

### **Titolo III Misure per il disagio**

#### **Art. 31 (Lotta alla povertà)**

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

2. Per l'anno 2016 le risorse di cui al comma 1 sono destinate ai seguenti interventi che costituiscono le priorità del Piano di cui al medesimo comma:

a. avvio su tutto il territorio nazionale di una misura di contrasto alla povertà, intesa come estensione, rafforzamento e consolidamento della sperimentazione di cui all'articolo 60 del decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 5, convertito con modificazioni, dalla legge 4 aprile 2012, n. 35. Nelle more dell'adozione del Piano di cui al comma 1, all'avvio del Programma si procede con rinnovati criteri e procedure definiti ai sensi del citato articolo 60 del decreto-legge n. 5 del 2012, garantendo in via prioritaria interventi per nuclei familiari con figli minori, da definirsi con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da emanarsi entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge. Nel 2016 al Programma sono destinati 380 milioni di euro incrementando a tal fine in misura pari al predetto

PIANO PER LOTTA  
ALLA POVERTA' -  
costituzione di uno  
specifico Fondo.

<p>modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, oltre alle risorse già destinate alla sperimentazione dall'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 28 giugno 2013, n. 76, convertito con modificazioni dalla legge 9 agosto 2013, n. 99, nonché dall'articolo 1, comma 216, della legge 27 dicembre 2013, n. 147. Conseguentemente l'autorizzazione di spesa di cui al comma 1 è corrispondentemente ridotta di 380 milioni di euro per l'anno 2016;</p> <p>b. fermo restando quanto stabilito dall'articolo 43, comma 5, del decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 148, all'ulteriore incremento dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 16, comma 7, del decreto legislativo 4 marzo 2015, n. 22 relativa all'assegno di disoccupazione (ASDI), per 220 milioni di euro con conseguente corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui al comma 1 del presente articolo.</p> <p>3. Per gli anni successivi al 2016 le risorse di cui al comma 1 sono destinate al finanziamento di uno o più provvedimenti legislativi di riordino della normativa in materia di trattamenti, indennità, integrazioni di reddito e assegni di natura assistenziale o comunque sottoposti alla prova dei mezzi, anche rivolti a beneficiari residenti all'estero, nonché in materia di accesso alle prestazioni sociali, finalizzati all'introduzione di un'unica misura nazionale di contrasto alla povertà e alla razionalizzazione degli strumenti e dei trattamenti esistenti.</p> <p>4. Al Fondo di cui al comma 1 sono altresì destinate, a decorrere dall'anno 2016, le risorse stanziare dall'articolo 19, comma 1, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2, nella misura di 54 milioni di euro annui. Per l'anno 2016 tali risorse sono destinate all'intervento di cui al comma 2, lettera a). Conseguentemente il Fondo di cui all'articolo 81, comma 29, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133 è ulteriormente incrementato</p>	
<p>l'impegno a finanziare i progetti individuati secondo il protocollo d'intesa di cui al comma 7. Il credito è indicato nella dichiarazione dei redditi relativa al periodo d'imposta di riconoscimento e può essere utilizzato esclusivamente in compensazione ai sensi dell'articolo 17 del decreto legislativo 9 luglio 1997 n. 241, a decorrere dal periodo di imposta nel quale lo stesso è stato riconosciuto. Il credito d'imposta di cui al presente comma è cedibile dai soggetti di cui al comma 6, nel rispetto delle disposizioni di cui agli articoli 1260 e seguenti del codice civile e previa adeguata dimostrazione dell'effettività del diritto al credito medesimo, a intermediari bancari, finanziari e assicurativi. Al credito d'imposta non si applicano i limiti di cui all'articolo 1, comma 53, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, e all'articolo 34 della legge 23 dicembre 2000, n. 388.</p> <p>9. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono definite le disposizioni applicative necessarie, ivi comprese le procedure per la concessione del contributo di cui al</p>	
<p><b>Art. 32</b>  <b>Fondo per le non autosufficienze</b>  Lo stanziamento del Fondo per le non autosufficienze, di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, anche ai fini del finanziamento degli interventi a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica, è incrementato di 150 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2016.</p>	<p><b>Fondo per le non autosufficienze</b></p>

