milioni di euro a decorrere dall'anno 2015.

La **Carta acquisti ordinaria** è stata istituita dall'articolo 81, comma 29, del decreto-legge n. 112/2008²² che ha contemporaneamente disposto la creazione di un **Fondo speciale destinato al soddisfacimento delle esigenze prioritariamente di natura alimentare e successivamente anche energetiche e sanitarie dei cittadini meno abbienti**. La Carta viene concessa ai cittadini nella fascia di bisogno assoluto, di età uguale o superiore ai 65 anni o con bambini di età inferiore ai tre anni e si configura come un trasferimento monetario pari a 40 euro mensili; viene caricata ogni due mesi con 80 euro, sulla base degli stanziamenti disponibili. Attualmente beneficiano della misura, corrisposta come integrazione al reddito, circa 430 mila persone, per due terzi anziani. La legge di stabilità 2014 (legge 147/2013) ha esteso il beneficio anche ai cittadini degli altri Stati dell'Ue e ai cittadini esteri titolari del permesso di soggiorno Ue per soggiornanti di lungo periodo.

L'articolo 60 del **decreto-legge 5/2012** ha configurato una **nuova carta acquisti**, la **Carta per l'inclusione**, prevedendone una **sperimentazione**, di durata **non superiore ai dodici mesi nei comuni con più di 250.000 abitanti**²³. La sperimentazione si colloca nel processo di definizione di una **misura di contrasto alla povertà assoluta** quale livello essenziale da riconoscere sull'intero territorio nazionale e riprende l'orientamento strategico della [Raccomandazione della Commissione Europea sull'inclusione attiva \(2008/867/EC\)](#), che prevede, accanto al sostegno al reddito, mercati del lavoro inclusivi e accesso a servizi sociali di qualità.

Il decreto-legge 5/2012 ha destinato alla fase di sperimentazione della Carta per l'inclusione un ammontare di risorse con un limite massimo di **50 milioni di euro** e ha ampliato immediatamente la **platea dei beneficiari** anche ai **cittadini degli altri Stati dell'Ue** e ai **cittadini esteri titolari del permesso di soggiorno Ue per soggiornanti di lungo periodo**. Le **modalità attuative**, sono state indicate dal [decreto 10 gennaio 2013](#) che fra l'altro **stabilisce i nuovi criteri di identificazione dei beneficiari**, che sono individuati per il tramite dei Comuni, e l'ammontare della disponibilità sulle singole carte, calcolato in funzione della numerosità del nucleo familiare. La Carta per l'inclusione - il cui importo varia da un minimo di 231 a un massimo di 404 euro mensili - è rivolta esclusivamente ai nuclei familiari con minori e con un forte disagio lavorativo. Il nucleo familiare beneficiario dell'intervento stipula un patto di inclusione con i servizi sociali degli enti locali di riferimento, il cui rispetto è condizione per la fruizione del beneficio. I servizi

²² Decreto-Legge 25 giugno 2008, n. 112, *Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione Tributaria*, convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2008, n. 133.

²³ Ministero del lavoro e delle politiche sociali, [Primi dati sulla sperimentazione del sostegno per l'inclusione attiva \(SIA\) nei grandi comuni](#), Quaderni della ricerca sociale flash 29, settembre 2014.

sociali si impegnano a favorire, con servizi di accompagnamento, il processo di inclusione lavorativa e di attivazione sociale di tutti i membri del nucleo.

L'articolo 3 del **decreto-legge 76/2013** ha esteso la **sperimentazione** della **Carta per l'inclusione**, già prevista per le città di Napoli, Bari, Palermo e Catania, ai **restanti territori delle regioni del Mezzogiorno**, nel limite di **140 milioni per il 2014 e di 27 milioni per il 2015**. Tali risorse sono state stanziare a valere sulla riprogrammazione delle risorse del Fondo di rotazione per l'attuazione delle politiche comunitarie, già destinate ai Programmi operativi 2007-2013 (cioè della quota di cofinanziamento nazionale dei fondi strutturali), nonché mediante la rimodulazione delle risorse del medesimo Fondo di rotazione già destinate agli interventi del Piano di Azione Coesione. L'estensione della sperimentazione della Nuova *social card* (anche definita **Sostegno per l'inclusione attiva-SIA**) sarà realizzata nelle forme e secondo le modalità stabilite dal **decreto interministeriale 10 gennaio 2013**.

In ultimo, l'**articolo 1, comma 216**, della **legge di stabilità 2014** (legge 147/2013) ha previsto uno **stanziamento per il 2014 pari a 250 milioni di euro, stabilendo**, in **presenza di risorse disponibili in relazione all'effettivo numero dei beneficiari della carta acquisti ordinaria**, che venga determinata con decreto Ministero del lavoro e delle politiche sociali - MEF:

- la **quota del Fondo da riservare all'estensione su tutto il territorio nazionale**, non già coperto, **della Carta acquisti sperimentale**, di cui all'articolo 60 del decreto-legge 5/2012;
- le **modalità di prosecuzione del programma carta acquisti ordinaria**, in funzione dell'evolversi delle sperimentazioni in corso;
- il **riparto delle risorse ai territori coinvolti nella estensione della sperimentazione**.

La stabilità 2014 ha inoltre stanziato **40 milioni all'anno per ciascuno degli anni del triennio 2014-2016**, da utilizzare per raggiungere un ammontare di risorse sufficiente per estendere la Sperimentazione della Carta per l'inclusione a tutto il territorio nazionale.

Articolo 17, comma 7 (Fondo nazionale politiche sociali)

Il comma 7 incrementa lo stanziamento del Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS) di 300 milioni di euro a decorrere dal 2015.

Il Fondo, istituito nel 1998 dall'articolo 59, comma 44, della legge 449/1997²⁴, è stato definito e rafforzato dalla legge 328/2000²⁵ che ha fra l'altro stabilito che le risorse annualmente attribuite al Fondo devono essere ripartite - con decreto del Ministro competente per le politiche sociali, sentiti i ministri interessati e d'intesa con la Conferenza Unificata Stato-regioni - tra le regioni, i comuni e il Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Il FNPS, le cui risorse sono esposte in Tabella C della legge di stabilità, è istituito nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (capitolo 3671).

La legge di stabilità 2014 (legge 147/2013) ha previsto, per il **2014**, una dotazione del FNPS pari a **317 milioni di euro**.

In seguito, il [Decreto 21 febbraio 2014 Ripartizione delle risorse finanziarie afferenti al Fondo nazionale per le politiche sociali, per l'anno 2014](#) ha rideterminato le risorse in **297.417.713,00 euro**, di cui:

- 258.258.541,20 euro destinate alle regioni;
- 4.359.458,80 alle province autonome;
- 34.799.713,00 attribuite al Ministero del lavoro e delle politiche per gli interventi a carico del Ministero e la copertura degli oneri di funzionamento finalizzati al raggiungimento degli obiettivi istituzionali.

Il decreto di riparto impegna le regioni a utilizzare le risorse loro destinate per aree di utenza e macro-obiettivi di servizio così definiti:

6. servizi per l'accesso e la presa in carico dalla rete assistenziale;
7. servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio;
8. servizi a carattere comunitario per la prima infanzia;
9. servizi a carattere residenziale per le fragilità;
10. misure di inclusione sociale e di sostegno al reddito. La programmazione di questo macro-obiettivo tiene conto dell'evoluzione della sperimentazione della Carta acquisti intesa come sostegno per l'inclusione attiva, di cui all'art. 1, comma 216, della legge di stabilità 2014 (legge 147/2013).

Si ricorda che, il 20 febbraio 2014, in occasione dell'espressione delle Intese sul Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e il Fondo Nazionale per le non autosufficienze, la Conferenza delle Regioni ha approvato l'[Intesa Quadro per le Politiche Sociali](#).

Nelle more della definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, il secondo periodo del comma 7 individua, all'interno dello stanziamento di 300

²⁴ Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica.

²⁵ Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

milioni di euro, una **quota - fino** ad un importo massimo di **100 milioni di euro** - destinata al **rilancio di un piano di sviluppo del sistema territoriale dei servizi socio-educativi per la prima infanzia**, per il raggiungimento di determinati obiettivi di servizio. Tale **quota viene individuata** in sede di riparto, **mediante Intesa in sede di Conferenza unificata**.

Va osservato che la formulazione letterale della disposizione prevede che la quota destinata al rilancio dei servizi socio-educativi per la prima infanzia sia individuata "nell'ambito delle risorse del Fondo, nella dotazione di cui al cui al comma 9". Tale inciso non appare coerente, in quanto il comma 9 dell'articolo in esame reca l'autorizzazione di spesa per il sostegno alle scuole paritarie – nelle quali non rientra il sistema dei servizi socio-educativi - e anche perché la quota di 100 milioni viene contestualmente imputata a due diverse autorizzazioni di spesa (Fondo nazionale per le politiche sociali e sostegno alle scuole paritarie).

Servizi socio educativi per la prima infanzia – Risorse impegnate

Il **Piano straordinario di interventi per lo sviluppo del sistema territoriale dei servizi socio-educativi**, ha previsto un piano di finanziamenti, nel triennio 2007-2009, per conseguire entro il 2010 l'**obiettivo comune europeo della copertura territoriale del 33 per cento per la fornitura di servizi per l'infanzia** (bambini al di sotto dei tre anni), come fissato dall'Agenda di Lisbona. Il Piano, varato con la finanziaria 2007, ha previsto un finanziamento statale pari a 446 milioni di euro per l'incremento dei posti disponibili nei servizi per i bambini da zero a tre anni, a cui si sono aggiunti circa 281 milioni di cofinanziamento locale, per un totale di 727 milioni di euro stanziati. L'attuazione del Piano è sottoposta a un **monitoraggio semestrale** a cura del Dipartimento per le politiche della famiglia e del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, che, attraverso il **Centro nazionale di documentazione ed analisi per l'infanzia e l'adolescenza** e l'**Istat** predispongono rapporti e statistiche in materia.

Il **2 febbraio 2012** è stata sottoscritta un'**Intesa in sede di Conferenza unificata** sull'utilizzo di risorse da destinare al finanziamento di azioni per le politiche a favore della famiglia. I fondi, pari a **25 milioni di euro**, spostati da precedenti capitoli di competenza statale del Fondo per le politiche familiari sono stati resi disponibili sui capitoli di pertinenza regionale e degli enti locali e messi a disposizione per garantire la **continuità degli obiettivi di servizio relativi a: diffusione servizi per l'infanzia** e presa in carico degli utenti dei servizi per l'infanzia (bambini 0-3 anni) e incremento della percentuale degli **anziani beneficiari dell'assistenza domiciliare integrata (ADI)** dall'1,6 per cento al 3,5 per cento. Le regioni concorrono al finanziamento per quanto nelle loro disponibilità. Ai sensi dell'articolo 4 dell'Intesa, l'utilizzo delle risorse è monitorato da un Gruppo paritetico composto da rappresentanti del Dipartimento per le politiche della famiglia, MEF, regioni e PA, ANCI e UPI.

Il 19 aprile 2012 è stata sancita, in sede di Conferenza unificata, una Intesa sull'utilizzo di **risorse da destinarsi al finanziamento di servizi socio educativi per la prima infanzia e azioni in favore degli anziani e della famiglia** che ha stabilito i criteri di ripartizione delle risorse disponibili a valere sui capitoli di pertinenza *Politiche della famiglia* del bilancio di previsione della Presidenza del Consiglio dei Ministri, per complessivi **45 milioni di euro**, da destinarsi al **finanziamento di servizi**

socio educativi per la prima infanzia e ad azioni in favore degli anziani e della famiglia. L'Intesa stabilisce le modalità di attuazione, i tempi di realizzazione degli interventi e il monitoraggio. Le Regioni concorrono ai finanziamenti secondo le rispettive disponibilità. Le risorse sono ripartite previa sottoscrizione con ogni Regione di un accordo della durata di 24 mesi con l'indicazione dei servizi socio educativi e le azioni da finanziare in favore degli anziani e della famiglia, individuate dalle Regioni in accordo con le Autonomie Locali.

Come rilevato dall'[Istat](#), esistono **forti differenze territoriali** nella **diffusione dei servizi per l'infanzia**: i bambini che usufruiscono di asili nido comunali o finanziati dai comuni variano dal 3,6% dei residenti fra 0 e 2 anni al Sud al 17,5% al Centro. La percentuale dei Comuni che garantiscono la presenza del servizio varia dal 22,5% al Sud all'76,3% al Nord-est.

In tale contesto, si è ritenuto che la politica regionale di sviluppo, a cui fa riferimento il Quadro Strategico Nazionale (QSN), previsto formalmente dall'art. 27 del Regolamento Generale sui Fondi strutturali europei, potesse dare un forte contributo alla riduzione della persistente sottoutilizzazione di risorse del Mezzogiorno. La riallocazione delle risorse si è fra l'altro concentrata sulla cura dell'infanzia (400 milioni) e degli anziani non autosufficienti (330 milioni). L'intervento intende ampliare l'offerta della rete dei servizi e degli interventi sociali nel sud del paese, migliorando al contempo la qualità di quelli già presenti. Il programma è stato costruito sulla base di metodi, requisiti e filiere di attuazione (con un ruolo centrale degli enti locali, nonché del privato sociale e del privato) già sperimentati ed è coerente con gli indirizzi nazionali nei campi sanitario e sociale. Il **programma nazionale [Servizi di cura all'infanzia e agli anziani non autosufficienti](#)** si colloca **nell'ambito del Piano d'azione Coesione (PAC)**. Ha una durata triennale, dal 2013 al 2015. La sua attuazione è stata affidata al ministero dell'Interno, individuato quale autorità di gestione responsabile. Le risorse stanziare sono destinate alle 4 regioni ricomprese nell'obiettivo europeo "Convergenza": Calabria, Campania, Puglia, Sicilia.

Sono stati già operati due riparti delle risorse disponibili, di cui l'[ultimo](#) è dell'8 ottobre 2014.

Per quanto riguarda la destinazione vincolata di 100 milioni di euro, si ricorda che la Corte costituzionale con la [sentenza 423/2004](#) ha in sostanza sottolineato come **non siano consentiti finanziamenti a destinazione vincolata in materie di competenza regionale concorrente ovvero residuale**, in quanto ciò si risolverebbe in uno strumento indiretto, ma pervasivo, di ingerenza dello Stato nell'esercizio delle funzioni delle Regioni e degli enti locali, nonché di sovrapposizione di politiche e di indirizzi governati centralmente a quelli legittimamente decisi dalle Regioni negli ambiti materiali di propria competenza.

Articolo 17, comma 8 **(Fondo per le non autosufficienze)**

Il comma 8 incrementa la dotazione del Fondo per le non autosufficienze di 250 milioni di euro a decorrere dal 2015. Lo stanziamento del Fondo è rivolto anche agli interventi a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

Il Fondo per le non autosufficienze è stato istituito dall'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007) per dare copertura ai costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria, con l'intento di fornire sostegno a persone con gravissima disabilità e ad anziani non autosufficienti, e favorirne la permanenza presso il proprio domicilio evitando il rischio di istituzionalizzazione. Le risorse sono aggiuntive rispetto a quelle destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle Regioni e delle autonomie locali. Le risorse del Fondo per le non autosufficienze, determinate annualmente in sede di legge di stabilità, sono ripartite annualmente con decreto dopo una procedura di concertazione Stato-regioni.

Per il 2014, la legge di stabilità per il 2014 ([legge 147/2013](#)), commi 199-200, ha confermato un finanziamento di **275 milioni di euro** per gli interventi di pertinenza del Fondo per le non autosufficienze, inclusi quelli a sostegno delle persone affette da SLA e di **ulteriori 75 milioni di euro**, sempre per il 2014, come aggiunta alle risorse ordinariamente previste dal Fondo, da finalizzare per interventi di assistenza domiciliare per le persone affette da disabilità gravissime, incluse quelle affette da SLA²⁶.

Il [Decreto interministeriale di riparto per il 2014](#), del 7 maggio 2014, ha assegnato alle regioni e alle province autonome una quota di 340 milioni, ripartita per il 60% in base alla popolazione residente di età uguale o superiore a 75 anni e per il restante 40% sulla base dei criteri utilizzati per il riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali. Il riparto rispetta il vincolo di destinazione indicato dalla legge di stabilità 2014: 75 milioni destinati esclusivamente ai disabili gravissimi, ai quali andrà anche una quota minima del 40% dei restanti 275 milioni²⁷.

²⁶ In assenza di una definizione normativa univoca l'articolo 3 del Decreto di riparto del 7 maggio 2014 ha stabilito: "Per persone in condizione di disabilità gravissima si intendono le persone in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore (es.: gravi patologie cronico degenerative non reversibili, ivi inclusa la sclerosi laterale amiotrofica, gravissime disabilità psichiche multi patologiche, gravi cerebro lesioni, stati vegetativi, etc.)".

²⁷ La quota minima era stata inizialmente individuata nel 30%. L'[Accordo del 5 agosto 2014](#) in Conferenza unificata, ha poi portato la percentuale al 40%.

Articolo 17, comma 17
(Indennizzi per soggetti danneggiati da emotrasfusioni)

Il **comma 17** prevede l'attribuzione alle Regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano di un **contributo di 100 milioni di euro per l'anno 2015**, di **346 milioni di Euro per l'anno 2016** e di **289 milioni di Euro per l'anno 2017** relativo:

- **agli oneri finanziari derivati dalla corresponsione** – ad opera delle medesime Regioni e province - **degli indennizzi in favore di determinati soggetti danneggiati in ambito sanitario** (in ragione, tra le altre ipotesi, di alcune fattispecie di vaccinazione, di trasfusione o somministrazione di sangue o di suoi derivati, ovvero di contagio da persone rientranti nelle suddette fattispecie)²⁸;
- **agli oneri finanziari derivanti dal pagamento degli arretrati della rivalutazione dell'indennità integrativa speciale** di cui al citato indennizzo fino al 31 dicembre 2011.

Il primo intervento del legislatore in tema di indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicità di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati, è rappresentato dalla legge 25 febbraio 1992, n. 210. L'articolo 1 della legge n. 210/1992 citata, infatti, ha riconosciuto l'indennizzo oltre che ai danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, anche:

- ai soggetti che risultino contagiati da infezioni da HIV a seguito di somministrazione di sangue e suoi derivati, nonché agli operatori sanitari che, in occasione e durante il servizio, abbiano riportato danni permanenti alla integrità psico-fisica conseguenti a infezione contratta a seguito di contatto con sangue e suoi derivati provenienti da soggetti affetti da infezione da HIV;
- a coloro che presentino danni irreversibili da epatiti post-trasfusionali;
- alle persone non vaccinate che abbiano riportato, a seguito ed in conseguenza di contatto con persona vaccinata, danni;
- alle persone che, per motivi di lavoro o per incarico del loro ufficio o per potere accedere ad uno Stato estero, si siano sottoposte a vaccinazioni che, pur non essendo obbligatorie, risultino necessarie;
- ai soggetti a rischio operanti nelle strutture sanitarie ospedaliere che si siano sottoposti a vaccinazioni anche non obbligatorie.

L'**articolo 2** della legge citata prevede che l'indennizzo consista in un assegno, reversibile per quindici anni, cumulabile con ogni altro emolumento a qualsiasi titolo

²⁸ Ai sensi del D.P.C.M. 26 maggio 2000 (Individuazione delle risorse umane, finanziarie, strumentali ed organizzative da trasferire alle regioni in materia di salute umana e sanità veterinaria ai sensi del titolo IV, capo I, del D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 112.) e della legge 210/1992 (Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicità di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati) per il periodo compreso tra il 1° gennaio 2012 e il 31 dicembre 2014.

percepito e rivalutato annualmente sulla base del tasso di inflazione programmato. Esso è integrato da una somma corrispondente **all'importo dell'indennità integrativa speciale** di cui alla legge 27 maggio 1959, n. 324 , e successive modificazioni.

La rivalutazione su base annua, secondo il tasso d'inflazione programmato, dell'assegno disciplinato dall'art. 2, comma 1, della legge n. 210 del 1992, non era prevista dal testo iniziale di detta disposizione. Essa fu introdotta con l'art. 1, comma 1, della legge n. 238 del 1997. Nulla, invece, fu disposto al riguardo per la seconda componente dell'indennizzo, cioè per la somma corrispondente all'importo dell'indennità integrativa speciale, ancorché questa avesse per l'appunto funzione integrativa dell'indennizzo medesimo. In proposito, nel corso degli anni, si è registrato un orientamento giurisprudenziale oscillante, e un intervento legislativo (art. 11, comma 13, D.L. 78/2010) diretto ad escludere la rivalutazione poi dichiarato incostituzionale dalla sentenza n. 293/2011.

Infine, la Corte europea dei diritti dell'uomo con la Sentenza 3 settembre 2013 ([Requête n. 5376/11](#)), a cui si rinvia anche per la ricostruzione dettagliata e articolata della vicenda interna, ha disposto, a carico dello Stato italiano, l'obbligo di liquidazione ai titolari dell'indennizzo di cui alla legge n. 210/1992 degli importi maturati a titolo di rivalutazione dell'indennità integrativa speciale.

A seguito di tale pronuncia, l'articolo 1, comma 223 della legge 147/2013 (*legge di stabilità per il 2014*) ha disposto l'incremento di 50 milioni di euro per ciascuno degli anni 2014 e 2015 dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 2, della legge 25 febbraio 1992, n. 210.

Il citato contributo è ripartito tra le regioni e province autonome interessate con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute, da adottare, sentita la Conferenza Stato-regioni, entro 60 giorni dall'entrata in vigore della legge, in proporzione del fabbisogno derivante dal numero di indennizzi corrisposti dalle regioni e province autonome, come comunicati dalla Conferenza delle Regioni e delle province entro il 31 gennaio 2015 previo riscontro del Ministero della salute.

Articolo 17, comma 18
(Autorizzazione di spesa per riforma terzo settore)

Il **comma 18** reca una **autorizzazione triennale di spesa** per il finanziamento della **riforma del terzo settore**, dell'**impresa sociale** e per la **disciplina del Servizio civile universale**. A tal fine è previsto lo stanziamento di:

- 50 milioni di euro per il 2015;
- 140 milioni di euro per il 2016;
- 190 milioni di euro a decorrere dal 2017, quando lo stanziamento dovrebbe essere autorizzato a regime.

Si ricorda che è all'esame, in sede referente presso la Commissione XII (Affari sociali) della Camera, il disegno di legge [A.C. 2617](#) "Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del Servizio civile universale" d'iniziativa del Governo, abbinato all'[A.C. 2071](#) Maestri e all'[A.C. 2095](#) Bobba. L'esame è iniziato il 1° ottobre 2014.

Per quanto riguarda le risorse finanziarie, l'articolo 7 del disegno di legge delega istituisce un fondo rotativo di 50 milioni di euro destinato a finanziare a condizioni agevolate gli investimenti in beni strumentali materiali e immateriali delle imprese sociali. Allo stanziamento, per l'anno 2015, si provvede:

- per 20 milioni di euro, mediante corrispondente riduzione del Fondo per interventi strutturali di politica economica;
- per 20 milioni di euro, mediante corrispondente utilizzo del Fondo speciale di conto capitale dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze (Tabella B della legge di stabilità 2014);
- per 10 milioni di euro, mediante corrispondente riduzione della dotazione del Fondo per la crescita sostenibile.

L'articolo 7 della delega prevede inoltre che nell'ambito della legge di stabilità 2015, potranno essere individuate risorse finanziarie ulteriori, per garantire la stabilizzazione e il rafforzamento delle misure previste dal disegno di legge delega in esame in materia di:

1. riforma strutturale dell'istituto della destinazione del cinque per mille dell'imposta sul reddito delle persone fisiche in base alle scelte espresse dai contribuenti in favore degli enti privati del Terzo settore, determinazione del relativo limite di spesa in coerenza con le risorse disponibili, razionalizzazione dei soggetti beneficiari e dei requisiti per l'accesso al beneficio nonché semplificazione e accelerazione delle procedure per il calcolo e l'erogazione dei contributi spettanti agli enti;
2. previsione di un fondo rotativo per le imprese sociali;
3. servizio civile universale.

