

## REPUBBLICA ITALIANA



# BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE CALABRIA

Catanzaro, giovedì 16 giugno 2011

DIREZIONE, REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE • CATANZARO, VIA ORSI • (0961) 775522

Le edizioni ordinarie del Bollettino Ufficiale della Regione Calabria  
sono suddivise in tre parti che vengono così pubblicate:

*Il 1° e il 16 di ogni mese:*

### PARTE PRIMA • ATTI DELLA REGIONE

#### SEZIONE I

- ◆ *Leggi*
- ◆ *Regolamenti*
- ◆ *Statuti*

#### SEZIONE II

- ◆ *Decreti, ordinanze ed atti del Presidente della Giunta regionale*
- ◆ *Deliberazioni del Consiglio regionale*
- ◆ *Deliberazioni della Giunta regionale*
- ◆ *Deliberazioni o comunicati emanati dal Presidente o dall'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale*
- ◆ *Comunicati di altre autorità o uffici regionali*

### PARTE SECONDA • ATTI DELLO STATO E DEGLI ORGANI GIURISDIZIONALI

#### SEZIONE I

- ◆ *Provvedimenti legislativi statali e degli organi giurisdizionali che interessano la Regione*

#### SEZIONE II

- ◆ *Atti di organi statali che interessano la Regione*
- ◆ *Circolari la cui divulgazione è ritenuta opportuna e gli avvisi prescritti dalle leggi e dai regolamenti della Regione*

*Ordinariamente il venerdì di ogni settimana*

### PARTE TERZA • ATTI DI TERZI

- ◆ *Annunzi legali*
- ◆ *Avvisi di concorso*

**Regione Calabria****BOLLETTINO UFFICIALE**

Via P. Orsi – CATANZARO

*Il pubblico si riceve:*Martedì e Giovedì  
dalle ore 10 alle ore 12*Informazioni telefoniche:*Martedì e Giovedì  
dalle ore 10 alle ore 12

Tel. e fax 0961/775522

**A V V I S O**

Con l'entrata in vigore della L.R. 4 settembre 2001, n. 19, questa Direzione è sollevata da ogni eventuale responsabilità che potrebbe scaturire dal mancato rispetto delle norme sulla privacy, a seguito della pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria di atti, documenti e quant'altro verrà trasmesso dagli organi e soggetti proponenti. Pertanto, al fine di non incorrere in violazioni di legge, si richiama l'attenzione degli interessati sulla normativa relativa alla tutela della sfera privata della persona.

**SOMMARIO****PARTE PRIMA****SEZIONE II**

**Regione Calabria**  
**DECRETI DEL PRESIDENTE**  
**DELLA GIUNTA REGIONALE**  
**NELLA QUALITÀ**  
**DI COMMISSARIO AD ACTA**

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE  
(nella qualità di Commissario ad acta  
per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo  
del settore sanitario della Regione Calabria  
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri  
del 30 luglio 2010)

DECRETO n. 28 del 7 aprile 2011

**Misure straordinarie per la movimentazione dei suini nel  
territorio della Regione Calabria per la diminuzione del ri-  
schio di diffusione della malattia vescicolare suina**

pag. 19808

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE  
(nella qualità di Commissario ad acta  
per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo  
del settore sanitario della Regione Calabria  
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri  
del 30 luglio 2010)

DECRETO n. 34 del 6 maggio 2011

**Decreto del Commissario ad acta n. 18 del 22 ottobre 2010  
– Rettifica denominazione «Ospedale Distrettuale» – Obiet-  
tivo G.02 riorganizzazione della Rete territoriale**

pag. 19810

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE  
(nella qualità di Commissario ad acta  
per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo  
del settore sanitario della Regione Calabria  
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri  
del 30 luglio 2010)

DECRETO n. 35 del 6 maggio 2011

**Revoca dell'autorizzazione sanitaria all'esercizio e del-  
l'accreditamento della struttura sanitaria privata «Il Giar-  
dino dei Semplici S.r.l. con sede nel Comune di Mandato-  
riccio (CS)**

pag. 19811

**REGIONE CALABRIA**  
**BOLLETTINO UFFICIALE**

**A V V I S O**

Si evidenzia agli Enti e ai soggetti, pubblici e privati, che inviano avvisi da pubblicare sul Bollettino Ufficiale la necessità che gli avvisi stessi siano redatti in conformità ai disposti del D.Lgs. 196/2003, con particolare riferimento alla disciplina dei dati sensibili.

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE  
(nella qualità di Commissario ad acta  
per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo  
del settore sanitario della Regione Calabria  
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri  
del 30 luglio 2010)

DECRETO n. 36 del 6 maggio 2011

**Recepimento Accordo Conferenza Unificata 16 dicembre 2010 concernente: «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo»** pag. 19813

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE  
(nella qualità di Commissario ad acta  
per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo  
del settore sanitario della Regione Calabria  
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri  
del 30 luglio 2010)

DECRETO n. 37 del 6 maggio 2011

**Compartecipazione alla spesa sanitaria – Tifket – Modifica ed integrazione alla delibera di Giunta Regionale del 5 maggio 2009, n. 247 – Obiettivo G.05.S13.01** pag. 19816

