

**Disegno di legge di Stabilità 2016**

**Schede di lettura e commento**

**Norme relative alle politiche sociali e sanitarie**

**Dipartimento  
Politiche di Riforma delle  
Pubbliche Amministrazioni, di Cittadinanza –  
Tutela e Promozione – Solidarietà e Tutele Sociali**

## Norme relative alle politiche sociali

A cura di Alessandro Geria, Lorenzo Lusignoli e Silvia Stefanovichj

### **Articolo 12 – Sostegno al welfare contrattuale: l'utilizzo del premio di risultato e l'estensione della detassazione**

*(Le valutazioni relative a questo articolo sono state condivise con i Dipartimenti Fisco/Previdenza e Lavoro/Formazione/Contrattazione)*

La legge di stabilità si pone come obiettivo generale di sostenere il welfare di livello aziendale/territoriale, valorizzandone la disciplina attraverso la contrattazione collettiva decentrata, mantenendo contestualmente la possibilità di intervento unilaterale del datore di lavoro.

Le misure proposte vanno nella direzione indicata da tempo dalla Cisl con l'allargamento dei benefici fiscali al welfare contrattuale (e non solamente all'atto unilaterale "volontario" del datore) e l'ampliamento del paniere di beni e servizi, nonché la possibilità di realizzarlo (in beni e servizi, ma anche tramite voucher) utilizzando il premio di risultato.

L'articolo stabilisce la possibilità che nel settore privato i premi di produttività siano fruiti, per scelta del lavoratore, attraverso prestazioni o servizi di welfare contrattuale in sostituzione, in tutto o in parte, delle somme di denaro. In tale caso, le prestazioni stesse non sono assoggettate ad imposta, entro i limiti di importo di 2.000 euro (inferiori ai 3.000 euro del 2014, ma elevabili a 2.500 per le aziende che attuino forme partecipative, coinvolgendo "pariteticamente" i lavoratori nell'organizzazione del lavoro), di reddito da lavoro dipendente del lavoratore elevato a 50.000 euro (rispetto ai 40.000 del 2014), nonché nel rispetto degli attuali limiti fiscali vigenti per ciascuna tipologia di prestazione o servizio.

L'intervento consente finalmente di superare i dubbi interpretativi sorti a seguito della nota risposta dell'Agenzia delle Entrate all'interpello n. 954-551/2011 (inedita) presentato da Willis Italia S.p.A., in cui si metteva in discussione la possibilità di destinare parte del premio di risultato a servizi contenuti in piani di *flexible benefit* godendo della relativa esenzione fiscale.

Andrebbe, d'altro canto, specificato che la scelta del lavoratore (comma 2) nella fruizione delle prestazioni e dei servizi di welfare aziendale possa operare esclusivamente nell'ambito delle modalità previste dalla contrattazione collettiva, e non è condivisibile la scelta di limitare l'applicazione del regime agevolato esclusivamente al settore privato.

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

L'art. 51 comma 2, lettera f) del Tuir – come riformulato dal comma 8 del disegno di legge, con il riferimento alle "finalità" dell'articolo 100, comma 1 – va nella direzione richiesta dalla Cisl, anche nella recente audizione alla Commissione Lavoro della Camera in occasione del decreto legislativo n.80/2015, di svincolare la condizione per la esenzione fiscale delle opere di utilità sociale dalla "volontarietà" nell'erogazione da parte del datore di lavoro, consentendo alla negoziazione collettiva di accedere ai benefici della detassazione integralmente per tutte le prestazioni e i servizi di welfare. D'altro canto perplime la scelta di mantenere il rimando all'articolo 100, comma 1 e la mancata esplicitazione della volontà del legislatore.