Articolo 26, comma 12 **(Modifica ISEE)**

Il **comma 12** interviene sulla disciplina degli **obblighi di comunicazione** all'Anagrafe tributaria **posti in capo agli operatori finanziari**, prevedendo **l'integrazione delle informazioni** che vengono utilizzate ai fini della compilazione della dichiarazione sostitutiva unica per la determinazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), con il **dato del valore medio di giacenza annuo di depositi e conti correnti bancari e postali**.

Più in dettaglio, la disposizione integra con questo dato la seconda parte del comma 4, art. 11, del D.L. 201/2011 (L. 214/2011) relativa alle informazioni che devono essere contenute nelle comunicazioni degli operatori finanziari all'Anagrafe tributaria, anche al fine di semplificare gli adempimenti dei cittadini per la compilazione della dichiarazione ISEE da perfezionare in base alle disposizioni dell'art. 4 del D.Lgs. n. 109/1988.

Si segnala che tale novella è stata richiesta dalla commissioni parlamentari competenti in sede di parere sullo schema di regolamento che ha disciplinato le nuove modalità di calcolo dell'indicatore di reddito ISEE (D.P.C.M. 159/2013), considerato che il valore della consistenza media annua di depositi e conti correnti bancari e postali non è di facile reperimento da parte del cittadino che, in questo modo, verrebbe sollevato dall'onere di farne richiesta all'intermediario bancario per assolvere ai suoi obblighi di compilazione della richiamata dichiarazione sostitutiva.

L'ISEE è l'indicatore, in vigore dal 1998, che serve per valutare e confrontare la situazione economica dei nuclei familiari per regolare l'accesso alle prestazioni (in moneta e in servizi) sociali e sociosanitarie erogate dai diversi livelli di governo. In generale, l'ISEE viene utilizzato ai fini dell'applicazione di tariffe differenziate in relazione alla condizione economica oppure per la fissazione di soglie oltre le quali non è ammesso l'accesso alla prestazione. La situazione economica è valutata tenendo conto del reddito di tutti i componenti, del loro patrimonio (valorizzato al 20%) e, attraverso una scala di equivalenza, della composizione del nucleo familiare (numero dei componenti e loro caratteristiche). Per ulteriori approfondimenti si veda [La riforma dell'ISEE](#), documento informativo a cura del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

Sotto il profilo della formulazione del testo, si segnala che la norma modificata reca il riferimento all'art. 4 del D.Lgs. n. 109/1988, ora abrogato, che andrebbe sostituito con il riferimento al D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159, recante Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), che lo ha sostituito.

L'articolo 5 del decreto-legge n. 201 del 2011 che ha disposto la riforma dell'Isee ha previsto, infatti, che a far data dai trenta giorni dall'entrata in vigore delle disposizioni di

approvazione del nuovo modello di dichiarazione sostitutiva unica concernente le informazioni necessarie per la determinazione dell'ISEE, sono abrogati il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221.

Articolo 28, comma 13 **(Visite medico-legali delle Università e delle AFAM)**

Il **comma 13** dispone una riduzione delle spese per accertamenti medico-legali che sono sostenute da Università e dalle Istituzioni di Alta formazione artistica e musicale (AFAM) per 700.000 euro a decorrere dal 2015.

L'autorizzazione di spesa che subisce la decurtazione è quella (complessiva per gli oneri che le pubbliche amministrazioni devono sostenere per accertamenti medico-legali del personale assente per malattia) di cui all'art. 17, co. 5, del D.L. 98/2011 (L. 111/2011), introdotto per ottemperare alla sentenza della [Corte costituzionale n. 207 del 10 giugno 2010](#). Tale sentenza, infatti, ha sancito che gli oneri dei predetti accertamenti medico-legali non devono rimanere a carico delle ASL ma sono sostenuti dalle Amministrazioni interessate (v. *box*).

Più in dettaglio, l'art. 17, comma 5, del D.L. 98/2011 prevede il **trasferimento annuale da parte del MEF**, per il 2011 e 2012, di una quota delle **disponibilità del SSN** (non utilizzata già in sede di riparto in relazione agli effetti della predetta sentenza n. 207/2010), nel **limite di 70 milioni di euro** annui, per essere iscritta, rispettivamente, tra gli stanziamenti di spesa aventi carattere obbligatorio in relazione agli **oneri di pertinenza dei Ministeri**, ovvero su appositi fondi da destinare per la copertura dei medesimi accertamenti medico-legali sostenuti dalle Amministrazioni diverse da quelle statali. A decorrere dal 2013, il medesimo art. 17 comma 5 ha invece previsto che con la legge di bilancio è stabilita la dotazione annua (comunque complessivamente non superiore a 70 milioni di euro) degli stanziamenti destinati alla copertura degli accertamenti medico-legali sostenuti dalle amministrazioni pubbliche. Di conseguenza ha previsto che il livello del finanziamento del SSN a cui concorre lo Stato, è rideterminato, a decorrere dal medesimo esercizio 2013, in riduzione di 70 milioni di euro²⁹.

Da ultimo la legge di stabilità 2014 (L. 147/2013) è intervenuta in materia con il comma 339 dell'art. 1, prevedendo, a decorrere **dal 2014**, il riparto annuale, tra le regioni, di **quota-parte delle risorse** di cui al citato art. 17, comma 5 (complessivamente pari a 70 milioni), da attribuire alle stesse regioni per la copertura, a destinazione vincolata, degli oneri per i predetti **accertamenti medico-legali effettuati dalle ASL**, previa intesa in sede di Conferenza Stato-regioni³⁰.

²⁹ Si ricorda peraltro che l'art. 14, co. 27 del D.L. 95/2012 (L. 135/2012) ha inserito il co. 5-*bis* all'art. 17 del citato D.L. 98/2011, che prevede un regime speciale, a decorrere dal 2012, per il **rimborso forfetario alle regioni** delle spese sostenute per gli accertamenti medico-legali, **effettuati dalle ASL**, sul **personale scolastico** ed educativo assente dal servizio per malattia, a valere sulla quota di pertinenza del MIUR assegnata in base al comma 5. Entro il mese di novembre di ciascun anno, infatti, il MIUR è chiamato a provvedere al riparto di detto fondo tra le regioni al cui finanziamento del SSN concorre lo Stato, in proporzione all'organico di diritto delle regioni con riferimento all'anno scolastico che si conclude in ciascun esercizio finanziario. Pertanto, dal 2012, le istituzioni scolastiche ed educative statali non sono tenute a corrispondere alcuna somma per gli accertamenti medico-legali effettuati dalle ASL sul loro personale assente per malattia.

³⁰ Da ultimo, in GU n. 139 del 18 giugno 2014 è stata pubblicata la [Delibera CIPE n. 82/2013](#) con cui, a valere sul FSN 2010, sono state ripartite tra le regioni le risorse da destinare alla copertura degli oneri connessi agli accertamenti medico-legali disposti dalle PA per propri dipendenti assenti per malattia.

Nel bilancio di previsione per il 2015, lo stanziamento oggetto di riduzione è iscritto nell'ambito della Missione 23 *Istruzione universitaria e formazione post-universitaria*, programma 23.3 *Sistema universitario e formazione post-universitaria*, al cap. 1776 relativo al rimborso degli oneri connessi agli accertamenti medico-legali sostenuti dalle amministrazioni pubbliche vigilate dal ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca. Il capitolo, di nuova istituzione, riceve parte dello stanziamento di cui al soppresso cap. 1262³¹ del programma *Servizi e affari generali per le amministrazioni di competenza*, per un ammontare pari a **900 mila euro** per ciascuno degli anni 2015, 2016 e 2017.

La sentenza della Corte costituzione n. 207/2010 ha dichiarato fondata la questione di legittimità costituzionale promossa dalla regione Toscana, in relazione all'art. 17, co. 23, lett. e), del D.L. 78/2009 (L. 102/2009), anche per violazione dell'art. 117 co. 3 della Costituzione, nella parte in cui aggiunge, all'articolo 71 del D.L. 112/2008 (L. 133/2008), i commi 5-*bis* e 5-*ter* che hanno disciplinato l'attribuzione degli oneri per gli accertamenti medico-legali per assenze per malattia dei dipendenti pubblici, effettuati dalle ASL su richiesta delle Amministrazioni pubbliche interessate.

Tali norme prevedevano che, considerato che il compito di svolgere accertamenti medico-legali rientra tra quelli istituzionali del SSN, i relativi oneri fossero posti a carico delle ASL e che pertanto, a decorrere dal 2010, in sede di riparto delle risorse per il finanziamento del SSN, fosse prevista una quota da destinare alle regioni per i predetti accertamenti medico-legali, ripartita tenendo conto del numero dei dipendenti pubblici presenti nei rispettivi territori e del numero degli stessi accertamenti. La Corte, a sostegno della dichiarazione di illegittimità costituzionale delle predette disposizioni, ha sostenuto l'argomento, in tema di tutela della salute, della "forte compressione della sfera di autonomia regionale" da parte della disciplina statale che determina i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantire su tutto il territorio nazionale e che, pertanto, con riferimento alle richieste alle aziende sanitarie, la deroga alla competenza legislativa delle Regioni in favore dello Stato è ammessa solo nei limiti necessari ad evitare che, nelle diverse parti del territorio nazionale, gli utenti debbano assoggettarsi ad un regime di assistenza sanitaria inferiore, per quantità e qualità, a quello ritenuto intangibile dallo Stato. Così delineata la nozione di prestazione sanitaria rientrante nei livelli essenziali di assistenza (LEA), la Corte ha ritenuto condivisibile la ricostruzione operata dalla giurisprudenza ordinaria e amministrativa, secondo cui l'accertamento medico-legale sui dipendenti pubblici assenti dal servizio per malattia è un'attività strumentale al controllo della regolarità dell'assenza del dipendente, volta principalmente alla tutela di un interesse del datore del lavoro.

³¹ L'altra parte è confluita, per un ammontare di poco più di 80 mila euro nell'ambito della missione *Ricerca e innovazione (17)*, programma *Ricerca scientifica e tecnologica di base e applicata (17.22)* per il rimborso degli oneri connessi agli accertamenti medico-legali sostenuti dagli enti di ricerca di di base e applicata vigilati dal MIUR.

Articolo 39 **(Attuazione Patto della salute 2014-2016)**

L'articolo 39 recepisce alcune delle misure contenute nell'intesa tra Governo, Regioni e Province autonome sul nuovo **Patto per la salute per gli anni 2014-2016**, sancita il 10 luglio 2014.

Il livello di finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato è oggetto di intesa tra Stato e Regioni, recepite successivamente in disposizioni di legge. Il finanziamento relativo al triennio 2007-2009 è stato definito in occasione del Patto per la salute del settembre 2006, poi recepito dalla legge finanziaria 2007 (legge 296/2006), mentre quello relativo al periodo 2010-2012, oggetto dell'Intesa del 3 dicembre 2009, è stato recepito dalla finanziaria 2010 (legge 191/2009). L'intesa del settembre del 2006, come già il Patto del 2009, e quello del luglio 2014 si compongono di un aspetto finanziario e di un aspetto normativo e programmatico.

Per il 2013, in assenza di una Intesa programmatica, il livello di finanziamento statale del SSN è stato stabilito dal combinato delle disposizioni contenute nei decreti legge 98/2011, 95/2012 e nella legge di stabilità 2013 (legge 228/2012).

Il nuovo Patto per la salute per il triennio 2014-2016:

- si inserisce nel percorso tracciato dalle disposizioni del D.Lgs. 68/2011³² sul federalismo sanitario, ed in particolare sulla determinazione dei costi e dei fabbisogni standard sanitari³³;
- registra il riordino dell'assistenza territoriale disegnato dal decreto-legge 158/2012³⁴ (c.d. Decreto Balduzzi).

Il Patto del luglio 2014 è quindi un documento molto complesso che in alcuni ambiti si limita a fissare criteri generali, demandando a disposizioni normative di carattere secondario o ad ulteriori procedure concertative tra Stato e Regioni, la parte attuativa e di regolamentazione di dettaglio³⁵.

³² Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario.

³³ Nella terminologia del D.Lgs. 68/2011, le risorse destinate dallo Stato al finanziamento della sanità vengono definite "fabbisogno sanitario nazionale standard". Il fabbisogno sanitario nazionale viene poi ripartito tra le Regioni dando origine al "fabbisogno sanitario regionale standard".

³⁴ *Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*, convertito, con modificazioni, dalla legge 189/2012.

³⁵ Al proposito, Settore "salute e politiche sociali" della Segreteria della Conferenza delle Regioni, [Ricognizione](#) dei provvedimenti che prevedono procedure concertative in attuazione del nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, settembre 2014.

Nel disegno di legge di stabilità sono state inserite e definite solamente una parte delle misure previste dal Patto, restando escluse quelle che impattano in maniera puntuale sull'assetto organizzativo dei servizi sanitari regionali.

All'interno del perimetro finanziario fissato per il triennio 2014-2016, il Patto della salute stabilisce che **entro il 31 dicembre 2014** si provveda al tanto atteso **aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)**. L'aggiornamento, con D.P.C.M. adottato d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, dovrà avvenire in attuazione dei principi di equità, innovazione ed appropriatezza e nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica.

Il Patto della salute fissa ulteriori impegni legati alla determinazione del fabbisogno sanitario, che discendono dal D.Lgs. 68/2011 nella parte dedicata al federalismo sanitario. Infatti, per realizzare, in un periodo di cinque anni il processo di convergenza dalla spesa storica al fabbisogno standard, il **Ministro della salute** dovrà presentare alla Conferenza Stato-Regioni, **entro il 31 dicembre 2014**, un **documento di proposte per implementare un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza sul territorio nazionale** ai fini del **monitoraggio costante dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi**.

Il Patto ha inoltre l'ambizione di **delineare** l'assistenza sanitaria nelle sue varie declinazioni: **assistenza territoriale** (articolo 5); **assistenza socio-sanitaria** (articolo 6); **assistenza sanitaria negli istituti penitenziari** (articolo 7).

Il Patto affronta anche il delicato tema della sostenibilità del SSN cercando di **rimodulare la disciplina sulla partecipazione alla spesa sanitaria ed il sistema di esenzioni** (articolo 8) nonché il **sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie** (articolo 9). In tal senso, il Patto fissa **al 30 novembre 2014 il termine per la revisione del sistema di partecipazione alla spesa e delle esenzioni** che "eviti che la partecipazione rappresenti una barriera per l'accesso ai servizi ed alle prestazioni così da caratterizzarsi per equità ed universalismo. Il sistema, in fase di prima applicazione, dovrà considerare la condizione reddituale e la composizione del nucleo familiare e dovrà connotarsi per chiarezza e semplicità applicativa. Successivamente, compatibilmente con le informazioni disponibili, potrà essere presa in considerazione la condizione "economica" del nucleo familiare. Il sistema di partecipazione alla spesa dovrà considerare reddito e composizione del nucleo familiare". Per quanto riguarda il sistema di remunerazione, il Patto conviene di istituire una **Commissione permanente** (Ministero Salute, MEF, Regioni, Agenas) per: **aggiornare le tariffe, individuare funzioni assistenziali e relativi criteri di remunerazione, definire criteri e parametri per classi tariffarie**, sperimentare tariffe per percorsi assistenziali.

Ulteriori contenuti del Patto fanno riferimento a impegni in campo di **edilizia sanitaria, sanità digitale, di riordino degli Istituti zooprofilattici sperimentali, sicurezza alimentare, ricerca sanitaria** e di **attività intramoenia**. Con particolare riferimento al **Piano nazionale della Prevenzione**, le Regioni e le Province autonome convengono di confermare la destinazione di 200 milioni di euro per ciascun anno del triennio 2014-2016, ulteriori rispetto alla quota di finanziamento vincolato, per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale.

Specifici impegni sono inoltre previsti per la **valorizzazione delle risorse umane del SSN** e per favorire l'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi e la **stabilizzazione del personale precario**.

Il Patto definisce specifici impegni anche in tema di **assistenza farmaceutica** mentre, con riferimento ai **dispositivi medici**, si conviene di definire con decreto, previa Intesa in Conferenza Stato-regioni, le modalità per l'attivazione di una **rete di comunicazione** dedicata alla dispositivo-vigilanza e di predisporre con Accordo le linee guida per il **corretto utilizzo dei dati** e della documentazione presente nel Repertorio dei dispositivi medici. Sul fronte della razionalizzazione finanziaria della spesa per dispositivi medici, si dispone di armonizzare il flusso dei dati relativi ai contratti con quello dell'Osservatorio dei contratti pubblici, allo scopo di fornire un'elaborazione dei prezzi corrispondenti. Si conviene, infine, di **promuovere l'uso di dispositivi medici costo-efficaci**, in base cioè al valore da essi generato, al fine di dare attuazione alle norme comunitarie in materia di *Health Technology Assessment (HTA)*.

Per il **monitoraggio del Patto** si stabilisce infine la costituzione di un Tavolo politico permanente fra il Governo e la Conferenza Regioni e Province autonome che dovrà servire anche da **Cabina di regia per l'elaborazione di proposte per la revisione della spesa interna al settore sanitario**. In supporto della Cabina, dunque in affiancamento del Tavolo politico, si istituisce presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali un Tavolo tecnico interistituzionale, cui è affidato il compito di monitoraggio e verifica e di proporre indirizzi utili per la *spending review* sanitaria. Il Tavolo, coordinato dall'Agenas, è composto da rappresentanti del Ministero della salute, del MEF, da un delegato del Ministro per gli Affari regionali, da rappresentanti delle Regioni e P.a. e riferisce con cadenza semestrale al Tavolo politico.

Livello del finanziamento statale del SSN per il biennio 2015-2016 (commi 1-3)

Il **comma 1** introduce i **commi** successivi, **da 2 a 34**, specifica che le disposizioni danno **attuazione all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (c.d. Patto per la salute)**, con la finalità di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per i triennio 2014-2016.

Il **comma 2** fissa il livello di finanziamento per il biennio 2015-2016 come segue:

- **112.062.000.000 euro per il 2015;**
- **115.444.000.000 euro per il 2016.**

Tali risorse possono tuttavia essere rideterminate in attuazione dell'articolo 46, comma 6, del decreto-legge n. 66/2014 come modificato dall'articolo 35, comma 1 (cfr. *infra*), del provvedimento in esame.

Fabbisogno sanitario nazionale standard

La legge statale determina annualmente il **fabbisogno sanitario**, cioè il livello complessivo delle risorse del Servizio sanitario nazionale (SSN) al cui finanziamento concorre lo Stato. Tale fabbisogno nella sua componente cosiddetta indistinta (una quota del finanziamento è vincolata al perseguimento di determinati obiettivi sanitari), è finanziato dalle seguenti fonti:

- entrate proprie degli enti del SSN (*ticket*);
- imposta regionale sulle attività produttive - IRAP (nella componente di gettito destinata al finanziamento della sanità), nonché addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche - IRPEF, entrambe le imposte quantificate nella misura dei gettiti determinati dall'applicazione delle rispettive aliquote base nazionali, vale a dire non tenendo conto dei maggiori gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali eventualmente attivati dalle singole Regioni;
- compartecipazione delle Regioni a Statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano: tali enti compartecipano al finanziamento sanitario fino a concorrenza del fabbisogno non soddisfatto dalle fonti di cui ai precedenti punti, tranne la Regione siciliana, per la quale l'aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11 per cento del suo fabbisogno sanitario (legge 296/2006 art. 1, comma 830);
- bilancio dello Stato: esso finanzia il fabbisogno sanitario non coperto dalle precedenti fonti di finanziamento attraverso la compartecipazione all'imposta sul valore aggiunto - IVA (destinata alle Regioni a statuto ordinario) ed attraverso il Fondo sanitario nazionale (cap. 2700, tab. 2 del bilancio dello stato, Ministero economia e finanze, di cui una quota è destinata alla Regione siciliana, mentre il resto complessivamente finanzia anche altre spese sanitarie vincolate a determinati obiettivi).

Per ogni esercizio finanziario, in relazione al livello del finanziamento del SSN stabilito per l'anno di riferimento, al livello delle entrate proprie, ai gettiti fiscali attesi e, per la Regione siciliana, al livello della compartecipazione regionale al finanziamento, è determinato, a saldo, il finanziamento a carico del bilancio statale nelle due componenti della compartecipazione IVA e del Fondo sanitario nazionale.

La composizione del finanziamento del SSN nei termini suddetti è evidenziata nei cosiddetti "riparti" (assegnazione del fabbisogno alle singole Regioni ed individuazione delle fonti di finanziamento) proposti dal Ministero della Salute su i quali si raggiunge un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni e che sono poi recepiti con propria delibera dal Comitato interministeriale per la programmazione economica - CIPE.

Il livello del finanziamento sanitario, erogato alle Regioni in corso d'anno anche ricorrendo, ove necessario, ad anticipazioni di tesoreria, al fine di non condizionarlo all'andamento del ciclo economico e, in ultima analisi, all'andamento delle entrate fiscali, è garantito da un meccanismo di salvaguardia (ai sensi dell'art. 39, comma. 1, del D.Lgs. 446/1997, dell'art. 13 del D.Lgs. 56/2000, e dell'art. 1, comma 321, della legge 266/2005), grazie al quale il bilancio dello Stato, con apposito capitolo determinato annualmente nella tabella 'C' della legge di stabilità - Fondo di garanzia, (cap. 2701 tab. 2 del bilancio dello Stato, Ministero economia e finanze), provvede a compensare l'eventuale mancato gettito fiscale dell'IRAP (per la componente dedicata alla sanità) e dell'addizionale regionale all'IRPEF relativi agli esercizi precedenti, a seguito della loro definitiva quantificazione.

Anche l'articolo 1, comma 1, del Patto per la salute pur fissando l'ammontare del finanziamento specifica che eventuali scostamenti possono essere giustificati in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico. La modifica degli importi deve comunque comportare una revisione/aggiornamento dell'Intesa del 10 luglio 2014 (articolo 30, comma 2, dello stesso Patto).

L'articolo 46, **comma 6, della legge 66/2014** dispone che le **regioni** e le **province autonome**, sono tenute ad assicurare un contributo alla finanza pubblica pari a **500 milioni di euro per l'anno 2014** e a **750 milioni** di euro per ciascuno degli anni **2015, 2016 e 2017**. La norma stabilisce che in sede di autocoordinamento le regioni decidono gli ambiti di spesa sui quali operare le riduzioni e gli importi del contributo, tenendo anche conto del rispetto dei **tempi di pagamento** stabiliti dalla direttiva 2011/7/UE (recante misure contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali)³⁶, nonché dell'incidenza degli acquisti centralizzati.

La decisione concordata deve essere recepita con intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni:

- entro il 31 maggio 2014, con riferimento all'anno 2014;
- entro il 31 ottobre 2014, con riferimento agli anni 2015 e seguenti.

Ove non si pervenga all'intesa, la norma stabilisce che gli importi attribuiti alle singole regioni e gli ambiti di spesa dovranno essere determinati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottarsi entro 20 giorni dalla scadenza dei predetti termini, tenendo anche conto del **PIL e della popolazione** residente. Sulla base delle determinazioni assunte con il D.P.C.M. potranno essere rideterminati i livelli di finanziamento degli ambiti di spesa individuati e le modalità di acquisizione delle risorse da parte dello Stato.

Il **comma 3** fissa il principio secondo il quale gli **eventuali risparmi nella gestione del Servizio Sanitario Nazionale, effettuati dalle regioni, rimangono nelle disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie**. A tal fine viene sostituito il terzo periodo dell'articolo 30, comma 1, del D.Lgs. n. 118/2011³⁷.