**Regione Calabria**  
**DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
12 aprile 2011, n. 148

**Fincalabra S.p.A. – Determinazioni** pag. 19824

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
27 aprile 2011, n. 154

**Bilancio di previsione dell'ARPACAL (Agenzia Regionale per la Protezione dell'ambiente della Calabria) per l'anno finanziario 2011 – Proposta al Consiglio regionale** pag. 19825

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
20 maggio 2011, n. 178

**Aggiornamento Rete Regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare** pag. 19826

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
20 maggio 2011, n. 181

**Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2011 «Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNE-MoRc) 2010-2015 – Recepimento** pag. 19849

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
20 maggio 2011, n. 182

**Sentenza della Corte Costituzionale n. 123 del 4 aprile 2011 – Determinazioni** pag. 19860

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
20 maggio 2011, n. 192

**Progetto «Sostegno alle iniziative di controllo del Tabagismo: consolidamento degli interventi di rete nella pianificazione aziendale»** pag. 19861

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
20 maggio 2011, n. 193

**Stipula convenzione con il Centro Nazionale delle Ricerche – Istituto Scienze Neurologiche** pag. 19861

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
20 maggio 2011, n. 194

**Progetto «SIND Support» – Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze – Presa d'atto** pag. 19863

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
20 maggio 2011, n. 195

**Legge 296/2006 art. 1 comma 461 – Acquisizione a titolo gratuito di uno o più rami d'azienda di Sviluppo Italia Calabria S.C.p.A.** pag. 19864

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
20 maggio 2011, n. 197

**Espressione dell'intesa di competenza regionale nel procedimento di autorizzazione alla costruzione ed esercizio di elettrodotti facenti parte della rete di trasporto nazionale (RTN) ai sensi della DGR 376/2008 per l'opera «Costruzione ed esercizio di un elettrodotto a 380 kV tra la costruenda Stazione Elettrica di Maida e la Stazione Elettrica di Feroleto e di una variante all'elettrodotto a 380kV Feroleto-Rizziconi, in provincia di Catanzaro – Pos EL-156»** pag. 19865

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
20 maggio 2011, n. 199

**Programmazione Regionale Unitaria 2007/2013 – Disposizioni riguardanti il Nucleo Regionale di Valutazione e Verifica Investimenti Pubblici (NRVVIP)** pag. 19867

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
20 maggio 2011, n. 219

**L.R. n. 15/02 art. 9 – Comitato Regionale per la tutela e la valorizzazione dell'artigianato artistico e tradizionale – Adeguamento all'art. 5 della L.R. n. 22/2010** pag. 19869

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
20 maggio 2011, n. 220

**Intesa tra la Regione Calabria e il Dipartimento di Informatica, Matematica, Elettronica e Trasporti (DIMET) – dell'Università Mediterranea di Reggio Calabria – Approvazione schema di convenzione** pag. 19870

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
20 maggio 2011, n. 221

**L.R. n. 38/2001 Consorzio per lo Sviluppo Industriale della Provincia di Reggio Calabria – Approvazione modifiche statutarie disposte dal Commissario ad acta con deliberazione n. 1/Comm del 28/4/2011** pag. 19871

**PARTE PRIMA****SEZIONE II**

**Regione Calabria**  
**DECRETI DEL PRESIDENTE**  
**DELLA GIUNTA REGIONALE**  
**NELLA QUALITÀ**  
**DI COMMISSARIO AD ACTA**

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE  
 (nella qualità di Commissario ad acta  
 per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo  
 del settore sanitario della Regione Calabria  
 nominato con delibera del Consiglio dei Ministri  
 del 30 luglio 2010)

DECRETO n. 28 del 7 aprile 2011

**Misure straordinarie per la movimentazione dei suini nel  
 territorio della Regione Calabria per la diminuzione del rischio  
 di diffusione della malattia vescicolare suina.**

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— la L. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al co. 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

— ai sensi della medesima norma i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;

— l'articolo 22, co. 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla L. 3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario regionale della regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni, del 23 marzo 2005, che la regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscrivere con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i.

— il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009.

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23/12/2009, avente ad oggetto: «Accordo per il piano di rientro del servizio

sanitario regionale della Calabria ex art. 1, co. 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della salute ed il Presidente della regione Calabria il 17 dicembre 2009 – Approvazione», successivamente integrata dalla P.G.R. n. 97 del 12/2/2010.

PRESO ATTO CHE:

— l'art. 7, co. 5, dell'Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Accordo «sono vincolanti, ai sensi dell'art. 1, co. 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la regione Calabria e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione Calabria in materia di programmazione sanitaria»;

— l'art. 2, co. 95, della L. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), prevede che «Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro».

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 3 del sopra citato Accordo in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista:

— la funzione di affiancamento della regione per l'attuazione dello stesso, che è svolta da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'art. 1 co. 288 della L. 23/12/2005 n. 266;

— la trasmissione ai Ministeri competenti, ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale.

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 luglio 2010 con la quale il Presidente pro tempore della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario ai sensi dell'art. 4 del D.L. 01/10/2007 n. 159, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 L. 29/11/2007 n. 222.

CONSIDERATO che ai sensi dell'art. 2, co. 83 della Legge n. 191/09 il Presidente della Regione nominato Commissario ad acta adotta 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.

DATO ATTO che la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario ad acta, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e osservazioni già comunicate dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze.