Occorre inoltre chiarire che le somme, le prestazioni e i servizi (di welfare aziendale) disciplinate dal presente provvedimento possano essere erogate anche per il tramite degli enti bilaterali, promossi sulla base dei contratti collettivi stipulati dalle parti sociali. Questo per consentire lo sviluppo del welfare aziendale anche nelle imprese più piccole e territorialmente frammentate, dove gli enti bilaterali possono svolgere un ruolo importante nell'organizzazione delle prestazioni del welfare integrativo. Vale la pena sottolineare come attualmente la disciplina fiscale degli enti bilaterali non chiarisca in modo univoco se le prestazioni da queste erogate (che non siano di sostegno al reddito) siano o meno imponibili ai fini fiscali. Si potrebbe inserire nel comma 8 dell'art. 12 del DDL stabilità la seguente formulazione di modifica del comma 3 bis dell'art. 51 del Tuir: "Ai fini dell'applicazione del comma 2 e del comma 3, l'erogazione di beni, prestazioni, opere e servizi da parte del datore di lavoro può avvenire anche per tramite dell'ente bilaterale o mediante ...".

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

Nello specifico l'estensione riguarda:

- tutte le opere e i servizi con finalità di educazione, istruzione, ricreazione, assistenza sociale e sanitaria o culto, rivolti ai lavoratori e loro familiari, normate attraverso la contrattazione collettiva (comma 2 lettera f); sino ad oggi la defiscalizzazione era applicata esclusivamente a quelle "volontariamente" sostenute dal datore di lavoro con atto unilaterale.
- a tutti i servizi di educazione e istruzione, anche in età prescolare, compresi i servizi integrativi e di mensa connessi, e alle ludoteche e centri estivi/invernali; sino ad oggi l'applicazione alla scuola dell'infanzia e ai servizi extra-scolastici non era certa (comma 2 lettera f-bis).
- l'assistenza agli anziani e ai non-autosufficienti; (comma 2 lettera f-ter).
- i servizi e prestazioni erogati tramite documenti di legittimazione cartacei o elettronici (ticket, buoni, vouchers, card ...) (comma 3-bis).

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

Contestualmente opera ulteriori decurtazioni al Fondo stesso di 344,7 milioni di euro per l'anno 2016, 325,8 milioni di euro per l'anno 2017, 320,4 milioni di euro per l'anno 2018, 344 milioni di euro per l'anno 2019, 329 milioni di euro per l'anno 2020, 310 milioni di euro per l'anno 2021, 293 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2022.

## **Articolo 24 - Lotta alla Povertà**

Grazie anche al lavoro svolto dalla Cisl negli ultimi mesi e alle pressioni esercitate sul governo da parte dell'Alleanza contro la povertà in Italia, viene finalmente finanziato un Piano di lotta alla povertà su scala nazionale con la creazione del "Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale". A tale fondo sono assegnati 600 milioni per il 2016 e 1 miliardo strutturale per gli anni a venire, nonché 54 milioni annui reindirizzati da fondi soppressi. Nel primo anno gli stanziamenti andranno a finanziare un ampliamento di alcune misure già in essere, il Sostegno all'Inclusione Attiva (SIA) e l'Assegno di Disoccupazione (ASDI), mentre a partire dal 2017 verranno veicolati verso un'unica misura di contrasto alla povertà, attraverso uno o più provvedimenti legislativi di riordino della normativa e di razionalizzazione di alcuni strumenti di welfare assistenziale da definire. Di fatto, se si tiene conto degli stanziamenti già effettuati su Social

Card, SIA e ASDI, la lotta alla povertà potrà contare su fondi pari a 1,6 miliardi per il 2016 ed altrettanti per il 2017 e 1,5 miliardi negli anni successivi. E' inoltre previsto un cospicuo credito d'imposta (fino a 100 milioni annui) per le fondazioni bancarie che finanzino un apposito fondo per la lotta alla povertà educativa istituito per il prossimo triennio.

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

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

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

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

#### **Articolo 25 e Tabelle allegate – Fondi sociali con particolare riferimento a “Il Dopo di noi”, il Fondo non autosufficienze e il Fondo per le adozioni internazionali**

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

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

E' assente invece il finanziamento di 100 milioni di euro riservato lo scorso anno al piano di sviluppo del sistema territoriale dei servizi socio educativi per la prima infanzia, che rappresentava gran parte della dotazione per il 2015 del Fondo Famiglia.

L'articolo 25 interviene invece per rifinanziare o introdurre nuove poste di bilancio.