<p><b>Art. 33 Dopo di noi</b>  È istituito un Fondo presso il Ministero dell'economia e delle finanze, con una dotazione di 90 milioni di euro a decorrere dall'anno 2016, destinato al finanziamento di misure per il sostegno delle persone con disabilità grave, in particolare stato di indigenza e prive di legami familiari di primo grado. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono definite le misure, anche fiscali, per l'utilizzazione del Fondo.</p>	Dopo di noi
<b>Capo II</b>	
<b>Efficientamento della spesa sanitaria</b>	
<p><b>Art. 40</b>  <b>(Piani di rientro e riqualificazione degli enti del Servizio sanitario nazionale)</b></p> <p>1. Al fine di favorire la corretta ed appropriata allocazione delle risorse programmate per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale e per l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, le disposizioni di cui al presente articolo disciplinano le procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli enti del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario e nel rispetto della garanzia dei Livelli essenziali di assistenza.</p> <p>2. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 29 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, e successive modificazioni, dall'articolo 32, comma 7, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n.118, nonché dall'articolo 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 settembre 2014, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 14 novembre 2014, n. 265, gli enti del Servizio sanitario nazionale, di cui all'articolo 19, comma 2, lettere b) e c), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n.118, assicurano la massima trasparenza dei dati di bilancio pubblicando integralmente sul proprio sito internet il bilancio d'esercizio entro sessanta giorni dalla data di relativa approvazione. Gli enti del Servizio sanitario nazionale, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, attivano, altresì, un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, in raccordo con il sistema di monitoraggio regionale di cui dall'articolo 4, comma 4, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, nella legge 8 novembre 2012, n. 189 e in coerenza con il programma nazionale valutazione esiti, pubblicando entro il 30 giugno di ogni anno i relativi esiti.</p> <p>3. Il mancato rispetto delle disposizioni di cui comma 2 costituisce illecito disciplinare ed è causa di responsabilità amministrativa del direttore generale e del responsabile per la trasparenza e la prevenzione della corruzione.</p>	Piani di rientro e riqualificazione degli enti del Servizio sanitario nazionale

b) il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, valutato secondo la metodologia prevista dal decreto di cui al comma 6.

5. In sede di prima applicazione, per l'anno 2016, entro il 31 marzo le regioni individuano, con apposito provvedimento di Giunta regionale, ovvero del Commissario *ad acta*, ove nominato ai sensi dell'art.2, commi 79 e 83 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e dell'articolo 4, commi 1 e 2 del decreto-legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazione, della legge 29 novembre 2007, n.222, gli enti del proprio Servizio sanitario regionale che presentano una o entrambe le condizioni di cui al comma 4 lettere a) e b). Per la verifica delle condizioni di cui al comma 4, lettera a), sono utilizzati i dati dei costi relativi al IV trimestre 2015 e dei ricavi come determinati ai sensi del decreto di cui al comma 6; per la verifica delle condizioni di cui al comma 4, lettera b), sono utilizzati i dati relativi all'anno 2014 indicati dal medesimo decreto di cui al comma 6.

6. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, è definita la metodologia di valutazione dello scostamento di cui al comma 4, lettera a), in coerenza con quanto disposto dall'articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, in materia di modalità di remunerazione delle prestazioni sanitarie, tenendo conto dei diversi assetti organizzativi ed erogativi regionali. Con il medesimo decreto sono definiti anche gli ambiti assistenziali e i parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, anche tenendo conto di quanto previsto dal decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, concernente il regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Il decreto definisce, altresì, le linee guida per la predisposizione dei piani di cui ai commi 9 e

e le linee guida di cui al comma 6, e approvano i piani di rientro degli enti con provvedimento della Giunta regionale. I piani di rientro degli enti approvati dalla Giunta regionale sono immediatamente efficaci ed esecutivi per l'ente interessato.