³⁶ La Direttiva 2011/7/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 febbraio 2011, contiene misure contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali. L'articolo 10, comma 1, della L. 11 novembre 2011, n. 180 (Norme per la tutela della libertà d'impresa. Statuto delle imprese), conferisce una delega al Governo, per l'integrale recepimento della direttiva 2011/7/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 febbraio 2011, sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi: a) contrasto degli effetti negativi della posizione dominante di imprese sui propri fornitori o sulle imprese subcommittenti, in particolare nel caso in cui si tratti di micro, piccole e medie imprese; b) previsione che l'Autorità garante della concorrenza e del mercato possa procedere ad indagini e intervenire in prima istanza con diffide e irrogare sanzioni relativamente a comportamenti illeciti messi in atto da grandi imprese.

³⁷ *Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42.*

Tale **principio** era stato **già stabilito** dall'articolo 1, comma 6, del **precedente Patto per la salute** per gli anni 2010-2012³⁸ che letteralmente affermava "Si conviene che eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario nazionale effettuati dalle regioni rimangono nella disponibilità delle regioni stesse".

La possibilità di riutilizzare i risparmi ottenuti dalla *spending review* sanitaria nei servizi sanitari regionali, fa salve le disposizioni della legge finanziaria 2010 grazie alle quali le regioni sottoposte a Piano di rientro possono **evitare le massimizzazioni delle aliquote** dell'IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF, in caso di riduzione strutturale del disavanzo (verificata dai Tavoli tecnici). Tenuto fermo che una quota parte del relativo gettito deve essere finalizzata alla copertura del disavanzo, per la restante quota di gettito la regione interessata può disporre la **riduzione** delle aliquote ovvero la destinazione anche a **finalità extrasanitarie** (articolo 2, comma 80, della legge 191/2009).

Obiettivi perseguibili con quota vincolata del Fondo sanitario (commi 4-5)

Il **comma 4** stabilisce che la **quota** del finanziamento SSN **vincolata alla realizzazione** degli **obiettivi di carattere prioritario del Piano sanitario nazionale**³⁹ può essere **utilizzata dalla regione di riferimento anche per realizzare gli obiettivi prioritari indicati dal Patto per la salute**, purché finalizzati al miglioramento dell'erogazione dei Lea.

Inoltre, ai sensi del **comma 5**:

1. le **Regioni** e le **Province autonome** possono **utilizzare la quota** loro assegnata **per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali proposte dal Ministero della salute ed approvate con Accordo in sede di Conferenza Stato-regioni, ad integrazione delle risorse ordinariamente assegnate a tali aree di attività;**
2. le **Regioni in Piano di rientro** possono **utilizzare la loro quota per la realizzazione delle linee progettuali da realizzare in coerenza con gli obiettivi dei Piani di rientro approvati.**

³⁸ Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, [Provvedimento 3 dicembre 2009](#), Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012.

³⁹ Si ricorda che le risorse destinate al finanziamento del SSN sono articolate in una quota di finanziamento indistinto, destinata al finanziamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), e in una quota a destinazione vincolata e programmata.

L'intervento legislativo è operato con aggiunte e modifiche dei commi 34 e 34-*bis* dell'articolo 1 della legge n. 662/1996⁴⁰.

L'articolo 1, comma 34, della legge n. 662/1996 specifica che le Regioni e le Province autonome possono utilizzare la **quota vincolata** loro spettante per la realizzazione degli **obiettivi del Piano sanitario nazionale**, con **priorità** per i progetti sulla **tutela della salute materno-infantile**, della **salute mentale**, della **salute degli anziani** nonché per quelli finalizzati alla **prevenzione**, e **in particolare** alla prevenzione delle **malattie ereditarie**.

Il successivo comma 34-*bis* stabilisce la procedura che devono seguire le regioni per accedere alle quote vincolate. In seguito alle modifiche introdotte dal comma in esame e all'ampliamento degli obiettivi perseguibili, le parole **Piano sanitario nazionale** sono sostituite, dal comma 5, lettera a), dell'articolo in esame con le parole "**comma 34**".

Il comma 5 lettera b) dell'articolo in esame, dopo il secondo periodo del comma 34-*bis* aggiunge: "**Le regioni impegnate nei Piani di rientro individuano i progetti da realizzare in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi**".

Per quanto riguarda la procedura di riparto delle quote vincolate, il comma 34-*bis* specifica che il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, provvede a ripartire tra le regioni le **medesime quote vincolate** (parole sostituite dal comma 5 lettera c) dell'articolo in esame con "**quote vincolate del Fondo sanitario nazionale ai sensi del comma 34**") all'atto dell'adozione della propria delibera di ripartizione delle somme spettanti alle regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo sanitario nazionale di parte corrente. Al fine di agevolare le regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34, il Ministero dell'economia e delle finanze provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza Stato-regioni, su proposta del Ministro della salute, dei progetti presentati dalle regioni, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente. Le mancate presentazione ed approvazione dei progetti comportano, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata. A decorrere dall'anno 2013, il predetto acconto del 70 per cento è erogato a seguito dell'Intesa, in sede di Stato-regioni, di riparto delle quote vincolate per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale.

*Si rileva, che anche nell'ultimo periodo del comma 34-*bis* le parole "Piano sanitario nazionale" andrebbero sostituite con "comma 34", come fra l'altro indicato dal comma 5, lettera a), del provvedimento in esame per il primo periodo.*

Quanto previsto dal comma in esame coincide con quanto stabilito in materia dall'articolo 1, comma 5, del Patto per la salute.

⁴⁰ Misure di razionalizzazione della finanza pubblica.

Riparto quote vincolate (commi 6-9)

A decorrere dal 2015, gli specifici criteri di riparto utilizzati per la spartizione fra le regioni delle **quote vincolate** per: hanseniani, AIDS, fibrosi cistica ed emersione lavoratori stranieri, sono **sostituiti dalla quota di accesso derivante dalla ripartizione del fabbisogno sanitario indistinto standard regionale, ripartito in base ai nuovi criteri di pesatura** discendenti dal D.Lgs. 68/2011⁴¹ (comma 6).

Le restanti quote vincolate per: **finanziamento delle borse di studio dei medici di medicina generale (MMG), sanità destinata agli extracomunitari irregolari, fondo esclusività**, vengono **ripartite annualmente insieme al riparto della quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale**. In questo caso, per gli importi delle singole linee di finanziamento ed i relativi criteri di riparto, si fa riferimento all'ultima Intesa di riparto disponibile, operando, se possibile, i relativi aggiornamenti dei dati presi a riferimento (comma 7).

Per il 2014, si utilizza la **stessa metodologia** per il riparto delle **quote vincolate per il finanziamento della medicina penitenziaria** (compreso il superamento Ospedali Psichiatrici Giudiziari); **dal 2015**, il riparto delle singole linee di finanziamento deve invece tenere conto di **eventuali modifiche dei criteri di riparto individuate nell'ambito del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria**. Le modifiche devono essere approvate in sede di Conferenza Stato-regioni (comma 8).

Nel caso in cui i decreti di riparto per il 2014 non siano stati ancora perfezionati, i criteri e le modalità di riparto sopra illustrati si applicano anche per il 2014 (comma 9).

Piani annuali di investimento (comma 10)

Il **comma 10** impegna le regioni e le province autonome a **garantire annualmente la programmazione degli investimenti** da effettuare nei propri ambiti territoriali.

A tal fine, gli enti territoriali devono predisporre **piani annuali di investimento accompagnati da una adeguata analisi dei fabbisogni e della relativa sostenibilità economico-finanziaria complessiva**. La programmazione può

⁴¹ *Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario.*

essere attuata anche **in sede di predisposizione del piano dei flussi di cassa prospettici** di cui al comma 2 dell'articolo 25 del D.Lgs. 118/2011⁴².

L'intervento legislativo, attuato inserendo il comma 1-*bis* nel corpo dell'articolo 25 del D.Lgs. 118/2011, riprende letteralmente il comma 7 dell'articolo 1 del Patto per la salute 2014-2016.

Merita evidenziare che, a legislazione vigente, l'articolo 25, comma 3, del D.Lgs. 118/2011 stabilisce che il bilancio preventivo economico annuale sia corredato da una nota illustrativa, dal piano triennale degli investimenti e da una relazione redatta dal direttore generale per gli enti del servizio sanitario regionale ovvero del responsabile per la gestione accentrata e del collegio sindacale per la gestione sanitaria accentrata presso la regione.

In coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria della Regione, l'articolo 25, comma 3, del D.Lgs. 118/2011 introduce il bilancio preventivo economico per gli enti sanitari e le regioni con la gestione accentrata. Il bilancio preventivo economico include un conto economico preventivo e un piano dei flussi di cassa prospettici, redatti secondo gli schemi di conto economico e di rendiconto finanziario previsti dal successivo articolo 26 ed è corredato da:

- una nota illustrativa;
- il piano degli investimenti che definisce gli investimenti da effettuare nel triennio e le relative modalità di finanziamento;
- una relazione del direttore generale per gli enti del servizio sanitario regionale ovvero del responsabile per la gestione accentrata e del collegio sindacale per la gestione sanitaria accentrata presso la regione.

Autorizzazione di spesa per l'attivazione dei flussi informativi per monitorare la riorganizzazione delle cure primarie (comma 11)

Il **comma 11** autorizza, **per l'anno 2015**, la spesa di **2 milioni di euro**, nello stato di previsione del Ministero della salute, per **l'avvio dell'implementazione dei flussi informativi per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza primaria**.

In particolare l'autorizzazione di spesa è finalizzata a:

1. il **periodico aggiornamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario NSIS⁴³ finalizzato al monitoraggio e alla verifica della reale attuazione**

⁴² Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42.

della riorganizzazione delle cure primarie e della appropriatezza, qualità, efficacia ed efficienza dell'erogazione dell'assistenza (articolo 5, comma 11 del Patto per la salute per il 2014-2016);

2. il **monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dei Presidi Residenziali di Assistenza Primaria Ospedali di comunità**, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). La Cabina di regia del NSIS determina le modalità, i tempi di realizzazione, i contenuti informativi e il periodico aggiornamento per il monitoraggio;

Gli **ospedali di comunità** sono una delle nuove strutture sanitarie previste dallo schema di regolamento sulla "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", approvato in sede di Conferenza Stato-regioni il 5 agosto 2014 e in via di approvazione definitiva. Il Regolamento impegna le regioni ad adottare, entro il 31 dicembre 2014, un provvedimento generale di programmazione per fissare la dotazione regionale dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale⁴⁴. Lo schema di regolamento definisce gli ospedali di comunità come strutture sanitarie con un numero limitato di posti letto (15-20), gestite da personale infermieristico, dove l'assistenza medica è assicurata da medici di medicina generale o da pediatri di libera scelta o altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN e la cui responsabilità igienico-organizzativa fa capo al distretto, che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche. L'ospedale di comunità prende in carico pazienti che necessitano di interventi potenzialmente erogabili a domicilio ma che devono essere ricoverati proprio per la mancanza di idoneità del domicilio (carenze strutturali o familiari) o perché necessitano di sorveglianza infermieristica continuativa. La degenza media prevedibile si aggira intorno ai 15/20 giorni.

Il Patto per la salute 2014-2016 all'articolo 17 conviene che, **entro il 31 ottobre 2014, venga stipulata un'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, per la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi di tali presidi**, e che ne definisca gli **appropriati percorsi clinico-assistenziali, autorizzativi e tariffari**, nonché gli standard dei posti letto.

3. il **monitoraggio delle prestazioni di riabilitazione** effettuate in strutture territoriali, comprese le strutture ex articolo 26 della legge 833/1978, ovvero gli istituti che gestiscono centri destinati all'erogazione delle prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali dipendenti da qualunque causa. Anche in questo caso è la Cabina di regia del NSIS che determina modalità, tempi di

⁴³ Per informazioni puntuali sul Nuovo Sistema informativo sanitario NSIS, si rinvia alla [sezione dedicata](#) del sito del Ministero della salute.

⁴⁴ Il criterio generale a cui dovranno adeguarsi le regioni per la riorganizzazione della rete ospedaliera, fissato dall'articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto legge 95/2012 (*Spending review*), prevede il rispetto del parametro nazionale di 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, ed i relativi provvedimenti attuativi, garantendo il progressivo adeguamento agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi indicati, nel corso del triennio 2014-2016 e tenendo conto anche della mobilità sanitaria interregionale.

realizzazione e contenuti informativi del monitoraggio (comma 22 del Patto per la salute 2014-2016).

Definizione delle competenze e delle responsabilità delle professioni sanitarie infermieristiche-ostetrica e tecniche della riabilitazione e della prevenzione (comma 12)

Il **comma 12** – in attuazione della previsione di cui all'articolo 5, punto 15 del Patto per la salute - rimette ad un Accordo tra Governo e Regioni, da adottare previa concertazione con le rappresentanze scientifiche professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, la definizione dei ruoli, della competenza, delle relazioni professionali e della responsabilità individuale e di *equipe* su compiti, funzioni, obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche-ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari.

La citata definizione fa salve le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in tema di atti complessi e specialistici in tema di prevenzione, diagnosi e cura e terapia, e deve avvenire senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Conseguimento da parte del direttore generale degli obiettivi di salute e assistenziali (commi 13 e 14)

Il **comma 13** – articolo 10 punto 6 del Patto -, mediante l'inserimento di un comma *7-bis* nell'articolo *3-bis* del D.Lgs. 502/1992, riguardante il direttore generale, il direttore amministrativo e il direttore sanitario delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario regionale, prevede che l'accertamento da parte della regione del mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce grave inadempimento contrattuale per il direttore generale e comporta la decadenza automatica dello stesso.

Va ricordato che l'articolo *3-bis* del D.Lgs. 502/1992 è stato recentemente modificato da D.L. 158/2012, - convertito, con modificazioni, dalla legge 189/2012 -, recante *disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*, negli aspetti relativi alle **modalità di nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale da parte delle regioni**, e della valutazione dell'attività dei direttori generali. Quanto alla nomina, le Regioni sono tenute ad attingere obbligatoriamente ad un **elenco regionale di idonei** costituito mediante **una selezione effettuata da una commissione** di cui è disciplinata la composizione. In merito alla valutazione dell'attività dei direttori generali viene stabilito che in sede di Conferenza delle regioni queste ultime concordano criteri e sistemi per valutare e verificare tale attività sulla base di obiettivi di salute e funzionamento dei

servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'AGENAS. All'atto della nomina di ciascun direttore generale le regioni definiscono ed assegnano gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, aggiornandoli periodicamente, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi.

Il **comma 14** qualifica la verifica del conseguimento da parte dei direttori generali degli obiettivi di salute ed assistenziali sopracitati, effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA⁴⁵, come adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del servizio sanitario nazionale.

L'articolo 2, comma 68, della legge 191/2009 (*Legge finanziaria per il 2010*) consente in via anticipata l'erogazione del finanziamento del servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato al livello del 97 per cento delle somme dovute a titolo di finanziamento ordinario della quota indistinta, al netto delle entrate proprie e per la Regione siciliana, della compartecipazione regionale al finanziamento della spesa sanitaria. Per le regioni che risultano adempienti, nell'ultimo triennio, rispetto agli adempimenti previsti dalla normativa vigente, la misura della citata erogazione del finanziamento è fissata al 98 per cento ovvero in misura superiore. Tale livello può essere ulteriormente elevato compatibilmente con gli obblighi di finanza pubblica.

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

Disposizioni relative ai Piani di rientro (commi 15-19)

I commi da 15 a 19 dettano alcune disposizioni relative al tema delle **misure di contrasto ai disavanzi sanitari e, più in particolare, alle procedure di commissariamento delle regioni in piano di rientro.**

⁴⁵ Si tratta del Comitato di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, istituito presso il Ministero della salute per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione.

Le norme in commento costituiscono una parziale attuazione degli impegni elencati all'articolo 12 del Patto per la salute relativamente alla necessità di rivedere le regole dei Piani di Rientro, passando a veri e propri piani di Salute e Risanamento

In particolare si deve garantire il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- l'incompatibilità del Commissario *ad acta* con l'affidamento di incarichi istituzionali
- la semplificazione e la razionalizzazione delle procedure
- la realizzazione di un sistema di "allert" che consenta di intervenire prima che si realizzino le condizioni, che impongono l'adozione del Piano.

Vengono definiti i contenuti e le finalità dei nuovi programmi operativi e viene previsto che per l'attività di affiancamento delle Regioni in Piano di Rientro, il Ministero Salute si avvale del supporto dell'Agenas. In particolare si prevede che Agenas - realizzerà uno specifico sistema di monitoraggio ("allarme") a disposizione delle Regioni per rilevare in via preventiva eventuali e significativi scostamenti delle performance delle Aziende sanitarie e dei Sistemi Sanitari Regionali, in termini di qualità, quantità, sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati. La procedura verrà definita entro il settembre 2014. Sono poi previste nuove modalità di verifica degli obiettivi connessi all'erogazione dei LEA e procedure di semplificazione e di aggiornamento nella fase attuativa dei Programmi operativi in atto.

Per quanto attiene più specificamente agli impegni in tema di commissariamenti viene assunto l'impegno di prevedere che – per i nuovi commissariamenti – la nomina a commissario *ad acta* sia incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento;

che il Commissario *ad acta*, ove nominato, deve possedere un curriculum che evidenzi qualificate e comprovate professionalità ed esperienze di gestione sanitaria, che i sub-commissari svolgono attività a supporto dell'azione del Commissario, essendo il loro mandato vincolato alla realizzazione di tutti o taluni degli obiettivi affidati al commissario con il mandato commissariale, che il Commissario, qualora in sede di verifica annuale riscontri il mancato raggiungimento degli obiettivi del Piano di rientro, come specificati nei singoli contratti dei direttori generali, propone, con provvedimento motivato, la decadenza degli stessi, dei direttori amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale.

Conformemente ad alcune delle previsioni contenute nel Patto per la salute (art. 12), il **comma 15** prevede che la nomina a commissario *ad acta* per la predisposizione, l'adozione o l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, sia incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento. Viene poi previsto che il Commissario debba essere in possesso di un *curriculum* che evidenzi qualificate e comprovate professionalità ed esperienze di gestione sanitaria anche in base ai risultati in precedenza conseguiti e che la nuova disciplina si applica alle nomine effettuate a qualunque titolo successivamente all'entrata in vigore della presente legge.

Con la legge finanziaria 2005 (legge 311/2004) e con la successiva Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, sono stati introdotti una serie di adempimenti per le Regioni con un bilancio sanitario in deficit.

A partire del 2005, l'articolo 1, comma 174 della legge n. 311/2004, (come modificato dal comma 277 dell'articolo 1 della legge finanziaria 2006), il comma 796, lettera c)

dell'articolo 1 della legge 296/2006 (legge finanziaria 2007), e l'articolo 2, comma 76, della legge 191/2009 (legge finanziaria 2010), hanno stabilito che, in caso di disavanzo sanitario, a fronte del quale non siano stati adottati dei provvedimenti di copertura soddisfacenti in corso di esercizio, il Presidente del Consiglio dei ministri diffida la Regione ad adottare dei provvedimenti risolutivi entro il 30 aprile dell'anno successivo.

I piani di rientro sono finalizzati a verificare la qualità delle prestazioni ed a raggiungere il riequilibrio dei conti dei servizi sanitari regionali.

Per le regioni con elevati disavanzi sanitari, la legge 191/2009 (legge finanziaria per il 2010), come previsto dal Patto per la salute 2010-2012, ha stabilito nuove regole per i Piani di rientro e per il commissariamento delle regioni. Oltre a ridurre al 5% il livello di squilibrio economico (in precedenza fissato al 7%), per la presentazione del Piano di rientro regionale, viene modificata la procedura per la predisposizione e l'approvazione del Piano, nonché il procedimento di diffida della regione e della nomina di commissari *ad acta*. Accertato il deficit, la regione presenta entro il 30 giugno, il Piano, di durata non superiore al triennio, elaborato con AIFA e AGENAS. Dopo l'approvazione regionale, la valutazione è compiuta dal Tavolo tecnico di monitoraggio, a cui partecipano rappresentanti dei ministeri competenti e delle regioni, e della Conferenza Stato-Regioni. Decorsi i termini previsti, il Governo valuta il Piano e lo approva. In caso di valutazione negativa lo stesso Governo nomina il Presidente della regione, commissario *ad acta* per gli adempimenti necessari. Ciò comporta, oltre all'applicazione delle disposizioni già vigenti, l'automatica adozione di misure restrittive e sanzionatorie verso la regione (sospensione dei trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio, decadenza dei direttori generali, amministrativi e sanitari, incremento delle aliquote). Le regioni, già sottoposte ai Piani di rientro e già commissariate (Abruzzo, Campania, Lazio, Molise e Calabria), possono, in alternativa alla prosecuzione del piano di rientro secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi della gestione commissariale, presentare un nuovo Piano di rientro, che determina, con la sua approvazione, la cessazione del commissariamento (articolo 2, comma 88).

Conseguenti alle disposizioni sopracitate sono pertanto le modifiche testuali apportate ad alcuni commi dell'articolo 2 della legge 191/2009 (legge finanziaria per il 2010), dirette, in primo luogo, a dare attuazione all'incompatibilità della nomina a commissario *ad acta* con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento:

- la lettera a), modificando il comma 79 del citato articolo 2, relativo alla procedura di nomina del *commissario ad acta* in caso di riscontro negativo da parte del Consiglio dei Ministri sull'adeguatezza del Piano di rientro presentato, o di mancata presentazione dello stesso da parte della Regione in disavanzo, fa venir meno l'identificazione del commissario con il Presidente della regione per la predisposizione del Piano e la sua attuazione;
- in modo analogo opera la lettera b) che, modificando il comma 83 del citato articolo 2, fa venir meno l'identificazione di cui sopra in relazione alla nomina del commissario per l'attuazione del piano in caso di esito negativo della verifica sull'attuazione del Piano;
- la lettera c), infine, modificando il comma 84, opera l'identica modifica in relazione all'esercizio da parte del Consiglio dei Ministri dei poteri sostitutivi in

caso di inadempimento da parte del commissario in relazione all'adozione del Piano o alla sua attuazione.

La lettera d), sostituendo il comma 84-*bis* introduce una modifica di coordinamento stabilendo che in caso di impedimento del Presidente della Regione nominato commissario *ad acta*, il Consiglio dei ministri nomina un commissario *ad acta* al quale spettano i poteri indicati nel terzo e quarto periodo del comma 83 fino alla cessazione della causa di impedimento.

E' da ritenere che, poiché la nuova disciplina sull'incompatibilità dei commissari con incarichi istituzionali presso la Regione opera per i commissariamenti disposti dopo l'entrata in vigore della legge, la modifica al comma di cui sopra si riferisca ai casi di impedimento dei Presidenti della Regione già commissari ad acta secondo la disciplina previgente.

In base ai richiamati periodi del citato comma 83 spetta al commissario l'adozione di tutte le misure indicate nel Piano nonché gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi organizzativi e gestionali da esso implicati in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del Piano. Come sopra già ricordato, la nomina del commissario comporta l'automatica adozione di misure restrittive e sanzionatorie verso la regione (sospensione dei trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio, decadenza dei direttori generali, amministrativi e sanitari, incremento delle aliquote).

Il **comma 16**, riproducendo il secondo periodo del vigente comma 84-*bis* dell'articolo 2, della legge 191/2009 (legge finanziaria per il 2010) stabilisce che le disposizioni di cui al comma 15 si applicano anche ai commissariamenti disposti ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del decreto-legge 159/2007 (*Interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale*) convertito, con modificazioni, dalla legge 222/2007.