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 4 agosto 2010, con la quale il gen. dott. Luciano Pezzi e il dott. Giuseppe Navarra sono stati nominati sub commissari per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria.

PRESO ATTO che il dott. Giuseppe Navarra ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico a far data dall'1/2/2011.



VISTA la nota n. 5269-P del 26 ottobre 2010 del Ministero della Salute a firma di Capo di Dipartimento per la sanità pubblica veterinaria, la nutrizione e la sicurezza degli alimenti, nonché la nota 22/03/2011-0000113-P a firma del Direttore Generale della programmazione sanitarie e dei LEA.

ATTESO CHE la malattia vescicolare del suino (MVS) è una malattia virale, infettiva e contagiosa dei suidi, clinicamente indistinguibile dall'Afta epizootica, la cui presenza nel territorio della regione Calabria continua ad essere registrata attraverso il rilievo di animali sieropositivi con evidenza di circolazione del relativo agente eziologico virale.

VISTI:

— il decreto legislativo 22 maggio 1999 n. 196, recante attuazione della Direttiva 97/12/CE che modifica e aggiorna la Direttiva 64/432/CEE relativa ai problemi di polizia sanitaria in materia di scambi intracomunitari di animali della specie bovina e suina;

— il Piano di sorveglianza presentato alla Commissione Europea e approvato con Decisione della Commissione, del 23/11/2010, n. 2010/712/UE, recante approvazione dei programmi annuali e pluriennali di eradicazione, lotta e sorveglianza di talune malattie animali e zoonosi presentati dagli Stati membri per il 2011 e gli anni successivi, nonché del contributo finanziario dell'Unione a detti programmi;

— il D.Lgs n. 200 del 26 ottobre 2010 «attuazione della direttiva 2008/71/CE relativa all'identificazione e alla registrazione dei suini»;

— il D.M. 30 dicembre 2010 «modifiche ed integrazioni al decreto 1/4/1997, recante il piano nazionale di controllo della malattia di Aujeszky nella specie suina».

CONSIDERATO che, al fine della diminuzione del rischio di diffusione della malattia vescicolare suina sul territorio, occorre attivare tutte le misure possibili in ordine alla movimentazione dei suini;

RITENUTO, pertanto, di dover emanare norme a carattere straordinario che consentano un completo allineamento della Banca Dati Nazionale dei suini e il controllo delle loro movimentazioni nel territorio della Regione Calabria.

#### DECRETA

Per i motivi espressi in narrativa che qui si richiamano quale parte integrante e sostanziale:

Di stabilire che:

— i Servizi Veterinari delle AA.SS.PP. della Calabria registrano in Banca Dati Nazionale suina tutti gli allevamenti suini, ad esclusione delle aziende da autoconsumo che detengono solo un capo secondo quando previsto dall'art. 3 e allegato I paragrafo 1 del D.L.vo n. 200 del 26/10/2010.

— dalla data di pubblicazione del presente decreto, i titolari della Regione Calabria dei siti in cui vengono macellati animali della specie suina, sono tenuti ad inserire nella Banca Dati Nazionale tutte le informazioni di cui all'art. 4, comma 7 e Allegato I, paragrafo 5 del D.L.vo n.200/2010; fino all'allineamento della Banca Dati Nazionale con le partite effettivamente transitate presso lo stabilimento di macellazione, l'attività è sospesa;

— dalla data di pubblicazione del presente decreto tutte le movimentazioni di suini in partenza da aziende situate nel terri-

torio della Regione Calabria devono essere scortate dal modello 4, di cui al decreto ministeriale 16 maggio 2007 e s.m.i., compilato in quadruplica copia e secondo le modalità descritte nel D.M. 30 dicembre 2010 e la nota DGSAFV. III 3414 del 23 febbraio 2011. Tutte le informazioni previste nel Mod. 4, escluse quelle relative al quadro E - Informazioni sanitarie - devono essere entro 48 ore dal rilascio, inserite in BDN a cura del detentore o di un suo delegato (Associazione o Servizio Veterinario dell'ASP) e il modello 4 dovrà essere successivamente stampato direttamente dalla BDN. Gli animali da movimentare dovranno essere sottoposti a visita clinica da parte del veterinario ufficiale della ASP territorialmente competente entro le 48 ore precedenti il carico e l'esito di tale visita deve essere riportato nell'apposita sezione del Mod. 4;

— dalla data di pubblicazione del presente decreto, per tutte le partite suine movimentate, dovranno essere documentate le preventive operazioni di lavaggio e disinfezione degli automezzi; per cui, oltre al mod. 4 di scorta, a destinazione, dovrà lasciarsi in copia, debitamente compilato a cura del trasportatore, l'allegato IX dell'O.M. 12/4/2008, «Certificato di lavaggio e disinfezione per gli automezzi» (allegato A), i cui termini scaduti sono stati prorogati con nota prot. DGSA-P n.758 del 19/1/11;

— dal 30/6/2011, terminata la prima fase d'applicazione del presente decreto, in assenza dell'allegato IX sopra citato, dovrà essere applicata la sanzione di cui al DPR 320/54 come modificato dal comma 1 art. 6 del D.L.vo 22 maggio 1999 n. 196;

— dalla data di pubblicazione del presente decreto, sul mod. 4, dovrà essere sempre indicato, oltre al codice aziendale, il numero di registrazione dipartimentale assegnato come OSA, ottenuto tramite la presentazione DIA, come prescritto dai regolamenti. CE 852 e 853 del 2004;

— in ogni caso nessun mod. 4 potrà essere rilasciato ad allevamento sprovvisto del suddetto numero di registrazione.