10. Le regioni in piano di rientro regionale, anche commissariate per l'attuazione dello stesso, entro trenta giorni dalla presentazione del piano da parte dell'ente, valutano l'adeguatezza delle misure previste dai piani di rientro, la loro coerenza con il piano di rientro regionale e con le linee guida di cui al comma 6, e approvano i piani di rientro degli enti con provvedimento di Giunta o del Commissario *ad acta*, ove nominato. Le regioni medesime evidenziano, in apposita sezione del programma operativo di prosecuzione del piano di rientro regionale, predisposto ai sensi dell'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni e ai sensi dell'articolo 15, comma 20, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e successive modificazioni, l'eventuale sussistenza di piani di rientro di enti del proprio servizio sanitario regionale, nonché dei relativi obiettivi di riequilibrio economico finanziario e di miglioramento dell'erogazione dei LEA. I piani di rientro degli enti approvati dalla Giunta regionale, o dal Commissario *ad acta* ove nominato, sono immediatamente efficaci ed esecutivi per l'ente interessato. Restano ferme le valutazioni dei Tavoli tecnici di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 23 marzo 2005 (Rep. Atti 2271) e dei Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze nell'ambito dell'attività di monitoraggio ed affiancamento nell'attuazione del piano di rientro regionale.

11. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004 n. 311, e successive modificazioni, e quanto previsto all'articolo 2, commi 77 e 86, della legge 191/2009, al fine di garantire l'equilibrio del Servizio

adottati dagli stessi in materia di programmazione e pianificazione aziendale, per renderli coerenti con i contenuti dei piani.

13. La regione, ovvero il Commissario *ad acta*, ove nominato, verifica trimestralmente l'adozione e la realizzazione delle misure previste dai piani di rientro di cui ai commi 9 e 10 nel rispetto della tempistica ivi indicata. In caso di verifica trimestrale positiva, la gestione sanitaria accentrata può erogare a titolo di anticipazione una quota parte delle risorse iscritte, ai sensi del comma 11, nel proprio bilancio, al fine di salvaguardare l'equilibrio finanziario degli enti territoriali interessati. In caso di verifica trimestrale negativa la regione ovvero il Commissario *ad acta*, ove nominato, adotta le misure per la riconduzione in equilibrio della gestione, nel rispetto dei livelli di assistenza, come individuati nel piano di rientro dell'ente. Al termine di ogni esercizio la regione pubblica sul proprio sito internet i risultati economici raggiunti dai singoli enti interessati, raffrontati agli obiettivi programmati nel piano di rientro.

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

15. A decorrere dal 2017, le disposizioni del presente articolo, coerentemente con le previsioni normative di cui agli articoli 2, comma 2-*sexies*, lettera d), e 4, commi 8 e 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e nel rispetto delle modalità e dei criteri stabiliti dal decreto di cui al comma 16 primo periodo, si applicano alle aziende sanitarie locali e ai relativi presidi a gestione diretta, ovvero ad altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, individuati da leggi regionali, che presentano un significativo dall'articolo 4, commi 8 e 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

<p><b>Art. 41</b>  <b>(Disposizioni in materia di acquisizione di beni e servizi degli enti del Servizio sanitario nazionale)</b></p> <p>1. Al fine di garantire la effettiva realizzazione degli interventi di razionalizzazione della spesa mediante aggregazione degli acquisti di beni e servizi, gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario, come individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui all'articolo 9, comma 3, del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali regionali di committenza di riferimento, ovvero della Consip S.p.A.</p> <p>2. Qualora le centrali di committenza individuate sulla base del comma 1 non siano disponibili ovvero operative, gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario di cui al comma 1, avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali di committenza iscritte nell'elenco dei soggetti aggregatori, di cui all'articolo 9, comma 1, del decreto - legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89. In tale ipotesi, spetta alla centrale regionale di committenza di riferimento l'individuazione, ai fini dell'approvvigionamento, di altra centrale di committenza. La violazione degli adempimenti previsti dal presente comma costituisce illecito disciplinare ed è causa di responsabilità per danno erariale.</p> <p>3. I singoli contratti relativi alle categorie merceologiche individuate dal decreto di cui al comma 1, in essere alla data di entrata in vigore della presente legge, non possono essere prorogati oltre la data di attivazione del contratto aggiudicato dalla centrale di committenza individuata ai sensi del presente articolo. Le proroghe disposte in violazione della presente disposizione sono nulle e costituiscono</p>	<p>Disposizioni in materia di acquisizione di beni e servizi degli enti del Servizio sanitario nazionale</p>
<p>esperienza di HTA operanti nel Programma Nazionale di HTA dei Dispositivi Medici</p> <p>c) validare gli indirizzi metodologici che verranno applicati per la produzione dei rapporti di valutazione tecnica multidimensionale nel Programma Nazionale di HTA</p> <p>d) curare la pubblicazione, la diffusione e la verifica degli impatti a livello nazionale degli esiti delle valutazioni di cui alla lettera b) secondo i metodi validati di cui alla lettera c), promuovendone l'utilizzo da parte delle Regioni e delle aziende sanitarie per informare le decisioni in merito all'adozione e all'introduzione dei dispositivi medici e al disinvestimento.</p>	