L'articolo 4 del citato D.L. 159/2007 disciplina la nomina di commissari *ad acta* nelle ipotesi particolari in cui nel procedimento di verifica e monitoraggio dei singoli Piani di rientro – effettuato dal tavolo di verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza di cui agli articoli 12 e 9 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 – si prefiguri il mancato rispetto da parte della Regione degli adempimenti previsti nei Piani, in relazione alla realizzabilità degli equilibri finanziari nella dimensione e nei tempi ivi programmati, in funzione degli interventi di risanamento, riequilibrio economico-finanziario e di riorganizzazione del sistema sanitario regionale, tale da mettere in pericolo la tutela dell'unità economica e dei livelli essenziali delle prestazioni. A tale proposito il comma 2 del citato articolo 4 contempla anche la facoltà di nomina da parte del Consiglio dei ministri di uno o più subcommissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico. Il commissario può avvalersi dei subcommissari anche quali soggetti attuatori e può motivatamente disporre nei confronti dei direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale la sospensione dalle funzioni in atto – che possono

essere affidate ad un soggetto attuatore - e l'assegnazione ad altro incarico fino alla durata massima del commissariamento.

Il **comma 17**, mediante l'inserimento di alcune modifiche al comma 2 del sopracitato articolo 4 del D.L. 159/2007, prevede espressamente che i sub-Commissari svolgano attività a supporto dell'azione del Commissario, essendo il loro mandato vincolato alla realizzazione di tutti o di taluni degli obiettivi affidati al Commissario con il mandato commissariale.

Il **comma 18**, mediante l'inserimento di due commi (81-*bis* e 81-*ter*) all'articolo 2 della legge 191/2009 attribuisce al Commissario *ad acta* (81-*bis*) che, in sede di verifica annuale dell'attuazione del Piano di rientro – ai sensi del comma 81 – riscontri il mancato raggiungimento degli obiettivi del Piano, così come specificati nei singoli contratti dei direttori generali il potere di proporre, con provvedimento motivato, la decadenza degli stessi, dei direttori amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, in applicazione dell'articolo 3-*bis*, comma 7, del D.Lgs. 502/1992.

Il citato comma 7 prevede che quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione; in tali casi la regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-*bis*, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. Il sindaco o la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-*bis*, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla regione di revocare il direttore generale, o di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto. Quando i procedimenti di valutazione e di **revoca di cui al comma 6 e al presente comma riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere**, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-*bis* è integrata con il Sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda.

Il nuovo comma 81-*ter* prevede l'applicazione delle disposizioni di cui al precedente comma 81-*bis* anche ai commissariamenti disposti ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del D.L. 159/2007, convertito, con modificazioni, dalla legge 222/2007.

Il **comma 19**, mediante una modifica all'ultimo periodo del comma 796, lettera b) della legge 296/2006 (legge finanziaria per il 2007) dispone che il Ministero della salute si avvalga del supporto tecnico-operativo dell'Agenas per l'attività di affiancamento delle Regioni in Piano di rientro.

Anche le disposizioni di cui ai commi da 17 a 19 attuano gli impegni contenuti nell'articolo 12 del Patto per la salute (cfr. *supra*).

Collegi sindacali delle aziende sanitarie ed ospedaliere (commi 20 e 21)

I commi 20 e 21 dettano alcune disposizioni relative **alla composizione dei collegi sindacali delle aziende sanitarie ed ospedaliere.**

Il **comma 20**, sostituendo il primo periodo del comma 3 dell'articolo 3-ter del D.Lgs. 502/1992 (*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421*) prevede che il collegio sindacale delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere dura in carica tre anni e sia composto da tre membri, di cui uno designato dal presidente della giunta regionale uno dal Ministro dell'economia e delle finanze e uno dal Ministro della salute.

Attualmente è previsto che il collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da cinque membri, di cui due designati dalla regione, uno designato dal Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, uno dal Ministro della sanità e uno dalla Conferenza dei sindaci; per le aziende ospedaliere quest'ultimo componente è designato dall'organismo di rappresentanza dei comuni. I componenti del collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero della giustizia, ovvero tra i funzionari del ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali

Il **comma 21** rimette ad un decreto del Ministro della salute, da emanarsi entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge, previa intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, la definizione dei requisiti per la nomina dei componenti dei collegi sindacali, che devono garantire elevati standard di qualificazione professionale. Per il componente designato dal Ministro dell'economia e delle finanze rimane fermo quanto previsto dall'articolo 10, comma 19, del decreto-legge 98/2011 (*Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria*), convertito, con modificazioni, dalla legge 111/2011.

Il citato comma 19 prevede che al fine di potenziare l'attività di controllo e monitoraggio degli andamenti di finanza pubblica, i rappresentanti del Ministero dell'economia e delle finanze nei collegi di revisione o sindacali delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e delle autorità indipendenti, sono scelti tra gli iscritti in un elenco, tenuto dal predetto Ministero, in possesso di requisiti professionali stabiliti con decreto di natura non regolamentare adeguati per l'espletamento dell'incarico. In sede di prima applicazione, sono iscritti nell'elenco i soggetti che svolgono funzioni dirigenziali, o di pari livello, presso il predetto Ministero, ed i soggetti equiparati, nonché i dipendenti del Ministero che, alla data di entrata in vigore del presente decreto, ricoprono incarichi di componente presso

collegi di cui al presente comma; i soggetti anzidetti ed i magistrati della Corte dei conti possono, comunque, far parte dei collegi di revisione o sindacali delle pubbliche amministrazioni, anche se non iscritti nel registro di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 27 gennaio 2010, n. 39.

Viene poi stabilito che fino all'adozione del citato decreto si applicano i requisiti previsti dalla normativa vigente.

Norme per l'attuazione del riordino degli Istituti zooprofilattici sperimentali – IZS (commi 22-27)

I **commi da 22 a 27** dispongono l'obbligo per le regioni e province autonome di Trento e Bolzano, **di adottare le disposizioni applicative della normativa di riordino degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali** entro un dato termine, prevedendo e disciplinando l'istituto del commissariamento nell'ipotesi di mancato rispetto di quest'ultimo.

Più nel dettaglio, il **comma 22** prevede l'obbligo, per le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, di adottare le disposizioni applicative della normativa di riordino degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, con particolare riferimento all'art. 10, co. 1 del D.Lgs. 106/2012, riguardante l'esercizio delle competenze regionali, entro il termine di **tre mesi** dall'entrata in vigore della legge.

Le disposizioni in esame attuano l'art. 18 del Patto per la salute 2014-2016 che ha previsto il riordino di tali Istituti da parte delle regioni e delle province autonome, entro 6 mesi dall'approvazione del Patto stesso, pena il commissariamento dell'IZS da parte del Ministero della salute.

Il D.Lgs. 106/2012, agli articoli 9-16, ha disciplinato il riordino degli Istituti zooprofilattici sperimentali⁴⁶, prevedendo:

⁴⁶ Si ricorda che gli Istituti zooprofilattici sperimentali sono enti sanitari di diritto pubblico, a carattere prevalentemente interregionale, che svolgono, quali strumenti tecnico-scientifici dello Stato, regioni e province autonome, attività di ricerca scientifica sperimentale veterinaria ed attività di accertamento dello stato sanitario degli animali provvedendo, in particolare, ad assicurare la sorveglianza epidemiologica, l'effettuazione di ricerche di base e finalizzate, la formazione del personale, il supporto di laboratorio, la diagnostica nell'ambito del controllo ufficiale degli alimenti e le attività correlate alla sicurezza alimentare. Gli Istituti, con le loro 10 sedi centrali e 90 sezioni territoriali, costituiscono una struttura sanitaria integrata, in grado di assicurare al SSN un'articolata rete di servizi per verificare la salubrità degli alimenti e per realizzare le azioni di polizia veterinaria e di difesa sanitaria del patrimonio zootecnico, anche ai fini della salvaguardia della salute dell'uomo. In alcune regioni quali Abruzzo e Molise, Campania e Calabria, Puglia e Basilicata, non si è ancora proceduto a disciplinare le modalità gestionali, organizzative e di funzionamento degli IZS, come richiesto dall'articolo 2, comma 5, dal precedente decreto di riordino (D.Lgs. 270/1993).

- una **riforma ordinamentale** che rispetti i **profili di competenza regionale** con previsione dei regolamenti governativi nelle ipotesi di competenza legislativa esclusiva dello Stato;
- previsione di **poteri sostitutivi** nell'ipotesi di malfunzionamento degli organi di gestione (art.11) e per la mancata revisione dello Statuto (art. 12) fino all'ipotesi dei poteri sostitutivi in attuazione dell'articolo 120 Cost. in caso di mancata costituzione degli organi (articolo 15);
- **razionalizzazione e ottimizzazione** dei **centri di costo**, delle strutture e degli uffici di livello dirigenziale e non, demandate alla **competenza regionale**.
- istituzione di un **Comitato di supporto strategico** per il potenziamento dell'azione degli IZS attraverso il sostegno di strategie nazionali di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare, in sostituzione e con compiti più ampi del Comitato di coordinamento dei rappresentanti legali degli IZS attualmente operante per la sicurezza dei consumatori nelle situazioni di emergenza correlate a malattie infettive e diffuse degli animali.

L'art. 10, che detta i principi per l'esercizio delle competenze regionali, fatta in ogni caso salva la competenza esclusiva dello Stato, demanda alle regioni la disciplina delle modalità gestionali, organizzative e di funzionamento degli Istituti, l'esercizio delle funzioni di sorveglianza amministrativa, di indirizzo e di verifica sugli stessi, nonché l'adozione di criteri di valutazione dei costi, dei rendimenti, e di verifica dell'utilizzazione delle risorse, nel rispetto dei principi del D.Lgs. 502/1992 (che all'articolo 7-sexies disciplina il rapporto intercorrente tra gli Istituti zooprofilattici sperimentali e gli Uffici veterinari del Ministero della sanità) e di alcuni principi fondamentali riguardanti:, tra l'altro:

- la semplificazione e lo snellimento dell'organizzazione e della struttura amministrativa;
- la razionalizzazione e ottimizzazione delle spese e dei costi di funzionamento;
- la riorganizzazione degli uffici dirigenziali attraverso la loro riduzione;
- la riduzione degli organismi di analisi, consulenza e studio;
- la razionalizzazione delle dotazioni organiche.

Il piano sanitario regionale definisce gli obiettivi e l'indirizzo per l'attività degli Istituti. La programmazione regionale prevede le modalità di raccordo tra gli IZS e i dipartimenti di prevenzione⁴⁷.

I **commi 23-27** introducono una disciplina specifica che regola il commissariamento, nel caso di mancato rispetto del termine previsto al comma 22 (tre mesi dall'entrata in vigore della legge).

In base a tale disciplina, il commissario, nominato dal Ministro della salute (**comma 23**) è chiamato a svolgere le funzioni del Consiglio di amministrazione e del Direttore generale previste dall'art. 11, commi 2 e 5, del citato D.Lgs. 106/2012, in attesa dell'emanazione dei provvedimenti regionali di attuazione del riordino degli IZS (**comma 24**).

⁴⁷ Per l'illustrazione dei compiti dei dipartimenti di prevenzione si rinvia alla scheda di lettura del comma 28 che prevede uno specifico intervento in materia.

L'articolo 11 del D.Lgs. 106/2012 dispone in merito agli organi degli Istituti, che vengono **ridotti nel numero dei componenti** dei quali viene però indicata la formazione e la professionalità necessaria per la designazione. Per il Consiglio di amministrazione (comma 2) e il Direttore generale (comma 5) viene inoltre previsto l'istituto del commissariamento. In particolare, i compiti del **consiglio di amministrazione** sono di indirizzo, coordinamento e verifica delle attività dell'istituto⁴⁸, mentre il **direttore generale**⁴⁹ svolge sia la funzione di legale rappresentante dell'Istituto che di responsabile scientifico, coadiuvato da un direttore amministrativo e da un direttore sanitario medico veterinario, che sovrintende solo al funzionamento dei servizi tecnici.

Il **comma 25** detta in particolare l'obbligo, per le regioni e le province autonome, di provvedere alla costituzione dei nuovi organi degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali entro tre mesi dall'entrata in vigore delle leggi regionali emanate per l'attuazione della normativa di riordino dei medesimi Istituti ai sensi del richiamato art. 10, comma 1, del D.Lgs. 106/2012.

In sede di prima applicazione delle leggi regionali, in caso di mancato rispetto del predetto termine di tre mesi, si prevede l'applicazione di quanto previsto ai precedenti commi 23 e 24, vale a dire la nomina di un commissario e lo svolgimento, da parte dello stesso, delle funzioni previste dal richiamato art. 11 (**comma 26**).

Il **comma 27** dispone, infine, l'applicazione al commissario dello stesso trattamento giuridico-economico spettante al direttore generale, secondo quanto previsto dall'art. 11, co. 9, del D.Lgs. 106/2012.

L'attuazione delle disposizioni in esame, pertanto, non dovrebbe comportare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

In proposito si ricorda che il comma 9 dell'art. 11 del D.Lgs. 106 dispone che, al direttore generale e al collegio dei revisori dei conti si applichino le disposizioni di cui all'articolo 3 (che enumera i compiti e le incompatibilità del direttore generale)⁵⁰ e 3-bis (che detta norme sulle procedure di nomina, tra gli altri, del direttore generale delle ASL e

⁴⁸ Il consiglio di amministrazione dura in carica quattro anni, è nominato dal Presidente della Regione ed è composto di tre membri, muniti di diploma di laurea magistrale o equivalente ed aventi comprovata professionalità ed esperienza in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza degli alimenti, di cui uno designato dal Ministro della salute e due dalle Regioni o dalle PA territorialmente competenti. Nel caso di Istituti interregionali i membri del consiglio di amministrazione sono designati dalla Regione dove l'istituto ha sede legale, di concerto con le altre Regioni e PA interessate.

⁴⁹ Il Direttore generale è nominato dal Presidente della Regione dove l'Istituto ha sede legale, sentito il Ministro della salute e, nel caso di Istituti interregionali, di concerto tra le Regioni e le PA, sentito il Ministro della salute. Il rapporto di lavoro del direttore generale è regolato con contratto di diritto privato, non superiore a cinque anni, rinnovabile una sola volta.

⁵⁰ In particolare, il direttore generale adotta l'atto aziendale che individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale soggette a rendicontazione analitica; è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda; è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario; si avvale del Collegio di direzione su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche.

degli altri enti del SSN) del D.Lgs. 502/1992 in quanto compatibili con il provvedimento in esame.

Organizzazione del dipartimento di prevenzione del SSN (comma 28)

Il **comma 28** aggiunge ulteriori disposizioni a quelle già vigenti in materia di organizzazione dei **dipartimenti di prevenzione delle ASL** (art. 7-*quater* del D.Lgs. 502/1002), prevedendo che le aree dipartimentali di tali strutture siano assicurate dalle regioni al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'osservanza degli obblighi comunitari, con riferimento alla sanità pubblica, anche veterinaria, e alla tutela della salute e degli ambienti di lavoro, mediante **dotazione di personale adeguato** e configurazione delle **unità operative** dedicate a tali compiti quali **strutture complesse**, nel rispetto dei vincoli di spesa previsti a legislazione vigente e, ove presenti, dei vincoli previsti dai piani di rientro sanitari regionali.

Si ricorda che l'articolo 19 del Patto per la Salute 2014-2016 ha previsto disposizioni in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare per la valorizzazione delle attività dei servizi veterinari regionali di prevenzione nelle ASL, in special modo in relazione alla protezione dei cittadini/consumatori e al sostegno delle produzioni agroalimentari, anche in previsione dell'EXPO 2015 dedicato a questa materia.

La disciplina dell'**organizzazione dei dipartimenti di prevenzione** è contenuta agli articoli da 7 a 7-*quater* del D.Lgs. 502/1992. Essi sono istituiti e organizzati dalle regioni come struttura operativa della ASL a garanzia della tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, e miglioramento della qualità della vita. Tra i compiti dei dipartimenti di prevenzione rientrano la promozione di azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo anche il coinvolgimento di operatori di diverse discipline, e la formulazione di proposte d'intervento nelle materie di propria competenza e di indicazioni sulla loro copertura finanziaria.

In particolare, il comma 7-*quater* prevede che il dipartimento di prevenzione operi nell'ambito del Piano attuativo locale, abbia autonomia organizzativa e contabile e sia organizzato in centri di costo e di responsabilità.

La prima parte del comma 28 in esame, pertanto, introduce, con le **lett. da a) a c)**, ulteriori commi .dopo il comma 4 dell'art. 7-*quater* del D.Lgs. n. 502 del 1992 che disciplina la materia sanitaria; più in dettaglio:

- il **comma 4-bis** prevede che l'**articolazione delle aree dipartimentali di prevenzione** rappresenti il livello di organizzazione assicurato dalle regioni per garantire l'esercizio delle funzioni comprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'osservanza degli obblighi comunitari (*lett. a)*);
Il comma 2 dell'art. 7-*quater*, alle lett. da a) a f), prevede, come articolazione delle aree dipartimentali di prevenzione riferite alla sanità pubblica, anche veterinaria, e alla

tutela della salute negli ambienti di lavoro, sei diverse strutture organizzative specificamente dedicate all'igiene e sanità pubblica (*lett.a*), all'igiene degli alimenti e della nutrizione (*lett.b*), alla prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro (*lett. c*), alla sanità animale (*lett. d*), all'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (*lett. e*), all'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (*lett. f*)).

In merito all'osservanza degli obblighi comunitari si segnala che le norme fondamentali per quanto concerne la normativa sui mangimi e sugli alimenti sono contenute nel [regolamento \(CE\) n. 178/2002 del Parlamento europeo](#) e del Consiglio, del 28 gennaio 2002, che stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare, istituisce l'Autorità europea per la sicurezza alimentare e fissa procedure nel campo della sicurezza alimentare⁵¹.

- il **comma 4-ter** impone alle regioni di assicurare che le strutture organizzative di cui al comma 2 (v. *ante*), in particolare quelle per l'igiene degli alimenti e della nutrizione (*lett b*); per la sanità animale (*lett d*); per l'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (*lett e*) e per l'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (*lett f*); siano dotate di personale adeguato, in termini di numero e di qualifica, per garantire l'esercizio delle funzioni comprese nei LEA e l'adempimento degli obblighi comunitari, con particolare riferimento ai controlli ufficiali, previsti dal [Regolamento \(CE\) 882/2004](#).

Il Regolamento citato contiene disposizioni in merito ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali.

- il **nuovo comma 4-quater** stabilisce che le predette strutture organizzative devono essere possibilmente individuate come strutture complesse. Nel medesimo D.Lgs. 502/1992 è possibile individuare, all'articolo 8-*quater*, comma 4, lett. p), il criterio per la definizione delle strutture complesse delle ASL, "in base alla consistenza delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, al grado di autonomia finanziaria e alla complessità dell'organizzazione interna".

La **seconda parte del comma 28** stabilisce che dall'attuazione delle disposizioni introdotte all'art. 7-*quater* del citato D.Lgs. 502, con riferimento al personale, si provvede nel rispetto dei vincoli di spesa previsti dalla legislazione vigente e, per le regioni sottoposte ai piani di rientro, anche nel rispetto dei vincoli fissati dai predetti piani, oltre che dei parametri standard per la definizione delle strutture complesse e semplici.

⁵¹ In merito al quadro sulla normativa comunitaria in materia si rinvia a quando indicato sul sito del Ministero della salute alla seguente pagina WEB http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1203&area=Valutazione%20rischio%20catena%20alimentare&menu=valutazione

Turn over del personale del SSN (comma 29)

Il **comma 29** riduce i termini del blocco automatico del *turn over* del personale del servizio sanitario regionale, attualmente previsto nei casi in cui i provvedimenti necessari per il ripianamento del disavanzo di gestione non vengano adottati dal commissario *ad acta* entro la data prevista (31 maggio dell'anno in corso), **prevedendo tale blocco solo fino all'anno successivo a quello di verifica.**

La disposizione in esame, infatti, modificando il quinto periodo dell'art. 1, co. 174, della legge finanziaria per il 2005 (L. 311/2004), prevede che, nei predetti casi, il blocco automatico vige fino all'anno successivo a quello di verifica, mentre attualmente il blocco automatico del *turn over* del personale del SSN è previsto fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso.

Si sottolinea che la **verifica** viene **effettuata annualmente** e pertanto, in caso di reiterata inadempienza regionale, il blocco si applica anno per anno.

Il **monitoraggio dei conti del SSN**⁵² è stato avviato con l'[Accordo dell'8 agosto 2001](#) stipulato in sede di Conferenza Stato regioni e province autonome in considerazione degli assetti delineati in tale anno dalla riforma del Titolo V della Costituzione. A partire dal 2012, inoltre, l'attività di monitoraggio è stata integrata con l'attuazione, in particolare, dell'art. 29 del D.Lgs. 118/2011 sui principi di valutazione specifici del settore sanitario. In breve, a partire dai dati di conto economico di ciascun trimestre e sulla base delle ulteriori informazioni desunte dalla verifica trimestrale, vengono elaborate delle proiezioni del risultato di esercizio di fine anno. Nel caso si profili un disavanzo, la regione è invitata a porre in essere tutte le iniziative per ricondurre la spesa entro i livelli programmati ovvero, limitatamente alle regioni non in piano di rientro, ad adottare le misure di copertura tali da assicurare al SSR il conferimento di risorse aggiuntive per coprire il disavanzo. Si ricorda che tra i provvedimenti per il ripianamento del disavanzo di gestione rientrano gli aumenti dell'addizionale IRPEF e le maggiorazioni dell'IRAP entro le misure stabilite dalla normativa vigente.

Si segnala che la norma in esame è stata prevista dall'art. 22, comma 2, del Patto per la salute 2014-2016 in materia di gestione e sviluppo delle risorse umane.

Concorso degli enti del SSN agli obiettivi di finanza pubblica (comma 30)

Il **comma 30** estende al 2020 i vigenti **parametri di contenimento della spesa di personale degli enti del SSN**, già previsti dall'art. 2, co. 71-73, della legge di stabilità 2010 (L. 191/2009), aggiungendo ulteriori condizioni perché una regione sia giudicata adempiente in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di riduzione di tale tipologia di spesa.

⁵² Per un approfondimento in materia si rinvia al Rapporto n. 1 della Ragioneria generale dello Stato sul [Monitoraggio della spesa sanitaria del giugno 2014](#).

Più in dettaglio:

- la lett. a) del comma **estende al 2020** le norme per il **contenimento della spesa per il personale del SSN** già previste dall'art. 2, co. 71-73 della legge finanziaria 2010 per il triennio 2010-2012, intervenendo sul **comma 3** del medesimo dell'art. 17 del DL. 98/2011 (L. 111/2011).

In proposito si ricorda che l'art. 15, co. 21, del D.L. 95/2012 (L. 135/2012) aveva già esteso al 2015 il regime di contenimento della spesa per il personale sanitario (compresi i soggetti non inquadrati come lavoratori dipendenti)⁵³ previsto dall'art. 17, D.L. 98/2011 (L. 111/2011) per gli anni 2013 e 2014, confermando la percentuale di riduzione della spesa e le modalità per conseguirla previste all'art. 2, co. 71, 72 e 73 della richiamata legge finanziaria del 2010 che ha disciplinato il concorso degli enti del SSN agli obiettivi di finanza pubblica.