Di trasmettere il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'accordo del piano di rientro, ai Ministeri competenti ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere;

Di dare mandato alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto, agli interessati, ai Ministeri dell'economia e finanze e della salute, per la pubblicazione sul Bollettino regionale e sul sito web istituzionale della Regione Calabria.

Catanzaro, li 7 aprile 2011

*Il Presidente*  
**Giuseppe Scopelliti**

(segue allegato)

## ALLEGATO A

Certificato di lavaggio e disinfezione per gli automezzi allegato IX O.M. 12/4/2008  
(dichiarazione a cura dell'operatore/conducente del mezzo)

\*\*\*\*\*

IL sottoscritto \_\_\_\_\_, Operatore/conducente del mezzo \_\_\_\_\_

Tipo \_\_\_\_\_ targa \_\_\_\_\_, dichiara che il più recente scarico di suini è avvenuto a:

Provincia e luogo	Data	ora
Nominativo Azienda		

A seguito dello scarico, il veicolo è stato sottoposto a pulizia e disinfezione di tutti i componenti (rampa di carico, ruote, cabina)

Le operazioni di pulizia e disinfezione si sono svolte:

Provincia e luogo	Data	ora
Nominativo impianto di pulizia e disinfezione		

Il disinfettante impiegato è stato \_\_\_\_\_

Data	Luogo	Firma

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE  
(nella qualità di Commissario ad acta  
per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo  
del settore sanitario della Regione Calabria  
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri  
del 30 luglio 2010)

DECRETO n. 34 del 6 maggio 2011

**Decreto del Commissario ad acta n. 18 del 22 ottobre 2010  
– Rettifica denominazione «Ospedale Distrettuale» – Obiettivo G.02 riorganizzazione della Rete territoriale.**

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— la L. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al co. 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

— ai sensi della medesima norma i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;

— l'articolo 22, co. 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla L. 3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario regionale della regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni, del 23 marzo 2005, che la regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscrivere con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i.

— il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009.

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23/12/2009, avente ad oggetto: «Accordo per il piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria ex art. 1, co. 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della salute ed il Presidente della regione Calabria il 17 dicembre 2009 – Approvazione», successivamente integrata dalla P.G.R. n. 97 del 12/2/2010.

PRESO ATTO CHE che l'art. 7, comma 5, dell'Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Ac-

cordo «sono vincolanti, ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la regione Calabria e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione Calabria in materia di programmazione sanitaria».

CHE l'art. 2, comma 95, della L. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), prevede che «Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro».

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 3 del sopra citato Accordo in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista;

— la funzione di affiancamento della regione per l'attuazione dello stesso, che è svolta da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'art. 1 comma 288 della L. 23/12/2005 n. 266;

— la trasmissione ai Ministeri competenti, ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale.

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 luglio 2010 con la quale il Presidente pro tempore della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario ai sensi dell'art. 4 del D.L. 1/10/2007 n. 159, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 L. 29/11/2007 n. 222.

CONSIDERATO che ai sensi dell'art. 2, comma 83 della Legge n. 191/09 il Presidente della Regione nominato Commissario ad acta adotta 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

DATO ATTO che la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario ad acta, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e osservazioni già comunicate dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze.

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 4 agosto 2010, con la quale il gen. dott. Luciano Pezzi e il dott. Giuseppe Navarra sono stati nominati sub Commissari per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria.

PRESO ATTO che il dott. Giuseppe Navarra ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico a far data dal 1° febbraio 2011.

VISTO il parere ministeriale Calabria-DGPROG-02/05/2011-0000172-P in merito alla denominazione «Ospedali Distrettuali» attribuita ai presidi ospedalieri individuati dal decreto 18/2010 quale oggetto di riconversione delle attività assistenziali.

RITENUTE condivisibili dette osservazioni secondo le quali la denominazione «Ospedali Distrettuali» non appare appropriata in quanto tali strutture dismetteranno l'erogazione di prestazioni ospedaliere.

CONSIDERATO il ruolo, nell'ambito della rete territoriale di cui al decreto 18/2010, già attribuito alle suddette strutture e ritenuto di dovere ribadire che le specifiche funzioni sono quelle già previste ed elencate nell'Allegato 1 alla rete territoriale di cui al decreto 18/2010 (pag. 23 e segg.).

RITENUTO che in funzione della tipologia assistenziale attribuita alle sopraccitate strutture la denominazione Centro di Assistenza Primaria Territoriale sia la più adeguata a rappresentare le caratteristiche di queste strutture.

#### DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente riportate:

Di rettificare, parzialmente, il decreto del Commissario ad acta n. 18 del 22 ottobre 2010 nella parte relativa alla denominazione di «Ospedali Distrettuali» che viene sostituita in tutto il decreto dalla seguente: «Centri di Assistenza Primaria Territoriale» (C.A.P.T.) mantenendo i compiti e le funzioni di cui all'Allegato 1 della rete territoriale dello stesso decreto 18/2010;

Di trasmettere il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'accordo del piano di rientro, ai Ministeri competenti ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere;

Di dare mandato alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto, agli interessati, ai Ministeri dell'economia e finanze e della salute, per la pubblicazione sul Bollettino regionale e sul sito web istituzionale della Regione Calabria.