**Art. 42****(Aggiornamento livelli essenziali di assistenza)**

1. In attuazione dell'articolo 1, comma 3, del Patto per la salute 2014-2016, approvato con l'Intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 1, comma 556 della legge 23 dicembre 2014, n.190 e dall'articolo 9-septies del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2015, n. 125, e in misura non superiore a 800 milioni di euro annui, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, si provvede all'aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica.

2. La definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono effettuati con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nonché con la procedura di cui al comma 7. L'articolo 5 del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, è soppresso.

3. Per l'attuazione del comma 1, per l'anno 2016 è finalizzato l'importo di 800 milioni, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale, di cui all'articolo 26 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68. L'erogazione della quota è condizionata all'approvazione del provvedimento di cui al comma 1.

4. Nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, al fine di garantire l'efficacia e l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate dal Ssn nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), anche in

Aggiornamento livelli essenziali di assistenza.



supplenti, di cui quattro designati dal Ministro della salute, uno dall'ISS, uno dall'Agenas, uno da AIFA, uno dal Ministero dell'economia e delle finanze e sette designati dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. La Commissione dura in carica tre anni. Su richiesta del Presidente, alle riunioni della Commissione possono partecipare, per fornire il proprio contributo tecnico-scientifico, rappresentanti del Consiglio Superiore di Sanità, delle Società scientifiche, delle Federazioni dei medici ed esperti esterni competenti nelle specifiche materie trattate.

5. La Commissione di cui al comma 4, nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, anche su proposta dei suoi componenti, svolge in particolare le seguenti attività:

- procede ad una valutazione sistematica delle attività, dei servizi e delle prestazioni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria inclusi nei LEA, per valutarne il mantenimento ovvero per definire condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza;
- acquisisce e valuta le proposte di inserimento nei LEA di nuovi servizi, attività e prestazioni;
- per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e l'individuazione di condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza, si avvale delle valutazioni di HTA (HealthTechnologyAssessment) su tecnologie sanitarie e biomediche e su modelli e procedure organizzativi;
- valuta l'impatto economico delle modifiche ai livelli essenziali di assistenza;
- valuta le richieste provenienti da strutture del Ssn, di autorizzazione all'esecuzione di prestazioni innovative nell'ambito di programmi di sperimentazione, ai sensi dell'art. 1, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni.

6. Sulla base dell'attività svolta ai sensi del comma 5, la Commissione formula

avvalersi di personale messo a disposizione, in posizione di comando o distacco, da ISS, AIFA, Agenas, Regioni, enti del Ssn ed altri enti rappresentati nell'ambito della Commissione, nel numero massimo di cinque unità.

10. Per le attività di supporto di cui al comma 9 che richiedono specifiche attività di ricerca, il Ministero della salute può avvalersi, anche tramite specifiche convenzioni, della collaborazione di istituti di ricerca, società scientifiche e strutture pubbliche o private, anche non nazionali, nonché di esperti, nel numero massimo di cinque.

11. Gli oneri derivanti dai commi 4, 9 e 10 del presente articolo ammontano ad euro 1 milione.

12. Al comma 3 dell'articolo 54, della legge 27 dicembre 2002, n. 289 dopo le parole "*Consiglio dei Ministri,*" sono aggiunte le seguenti "*su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze,*"

13. A decorrere dalla costituzione della Commissione di cui al comma 4, è abrogato il comma 10 dell'articolo 4-bis del decreto legge 15 aprile 2002 n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, e al decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2013, n. 44, sono apportate le seguenti modifiche:

a) all'articolo 2, comma 1, è soppressa la lettera a);

b) all'articolo 3, comma 1,

i. alla lettera a), la parola "sessantadue" è sostituita dalla seguente: "cinquantanove";

ii. alla lettera b), la parola "quattro" è sostituita dalla seguente: "due";

iii. alla lettera n), la parola "trentanove" è sostituita dalla seguente: "trentaquattro";

e) all'allegato 1, il punto 22 è soppresso.