Più in dettaglio, il citato co. 71 ha fissato, per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, un **obiettivo di riduzione dell'1,4%, rispetto al 2004**, della spesa per il personale degli enti del SSN⁵⁴, mentre il comma 72 ha definito le azioni che tali enti sono chiamati a svolgere per raggiungere la riduzione di spesa, nell'ambito degli indirizzi fissati dalle regioni, vale a dire la presentazione di un programma annuale di revisione delle consistenze di personale - dipendente a tempo indeterminato, determinato, in servizio con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di lavoro flessibile o con convenzioni -, con conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa; e, nel rispetto delle disponibilità effettive di questi fondi, la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse e delle posizioni organizzative e di coordinamento, rispettivamente, delle aree della dirigenza e del personale del comparto SSN. Il comma 73, in ultimo, ha assegnato la verifica del raggiungimento del predetto obiettivo di riduzione della spesa del personale al Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito presso il MEF, dall'Intesa del 23 marzo 2005.

- la lett. b) interviene sul **comma 3-bis**, innovando parzialmente i criteri in base ai quali la regione possa essere giudicata adempiente, a seguito della verifica

⁵³ In proposito si segnala che, in base ai dati dell'[Annuario statistico della RGS 2014](#), il personale sanitario pubblico a tempo indeterminato, nel 2012, è stato pari 673.335 unità (682.354 unità nel 2011) mentre quello a tempo flessibile, pari a 32.038 unità (35.210 unità nel 2011), con un costo totale pari a 40,1 miliardi (40,6 nel 2011, -1,18%). Nel 2013, in base al [Rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica della corte dei Conti](#), la spesa per il personale è ulteriormente diminuita dell'1,2%. Sul punto il Rapporto aggiunge (p. 223): "Sull'evoluzione degli oneri del personale incide il blocco del *turnover* nelle regioni in piano di rientro e le politiche di contenimento delle assunzioni per le regioni non in piano. Incidono inoltre favorevolmente gli effetti del contenimento della spesa conseguenti all'obbligo per le regioni di garantire con appositi accantonamenti la copertura integrale degli oneri derivanti da rinnovi contrattuali. Ciò ha comportato una maggiore congruità nella valutazione dei relativi costi e una riduzione delle sopravvenienze passive di rilevante entità negli esercizi finanziari successivi a quello della sottoscrizione del contratto".

⁵⁴ Si ricorda che tra tali enti, che appartengono a differenti livelli istituzionali, rientrano: il Ministero della salute a livello centrale; gli enti e organi di livello nazionale, quali il CSS (Consiglio superiore di sanità), l'ISS (Istituto superiore di Sanità), l'ISPEL (Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, l'AGENAS (Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali), gli IRCCS (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), gli Istituti zooprofilattici sperimentali (IZS), l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA); e, a livello territoriale e locale: le regioni e le province autonome, le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere.

degli obiettivi di contenimento della spesa da parte dell'apposito Tavolo presso il MEF (v. *ante*)⁵⁵:

- la regione è giudicata adempiente se si accerta per essa l'**effettivo conseguimento degli obiettivi** sopra indicati;
- nel caso in cui la regione non raggiunga tali obiettivi, per gli anni dal **2013 al 2019**, essa è considerata adempiente ove abbia raggiunto l'**equilibrio economico**. Rispetto alla normativa vigente, viene però aggiunta un'ulteriore condizione per gli anni dal 2015 al 2019, in base alla quale la **regione** potrà essere considerata **adempiente** se, oltre ad aver raggiunto l'equilibrio economico, abbia attuato, negli anni dal 2015 al 2019, un **percorso di graduale riduzione della spesa** di personale fino al totale conseguimento, nel 2020, degli obiettivi indicati per la riduzione della spesa del personale.

Si segnala che le disposizioni in esame sono state previste dall'art. 22 del Patto per la salute 2014-2016 e che in proposito Stato e regioni hanno convenuto sulla necessità di avviare un approfondimento per aggiornare il parametro dell'1,4% di riduzione della spesa per il personale degli enti del SSN rispetto al livello del 2004.

Disposizioni sul prontuario farmaceutico nazionale (comma 31)

Il **comma 31** modifica la disciplina prevista dal D.L. 158/2012 (cd. Decreto Balduzzi)⁵⁶ in materia di **Prontuario farmaceutico nazionale**⁵⁷, posticipandone - dal 30 giugno 2013 al 31 dicembre 2015 - la revisione straordinaria da parte dell'AIFA sull'esplicita base del criterio specifico del costo/beneficio e dell'efficacia terapeutica nonché della previsione di prezzi di riferimento per categorie terapeutiche omogenee.

Si segnala che la norma è stata prevista all'art. 23, comma 2, punto n. 1) del Patto per la salute 2014-2016.

L'articolo 11 del D.L. 158/2012 contiene disposizioni finalizzate ad una revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale e dirette a favorire, da parte del SSN, l'impiego razionale ed economicamente compatibile dei medicinali. La misura si è resa necessaria per **adeguare il settore farmaceutico convenzionato agli interventi sulla spesa farmaceutica** attuati con il **D.L. 95/2012**, che hanno fra l'altro ridotto gli spazi

⁵⁵ Con riferimento al Tavolo di verifica degli adempimenti si ricorda che l'art. 11 del Patto per la salute 2014-2016 prevede che annualmente il Tavolo potrà disporre l'aggiornamento degli adempimenti che consentono alle Regioni l'accesso al finanziamento integrativo.

⁵⁶ D.L. 158/2012, *Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*, convertito con modificazioni dalla L. 189/2012.

⁵⁷ Il Prontuario Farmaceutico Nazionale (PFN) è lo strumento predisposto per gli operatori del settore al fine di favorire una prescrizione e una dispensazione informata del farmaco. Comprende tutte le informazioni essenziali sulle specialità medicinali che possono essere prescritte a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e raccoglie tutti i provvedimenti riguardanti l'introduzione e la rimborsabilità dei nuovi medicinali.

economici destinati alla rimborsabilità dei farmaci. A tale scopo, l'AIFA, ai sensi del comma 1, primo periodo, del citato art. 11, avrebbe dovuto, entro il 30 giugno 2013 provvedere ad una revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale escludendo dalla rimborsabilità i farmaci terapeuticamente superati.

La revisione straordinaria da parte dell'AIFA deve essere effettuata sulla base delle valutazioni della Commissione consultiva tecnico-scientifica e del Comitato prezzi e rimborso (v. *box*).

Con riferimento alle **modifiche introdotte dal comma in esame** per la revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico, si segnala che questa dovrà essere effettuata in base al **criterio costo/beneficio ed efficacia terapeutica** (v. *infra*). Inoltre il **Prontuario** dovrà anche **prevedere dei prezzi di riferimento per categorie terapeutiche omogenee**.

Con riferimento alla valutazione dell'equivalenza terapeutica per la definizione di categorie omogenee, si sottolinea che, l'AIFA, nel marzo 2014, ha messo a punto [apposite Linee guida](#), chiarendo che possono essere considerati equivalenti i farmaci a base del medesimo principio attivo che, ai sensi di altre disposizioni di legge, sono già stati oggetto di specifica valutazione comparativa sotto i profili di efficacia e di sicurezza da parte delle competenti autorità regolatorie, nonché i farmaci originatori ed i rispettivi equivalenti (generici) e i farmaci biologici di riferimento, inclusi i biotecnologici, ed i corrispondenti biosimilari.

Il regime attualmente in vigore prevede che le specialità medicinali siano ripartite in diverse **classi di rimborsabilità** (art. 8, comma 10, L. 537/93):

Fascia A: comprendente i farmaci essenziali e per malattie croniche, interamente rimborsati dal SSN;

Fascia H: comprendente i farmaci di esclusivo uso ospedaliero utilizzabili solo in ospedale o che possono essere distribuiti dalle strutture sanitarie, a carico del SSN;

Fascia C: comprendente farmaci a totale carico del paziente (ad eccezione dei titolari di pensione di guerra diretta vitalizia – Legge 203 del 2000). Con riferimento al regime di fornitura, i farmaci di classe C sono distinti in farmaci con obbligo di prescrizione medica e farmaci senza obbligo di prescrizione medica⁵⁸.

Tutti i farmaci, per essere immessi in commercio, necessitano che sia loro attribuito un prezzo ed una classe di rimborsabilità; deve essere infatti stabilito se il farmaco è a carico del SSN (medicinale di classe A e H) o del cittadino (medicinale classe C).

La **Commissione Tecnico Scientifica** (CTS), con il supporto di un gruppo di esperti interni ed esterni e dell'Istituto Superiore di Sanità, effettua su ciascun farmaco, destinato ad essere immesso sul mercato italiano, tutte le valutazioni necessarie (chimico-farmaceutiche, biologiche, farmaco-tossicologiche e cliniche) per assicurare i requisiti di sicurezza ed efficacia.

La determinazione del prezzo dei farmaci rimborsati dal SSN, mediante la contrattazione tra Agenzia Italiana del Farmaco e le Aziende Farmaceutiche (ai sensi del

⁵⁸ I farmaci di classe C, senza obbligo di prescrizione medica sono a loro volta distinti in due sottoclassi: farmaci utilizzati per patologie di lieve entità o considerate minori con accesso alla pubblicità (OTC) individuati dalla L. 537/1993 nella fascia C-*bis* e farmaci senza obbligo di prescrizione medica (SOP), per i quali non è possibile fare pubblicità.

comma 33, art. 48, del D.L. 269/2003 - L. 326/03), è un'attività che l'Agenzia svolge sulla base delle modalità e dei criteri indicati nella deliberazione CIPE 1° febbraio 2001 "Individuazione dei criteri per la contrattazione del prezzo dei farmaci". Per l'avvio di questa attività occorre la presentazione, da parte dell'Azienda Farmaceutica, della domanda accompagnata da una documentazione dalla quale emerge:

- un **rapporto costo/efficacia positivo**, vale a dire che il medicinale deve essere ritenuto utile per il trattamento di patologie per le quali non esiste alcuna cura efficace, o fornire una risposta più adeguata rispetto a farmaci già disponibili per le stesse indicazioni terapeutiche, o presentare un rapporto rischio/beneficio più favorevole rispetto ad altri medicinali già disponibili in Prontuario per la stessa indicazione;
- la presenza di altri **elementi di interesse per il SSN**, quantificandoli, se il nuovo medicinale non presenta una superiorità clinica significativa rispetto a prodotti già disponibili o sia quantomeno ugualmente efficace e sicuro di altri prodotti già disponibili.

Il **Comitato Prezzi e Rimborso** (CPR) dell'AIFA interviene successivamente, esaminando le richieste di rimborsabilità pervenute, supportato anche dai dati di consumo e spesa forniti dall'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OSMED). Quindi, le contrattazioni che hanno come oggetto le specialità medicinali registrate secondo procedura nazionale, e quelle comunitarie di mutuo riconoscimento o centralizzata, potranno dar luogo ad un accordo con le Aziende Farmaceutiche in cui saranno specificati i prezzi e le condizioni di ammissione alla rimborsabilità. In seguito l'accordo sarà ratificato dalla Commissione Tecnico Scientifica e quindi sottoposto all'esame del Consiglio di Amministrazione dell'Agenzia per la successiva delibera, poi pubblicata in Gazzetta ufficiale⁵⁹.

Per i medicinali a carico del cittadino (classe C), l'AIFA svolge un'azione di monitoraggio sui farmaci con obbligo di prescrizione (ricetta), verificando il rispetto di due condizioni: il prezzo del medicinale può essere aumentato ogni due anni (negli anni dispari); l'incremento non può superare l'inflazione programmata. Per i farmaci senza obbligo di prescrizione (SOP) il prezzo è stabilito liberamente dal produttore⁶⁰.

Rete di comunicazione dedicata alla dispositivo-vigilanza (comma 32)

Il **comma 32** prevede la definizione, con decreto del Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza Stato-regioni, delle modalità per l'**attivazione di una rete di comunicazione dedicata alla dispositivo-vigilanza** per lo scambio

⁵⁹ Nel momento in cui l'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) è concessa, questa diviene la carta di identità del farmaco, poiché stabilisce: il nome del medicinale; la sua composizione; la descrizione del metodo di fabbricazione; le indicazioni terapeutiche, le controindicazioni e le reazioni avverse; la posologia, la forma farmaceutica, il modo e la via di somministrazione; le misure di precauzione e di sicurezza da adottare per la conservazione del medicinale e per la sua somministrazione ai pazienti; il riassunto delle caratteristiche del prodotto; un modello dell'imballaggio esterno; il foglio illustrativo; la valutazione dei rischi che il medicinale può comportare per l'ambiente. Quando per un medicinale è stata rilasciata un'AIC, ogni successiva modifica nel dosaggio o nella forma farmaceutica, nella presentazione o nella via di somministrazione, comporta la richiesta di un'ulteriore autorizzazione.

⁶⁰ Fonte AIFA: Sezione del sito dedicata all'ABC del Farmaco.

tempestivo e capillare delle informazioni circa incidenti che interessano dispositivi medici. L'attivazione della rete deve avvenire senza oneri per la finanza pubblica.

Il decreto dovrà inoltre determinare, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), i contenuti informativi e le modalità di interscambio dei dati del sistema informativo a supporto della rete nazionale per la dispositivo-vigilanza.

Il NSIS, previsto dal co. 6, art. 87, della legge finanziaria 2001 (L. 388/2000) rappresenta lo strumento di riferimento per le misure di qualità, efficienza e appropriatezza del SSN attraverso la raccolta di informazioni che supportano le Regioni e il Ministero della salute nell'esercizio delle proprie funzioni, in special modo per l'applicazione uniforme dei livelli essenziali di assistenza sul territorio nazionale. Il NSIS è stato attuato con l'[Accordo quadro del 22 febbraio 2001](#) raggiunto in Conferenza Stato regioni e province autonome e, da ultimo, ribadito nelle successive Intese Stato Regioni relative al Patto per la Salute 2010-2012. Il NSIS è in particolare richiamato dall'articolo 27 del D.Lgs. 68/2011 in materia di federalismo fiscale sanitario per la determinazione dei **costi e dei fabbisogni standard regionali**.

Si segnala che la norma in esame è stata prevista all'art. 24, commi 1 e 2, del Patto per la salute 2014-2016.

Norme in materia di dispositivi medici (comma 33)

Il **comma 33** prevede l'emanazione di un decreto del Ministero della salute per garantire un'azione coordinata dei livelli nazionale, regionale e delle aziende accreditate del SSN, per il governo dei consumi **dei dispositivi medici**, sulla base del principio costo-efficacia e in attuazione della [direttiva 2011/24/UE](#) sull'assistenza sanitaria transfrontaliera.

In particolare, il Ministero della salute, avvalendosi dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Nas.S) e dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), in base ai principi di tutela dell'unitarietà del sistema, sicurezza dell'uso della tecnologia e salute dei cittadini, provvede con il suddetto decreto, senza oneri per la finanza pubblica a:

- definire le priorità a fini assistenziali, attraverso l'istituzione di una **cabina di regia**, con il coinvolgimento delle regioni ed il supporto tecnico di Age.Na.S e AIFA, sentiti i rappresentanti delle categorie interessate, e considerando le indicazioni del Piano sanitario nazionale;
- individuare **requisiti base e categorie omogenee dei dispositivi medici** per la predisposizione dei capitolati di gara e l'attribuzione di prezzi di riferimento;
- istituire una **rete nazionale di collaborazione tra le regioni**, coordinata dall'Age.Na.S, per la definizione e l'utilizzo di strumenti per il governo dei dispositivi medici e per ***l'Health Technology Assessment (HTA)*** chiamato "Programma Nazionale di HTA dei dispositivi medici".

Queste disposizioni attuano l'art. 26 del Patto per la salute 2014-2016.

Disposizioni di Health Technology Assessment – HTA (comma 34)

Il **comma 34** in esame dispone che l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) predisponga valutazioni di **Health Technology Assessment (HTA)** per caratterizzare e individuare i **percorsi farmaco-terapeutici** che possano garantire l'impiego efficiente e costo-efficace delle risorse disponibili.

Le valutazioni sono predisposte a supporto del Ministero della salute e delle regioni, al fine di **garantire un equo ed omogeneo accesso dei pazienti** a tutti i medicinali, con particolare riferimento ai medicinali innovativi o di eccezionale rilevanza terapeutica.

Questa funzione dell'AIFA è prevista inserirsi nell'ambito delle attività previste ai fini dell'attuazione della Direttiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo sull'assistenza sanitaria transfrontaliera (v. *ante*) mediante il **network permanente per l'Health Technology Assessment (HTA network)** anche, con specifico riferimento ai medicinali, al fine di raggiungere gli obiettivi previsti da questa direttiva.

Per tali finalità, la funzione è prevista a supporto della **Cabina di regia** istituita presso il Ministero della salute e delle indicazioni del Piano sanitario nazionale.

La norma ricorda inoltre che le valutazioni nazionali di HTA sui medicinali forniscono informazioni trasparenti e trasferibili ai contesti assistenziali regionali e locali, sull'efficacia comparativa dei medicinali e sulle successive ricadute in termini di costo-efficacia nella pratica clinica, prima dell'immissione in commercio, durante la commercializzazione e l'intero ciclo di vita del medicinale.

Si prevedono compiti specifici per l'AIFA nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali per essa disponibili: l'Agenzia, in collaborazione con le regioni, è chiamata a **coordinare le valutazioni dei diversi percorsi diagnostico-terapeutici** che si sono sviluppati localmente, per garantire l'accesso e l'uso appropriato ai medicinali. Inoltre, le valutazioni, integrate con i dati di utilizzo e di spesa dell'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali, oltre che con quelli raccolti attraverso i registri di monitoraggio AIFA, sono utilizzate nell'*iter* istruttorio delle procedure di rivalutazione di prezzo o di rimborsabilità dei medicinali.

Infine si prevede che le regioni, senza nuovi o maggiori oneri, si dotino, compatibilmente e nei limiti delle risorse umane, finanziarie e strumentali già disponibili, di un **presidio HTA** a supporto delle pertinenti valutazioni.

Il comma in esame attua l'articolo 27 del Patto per la salute 2014-2016.

Articolo 40 (Piano risanamento Servizio Sanitario Molise)

L'articolo in esame **autorizza, per il 2015**, fino ad un **massimo di 40 milioni di euro di spesa in favore della Regione Molise**. L'autorizzazione di spesa è **subordinata** alla **sottoscrizione** di uno specifico **Accordo Stato-regioni** concernente l'intervento straordinario per **l'emergenza economico finanziaria del servizio sanitario della regione e il riassetto gestionale** dello stesso. L'erogazione della somma a favore della Regione Molise è **condizionata all'effettiva attuazione dell'Accordo**.

Il [Piano di Rientro dal disavanzo della Regione Molise](#) è stato siglato il 27 marzo 2007.

Nel corso delle consuete verifiche, nella riunione del 10 aprile 2014, il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno constatato che: la regione Molise al quarto trimestre 2013 presenta un disavanzo di 51,743 mln di euro, pari all'8,6% del finanziamento annuale assegnato alla Regione. Dopo il conferimento delle aliquote fiscali relative all'anno d'imposta 2014 nei termini preordinati dal Piano di rientro - nell'importo stimato in 24,126 mln di euro al netto di 2 mln di euro destinati al rimborso della rata del mutuo per il pagamento dei debiti al 31 dicembre 2005 -, residua un disavanzo non coperto di 27,617 mln di euro. Considerando la perdita 2012 e precedenti non coperta, valutata a 182,806 mln di euro, la perdita cui dare copertura è risultata pari a 210,423 mln di euro. Il **disavanzo cumulato al 31 dicembre 2013 rappresenta** pertanto il **35% del finanziamento annuale attribuito dal riparto alla Regione Molise**⁶¹.

Gli organi di verifica hanno osservato, nel corso del monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi intermedi definiti nel Piano di rientro, come il disavanzo sanitario regionale, nel periodo 2007-2013, abbia registrato non già una contrazione, come ci si sarebbe dovuti attendere per effetto della sottoscrizione del Piano di rientro, bensì un peggioramento, dovuto all'estremo ritardo nell'attuazione delle azioni di risanamento previste⁶².

Conseguentemente, il MEF, con [comunicato del 26 ottobre](#), ha comunicato che il Tavolo per la verifica degli adempimenti e il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea hanno constatato che nell'esercizio 2013 la regione Molise non ha raggiunto gli obiettivi previsti. Pertanto, per l'anno d'imposta 2014, nella suddetta regione, si sono realizzate le condizioni per confermare l'applicazione automatica delle maggiorazioni dell'aliquota dell'IRAP nella misura di 0,15 punti percentuali, e dell'addizionale regionale all'IRPEF nella misura di 0,30 punti percentuali.

Tale autorizzazione di spesa è concessa in relazione alla grave situazione economico finanziaria e sanitaria determinatasi nella Regione Molise, al fine di

⁶¹ I dati forniti sono contenuti in: Ragioneria generale dello Stato, [Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n.1](#), giugno 2014, pagg. 156-157.

⁶² Corte dei Conti – Procura regionale per il Molise, Giudizio di parificazione del Rendiconto generale della Regione Molise per l'esercizio finanziario 2012, aprile 2014.

ricondurre la gestione nell'ambito della ordinata programmazione sanitaria e finanziaria anche al fine di ricondurre i tempi di pagamento al rispetto della normativa comunitaria (direttiva 2011/7/UE recante misure contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali)⁶³.

Per quanto riguarda la **procedura per accedere ai benefici economici stanziati dallo Stato in favore delle regioni in disavanzo sanitario**, la legge finanziaria 2005 (art. 1, comma 180, legge 311/2004) ha stabilito che le Regioni che versano in una situazione di disavanzo sanitario devono procedere alla ricognizione delle relative cause e alla elaborazione di un Piano di riorganizzazione del rispettivo servizio sanitario. Tali Regioni devono, inoltre, stipulare un accordo con i Ministri della Salute e dell'Economia nel quale individuare gli interventi necessari al recupero dell'equilibrio economico.

La stipula degli accordi con lo Stato integra, per le Regioni in disavanzo, il presupposto per accedere ai benefici economici stanziati (art. 1, commi 278 e seguenti della legge finanziaria 2006⁶⁴). Gli accordi hanno carattere vincolante (artt. 1, comma 796, lett. b) della legge 296/2006⁶⁵), poiché attribuiscono al Governo, nel caso in cui la Regione non rispetti gli adempimenti previsti dal Piano, il potere di nominare, previa diffida alla Regione, un commissario *ad acta* ed eventuali subcommissari.

La verifica e il monitoraggio del rispetto dei singoli Piani di rientro sono rimessi ad appositi organi, istituiti rispettivamente presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze e presso il Ministero della Salute, denominati Tavolo di verifica degli adempimenti e Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza (artt. 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005).

Il comma 2 condiziona l'erogazione della **somma** a favore della Regione **Molise all'effettiva attuazione dell'Accordo** concernente l'intervento straordinario per l'emergenza economico finanziaria del servizio sanitario della regione e il riassetto gestionale dello stesso. La verifica dell'Accordo è

⁶³ La Direttiva 2011/7/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 febbraio 2011, contiene misure contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali. L'articolo 10, comma 1, della L. 11 novembre 2011, n. 180 (Norme per la tutela della libertà d'impresa. Statuto delle imprese), conferisce una delega al Governo, per l'integrale recepimento della direttiva 2011/7/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 febbraio 2011, sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi: a) contrasto degli effetti negativi della posizione dominante di imprese sui propri fornitori o sulle imprese subcommittenti, in particolare nel caso in cui si tratti di micro, piccole e medie imprese; b) previsione che l'Autorità garante della concorrenza e del mercato possa procedere ad indagini e intervenire in prima istanza con diffide e irrogare sanzioni relativamente a comportamenti illeciti messi in atto da grandi imprese.

⁶⁴ Legge 23 dicembre 2005, n. 266, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006).

⁶⁵ Legge 27 dicembre 2006, n. 296, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007).

demandata, in sede congiunta, al Comitato permanente per l'erogazione dei Lea e al Tavolo di verifica adempimenti.