Catanzaro, li 6 maggio 2011

*Il Presidente*  
**Giuseppe Scopelliti**

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE  
(nella qualità di Commissario ad acta  
per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo  
del settore sanitario della Regione Calabria  
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri  
del 30 luglio 2010)

DECRETO n. 35 del 6 maggio 2011

**Revoca dell'autorizzazione sanitaria all'esercizio e dell'accreditamento della struttura sanitaria privata «Il Giardino dei Semplici S.r.l. con sede nel Comune di Mandatoriccio (CS).**

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— la L. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al comma 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

— ai sensi della medesima norma i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano ap-



posito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;

— l'articolo 22, comma 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla L. 3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario regionale della regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni, del 23 marzo 2005, che la regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscrivere con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i.

— il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009.

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23/12/2009, avente ad oggetto: «Accordo per il piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria ex art. 1, comma 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della salute ed il Presidente della regione Calabria il 17 dicembre 2009 – Approvazione», successivamente integrata dalla P.G.R. n. 97 del 12/2/2010.

PRESO ATTO CHE che l'art. 7, comma 5, dell'Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Accordo «sono vincolanti, ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la regione Calabria e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione Calabria in materia di programmazione sanitaria».

CHE l'art. 2, comma 95, della L. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), prevede che «Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro».

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 3 del sopra citato Accordo in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista;

— la funzione di affiancamento della regione per l'attuazione dello stesso, che è svolta da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'art. 1 comma 288 della L. 23/12/2005 n. 266;

— la trasmissione ai Ministeri competenti, ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale.

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 luglio 2010 con la quale il Presidente pro tempore della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario ai sensi dell'art. 4 del D.L. 1/10/2007 n. 159, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 L. 29/11/2007 n. 222.

CONSIDERATO che ai sensi dell'art. 2, comma 83 della Legge n. 191/09 il Presidente della Regione nominato Commissario ad acta adotta 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.

DATO ATTO che la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario ad acta, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e osservazioni già comunicate dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze.

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 4 agosto 2010, con la quale il gen. dott. Luciano Pezzi e il dott. Giuseppe Navarria sono stati nominati sub Commissari per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria.

PRESO ATTO che il dott. Giuseppe Navarria ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico a far data dal 1° febbraio 2011.

VISTA la su richiamata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 luglio 2010 nella parte in cui indica gli interventi da realizzarsi in via prioritaria e nello specifico al punto 9) «attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale».

CONSIDERATO che la struttura sanitaria privata denominata «Il Giardino dei Semplici S.r.l.» con sede nel Comune di Mandatoriccio (CS) in Loc. Mortilla, di cui il dott. Alessandro Donnici è il Legale Rappresentante, risulta accreditata nell'anno 2006, ai sensi della D.G.R. n. 477/04, come Comunità Terapeutica Psichiatrica di tipo «A» per n. 10 posti letto.

VISTA la D.G.R. 19 febbraio 2007, n. 105 «Linee guida per la tutela della salute mentale» nel paragrafo: «strutture residenziali riabilitative gestite dal privato» che testualmente recita: «Per le strutture residenziali riabilitative private già accreditate, ivi comprese quelle accreditate ai sensi della DGR 477/04, presenti nel territorio regionale, va specificato che le stesse devono adeguarsi ai criteri sopradetti e alle indicazioni regionali in materia di accreditamento entro 24 mesi a partire dal giorno successivo alla pubblicazione sul BURC della DGR in oggetto».

VISTA la nota prot. n. 1474 del 14/1/2009 con la quale il Dipartimento Tutela della Salute ha avviato il procedimento amministrativo finalizzato alla Riconversione della struttura de qua come Residenza Psichiatrica ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale, attivando la Commissione Aziendale dell'ASP di Cosenza per la verifica sul possesso dei requisiti previsti dalla succitata D.G.R. n. 105/2007.

VISTA la Delibera di Giunta Regionale n. 141/2009 «Approvazione linee Guida per la Tutela della Salute Mentale» nel paragrafo: «strutture residenziali riabilitative gestite dal privato» che testualmente recita: «Per le strutture residenziali riabilitative private già accreditate, ivi comprese quelle accreditate ai sensi della DGR 477/04, presenti nel territorio regionale, va specificato che le stesse avrebbero dovuto adeguarsi ai criteri dettati dalla DGR 105/2007 entro 24 mesi a partire dal giorno successivo alla pubblicazione sul BURC della citata DGR 105/2007. Le stesse strutture dovranno adeguarsi alle direttive emanate con la presente deliberazione entro il termine perentorio di 12 mesi

dalla sua pubblicazione sul BUR Calabria, in caso di non adempimento entro tale termine verrà disposta la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento con annullamento del contratto in corso».