Si istituisce un Fondo, con dotazione stabile di 90 milioni di euro, per il sostegno delle persone con disabilità grave, in particolare stato di indigenza e prive di legami familiari di primo grado. Un decreto di

natura non regolamentare, con successiva intesa della Conferenza Stato Regioni, definirà le modalità di utilizzo. Questo stanziamento viene incontro alle numerose richieste dell'associazionismo delle persone con disabilità, rispetto al sostegno di figli disabili, in stato di indigenza, dopo la scomparsa dei genitori. Il riferimento a parenti di primo grado potrebbe d'altro canto aprire la possibilità di intervento anche ad anziani disabili indigenti soli. La genericità della previsione apre opportunamente alla possibilità di sostenere sia le strutture residenziali che accogliessero le persone disabili, che i contesti di vita; sarà il decreto a normare poi puntualmente le varie possibilità.

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

Nello stesso articolo viene istituito un autonomo «Fondo per le adozioni internazionali» con una dotazione stabile di 15 milioni di euro annui, con l'obiettivo di assicurare il funzionamento della Commissione per le adozioni internazionali e sostenere le politiche in materia di adozioni internazionali. Parallelamente viene ridotto di 15 milioni di euro, dal 2015, il Fondo per le politiche della famiglia e viene privato delle relative competenze.

In generale quindi se non si registra un arretramento degli stanziamenti per il welfare sociale, permane una frantumazione tra molte linee diverse, con obiettivi, criteri e modalità di erogazione che finiscono per non concentrare gli interventi e rendere più difficoltosa l'attività di programmazione dei livelli regionali e locali.

## Norme di interesse sanitario

A cura di Imma La Torre

Le misure contenute nel provvedimento di stabilità 2016, intervengono nel comparto della sanità, sia sul versante economico, sia su quello strutturale.

Riguardo alla partecipazione alla spesa, il provvedimento non introduce nuovi ticket e, quindi, non ha ricadute economiche dirette sui cittadini.

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

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

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

### **Articolo 30 - Piani di rientro e riqualificazione degli Enti del Servizio sanitario nazionale e Aziende Sanitarie Uniche –**

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

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

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

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

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

**Le Regioni in piano di rientro** valutano anche la coerenza dei piani rispetto ai piani di rientro regionali.

La Regione, o il Commissario ad acta, verifica trimestralmente l'adozione e la realizzazione delle misure previste dai piani di rientro degli Enti. Tutti i contratti dei direttori generali, inclusi quelli in essere, prevedono la decadenza automatica del direttore generale degli Enti in caso di mancata approvazione del piano di rientro da parte dell'Ente interessato, o in caso di esito negativo della verifica annuale dello stato di attuazione del medesimo piano di rientro.

A partire dal 2017, le disposizioni del presente articolo si applicano anche alle Asl e ai relativi presidi a gestione diretta e agli altri Enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura che presentano un significativo scostamento tra costi e ricavi ovvero il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure.

Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Mef e la Conferenza Stato Regioni, da adottarsi entro il 30 giugno 2016, sono definiti i criteri di valutazione, i dati da prendere in considerazione, le modalità di calcolo e i relativi parametri di riferimento per l'individuazione da parte delle Regioni delle aziende, dei presidi e degli Enti da sottoporre ad un piano di rientro, in caso di mancato conseguimento dell'equilibrio di bilancio o di disallineamento rispetto ai parametri di qualità ed esiti delle cure.

Per una più efficace e sinergica integrazione tra le attività di prevenzione, cura e riabilitazione e le attività di didattica e di ricerca, nonché al fine di conseguire risparmi di spesa, la collaborazione tra Servizio sanitario nazionale e Università potrà realizzarsi anche mediante la costituzione di Aziende sanitarie uniche, risultanti dall'incorporazione delle Aziende Ospedaliero-Universitarie nelle Aziende sanitarie locali, secondo modalità definite preventivamente con protocolli di intesa tra le Regioni e le Università interessate.