Articolo 42
(Misure per favorire il trasferimento delle risorse da parte delle regioni agli enti del SSN)

Al fine di fornire liquidità agli enti dei servizi sanitari regionali e garantire un'accelerazione dei pagamenti ai fornitori, l'**articolo 42** stabilisce **misure stringenti per l'erogazione, da parte delle regioni, delle somme destinate al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale**. A tal fine:

- viene **incrementata la percentuale (dal 90 al 95%) delle risorse destinate al finanziamento dei servizi sanitari regionali** che le **regioni devono erogare agli enti dei propri servizi sanitari entro la fine dell'esercizio**. La percentuale è riferita alla somma delle risorse che la regione incassa dallo Stato a titolo di finanziamento del servizio sanitario regionale, a cui si aggiungono le risorse che le regioni stesse destinano al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale;
- viene fissato **entro il 31 marzo dell'anno successivo** il termine per l'erogazione della **restante quota del 5%**.

L'intervento è operato aggiungendo un periodo al comma 7 dell'articolo 3 del decreto legge 35/2012⁶⁶.

La relazione tecnica evidenzia che la disposizione in commento non comporta effetti finanziari poiché si tratta di un mero trasferimento di risorse dalla regione ai propri enti.

L'articolo 3, comma 7, del decreto-legge 35/2013 ha introdotto un nuovo **adempimento regionale**, ai fini dell'ordinario **accesso** delle regioni alle **quote premiali** del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale⁶⁷, costituito dall'erogazione da parte della regione al proprio Servizio sanitario regionale entro la fine dell'anno di almeno il 90% delle somme che la regione incassa dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio

⁶⁶ Disposizioni urgenti per il pagamento dei debiti scaduti della pubblica amministrazione, per il riequilibrio finanziario degli enti territoriali, nonché in materia di versamento di tributi degli enti locali.

⁶⁷ Il D.Lgs. 149/2011 sui meccanismi sanzionatori e premiali relativi a regioni, province e comuni ha introdotto forme premiali a valere sulle risorse ordinarie previste dalla vigente legislazione per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, applicabili a decorrere dall'anno 2012, per le regioni che istituiscono una Centrale regionale per gli acquisti e l'aggiudicazione di procedure di gara per l'approvvigionamento di beni e servizi. L'accertamento delle condizioni per l'accesso regionale alle forme premiali è effettuato nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali. Dal 1° gennaio 2014 la quota premiale a valere sulle risorse ordinarie previste dalla vigente legislazione per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, è annualmente pari allo 0,25 per cento delle risorse stesse. Limitatamente al 2013, la percentuale è stata fissata allo 0,30%.

sanitario regionale⁶⁸, nonché delle somme che le stesse, a valere su risorse proprie, destinano al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale⁶⁹.

⁶⁸ IRAP, dell'addizionale regionale all'IRPEF e dei trasferimenti da bilancio statale a titolo di compartecipazione IVA e di Fondo sanitario nazionale.

⁶⁹ Sostanzialmente riconducibili alla fiscalità aggiuntiva, al ripiano di disavanzi sanitari, a finanziamento di funzioni sanitarie ulteriori rispetto ai LEA, ad altri finanziamenti regionali comunque destinati.

**Articoli di interesse della XII Commissione Affari
sociali**

Articolo 15 **(Erogazioni liberali alle ONLUS)**

L'**articolo 15** è volto ad **elevare** da **2.065 a 30.000 euro annui** l'importo massimo sul quale spetta la **detrazione** – pari al **26 per cento** a decorrere dal 2014 – per le **erogazioni liberali** in denaro **a favore delle Onlus** (Organizzazioni non lucrative di utilità sociale).

Analogo adeguamento a **30.000 euro** viene previsto per l'**importo massimo deducibile a fini Ires**.

I nuovi importi si applicano dal periodo d'imposta **successivo** a quello in corso al **31 dicembre 2014**.

Si ricorda che ai sensi della normativa vigente, le **Onlus** beneficiano di una serie di **agevolazioni tributarie**. In estrema sintesi:

- ai fini delle **imposte sui redditi**:
 - 1) per le Onlus, ad eccezione delle società cooperative, non costituisce esercizio di attività commerciale lo svolgimento delle attività istituzionali nel perseguimento di esclusive finalità di solidarietà sociale e i proventi derivanti dall'esercizio delle attività direttamente connesse non concorrono alla formazione del reddito imponibile (articolo 150 del Tuir);
 - 2) le erogazioni liberali a favore delle Onlus sono deducibili dal reddito imponibile;
 - 3) le derrate alimentari, i prodotti farmaceutici, nonché i beni non di lusso alla cui produzione o al cui scambio è diretta l'attività dell'impresa, che presentino imperfezioni, alterazioni, danni o vizi che non ne consentono la commercializzazione o la vendita, rendendone necessaria l'esclusione dal mercato o la distruzione, qualora siano ceduti gratuitamente alle Onlus, per un importo corrispondente al costo specifico sostenuto per la produzione o l'acquisto complessivamente non superiore al 5 per cento del reddito d'impresa dichiarato, non si considerano destinati a finalità estranee all'esercizio dell'impresa (articolo 53, comma 2, e dell'articolo 85, comma 2, del Tuir);
 - 4) sui contributi corrisposti alle Onlus dagli enti pubblici non si applica la ritenuta alla fonte cui all'articolo 28, secondo comma, del DPR n. 600 del 1973 e sui redditi di capitale di cui all'articolo 41 del Tuir corrisposti alle Onlus, le ritenute alla fonte sono effettuate a titolo di imposta;
- ai fini **IVA**:
 - 1) non sono imponibili le cessioni gratuite di beni fatte alle Onlus;
 - 2) le derrate alimentari, i prodotti farmaceutici, nonché i beni non di lusso alla cui produzione o al cui scambio è diretta l'attività dell'impresa, che presentino imperfezioni, alterazioni, danni o vizi che non ne consentono la commercializzazione o la vendita, rendendone necessaria l'esclusione dal mercato o la distruzione, qualora siano ceduti gratuitamente alle Onlus, per un importo corrispondente al costo specifico sostenuto per la produzione o l'acquisto

- complessivamente non superiore al 5 per cento del reddito d'impresa dichiarato si considerano distrutti agli effetti dell'imposta sul valore aggiunto;
- 3) non costituiscono operazioni imponibili le operazioni di divulgazione pubblicitaria svolte a beneficio delle Onlus;
 - 4) le Onlus, limitatamente alle operazioni riconducibili alle attività istituzionali, non sono soggette all'obbligo di certificazione dei corrispettivi mediante ricevuta o scontrino fiscale;
- le Onlus concorrono alla ripartizione delle quote del **5 per mille** dell'Irpef in ragione delle opzioni esercitate dai contribuenti in favore di ciascuna di esse;
 - i trasferimenti a favore Onlus sono esenti dall'**imposta sulle successioni e donazioni**;
 - gli atti, documenti, istanze, contratti nonché copie anche se dichiarate conformi, estratti, certificazioni, dichiarazioni e attestazioni poste in essere o richiesti da Onlus sono esenti dalle **imposte di bollo**;
 - gli atti e i provvedimenti concernenti le Onlus sono esenti dalle **tasse sulle concessioni governative**;
 - i comuni, le province, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono deliberare nei confronti delle Onlus la **riduzione o l'esenzione dal pagamento dei tributi** di loro pertinenza e dai connessi adempimenti;
 - gli atti costitutivi e le modifiche statutarie concernenti le Onlus sono soggetti all'**imposta di registro** in misura fissa;
 - l'**imposta sugli spettacoli** non è dovuta per le attività spettacolistiche svolte occasionalmente dalle Onlus.

L'Agenzia delle Entrate, con la **risoluzione n. 89/E del 17 ottobre 2014**, ha chiarito che gli enti non commerciali possono continuare a detrarre dall'Ires le erogazioni liberali in denaro in favore delle Onlus. Tale misura è stata aumentata per le persone fisiche al 24% per il 2013 e al 26% a partire dal 2014 dalla legge n. 96 del 2012, la quale ha modificato l'articolo 15 del TUIR. La stessa legge n. 96 del 2012, tuttavia, non ha espressamente coordinato il testo dell'articolo 147 del TUIR (detrazioni per enti non commerciali). L'Agenzia ritiene che, da un'interpretazione sistematica delle norme, l'intento del legislatore non era quello di escludere, per i soli enti non commerciali, la detraibilità delle erogazioni liberali alle Onlus. Pertanto questi enti possono continuare a considerare detraibili le liberalità erogate in favore delle Organizzazioni non lucrative di utilità sociale, nella misura del 19%.

Articolo 17, comma 4 (Cinque per mille)

Il **comma 4** prevede la **stabilizzazione della disciplina** dell'istituto del 5 per mille IRPEF, disponendo **l'applicazione all'esercizio finanziario 2015 e agli esercizi successivi** delle **disposizioni** vigenti in materia, relative al **riparto della quota del 5 per mille** con riferimento alle dichiarazioni dei redditi dell'annualità precedente, contenute all'articolo 2, commi da 4-*novies* a 4-*undecies*, del D.L. n. 40 del 2010.

L'istituto del 5 per mille dell'imposta sul reddito è stato introdotto, a partire dal 2006, dall'articolo 1, comma 337, della legge n. 266 del 2005 (legge finanziaria per il 2006), con l'istituzione, a titolo iniziale e sperimentale, di un apposito Fondo nel quale far confluire una quota pari al **5 per mille** dell'imposta sul reddito da destinare ad una serie di finalità di interesse sociale e di ricerca. L'istituto è stato poi annualmente confermato per gli esercizi finanziari successivi, da apposite norme di legge, fino all'attuale. A differenza del primo anno di applicazione (in cui le somme corrispondenti alla quota del 5 per mille sono state determinate "sulla base degli incassi in conto competenza relativi all'IRPEF, sulla base delle scelte espresse dai contribuenti come risultanti dal rendiconto generale dello Stato"), negli anni successivi è stata introdotta una vera e propria autorizzazione legislativa di spesa, da intendersi quale **limite massimo di spesa** stanziato per le finalità cui è diretto il 5 per mille.

Anche la **disciplina** relativa alla ripartizione della quota del 5 per mille IRPEF, prevista dal citato **D.L. n. 40 del 2010**, richiamato dalla norma in esame, introdotta per il riparto del 5 per mille dell'esercizio finanziario 2010 (dichiarazione dei redditi 2009), è stata via via estesa agli anni successivi con apposite norme di legge⁷⁰.

Il comma stabilisce altresì che le **norme attuative** di tale disciplina, contenute nel **D.P.C.M. 23 aprile 2010, si applichino a decorrere** dall'esercizio finanziario **2014**, con aggiornamento riferito a ciascun esercizio finanziario, dei riferimenti temporali ivi contenuti.

Si segnala come il riferimento all'anno 2014 - anziché all'anno 2015, in coerenza con il primo periodo del comma in esame - sembrerebbe derivare da un possibile refuso del testo, atteso che anche per tale anno ha continuato a trovare applicazione la disciplina dettata dal suddetto D.P.C.M.

Viene inoltre indicato in **500 milioni di euro** l'importo destinato alla **liquidazione** della quota del 5 per mille a **decorrere dall'anno 2015**.

⁷⁰ All'anno 2011, dall'articolo 2, comma 1, del D.L. n. 225/2010 (dichiarazioni 2010); all'anno 2012, dall'articolo 33, comma 11, della legge n. 183/2011 (dichiarazioni 2011); all'anno 2013, dall'articolo 23, comma 2, del D.L. n. 95/2012 (dichiarazioni 2012); all'anno 2014, dall'articolo 1, comma 205, della legge n. 147/2013 (dichiarazioni 2013).

Tale importo è superiore a quanto annualmente autorizzato negli anni precedenti per le finalità del 5 per mille IRPEF (negli ultimi tre anni, sono stati stanziati 300 milioni nel 2011, 400 milioni sia per il 2012 che per il 2013).

Con la norma in esame viene dunque introdotta una **disciplina a regime** dell'istituto.

Sul punto si ricorda come la **Corte dei Conti**, nell'ultima Relazione concernente la "Destinazione e gestione del 5 per mille dell'IRPEF", trasmessa alla Camera il 21 dicembre 2013⁷¹, abbia messo in **evidenza** come l'esistenza dell'istituto del 5 per mille sia dipeso, finora, dalla reiterazione annuale di leggi, quali la legge di stabilità ed altre disposizioni relative alla spesa pubblica, e come la sua mancata stabilizzazione attraverso una **legge organica** - in grado di garantire la **certezza delle risorse** nel corso di un arco temporale ragionevole e la definizione di **tempi certi per l'erogazione** dei fondi, al fine di permettere ai beneficiari di programmare, con congruo anticipo, le attività - abbia prodotto inefficienze ed inutili appesantimenti burocratici.

Per quanto concerne la disciplina dell'istituto, si ricorda che il citato articolo 2 del decreto-legge n. 40/2010 stabilisce che esso sia destinato al finanziamento delle seguenti finalità (comma 4-*novies*, D.L. n. 40/2010):

- sostegno del **volontariato** e altre **organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS)**, che operano in determinati settori, quali assistenza sociale e socio-sanitaria, assistenza sanitaria, beneficenza, istruzione, formazione, sport dilettantistico, tutela, promozione e valorizzazione delle cose d'interesse artistico e storico, tutela e valorizzazione della natura e dell'ambiente, promozione della cultura e dell'arte, tutela dei diritti civili, ricerca scientifica di particolare interesse sociale, nonché delle **associazioni di promozione sociale** iscritte negli appositi registri nazionale, regionale e provinciale (tenuti presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, Dipartimento per gli affari sociali), delle **associazioni e fondazioni** riconosciute che operano nei settori sopra citati⁷²;
- finanziamento della **ricerca scientifica** e dell'**università**. Il decreto-legge n. 78/2010, all'articolo 38, comma 13-*quinquies* ha specificato che per l'anno finanziario 2010, possono beneficiare del riparto del 5 per mille i soggetti già inclusi nell'elenco degli enti della ricerca scientifica e dell'Università predisposto per l'esercizio finanziario 2009;
- finanziamento della **ricerca sanitaria**;
- **attività sociali** svolte dal comune di residenza del contribuente;
- sostegno delle **associazioni sportive dilettantistiche** in possesso del riconoscimento ai fini sportivi rilasciato dal CONI a norma di legge, che svolgono una rilevante attività di interesse sociale.

⁷¹http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdcc/_documenti/controllo/sez_centrale_controllo_amm_stato/2013/delibera_14_2013_g.pdf.

⁷² Si tratta di organizzazioni di sostegno al volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460, e successive modificazioni, nonché delle associazioni di promozione sociale iscritte nei registri nazionale, regionali e provinciali previsti dall'articolo 7 della legge 7 dicembre 2000, n. 383, e delle associazioni e fondazioni riconosciute che operano nei settori di cui all' articolo 10, comma 1, lettera a), del citato decreto legislativo n. 460 del 1997.

Si ricorda inoltre, che l'**articolo 23, comma 46 del D.L. n. 98/2011** ricomprende, a decorrere **dall'anno** finanziario **2012**, tra le finalità cui può essere destinato il cinque per mille il finanziamento delle **attività di tutela, promozione e valorizzazione dei beni culturali e paesaggistici**. In attuazione di quanto sopra, il D.P.C.M. 30 maggio 2012 ha fissato le modalità di presentazione della richiesta e di predisposizione delle liste dei soggetti ammessi al riparto.

Il decreto-legge n. 40/2010, all'articolo 2, comma 4-*undecies*, ha previsto uno specifico obbligo di rendicontazione in capo a tutti i soggetti beneficiari del riparto, chiamati a redigere, entro un anno dalla ricezione delle somme, un apposito rendiconto delle stesse, da cui deve risultare chiaramente, anche a mezzo di una relazione illustrativa, la destinazione delle somme attribuite ai soggetti beneficiari.

Il **D.P.C.M. 23 aprile 2010** reca la **disciplina attuativa** delle disposizioni di cui sopra, stabilendo finalità e soggetti ammissibili al beneficio del 5 per mille. Il decreto disciplina le modalità ed i termini degli adempimenti a carico dei beneficiari e le attività che le amministrazioni devono porre in essere per il riparto e la corresponsione delle quote; lo stesso regola, altresì, gli obblighi successivi all'attribuzione degli importi, cioè la rendicontazione e l'eventuale recupero dei contributi.

Si rileva, comunque, al riguardo, che l'**articolo 2, comma 2, del D.L. n. 16/2012** ha **modificato i criteri di ammissibilità al beneficio**, stabilendo che **a decorrere dall'esercizio finanziario 2012**, possono partecipare al riparto del 5 per mille anche gli enti che, pur non avendo assolto gli adempimenti richiesti per l'ammissione al contributo entro i termini di scadenza, rispettino le seguenti **condizioni**:

- siano in possesso dei requisiti sostanziali richiesti dalle norme di riferimento;
- presentino le domande di iscrizione (e le successive integrazioni documentali) entro il 30 settembre;
- paghino contestualmente la sanzione, nella misura minima di 258 euro prevista dall'articolo 11, co. 1, del D.Lgs. n. 471/1997, tramite versamento, senza possibilità di compensazione.

Il **comma in esame**, infine, prevede che **le somme non utilizzate** entro il 31 dicembre di ciascun anno **possono esserlo nell'esercizio successivo**.

La norma – invero già prevista dall'articolo 1, comma 205 della legge di stabilità 2013 – introduce, **in via permanente**, la possibilità che le somme non impegnate relative al cinque per mille alla chiusura dell'esercizio possano essere utilizzate nell'esercizio successivo.

Tale disposizione consente il mantenimento in bilancio delle somme del 5 per mille che, altrimenti, se non utilizzate alla chiusura dell'esercizio, secondo la normativa contabile costituirebbero economie di bilancio. Ciò è connesso al fatto che la complessa procedura sottesa, in particolare, all'esame dei soggetti ammissibili al contributo – considerando anche i relativi ricorsi che questi possono presentare - si svolge di media l'arco di due anni.

Articolo 17, comma 13 **(Fondo nazionale per le politiche ed i servizi dell'asilo)**

Il **comma 13** incrementa di **187,5 milioni di euro** annui a decorrere **dal 2015**, il **Fondo nazionale per le politiche ed i servizi dell'asilo**, destinato all'ampliamento del Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati.

In base al quadro normativo vigente, i servizi di assistenza e di protezione dei richiedenti asilo e dei rifugiati sono svolti principalmente dagli enti locali.

In particolare, la L. n. 189/2002, ha soppresso la corresponsione di un contributo di prima assistenza per 45 giorni da parte del Ministero dell'interno in favore dei richiedenti asilo privi di mezzi (art. 1, comma 7, D.L. n. 416/1989, convertito da L. n. 39/1990). In luogo di tale contributo, l'articolo 1-sexies del medesimo D.L. n. 416/1989 (introdotto dall'art. 32 della legge n. 189/2002), disciplina un **sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR)** che consente agli enti locali di accogliere nell'ambito dei servizi di accoglienza da essi apprestati i richiedenti asilo privi di mezzi di sussistenza, ove non ricorrano le condizioni di trattenimento nei CARA o nei Centri di identificazione ed espulsione (CIE) ai sensi degli articoli 20 e 21 D.Lgs. n. 25/2008.

I richiedenti protezione vengono ospitati nei CARA quando si verificano le seguenti condizioni:

- necessità di determinare l'identità o la nazionalità del richiedente;
- presentazione della richiesta da parte di coloro che sono stati fermati dalla forza pubblica per aver eluso i controlli di frontiera o per essere in condizioni di soggiorno irregolare.

Nel caso di richiedenti asilo, affluiscono nei CIE:

- coloro che sono esclusi dai benefici della Convenzione di Ginevra, perché macchiatisi di gravi reati (crimini di guerra o contro l'umanità)⁷³;
- coloro che sono stati condannati per uno dei delitti per i quali è previsto l'arresto in flagranza (art. 380 codice procedura penale) o per reati particolarmente gravi quali quelli di droga, immigrazione clandestina, prostituzione;
- coloro che sono destinatari di un provvedimento di espulsione o di respingimento alla frontiera.

Per i servizi di accoglienza degli enti locali sono previste, dal medesimo articolo 1-sexies del D.L. n. 416/1989, forme di sostegno finanziario apprestate dal Ministero dell'interno e poste a carico di un fondo *ad hoc*, denominato **Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo**, istituito dal successivo articolo 1-septies.

Per coordinare i servizi territoriali è prevista l'attivazione (ad opera del Ministero dell'interno) e l'affidamento, mediante convenzione, all'ANCI di un **servizio centrale** di

⁷³ Art. 1, lett. F) della Convenzione di Ginevra ratificata dalla legge 24 luglio 1954, n. 722.

informazione, promozione, consulenza, monitoraggio e supporto tecnico agli enti locali che prestano i servizi di accoglienza.

La disciplina del Fondo nazionale per le politiche ed i servizi dell'asilo destinato a finanziarie le iniziative degli enti locali è fissata ancora oggi nell'art. 1-*septies* del D.L. n. 416/1989, ai sensi del quale esso è alimentato da:

- apposite risorse iscritte nel bilancio di previsione del Ministero dell'interno;
- assegnazioni annuali del Fondo europeo per i rifugiati⁷⁴;
- donazioni private.

Le disponibilità del Fondo sono assegnate annualmente con decreto del Ministro dell'interno, e sono destinate alle iniziative dei comuni e delle province, in misura non superiore all'80% del costo complessivo di ciascuna iniziativa territoriale.

Ai sensi del citato art. 1-*sexies*, comma 2, del D.L. n. 416 è stato adottato il decreto ministeriale 28 novembre 2005, poi sostituito dal D.M. 30 luglio 2013, con il quale il Ministero dell'interno ha dettato le linee guida ed il formulario per la presentazione delle domande di contributo, i criteri per la ripartizione e per la verifica della corretta gestione del medesimo contributo e le modalità per la sua eventuale revoca.

Per approfondimenti si veda il tema Asilo del sito del Ministero dell'interno e l'approfondimento dedicato al il Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo: www.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/temi/asilo/sottotema008.html.

Dall'inizio dell'anno fino a metà settembre del 2014 le richieste di protezione internazionale sono state circa 38.000 a fronte di 26.620 domande presentate in tutto l'anno 2013 (Camera dei deputati, Commissioni riunite I e II, Audizione informale del Capo Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione del Ministero dell'interno prefetto Morcone, 15 settembre 2014). L'incremento della presentazione delle domande è collegato alla forte ripresa dei flussi migratori, motivati sempre più dalla situazione politica dei Paesi di provenienza, piuttosto che da ragioni economiche.

Agli oneri connessi all'aumento del numero dei richiedenti asilo si è fatto fronte innanzitutto, con il decreto-legge 15 ottobre 2013, n. 120, recante misure di riequilibrio della finanza pubblica (convertito dalla legge 13 dicembre 2013, n. 137) che ha incrementato di 20 milioni di euro per l'anno 2013 il Fondo nazionale per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati ed ha istituito un Fondo

⁷⁴ Il Fondo Europeo per i Rifugiati è stato istituito con Decisione del Consiglio Europeo n. 2000/596/CE (cd. "Decisione FER") per sostenere le azioni degli Stati membri dell'Unione in merito alle condizioni di accoglienza, integrazione e rimpatrio volontario di richiedenti asilo, rifugiati e profughi. La Decisione introduce un nuovo sistema di gestione degli interventi, che affida a ciascuno Stato membro il compito di individuare, sulla base della situazione esistente nei singoli Paesi, le carenze nel campo dell'accoglienza, dell'integrazione e del rimpatrio volontario e le azioni da intraprendere per far fronte alle specifiche esigenze riscontrate a livello nazionale, attraverso la predisposizione di un apposito programma di attuazione FER. Le risorse finanziarie del FER vengono ripartite fra gli Stati membri, ai quali viene affidata la responsabilità dell'attuazione delle azioni che beneficiano del sostegno comunitario e quindi la selezione, la sorveglianza, il controllo e la valutazione dei singoli progetti. In Italia, l'Autorità Responsabile è il Ministero dell'Interno. Si cfr.: <http://www.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/temi/asilo/sottotema010.html>.

presso il Ministero dell'interno per far fronte ai problemi indotti dal fenomeno dell'immigrazione, con una dotazione di 190 milioni di euro per l'anno 2013. Parte della dotazione di quest'ultimo fondo, pari a **30 milioni**, sono stati assegnati al Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione del Ministero dell'interno ad integrazione del Fondo nazionale per le politiche ed i servizi dell'asilo (decreto del Ministro dell'interno 3 giugno 2014).