VISTO, altresì, il decreto n. 4 del 24/8/2010, del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro, parzialmente rettificato con decreto n. 9 del 9/9/2010, che proroga al 31 ottobre 2010 il termine ultimo per il possesso dei requisiti di legge da parte delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

VISTA la deliberazione n. 2 del 3/1/2011 del Commissario Straordinario dell'ASP di Cosenza che testualmente recita: «Di prendere atto del Verbale della Commissione Tecnico Consultiva per l'Accreditamento – Asp di Cosenza, allegato (Allegato «A») al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale» – «Di esprimere parere sfavorevole sul possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi al fine della Riconversione della struttura sanitaria denominata «Il Giardino dei Semplici S.r.l.» con sede operativa nel Comune di Mandatoriccio (CS) in Località Mortilla, e sede legale in Piazza Duomo snc dello stesso Comune, di cui il dott. Alessandro Donnici ne è il Legale Rappresentante, come Residenza Psichiatrica ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale con presenza di operatori fino alle 24 ore per n. 10 posti letto, ai sensi della L.R. 24/08, del T.U. 81/08 e della D.G.R. 141/09».

#### CONSIDERATO:

CHE, ai sensi dell'art. 10-bis della Legge 241/90 e s.m.i., con nota prot. n. 252 del 5/1/2011 il Dipartimento Tutela della Salute, in conseguenza della già citata delibera n. 2/2011 del Commissario Straordinario dell'ASP di Cosenza, ha comunicato al Rappresentante Legale della struttura de qua l'avvio del procedimento di revoca dell'autorizzazione sanitaria all'esercizio e dell'accreditamento per la mancanza del possesso dei requisiti previsti dalla vigente normativa in materia di autorizzazione ed accreditamento.

CHE nella stessa nota sopra indicata, è stata data facoltà al Rappresentante Legale di poter intervenire nel procedimento con le modalità previste dagli artt. 9 e 10 della Legge 241/90 e s.m.i.

CHE con successiva nota del 17/1/2011 prot. n. 1273, il Rappresentante Legale della struttura di che trattasi ha presentato le relative controdeduzioni, mediante un'istanza di riesame corredata dai documenti probanti.

CHE con nota prot. n. 794 del 19/1/2011 avente per oggetto: «Controdeduzioni a preavviso di revoca». Avvio verifiche Azienda Sanitaria competente per territorio», è stato avviato il procedimento amministrativo di riesame, invitando il Commissario Straordinario dell'ASP di Cosenza ad accertare quanto sostenuto, con nota del 17/1/2011, dal Rappresentante Legale ed esprimersi attraverso apposito atto deliberativo.

VISTA la delibera n. 1127 del 24/3/2011 avente per oggetto: «Controdeduzioni Delibera Asp di Cosenza n. 2/2011 – Riconversione Struttura Sanitaria «Il Giardino dei Semplici S.r.l.» – Mandatoriccio (CS)», nella quale il Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza esprime parere sfavorevole ai fini della riconversione della struttura de qua per mancanza dei requisiti previsti dalla normativa vigente, in quanto non superate le criticità rilevate nella precedente delibera commissariale n. 2 del 3/1/2011.

CONSIDERATO che i provvedimenti amministrativi di revoca di autorizzazione sanitaria all'esercizio e di accreditamento sono di competenza esclusiva della Regione.

#### DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente riportate:

Di revocare l'autorizzazione sanitaria all'esercizio e l'accreditamento della struttura sanitaria privata denominata «Il Giardino dei Semplici S.r.l.» con sede nel comune di Mandatoriccio (CS) – C.da Mortilla, di cui il dott. Alessandro Donnici è il Legale Rappresentante, a seguito della delibera n. 1127 del 24/3/2011 del Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, che attesta la mancanza dei requisiti previsti dalla normativa vigente.

Di dare mandato alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto, agli interessati, ai Ministeri dell'economia e finanze e della salute, per la pubblicazione sul Bollettino regionale e sul sito web istituzionale della Regione Calabria.

Catanzaro, li 6 maggio 2011

*Il Presidente*  
**Giuseppe Scopelliti**

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE  
(nella qualità di Commissario ad acta  
per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo  
del settore sanitario della Regione Calabria  
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri  
del 30 luglio 2010)

DECRETO n. 36 del 6 maggio 2011

**Recepimento Accordo Conferenza Unificata 16 dicembre 2010 concernente: «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo».**

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— la L. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al co. 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

— ai sensi della medesima norma i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;

— l'articolo 22, co. 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla L. 3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario regionale della



regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni, del 23 marzo 2005, che la regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscrivere con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i.

— il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009.

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23/12/2009, avente ad oggetto: «Accordo per il piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria ex art. 1, co. 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della salute ed il Presidente della regione Calabria il 17 dicembre 2009 – Approvazione», successivamente integrata dalla P.G.R. n. 97 del 12/2/2010.

PRESO ATTO CHE che l'art. 7, co. 5, dell'Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Accordo «sono vincolanti, ai sensi dell'art. 1, co. 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la regione Calabria e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione Calabria in materia di programmazione sanitaria».

CHE l'art. 2, co. 95, della L. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), prevede che «Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro».

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 3 del sopra citato Accordo in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista;

— la funzione di affiancamento della regione per l'attuazione dello stesso, che è svolta da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'art. 1 co. 288 della L. 23/12/2005 n. 266;

— la trasmissione ai Ministeri competenti, ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale.