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

#### **Articolo 31 - Disposizioni in materia di acquisizione di beni e servizi degli Enti del Servizio sanitario nazionale –**

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

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

A livello nazionale la Cabina di regia provvede a:

- definire le priorità per la valutazione tecnica multidimensionale dei Dispositivi Medici sulla base dei criteri di: rilevanza del problema di salute nonché di rilevanza, sicurezza, efficacia, impatto economico ed impatto organizzativo dei dispositivi medici, in coerenza con le linee guida europee in materia (EUnetHTA);

promuovere e coordinare le attività di valutazione multidimensionale realizzate da Agenas e dai presidi regionali e dai soggetti pubblici e privati operanti nel Programma Nazionale di HTA dei Dispositivi Medici;

### **Articolo 32 - Aggiornamento Livelli essenziali di assistenza e Livello del Finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard per l'anno 2016 -**

Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, si provvede all'aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri recante *"Definizione dei livelli essenziali di assistenza"*. Per l'anno 2016 è finalizzato l'importo di **800 milioni**, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale. L'erogazione di tale quota è condizionata all'approvazione dei nuovi livelli essenziali di assistenza.

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

La commissione svolge le seguenti attività:

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

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

La Commissione è supportata da una Segreteria tecnico-scientifica operante presso la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, che può avvalersi di personale messo a disposizione, in posizione di comando o distacco, da Iss, Aifa, Agenas, Regioni, Enti del Ssn ed altri Enti rappresentati nell'ambito della Commissione, nel numero massimo di cinque unità.

Gli oneri derivanti dall'articolo 32 ammontano ad **euro 1 milione**.

In attuazione di quanto previsto dal Patto per la salute 2014-2016, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2016 è rideterminato in **111.000 milioni di euro**.

Con Intesa da sancire in sede di Conferenza Stato Regioni, entro il 31 gennaio 2016, sono individuate le misure di razionalizzazione ed efficientamento della spesa del Servizio sanitario nazionale.

#### **Articolo 34 - Concorso alla finanza pubblica delle Regioni e Province autonome -**

Le Regioni assicurano un contributo alla finanza pubblica pari **a 3.980 milioni di euro per il 2017 e 5.480 per ciascuno degli anni 2018 e 2019**, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, da recepire con Intesa sancita dalla Conferenza Stato Regioni entro il 31 gennaio di ciascun anno. In assenza di tale Intesa entro i termini previsti, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, da adottarsi entro 20 giorni dalla scadenza dei predetti termini, i richiamati importi sono assegnati ad ambiti di spesa ed attribuiti alle singole Regioni e Province autonome, tenendo anche conto della popolazione residente e del Pil, e sono rideterminati i livelli di finanziamento degli ambiti individuati e le modalità di acquisizione delle risorse da parte dello Stato, considerando anche le risorse destinate al finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale.

Il concorso agli obiettivi di finanza pubblica delle Regioni, al netto del contenimento della spesa sanitaria e della corrispondente riduzione del livello del finanziamento del Ssn per le Regioni ( previsto dalla Intesa sui tagli recepita lo scorso mese di Luglio) , è realizzato per l'anno 2016 secondo modalità da stabilire mediante Intesa Stato-Regioni entro il 31 gennaio 2016. Le stesse modalità sono applicate agli anni dal 2017 al 2019.

**Articolo 49 - Disposizioni di semplificazione per la dichiarazione precompilata** - Tutti i cittadini, indipendentemente dalla predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata, possono consultare i dati relativi alle proprie spese sanitarie acquisiti dal Sistema Tessera Sanitaria mediante i servizi telematici messi a disposizione dal Sistema Tessera Sanitaria. Le Asl, gli Ospedali e le Cliniche che non invieranno i dati relativi alle prestazioni erogate dal 2015 al fine del loro inserimento nel 730 precompilato, o le invieranno in ritardo o con errori, rischieranno una multa da 100 euro a 2mila euro.

Ai fini della elaborazione della dichiarazione dei redditi da parte dell'Agenzia delle entrate, nonché dei controlli sugli oneri deducibili e sugli oneri detraibili, entro il 28 febbraio di ciascun anno, gli Enti, le Casse e le Società di Mutuo Soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale e i Fondi integrativi del Ssn, che nell'anno precedente hanno ottenuto l'attestazione di iscrizione nell'Anagrafe dei Fondi sanitari, nonché gli altri Fondi comunque denominati, trasmettono all'Agenzia dell'entrate, per tutti i soggetti del rapporto, una comunicazione contenente i dati relativi alle spese sanitarie rimborsate per effetto dei contributi versati.