L'art. 1, comma 204, della legge di stabilità 2014 (L. 147/2013) ha incrementato di **3 milioni** di euro per l'anno 2014 al fine di realizzare iniziative complementari o strumentali necessarie all'integrazione degli immigrati nei comuni, singoli o associati, che siano sede di Centri di accoglienza per richiedenti asilo (CARA) con una capienza pari o superiore alle 3.000 unità.

Il fondo è stato ulteriormente incrementato con il decreto-legge 119 del 2014 di **50,8 milioni** di euro per il 2014, finalizzati all'ampliamento delle strutture del Sistema di protezione richiedenti asilo e rifugiati - SPRAR) oltre a creare un nuovo fondo nello stato di previsione del Ministero dell'interno per fronteggiare l'eccezionale afflusso di stranieri sul territorio nazionale e vi destina per il 2014 62,7 milioni di euro.

A questi fondi disposti in via legislativa, si aggiungono, per il 2014, 60 milioni provenienti dal fondo di riserva per le spese impreviste, e 53 stanziati in sede di assestamento (si veda l'Audizione del Capo Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione cit.)

Si ricorda, inoltre, il medesimo decreto-legge 119/2014 ha introdotto diverse misure per velocizzare e rendere più efficiente le procedure di esame delle richieste di asilo. Tra queste l'aumento del numero delle commissioni territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale – che passano da dieci a venti. Anche il numero delle sezioni composte da membri supplenti viene aumentato a trenta. Al contempo è attribuita, in tale ambito, una funzione di coordinamento al Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione del Ministero dell'interno. Inoltre, il rappresentante dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati (ACNUR) che fa parte delle commissioni territoriali può essere anche designato da tale organismo senza doverne necessariamente fare parte. Il testo interviene altresì in merito alla competenza delle commissioni territoriali nel caso di trasferimento del richiedente ad un centro diverso da quello in cui è accolto o trattenuto e riguardo alle modalità di svolgimento del colloquio che, di norma, dovrà essere svolto alla presenza di uno solo dei componenti della Commissione, con specifica formazione e, ove possibile, dello stesso sesso del richiedente. Riguardo all'esame delle domande, viene previsto il ricorso anche alla collaborazione soggetti operanti a livello internazionale nel campo della tutela dei diritti umani per acquisire i dati necessari alla Commissione nazionale che elabora le informazioni circa la situazione generale esistente nel Paese di origine dei richiedenti asilo. Inoltre, viene previsto che la commissione territoriale acquisisce, anche d'ufficio, le informazioni relative alla situazione del Paese di origine e alla specifica condizione del richiedente che ritengono necessarie ad integrazione del quadro probatorio prospettato dal richiedente. Ulteriori disposizioni prevedono che i componenti delle commissioni territoriali partecipino ad un corso di formazione iniziale e a periodici corsi di aggiornamento e che entro il 30 giugno di ogni anno il Ministro

dell'interno invii al Parlamento una relazione sull'utilizzo del fondo immigrazione e una relazione sul sistema di accoglienza.

Procedure di contenzioso UE

Con lettera di costituzione in mora del 24 ottobre 2012, la Commissione europea ha aperto, ex articolo 258 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea, la **procedura di infrazione** (n. **2012/2189**) nei confronti dell'Italia contestando la **violazione di obblighi** imposti dal diritto dell'UE, previsti dalle [direttive 2005/85/CE](#) (direttiva "procedure"), [2003/9/CE](#) (direttiva "accoglienza"), [2004/83/CE](#) (direttiva "qualifiche"), e dal regolamento n. 343/2003 (regolamento "Dublino", recante i criteri di determinazione dello Stato membro competente per l'esame di una domanda di asilo, successivamente abrogato dal [regolamento \(UE\) n. 604/2013](#)). In primo luogo la Commissione europea addebita all'Italia di non garantire un **accesso rapido alla procedura di asilo e ai diritti** che scaturiscono dalla relativa domanda.

I rilievi della Commissione evidenzerebbero in particolare: **tempi prolungati** di attesa tra la manifestazione della volontà del richiedente di presentare domanda di asilo e gli appuntamenti fissati dalle autorità per la formalizzazione della stessa; **difficoltà nella registrazione formale** della domanda di asilo in mancanza di una prova formale del soggiorno; **specifiche criticità** per quanto riguarda la presentazione della domanda di asilo da parte dei **richiedenti asilo** in condizioni di detenzione all'interno dei **Centri di identificazione ed espulsione (CIE)**. Riguardo quest'ultimo profilo – secondo la Commissione europea - i richiedenti asilo, attualmente trattenuti presso i Centri di identificazione ed espulsione (CIE), sarebbero pressoché **irraggiungibili dal personale di organismi internazionali o nazionali** che li renda **edotti**, in una lingua ad essi comprensibile, dei loro **diritti** e delle **modalità** idonee a presentare una **domanda di asilo**.

Gli addebiti della Commissione europea riguardano in secondo luogo **l'accesso alle condizioni di accoglienza** previste dal diritto dell'UE. In particolare, laddove la direttiva "accoglienza" dispone che, **entro tre giorni dalla richiesta di asilo**, il richiedente ottenga il rilascio di un **"permesso di soggiorno"**, in Italia la **concessione** di quest'ultimo certificato sopraggiungerebbe, talvolta, **decorsi molti mesi dalla presentazione della domanda**. Inoltre, ove la direttiva "accoglienza" dispone che il "richiedente asilo" goda delle **"condizioni di accoglienza"** (alloggio, vitto, vestiario etc.) a decorrere dalla stessa richiesta di asilo e non già dal momento dell'ottenimento del "permesso di soggiorno", in Italia, per converso, il **richiedente potrebbe approfittare dell'"accoglienza" solo in seguito al rilascio dello stesso permesso di soggiorno**.

La Commissione individua inoltre varie **criticità** nell'applicazione del regolamento (CE) n. 343/2003, che stabilisce i criteri e i meccanismi di determinazione dello Stato membro competente per l'esame di una domanda d'asilo presentata in uno degli Stati membri da un cittadino di un paese terzo (cd. **regolamento Dublino**).

Dai dati in possesso della Commissione, emergerebbe tra l'altro, che:

- **solo i rimpatriati** secondo il regolamento Dublino il cui **caso è pendente** ricevono, in linea di principio, **accoglienza analoga agli altri richiedenti**;
- è molto **limitato il numero di posti riservati a tale categoria di richiedenti** e spesso i singoli rimpatriati sono semplicemente indirizzati verso le autorità locali senza strutture di accoglienza prestabilite (nel biennio 2008-2009 solo il **12 per cento** dei rimpatriati Dublino sarebbe stato oggetto di progetti SPRAR).

In particolare la Commissione europea sottolinea che qualora il richiedente rivolga la **domanda di asilo** ad uno Stato UE che **non è quello "competente"** (in base ai criteri contenuti nel regolamento Dublino):

- lo **Stato UE** cui si è rivolta domanda di asilo dovrebbe comunque garantire al soggetto richiedente, in attesa che lo Stato "competente" lo "prenda" o "riprenda" in carico, **condizioni minime di accoglienza**;
- dalla giurisprudenza della Corte UE risulta che uno Stato UE, che ritenga "competente" un altro Stato UE, **non può comunque trasferire** in quest'ultimo Stato il richiedente asilo, ove, nello stesso Stato, i rifugiati subiscano trattamenti **degradanti e disumani**.

Infine la Commissione europea contesta all'Italia una limitata **capacità generale di accoglienza** del sistema di asilo italiano.

Articolo 17, commi 14-15 (Minori non accompagnati)

L'**articolo 17, comma 14**, istituisce, a decorrere dal 1° gennaio 2015, il **Fondo per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati**, nello stato di previsione del **Ministero dell'interno**. Nel nuovo fondo confluiscono le risorse dell'analogo Fondo nazionale per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati istituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali dal decreto-legge 95/2012 (convertito dalla L. 135/2012) che viene contestualmente soppresso. Inoltre, il nuovo fondo è incrementato di **12,5 milioni di euro all'anno** a decorrere dal 2015.

Nel nostro ordinamento le disposizioni in materia di minori stranieri non accompagnati sono contenute principalmente nel testo unico sull'immigrazione (decreto legislativo n. 286 del 1998 (articoli 32 e 33) e nel regolamento del Comitato minori stranieri (decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 535 del 1999).

Specifiche disposizioni sul diritto di asilo dei minori non accompagnati sono previste dal decreto legislativo 251 del 2007 (art. 28), dal decreto legislativo n. 25 del 2008 (art. 19) e dalla direttiva del Ministero dell'interno del 7 dicembre 2006.

Per minore non accompagnato si intende il minorenne senza cittadinanza italiana (o di altro Paese dell'Unione Europea) che non ha presentato domanda di asilo politico e che si trova nel territorio dello Stato privo di assistenza e rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili.

In base all'articolo 6 del DPCM n. 535/99, al minore non accompagnato sono garantiti i diritti relativi al soggiorno temporaneo, alle cure sanitarie, all'avviamento scolastico e alle altre provvidenze disposte dalla legislazione vigente. Alla tutela dell'effettivo esercizio di tali diritti era preposto il Comitato per i minori stranieri, organismo statale operante presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Il Comitato per i minori stranieri, in quanto organismo collegiale in proroga, ha cessato in data 2 agosto 2012 le proprie attività ai sensi del sopracitato art. 12, comma 20, del DL 95/2012 (conv. L. 135/2012) con conseguente trasferimento delle medesime alla Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

Ai minori stranieri non accompagnati, una volta raggiunta la maggiore età, può essere concesso il permesso di soggiorno sempre ch  non sia stata attivata nel frattempo la procedura di rimpatrio assistito. Il rilascio del permesso di soggiorno   subordinato al rispetto di una serie di condizioni; esso   rilasciato a coloro che:

- risultano affidati ad una famiglia o sottoposti a tutela;
- sono presenti in Italia da almeno 3 anni;
- hanno partecipato ad un progetto di integrazione della durata di almeno 2 anni;
- hanno disponibilit  di un alloggio;
- frequentano corsi di studio o svolgono attivit  lavorativa regolare oppure sono in possesso di un contratto di lavoro anche se non ancora iniziato.

La legge italiana non consente l'espulsione, a meno che non ci siano gravi motivi di ordine pubblico o di sicurezza dello Stato, nei confronti degli stranieri minori di anni 18, salvo il diritto a seguire il genitore o l'affidatario espulsi.

E' prevista, tuttavia, la possibilità di adottare, nei confronti del minore straniero non accompagnato, un provvedimento di rimpatrio assistito.

Tale provvedimento è adottato dal Ministero del lavoro al fine del ricongiungimento del minore coi propri familiari o al riaffidamento alle autorità responsabili del Paese d'origine, in conformità alle convenzioni internazionali, alla legge e alle disposizioni dell'autorità giudiziaria. Il rimpatrio assistito deve essere finalizzato a garantire il diritto all'unità familiare del minore.

Al 30 settembre 2014 risultano, secondo il monitoraggio effettuato dal Ministro del lavoro, **12.164 minori** stranieri non accompagnati segnalati (erano 8.526 il 31 ottobre 2013), di cui 3.163 irreperibili.

Si ricorda che il **Fondo nazionale per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati** è stato istituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali dall'art. 23, comma 11 (quinto periodo), del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 95 (L. 135/2012), con una dotazione di 5 milioni di euro per l'anno 2012. L'istituzione del nuovo fondo fa parte di una serie di misure, recate dal medesimo art. 23, comma 11, volte ad assicurare la prosecuzione degli interventi connessi al superamento dell'emergenza umanitaria nel territorio nazionale, ivi comprese le operazioni per la salvaguardia della vita umana in mare, in relazione all'eccezionale afflusso di cittadini appartenenti ai Paesi del Nord Africa.

La dotazione del fondo è stata successivamente incrementata di 20 milioni per l'anno 2013, dall'articolo 1, comma 1, del decreto-legge n. 120/2013 (L. n. 137/2013) nonché, di 40 milioni di euro per il 2014 e di 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2015 e 2016 dall'art. 1, co. 202 e 203, della L. 147/2013 (legge di stabilità 2014). Attraverso il Fondo, il Ministro del lavoro provvede, con proprio decreto, sentita la Conferenza unificata, alla copertura dei costi sostenuti dagli enti locali per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati, nei limiti delle risorse suddette.

Il **comma 15** prevede che i minori stranieri non accompagnati accedono ai servizi di accoglienza finanziati con il **Fondo nazionale per le politiche ed i servizi dell'asilo**.

Resta fermo quanto previsto dall'articolo 26, comma 6, del decreto legislativo n. 25/2008, relativo all'obbligo dell'autorità che riceve la domanda di protezione internazionale di informare immediatamente il Servizio centrale del sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati ai fini dell'inserimento del minore in una delle strutture operanti nell'ambito del Sistema di protezione stesso.

Come si evince dalla relazione illustrativa, la norma è finalizzata ad estendere l'assistenza della rete SPRAR anche ai minori stranieri non accompagnati **che non hanno richiesto il riconoscimenti del diritto di asilo**.

Infatti, attualmente solo i minori stranieri non accompagnati richiedenti asilo, ai sensi del richiamato art. 26 del D.Lgs. 25/2008, sono immediatamente avviati nelle strutture di accoglienza del rete SPRAR (Camera dei deputati, Commissioni riunite I e II, Audizione informale del Capo del Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione del Ministero dell'interno, prefetto Morcone, 15 settembre 2014).

Si ricorda che è in corso di esame in sede referente presso la I Commissione la proposta di legge Zampa C. 1658, che introduce modifiche alla normativa vigente in materia di minori stranieri non accompagnati, con la finalità di stabilire una disciplina unitaria organica sui minori stranieri non accompagnati che rafforzi gli strumenti di tutela garantiti dall'ordinamento e assicuri maggiore omogeneità nell'applicazione delle disposizioni in tutto il territorio nazionale.

Il testo della suddetta proposta di legge, risultante dagli emendamenti approvati dalla I Commissione, prevede che all'attuazione delle disposizioni previste dagli articoli 4 e 13 si provveda nell'ambito delle risorse del Fondo nazionale per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati di cui al citato articolo 23, comma 11, quinto periodo del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95.

Con l'articolo 4 si disciplinano le modalità di contatto e di informazione dei minori stranieri non accompagnati presso i valichi di frontiera, in modo da rafforzare la garanzia di misure di accoglienza anche prima del momento dell'identificazione del minore. E' stabilito l'obbligo di informare il minore circa il diritto di richiedere protezione internazionale e vengono fissati tempi massimi per la conclusione delle operazioni di identificazione (5 giorni) e per la permanenza (30 giorni) presso la struttura di prima accoglienza.

L'articolo 13 dispone che l'accoglienza dei minori sia garantita nell'ambito del Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati che – conseguentemente – assume la denominazione «Sistema di protezione per richiedenti asilo, rifugiati e minori stranieri non accompagnati».

Procedure di contenzioso UE

La Commissione europea ha inviato all'Italia una lettera di costituzione in mora (**procedura n. 2014/2171**) relativa alla **tutela dei minori non accompagnati richiedenti asilo** contestando la **violazione di obblighi** imposti dal diritto dell'UE, previsti dalle [direttive 2005/85/CE](#) (direttiva "procedure"), [2003/9/CE](#) (direttiva "accoglienza"), [2004/83/CE](#) (direttiva "qualifiche"), e dal regolamento n. 343/2003 (regolamento "Dublino", recante i criteri di determinazione dello Stato membro competente per l'esame di una domanda di asilo, successivamente abrogato dal [regolamento \(UE\) n. 604/2013](#)).

La Commissione riconosce che la legislazione nazionale in Italia fornisce un **quadro normativo** inteso a garantire un alto livello di protezione ai minori non accompagnati, compresa la rapida nomina di un tutore e la definizione prioritaria della necessità di asilo. Tuttavia, secondo i rilievi della Commissione:

- **nella pratica** l'accesso alle procedure di asilo per i minori non accompagnati è spesso ritardato a causa dei **lunghi tempi di attesa per la nomina dei tutori**, che possono arrivare **fino a 11 mesi**. In tal senso, si profila una violazione dell'art. 17, paragrafo 1 della direttiva "procedure", e dell'art. 19, paragrafo 1, della direttiva "accoglienza", in combinato disposto con il principio consolidato secondo cui le procedure per l'esercizio dei diritti garantiti dal diritto dell'UE devono essere facilmente accessibili;
- in molti casi viene nominato lo **stesso tutore** per un **gran numero di minori**, con **ripercussioni negative** sulla **possibilità di instaurare una relazione di fiducia** e un rapporto di tutela attento e curato;
- non vi è alcuna disposizione giuridica che precisi che **i tutori legali debbano essere formati** e debbano possedere un'apposita competenza in materia di asilo. A tale riguardo, la Commissione osserva che l'art. 19, paragrafo 4 della direttiva "accoglienza" dispone che le persone che si occupano di minori non accompagnati abbiano ricevuto o ricevano una **specifico formazione in merito alle particolari esigenze degli stessi**. Inoltre, discende dall'art. 17, paragrafo 1 della direttiva "procedure" che i tutori siano in grado di fornire ai minori non accompagnati a loro affidati un'**adeguata assistenza individuale** e informazioni sulla procedura di asilo;
- **non sembra esistere alcun sistema di controllo** per verificare in che modo i tutori legali agiscono e svolgono il loro mandato.

Documenti all'esame delle istituzioni dell'UE

Il 24 giugno 2014 la Commissione europea ha presentato una **proposta di modifica** del [regolamento \(UE\) n. 604/2013](#) (cd. **regolamento "Dublino III"**) per quanto riguarda la determinazione dello Stato membro competente per l'esame di una domanda di **protezione internazionale presentata da un minore** non accompagnato che non ha familiari, fratelli o parenti presenti legalmente in uno Stato membro.

Alla luce della **sentenza della Corte di giustizia** dell'Unione europea [C-648/11](#), la Commissione propone di chiarire qual è lo Stato membro competente per l'esame di una domanda presentata da un minore non accompagnato.

Articolo 26, comma 2
(Soppressione prestazioni accessorie INPS per cure termali)

Il **comma 2 dell'articolo 26** dispone la **soppressione** della norma che prevede l'erogazione da parte di INPS e INAIL di **prestazioni economiche accessorie** corrisposte agli aventi diritto ai regimi speciali di **cure termali** garantite dal Sistema sanitario nazionale, con oneri a carico delle medesime gestioni previdenziali.

La disposizione soppressa è l'ultimo periodo del comma 1, articolo 5, della legge n. 323 del 2000 che ha riordinato il settore termale, principalmente a scopo di prevenzione dell'inabilità pensionabile.

La legge che istituisce il Servizio sanitario nazionale (L. 833/1978) disciplina, all'articolo 36, il termalismo terapeutico, garantendo le prestazioni agli aventi diritto nei limiti previsti dal piano sanitario nazionale; pertanto, le prestazioni di assistenza termale, vale a dire i cicli di cure idrotermali per soggetti affetti da determinate patologie, rientrano tra quelle incluse nei LEA (livelli essenziali di assistenza) di cui al DPCM 29 novembre 2001, nell'ambito della macroarea dell'assistenza distrettuale. L'erogazione delle cure termali è quindi a carico del SSN, mentre l'assicurato è tenuto al pagamento del ticket nella misura prevista con riferimento ai LEA.

L'art. 6 del DL. 390/1995 (L. 490/1995) distingue i regimi speciali INPS e INAIL, che comunque sono inclusi tra le prestazioni idrotermali rientranti nel Piano sanitario nazionale approvato dal Ministero della salute. Questi istituti, in particolare, garantiscono ai propri assicurati la concessione di cure termali nelle forme di prestazioni balneo-termali⁷⁵ e come prestazioni economiche accessorie⁷⁶, che consistono, ad esempio, nel rimborso della spese di soggiorno e di viaggio, in certi casi in una diaria (limitatamente ai giorni di viaggio) e, quando prevista, nell' integrazione della rendita di inabilità permanente.

La disposizione in esame dunque prevede l'abolizione degli oneri finanziari a carico degli enti previdenziali corrispondenti a prestazioni che non rientrano nei livelli essenziali di assistenza a carattere accessorio, restando a carico del SSN l'erogazione delle altre prestazioni di assistenza termale previste dalla normativa vigente.

⁷⁵ <http://www.inps.it/portale/default.aspx?itemdir=5942>

⁷⁶ http://www.superabile.it/web/it/Home/La_scheda/info751635155.html

Articolo 28, commi 6 e 7
(Comandi del personale scolastico)

I **commi 6 e 7** modificano la disciplina in materia di comandi, distacchi, utilizzazioni del personale scolastico, attraverso:

- **l'eliminazione** della possibilità di collocare **fuori ruolo docenti e dirigenti scolastici** per **assegnazioni** presso **associazioni professionali** del personale direttivo e docente ed enti cooperativi da esse promossi, enti che operano nel campo della **formazione** e della **ricerca educativa e didattica**, nonché enti che operano nel campo delle **tossicodipendenze**;
- **l'eliminazione, dal 1° settembre 2015**, della possibilità per il personale del **comparto scuola - salve alcune ipotesi** - di essere posto in posizione di **comando, distacco, fuori ruolo o utilizzazione** comunque denominata presso pubbliche amministrazioni, autorità indipendenti, enti, associazioni e fondazioni.

Lo scopo è quello di garantire l'offerta formativa.

In particolare, il **comma 6** sopprime il secondo e il terzo periodo dell'**art. 26, co. 8**, della **L. 448/1998**, i quali – in base alle modifiche apportate, da ultimo, dall'art. 1, co. 57, lett. a) e b), della L. 228/2012 (legge di stabilità 2013) – dispongono che possono essere assegnati docenti e dirigenti scolastici:

- fino a 100 unità presso gli enti e le associazioni che svolgono attività di prevenzione del disagio psico-sociale, assistenza, cura, riabilitazione e reinserimento di tossicodipendenti, iscritti negli albi regionali e provinciali di cui all'art. 116 del DPR 309/1990⁷⁷;
- fino a 50 unità presso associazioni professionali del personale direttivo e docente ed enti cooperativi da esse promossi, nonché presso enti che operano nel campo della formazione e della ricerca educativa e didattica.

Tutte le assegnazioni previste dall'art. 26, co. 8, della L. 448/1998 - incluse, dunque, quelle disposte ai sensi del primo periodo del comma per compiti connessi con l'attuazione dell'autonomia scolastica (v. *infra*) - comportano il **collocamento in posizione di fuori ruolo**. Il periodo trascorso in tale posizione è valido a tutti gli effetti come servizio di istituto nella scuola. All'atto del rientro in ruolo i docenti e i dirigenti scolastici riacquistano la sede nella quale erano titolari al momento del collocamento fuori ruolo se il periodo di servizio prestato nella predetta posizione non è durato oltre un quinquennio. In caso di durata superiore, essi sono assegnati con priorità ad una sede disponibile da loro scelta.

⁷⁷ Il disegno di legge di stabilità 2013 (A.C. 5534) prevedeva la riduzione da 100 a 50 unità del contingente in questione. La previsione fu soppressa durante l'esame parlamentare.