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 luglio 2010 con la quale il Presidente pro tempore della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario ai sensi dell'art. 4 del D.L. 1/10/2007 n. 159, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 L. 29/11/2007 n. 222.

CONSIDERATO che ai sensi dell'art. 2, co. 83 della Legge n. 191/09 il Presidente della Regione nominato Commissario ad acta adotta 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.

DATO ATTO che la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario ad

acta, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e osservazioni già comunicate dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze.

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 4 agosto 2010, con la quale il gen. dott. Luciano Pezzi e il dott. Giuseppe Navarra sono stati nominati sub Commissari per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria.

PRESO ATTO che il dott. Giuseppe Navarra ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico a far data dal 1° febbraio 2011.

ATTESO che, in data 16 dicembre 2010, è stato approvato, in Conferenza Unificata, l'Accordo concernente le «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo», articolato nelle seguenti 10 linee di azione, complementari e sinergiche, da avviare congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale:

- 1) Misure di politica sanitaria e di accreditamento;
- 2) Carta dei servizi per il percorso nascita;
- 3) Integrazione territorio-ospedale;
- 4) Sviluppo di linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo da parte del SNLG-ISS;
- 5) Programma di implementazione delle linee guida;
- 6) Elaborazione, diffusione e implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita;
- 7) Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto;
- 8) Formazione degli operatori;
- 9) Monitoraggio e verifica delle attività;
- 10) Istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita.

#### CONSIDERATO

— che con DPGR del 16 novembre 2010, n. 26, si è proceduto al primo riassetto della rete dei punti nascita, disattivando quelli che, nell'anno 2009, avevano effettuato un numero di parti inferiore a 500 e stabilendo un piano triennale di ulteriore razionalizzazione basato, oltre che sul numero dei parti effettuati, anche sull'indicatore di appropriatezza espresso dalla percentuale dei parti cesarei sul totale così definito:

- 40% per l'anno 2011;
- 35% per l'anno 2012;
- 25% per l'anno 2013;

— prevedendo, quindi, di procedere annualmente, entro il 31 dicembre, alla disattivazione dei punti nascita che, nell'anno di riferimento, hanno effettuato un numero di parti inferiore a 500 e/o che presentano una percentuale di parti cesarei superiore a quella sopraindicata;

— che con DPGR 16 novembre 2010, n. 25, è stata individuata, quale attività ad alto rischio di inappropriata, una percentuale di parti cesarei sul totale superiore al 35%, disponendo quindi i controlli sulla totalità delle cartelle cliniche e corrispondenti SDO, al fine di promuovere azioni che diminuiscano l'inappropriato ricorso al parto con taglio cesareo.

CONSIDERATO che con delibera di Giunta Regionale del 24 maggio 2010, n. 391, è stata approvata la procedura di prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto, relativa alla raccomandazione n. 6 del Ministero della Salute e con DPGR del 28 gennaio 2011, n. 8, nonché la procedura per la regolamentazione delle richieste di trasferimento, tra ospedali, di pazienti in età neonatale o pediatrica.

TENUTO CONTO che con DGR del 18 giugno 2009, n. 369, è stato attivato il sistema di segnalazione degli eventi sentinella (SIMES) e il sistema di segnalazione spontanea degli eventi avversi o near miss.

RITENUTO, pertanto, necessario recepire l'Accordo della Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010, per perseguire il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza del percorso nascita, già avviato.

CONSIDERATO che il suddetto Accordo ritiene necessaria l'istituzione di un Coordinamento permanente regionale per il percorso nascita e che, pertanto, si individuano nelle seguenti figure i componenti di tale Coordinamento:

— il Dirigente del Settore LEA del Dipartimento Tutela della salute

— il Dirigente responsabile dei flussi informativi del Dipartimento Tutela della salute

— il Dirigente Responsabile della qualità del Dipartimento Tutela della salute

— un Direttore generale, o suo delegato, di Azienda Ospedaliera

— un Direttore generale, o suo delegato, di Azienda Sanitaria Provinciale

— un medico ginecologo ospedaliero

— un medico ginecologo dei Consultori Familiari

— un Dirigente medico neonatologo

— un'ostetrica ospedaliera

— un Responsabile di Dipartimento materno-infantile

— un responsabile del SUEM 118

RITENUTO di rinviare ad un successivo atto l'individuazione dei nominativi delle figure sopra indicate

#### DECRETA

Per i motivi espressi in narrativa che qui si richiamano quale parte integrante e sostanziale:

Di recepire l'Accordo della Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010, concernente le «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo», articolato nelle seguenti 10

linee di azione, complementari e sinergiche, da avviare congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale:

1) misure di politica sanitaria e di accreditamento;

2) carta dei servizi per il percorso nascita;

3) integrazione territorio-ospedale;

4) sviluppo di linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo da parte del SNLG-ISS;

5) programma di implementazione delle linee guida;

6) elaborazione, diffusione e implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita;

7) procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto;

8) formazione degli operatori;

9) monitoraggio e verifica delle attività;

10) istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita.

Di confermare l'obbligo, per i competenti servizi aziendali, del controllo sulla totalità delle cartelle cliniche e corrispondenti SDO e qualora la percentuale di parti cesarei sul totale superi il 35%, promuovere azioni che diminuiscano l'inappropriato ricorso al parto con taglio cesareo.