Si rammenta, altresì, che il **co. 9** dello stesso art. 26 dispone che le associazioni professionali del personale direttivo e docente e gli enti cooperativi da esse promossi, nonché gli enti e le istituzioni che svolgono, per loro finalità istituzionale, impegni nel campo della formazione **possono chiedere contributi in sostituzione del personale assegnato**, nel limite massimo delle economie di spesa realizzate per effetto della riduzione delle assegnazioni stesse. Le modalità attuative di tale disposto sono state definite con [D.M. n. 100 del 31 marzo 2000](#).

Occorre, dunque, valutare se non debba essere abrogato anche il comma 9 dell'art. 26 della L. 448/1998.

Il **comma 7** dispone che **dal 1° settembre 2015 il personale del comparto scuola** (incluso, dunque, il personale ATA) **non può essere posto in posizione di comando, distacco, fuori ruolo o utilizzazione** comunque denominata, presso [pubbliche amministrazioni inserite nel conto economico consolidato](#)⁷⁸, nonché presso autorità indipendenti - inclusa la CONSOB -, enti, associazioni e fondazioni, fatte salve alcune ipotesi.

Le fattispecie fatte salve riguardano:

- il **personale dirigente e docente collocato fuori ruolo** per compiti connessi con l'**attuazione dell'autonomia** scolastica, di cui l'amministrazione scolastica centrale e periferica può avvalersi (art. 26, co. 8, primo periodo, L. 448/1998)⁷⁹;
- i dirigenti scolastici e i docenti di ruolo di educazione fisica dispensati in tutto o in parte dall'insegnamento in qualità di **coordinatori periferici di educazione fisica** (art. 307 D.Lgs. 297/1994, novellato dal co. 4 dell'articolo 28 in commento);
- il personale destinato alle **scuole italiane all'estero** (parte V D.Lgs. 297/1994);
- i docenti delle istituzioni scolastiche collocati in esonero parziale o totale in quanto utilizzati presso le università con **compiti di supervisione del tirocinio** e di coordinamento del medesimo con altre attività didattiche nell'ambito di **corsi di laurea in scienze della formazione primaria** e di **corsi di tirocinio formativo attivo per l'abilitazione all'insegnamento** nelle scuole secondarie (art. 1, co. 4, L. 315/1998).

Sono, altresì, fatte salve le prerogative sindacali.

⁷⁸ L'ultimo elenco redatto dall'ISTAT è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 210 del 10 settembre 2014.

⁷⁹ Per l'a.s. 2014-2015, l'assegnazione di dirigenti scolastici e di docenti per lo svolgimento dei compiti connessi con l'attuazione dell'autonomia scolastica è stata disposta con [CM n. 30 del 18 febbraio 2014](#).

In materia, si ricorda che l'**art. 50 del D.Lgs. 165/2001** ha rimesso ad un apposito **accordo tra l'ARAN e le confederazioni sindacali più rappresentative** la disciplina delle aspettative e dei permessi sindacali nel settore pubblico.

Sulla materia è successivamente intervenuto l'**art. 46-bis del D.L. 112/2008 (L. 133/2008)**, che ha rimesso a uno specifico **decreto la razionalizzazione e progressiva riduzione dei distacchi, delle aspettative e dei permessi sindacali**⁸⁰.

Da ultimo, l'**art. 7 del D.L. 90/2014 (L. 114/2014)** ha disposto la **riduzione del 50%, per ciascuna associazione sindacale, dei distacchi, delle aspettative e dei permessi sindacali**, come attribuiti dalle disposizioni regolamentari e contrattuali vigenti⁸¹. Con le procedure contrattuali previste dai rispettivi ordinamenti può essere modificata la ripartizione dei contingenti, come ridefiniti, tra le varie associazioni sindacali⁸².

Ai fini indicati, il comma 7 **sostituisce, dal 1° settembre 2015, l'art. 1, co. 59, della L. 228/2012**, che aveva previsto la possibilità per il personale appartenente al comparto scuola – al di fuori delle ipotesi di collocamento fuori ruolo di cui all'articolo 26, co. 8, della L. 448/1998 e delle prerogative sindacali – di essere posto in posizione di **comando** presso altre amministrazioni pubbliche solo con **oneri a carico dell'amministrazione richiedente**.

Alla luce della nuova disciplina, sembrerebbe, dunque, necessario abrogare anche il comma 10 dell'art. 26 della L. 448/1998.

Infatti, il **co. 10** richiamato dispone che possono essere concessi **comandi annuali** dei dirigenti scolastici e del personale docente ed educativo presso università, associazioni professionali del personale direttivo e docente, nonché presso enti che operano nel campo della formazione e in campo culturale e artistico, **con oneri interamente a loro carico**⁸³.

⁸⁰ In attuazione dell'articolo 46-bis del D.L. 112/2008 è stato adottato il DM 23 febbraio 2009, che ha disposto la progressiva riduzione del contingente dei distacchi e dei permessi sindacali retribuiti e rivisto i criteri per la ripartizione dei contingenti tra le varie associazioni sindacali.

⁸¹ In attuazione di quanto previsto è stata emanata la Circolare del Dipartimento della funzione pubblica n. 5 del 20 agosto 2014.

⁸² Specifiche disposizioni sono previste per le forze di polizia e i vigili del fuoco.

⁸³ Per l'applicazione dei commi da 8 a 10 dell'art. 26 della L. 448/1998 per l'a.s. 2014-2015 il MIUR ha emanato la [CM n. 31 del 18 febbraio 2014](#).

Articolo 44, commi 20-25
(Disposizioni in materia di giochi)

Nelle more del riordino della disciplina dei giochi pubblici prevista nell'ambito della **delega fiscale** di cui all'articolo 14 della legge n. 23 del 2014, il **comma 20** provvede a disciplinare una situazione che si è determinata nel corso degli ultimi anni in relazione ad alcune **agenzie di scommesse**, collegate tramite i c.d. *totem* (terminale da gioco collegato a internet su siti esteri) a *bookmakers* e casinò *off-shore*, **con sedi all'estero** (sia in paesi UE che in paradisi fiscali), che - per effetto della normativa comunitaria e della giurisprudenza in materia di libera concorrenza e prestazioni di servizi - ritengono di poter esercitare attività di **raccolta di gioco** in Italia **senza concessione** da parte dell'Agenzia delle dogane e dei monopoli, e conseguentemente **non versano alcuna imposta** all'erario.

Al riguardo si veda la risposta del Governo in Commissione Finanze della Camera dei deputati all'**interrogazione [5-03560 Busin](#)** del 17 settembre 2014, nella quale si stima che la **rete parallela** sia attualmente composta da circa **5.000 esercizi**, mentre quelli autorizzati alle scommesse sportive sono circa 7.400. Gli importi delle scommesse raccolte nel 2013 dagli esercizi autorizzati ammontavano a circa 3,7 miliardi di euro, mentre quelli delle scommesse raccolte dagli operatori privi di concessione sono stimati in una cifra vicina ai **2,5 miliardi di euro**.

Ai sensi dell'alinea del comma 20, sono **destinatari** delle disposizioni in esame quelle persone che, **in assenza di concessione governativa e fino al momento in cui la conseguono**, offrono comunque scommesse con vincite in Italia, per conto proprio ovvero di soggetti terzi, anche esteri, **senza essere collegati al totalizzatore nazionale dell'Agenzia delle dogane e dei monopoli**.

La disposizione precisa, al riguardo, che, essendo il contratto di gioco **perfezionato in Italia**, è regolato dalla legislazione nazionale, e conseguentemente richiama una serie di disposizioni legislative che trovano applicazione, a decorrere **dal 2015**, nei confronti dei **titolari dell'esercizio e del punto di raccolta** (delle scommesse), indicando, in caso di violazione la conseguente **sanzione (lettera h)** del comma 20).

Sono richiamate, a motivo dell'intervento in commento, le esigenze di **ordine pubblico e sicurezza**, nonché di **tutela dei minori e delle fasce sociali più deboli**.

L'introduzione delle nuove disposizioni punterebbe altresì – secondo quanto emerge dalla relazione illustrativa, per motivi di ordine pubblico e sicurezza – a intercettare e

contrastare il fenomeno del c.d. **match fixing**, ossia l'organizzazione di scommesse illegali al fine di **predeterminare il risultato di un evento sportivo**.

Occorrerebbe valutare la compatibilità delle previsioni di cui alla disposizione in commento – che potrebbero configurarsi quale limitazione alla libera prestazione dei servizi – con il diritto dell'Unione europea, anche in relazione alla congruità del richiamo espresso ai motivi di ordine pubblico e di sicurezza.

Il regime concessorio dei giochi e delle scommesse e la giurisprudenza della Corte di giustizia

Si ricorda che la **procedura autorizzatoria** per il rilascio, da parte dell'autorità di pubblica sicurezza, della licenza per **l'esercizio delle scommesse** è disciplinata dall'articolo 88 del regio decreto 18 giugno 1931, n. 773 recante Testo Unico delle leggi di pubblica sicurezza (Tulps).

La sentenza della **Corte di giustizia dell'Unione europea del 16 febbraio 2012** nelle cause riunite C-72/10 e C-77/10 (sentenza Costa-Cifone) ha stabilito la **compatibilità di un regime di monopolio in favore dello Stato** e di un **sistema di concessioni e autorizzazioni nel settore dei giochi e delle scommesse**, purché siano **rispettati i principi comunitari** in materia di libertà di stabilimento e di prestazione di servizi, parità di trattamento degli operatori - attraverso il principio di equivalenza e di effettività – e proporzionalità, assicurando inoltre il rispetto della certezza del diritto e del dovere di trasparenza. In particolare, la Corte ha chiarito che le **limitazioni** ai principi di libertà di stabilimento e prestazione dei servizi devono essere **strettamente legate a “motivi imperativi di interesse generale”** e non possono discendere da esigenze di natura economica o da interessi patrimoniali dello Stato membro.

E' quindi possibile offrire esclusivamente le tipologie di giochi figuranti in un elenco, sanzionando con la decadenza della concessione l'offerta di qualsiasi altro gioco, purché le decisioni amministrative relative alla redazione dell'elenco siano basate su criteri obiettivi, non discriminatori e noti in anticipo, e possano essere oggetto di un rimedio giurisdizionale. E' inoltre possibile prevedere la decadenza di una concessione di gioco quando nei confronti del concessionario, del legale rappresentante o degli amministratori del concessionario siano state adottate misure cautelari o provvedimenti di rinvio a giudizio nell'ambito di un determinato procedimento penale, purché questa ipotesi sia definita con riferimento a fattispecie penali collegate all'attività di gioco e chiaramente definite.

Nella recente **sentenza del 22 ottobre 2014** nelle cause riunite C-344/13 e C-367/13 la Corte ha rilevato che, **esonero dall'imposta sul reddito soltanto le vincite da giochi d'azzardo realizzate in Italia**, la normativa italiana ha istituito un regime fiscale differente a seconda che le vincite siano ottenute in questo o in altri Stati membri, determinando una **restrizione discriminatoria della libera prestazione dei servizi**.

In tale occasione, la Corte ha rilevato che le autorità di uno Stato membro non possono validamente presumere, in maniera generale e senza distinzioni, che gli organismi e gli enti stabiliti in un altro Stato membro si dedichino ad attività criminali. Inoltre, l'esclusione generalizzata dal beneficio dell'esenzione disposta dall'Italia va al di là di quanto è necessario per lottare contro il riciclaggio di capitali. In secondo luogo, non

è coerente per uno Stato membro intenzionato a lottare contro la ludopatia, da un lato, tassare i consumatori che partecipano a giochi d'azzardo in altri Stati membri e, dall'altro, esonerarli allorché prendono parte a giochi d'azzardo in Italia. Infatti, una tale esenzione può avere come effetto di incoraggiare i consumatori a prendere parte ai giochi d'azzardo e non è dunque idonea a garantire la realizzazione dell'obiettivo suddetto.

Sulle **attività di controllo** da esercitare in materia di gioco, l'**articolo 14, comma 2 della citata legge di delega fiscale** prevede il coordinamento delle disposizioni in materia di giochi con quelle di portata generale in materia di **emersione di attività economiche e finanziarie** detenute in Stati aventi regimi fiscali privilegiati (lettera s)); l'attuazione di un **piano straordinario di controlli** volto a contrastare la pratica del gioco svolto con modalità non conformi all'assetto regolatorio stabilito dallo Stato (lettera u)); la previsione di **maggiori forme di controllo**, anche per via **telematica**, nel rispetto del diritto alla riservatezza e tenendo conto di adeguate soglie, sul rapporto tra giocate, identità del giocatore e vincite (lettera ee)); la previsione di una **relazione annuale alle Camere** sul settore del gioco pubblico, contenente i dati sullo stato delle concessioni, sui volumi della raccolta, sui risultati economici della gestione e sui progressi in materia di tutela dei consumatori di giochi e della legalità (lettera gg)).

A decorrere dal 2015, quindi, i soggetti in esame sono sottoposti alle seguenti norme:

- a) obblighi di **identificazione** previsti dalla normativa **antiriciclaggio** (D.lgs. n. 231/2007) e conseguente obbligo di tutela dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003);
- b) **divieto di raccolta per eventi non** inseriti nel c.d. **palinsesto** (cioè l'elenco delle scommesse ammesse), anche complementare, reso disponibile sul sito ufficiale dell'Agenzia dei monopoli e delle dogane. *Sanzione amministrativa da 10.000 a 50.000 euro;*
- c) **divieto di raccolta** di scommesse che consentono **vincite superiori a 10.000 euro** (tale disposizione è già prevista dall'articolo 14 del D.M. Economia n. 111 del 2006). *Sanzione amministrativa da 50.000 a 100.000 euro;*
- d) **applicazione** delle disposizioni di **lotta alla ludopatia** e di **tutela dei minori**, previste, rispettivamente, dall'articolo 7, commi 5 e 8; del decreto-legge n. 158/2012 (vale a dire, oltre divieto di ingresso per i minori nelle aree destinate al gioco con vincite in denaro, l'obbligo di apporre formule di avvertimento sul rischio di dipendenza dalla pratica di giochi con vincite in denaro, nonché le relative probabilità di vincita, sulle schedine ovvero sui tagliandi di tali giochi nonché di esporle su apposite targhe nei punti di vendita). *Per le violazioni relative alla ludopatia: sanzione amministrativa di 50.000 euro e chiusura (non ne viene indicata la durata) dell'esercizio o del punto vendita; per violazioni sulla tutela dei minori: sanzione amministrativa da 5.000 a 20.000 euro e chiusura da 10 a 30 giorni;*
- e) **obbligo** per il proprietario dell'immobile in cui ha sede l'esercizio o il punto di raccolta ovvero del titolare dell'esercizio o del punto di raccolta – se diverso dal proprietario – di **comunicare** i dati anagrafici e l'esistenza dell'**attività di**

raccolta di gioco con vincita in denaro **all'autorità di P.S. entro 7 giorni** dall'entrata in vigore della presente legge (quindi entro il 7 gennaio 2015) o per le attività successive, entro 7 giorni dall'inizio di tale attività. *Sanzione amministrativa di 1.000 euro;*

- f) **divieto** di installazione di apparecchi da gioco **news slot e videolottery** (indicati al comma 6, lett a) e b) dell'art. 110 del Tulp) già prevista a regime dal comma 9, lettera *f-bis*) del medesimo articolo 110, e **divieto di iscrizione** del titolare **nell'elenco dei soggetti incaricati della raccolta delle giocate** (art. 1, co. 533, L. n. 266/2005) o eventuale cancellazione se già iscritto. *Sanzione amministrativa di 1.500 euro per ciascun apparecchio installato;*
- g) **assoggettamento all'imposta unica** sui concorsi pronostici e sulle scommesse (D.Lgs. n. 504/1998). L'imposta si applica su un **imponibile forfettario** coincidente con il **triplo** della **media** della **raccolta** effettuata nella **provincia** ove è ubicato l'esercizio o il punto di raccolta (desunta dai dati registrati nel totalizzatore nazionale delle scommesse nel periodo d'imposta antecedente), al quale si applica l'**aliquota** massima dell'**8 per cento** (indicata all'articolo 4, co. 1, lett. b), numero 3.1, del D.Lgs. n. 504/1998). La norma precisa altresì la non applicazione delle disposizioni in tema di determinazione dell'imposta in caso di scommesse comunque non affluite al totalizzatore nazionale, ovvero nel caso di sottrazione di base imponibile all'imposta unica sui concorsi pronostici o sulle scommesse, previste dall'articolo 24, comma 10, del decreto-legge n. 98 del 2011.

Secondo quanto emerge dalla relazione illustrativa, la logica della forfettizzazione della base imponibile sarebbe particolarmente adatta a tali operatori, tenuto conto della difficoltà di omogeneizzare le situazioni passive del rapporto tributario con quelle dei concessionari di Stato. Inoltre, il mancato collegamento al totalizzatore nazionale impedirebbe di ricostruire la raccolta realizzata, dato che i soggetti in questione dichiarano di essere stabiliti all'estero, dove affluiscono le giocate effettuate.

Il **comma 21** interviene in relazione agli apparecchi e congegni da gioco denominati **news slot (AWP)** e **videolottery (VLT)**, determinando, da un lato **l'aumento del prelievo unico erariale (PREU)**, e dall'altro la **riduzione del c.d. pay-out**, cioè la quota destinata alle vincite.

L'articolo 39 del decreto-legge n. 269 del 2003, al comma 13, ha stabilito che agli apparecchi e congegni da gioco indicati, rispettivamente, alle lettere a) e b) dell'articolo 110, comma 6, del TULPS (R.D. n. 773/1931) collegati in rete - vale a dire le **news slot (AWP)** e le **videolottery (VLT)** - si applichi un **prelievo erariale unico (PREU)** fissato originariamente in misura del 13,5 per cento delle somme giocate, dovuto dal soggetto al quale l'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato (AAMS) ha rilasciato il nulla osta.

L'articolo 5 del decreto direttoriale AAMS 12 ottobre 2011 (G.U. n. 265 del 14 novembre 2011), emanato in attuazione dell'articolo 2, comma 3, del decreto-legge n. 138 del 2011, ha disposto la variazione della misura del prelievo erariale unico nelle seguenti misure:

- per le **news slot**, per gli anni 2013 e 2014 si applica un prelievo del 12,70 per cento sull'ammontare delle somme giocate; a decorrere **dal 1° gennaio 2015**, il prelievo sulla raccolta di gioco è fissato nella misura del **13 per cento** delle somme giocate. Inoltre a decorrere dal 1° gennaio 2013 la percentuale destinata alle vincite (**pay-out**) è fissata in misura non inferiore al **74 per cento**;
- per le **videolottery** a decorrere **dal 1° gennaio 2013**, ferma l'addizionale sulle vincite eccedenti l'importo di 500 euro, il prelievo sull'ammontare delle somme giocate, come da ultimo fissato dal comma 479 dell'articolo unico della legge di stabilità 2013 (legge n. 228/2012), è del **5 per cento**, mentre il **pay out** non può essere inferiore **all'85 per cento**.

Per le **news slot** il comma in esame **aumenta il PREU** dal 13 per cento (come già previsto a decorrere dal 2015) **al 17 per cento**, mentre la quota destinata alle vincite (**pay-out**) viene **ridotta** dal 74 al **70 per cento**.

Analogamente per le **videolottery** il **PREU aumenta** dal 5 al **9 per cento** della raccolta, mentre il **pay-out** minimo **scende** dall'85 all'**81 per cento**.

Il **comma 22 destina le maggiori entrate** conseguenti all'aumento del **PREU** disposto dal comma 21, determinate annualmente a consuntivo al **Fondo per la riduzione della pressione fiscale**, previsto dall'articolo 1, comma 431, della legge di stabilità 2014 (legge n. 147/2013).

Nel bilancio a legislazione vigente 2015 le risorse del Fondo per la riduzione della pressione fiscale sono allocate sul capitolo 3833 dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, con stanziamenti pari a 331,5 milioni per il 2015 e 18,5 milioni sia per il 2016 che per il 2017.

Si segnala, peraltro, che **l'articolo 45, comma 2, del testo in esame** dispone l'azzeramento di tali disponibilità di bilancio. Viceversa **l'articolo 17, comma 19**, incrementa la dotazione del Fondo di 3.300 milioni di euro per l'anno 2015. L'utilizzo di tali risorse viene subordinato alla verifica sul rispetto degli obiettivi programmatici di finanza pubblica del medesimo anno e comunque non può avvenire prima del mese di ottobre.

I successivi **commi da 23 a 25** recano disposizioni per la **lotta al gioco illegale** effettuato attraverso apparecchi e congegni da gioco. In particolare il **comma 23** dispone che il **titolare** di un **qualsiasi esercizio pubblico** nel quale si rinvencono apparecchi del tipo **news slot** (articolo 110, comma 6, lettera a), TULPS), ovvero **qualsiasi apparecchio** che sia comunque idoneo a consentire l'esercizio del gioco **con vincite in denaro**, che **non risultino collegati alla rete statale** di raccolta del gioco ovvero che in ogni caso **non consentono la lettura dei dati relativi alle somme giocate**, anche per effetto di manomissioni, è soggetto al **pagamento**:

- a) per **ciascuno** degli apparecchi **news slot**, del prelievo unificato (PREU) previsto a legislazione vigente per tale tipologia di apparecchi (17 per cento) su un **imponibile medio forfetario giornaliero di 1.500 euro** per 365 giorni

di presunta operatività dell'apparecchio ($17 \times 1.500 / 100 = 255$ euro X 365 gg = 93.075 euro);

- b) per **ciascun altro apparecchio**, dell'imposta unica indicata dal D.Lgs. n. 504 del 1998, in ragione di un'aliquota di prelievo del 3 per cento su un imponibile medio forfetario giornaliero di 1.500 euro per 365 giorni di presunta operatività dell'apparecchio ($3 \times 1.500 / 100 = 45$ euro X 365 gg = 16.425 euro).

Il decreto direttoriale in vigore, modificato dall'articolo 24, comma 17, del decreto-legge n. 98 del 2011 prevede che tale base imponibile sia pari ad **euro 560** per ogni giornata lavorativa.

Il **comma 24** precisa che, in caso di prova documentale contraria, l'imponibile medio forfetario sopra richiamato è moltiplicato per il **numero effettivo di giorni di operatività** comprovata dell'apparecchio.

Inoltre il **comma 25** stabilisce che per ciascun apparecchio indicato al precedente comma 23, il titolare dell'esercizio pubblico è soggetto, oltre al pagamento dell'imposta, alla **sanzione amministrativa pecuniaria di 20.000 euro**.

Si ricorda al riguardo che l'**articolo 7, comma 3-quater, del decreto-legge n. 158 del 2012** già prevede il **divieto** di messa a disposizione, presso qualsiasi pubblico esercizio, di apparecchiature che, attraverso la connessione telematica, consentano ai clienti di giocare sulle piattaforme di gioco messe a disposizione dai concessionari *online*, da soggetti autorizzati all'esercizio dei giochi a distanza, ovvero da soggetti privi di qualsiasi titolo concessorio o autorizzatorio. La disposizione, tuttavia, **non** prevede alcuna **sanzione**.

L'**apparecchio** è in ogni caso soggetto a **confisca amministrativa** e, qualora **non** ne sia consentito l'**asporto**, il **titolare dell'esercizio è custode** dell'apparecchio confiscato, con obbligo di procedere a sua cura e spese alla distruzione entro 10 giorni, nonché alla **consegna** alla Agenzia delle dogane e dei monopoli della **scheda madre** (nel caso di *news/lot*), ovvero dell'**apparato hardware** di suo funzionamento, in caso di apparecchio di qualunque altra tipologia. Il titolare dell'esercizio è inoltre soggetto alla **sanzione amministrativa pecuniaria di 200 euro per ogni giorno di ritardo** nella distruzione dell'apparecchio ovvero nella consegna dei componenti.