Di far obbligo ai Commissari/Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere e ai Rappresentanti legali delle Case di Cura accreditate sedi di punti nascita di adeguarsi entro il 31 dicembre 2011 agli standard operativi, di sicurezza e tecnologici riportati nell'allegato 1B al predetto Accordo e di dotarsi di percorsi ospedale-territorio che garantiscano la presa in carico della gestante e la continuità dell'assistenza secondo quanto riportato nell'allegato 3 dell'Accordo. Le Aziende Ospedaliere dovranno coordinarsi nella costruzione del percorso con le Aziende Sanitarie Provinciali territorialmente competenti.

Di disporre che ogni punto nascita si doti, entro tre mesi dalla pubblicazione del presente decreto, della Carta dei Servizi contenente tutte le indicazioni riportate nell'allegato 2 all'Accordo della Conferenza Unificata.

Di obbligare i punti nascita all'utilizzo delle Linee guida sul taglio cesareo (snlg-iss 11 febbraio 2010) al momento disponibili, con l'impegno della massima e capillare diffusione della successiva stesura completa.

Di ribadire l'obbligo di utilizzo nelle competenti strutture delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie Provinciali della segnalazione degli eventi sentinella (SIMES) e della segnalazione spontanea degli eventi o quasi eventi approvate con DGR del 18 giugno 2009, n. 369, della raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto approvata con DGR del 24 maggio 2010, n. 391 e della procedura per la regolamentazione di richieste di trasferimento, tra ospedali, di pazienti in età neonatale o pediatrica approvata con decreto del Commissario ad acta del 28 gennaio 2011, n. 8.

Di istituire il Coordinamento permanente regionale per il percorso nascita così costituito:

— il Dirigente del Settore LEA del Dipartimento Tutela della salute

— il Dirigente responsabile dei flussi informativi del Dipartimento Tutela della salute

— il Dirigente Responsabile della qualità del Dipartimento Tutela della salute

— un Direttore generale, o suo delegato, di Azienda Ospedaliera

— un Direttore generale, o suo delegato, di Azienda Sanitaria Provinciale Un medico ginecologo ospedaliero

— un medico ginecologo dei Consultori Familiari

— un Dirigente medico neonatologo

— un'ostetrica ospedaliera

— un Responsabile di Dipartimento materno-infantile

— un responsabile del SUEM 118

Di rinviare ad un successivo atto l'individuazione dei nominativi delle figure sopra indicate.

Di trasmettere il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'accordo del piano di rientro, ai Ministeri competenti ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere.

Di dare mandato alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto, agli interessati, ai Ministeri dell'economia e finanze e della salute, per la pubblicazione sul Bollettino regionale e sul sito web istituzionale della Regione Calabria.

Catanzaro, lì 6 maggio 2011

*Il Presidente*  
**Giuseppe Scopelliti**

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE  
(nella qualità di Commissario ad acta  
per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo  
del settore sanitario della Regione Calabria  
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri  
del 30 luglio 2010)

DECRETO n. 37 del 6 maggio 2011

**Compartecipazione alla spesa sanitaria – Tifket – Modifica ed integrazione alla delibera di Giunta Regionale del 5 maggio 2009, n. 247 – Obiettivo G.05.S13.01.**

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— la L. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al co. 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

— ai sensi della medesima norma i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;

— l'articolo 22, co. 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla L. 3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario regionale della regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni, del 23 marzo 2005, che la regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscrivere con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i.

— il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009.

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23/12/2009, avente ad oggetto: «Accordo per il piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria ex art. 1, co. 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della salute ed il Presidente della regione Calabria il 17 dicembre 2009 – Approvazione», successivamente integrata dalla P.G.R. n. 97 del 12/2/2010.

PRESO ATTO CHE:

— che l'art. 7, co. 5, dell'Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Accordo «sono vincolanti, ai sensi dell'art. 1, co. 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la regione Calabria e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione Calabria in materia di programmazione sanitaria»;

— che l'art. 2, co. 95, della L. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), prevede che «Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro».

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 3 del sopra citato Accordo in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista;

— la funzione di affiancamento della regione per l'attuazione dello stesso, che è svolta da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'art. 1 co. 288 della L. 23/12/2005 n. 266;

— la trasmissione ai Ministeri competenti, ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale.

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 luglio 2010 con la quale il Presidente pro

tempore della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario ai sensi dell'art. 4 del D.L. 1/10/2007 n. 159, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 L. 29/11/2007 n. 222.

CONSIDERATO che ai sensi dell'art. 2, co. 83 della Legge n. 191/09 il Presidente della Regione nominato Commissario ad acta adotta 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.

DATO ATTO che la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario ad acta, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e osservazioni già comunicate dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze.

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 4 agosto 2010, con la quale il gen. dott. Luciano Pezzi e il dott. Giuseppe Navarra sono stati nominati sub Commissari per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria.

PRESO ATTO che il dott. Giuseppe Navarra ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico a far data dal 1° febbraio 2011.

ATTESO CHE con delibera di Giunta Regionale del 5 maggio 2009, n. 247, è stato approvato il regolamento sulla «Compartecipazione alla spesa sanitaria – ticket» che definisce, tra l'altro, all'art. 4, le categorie dei soggetti esenti.

CONSIDERATO CHE con decreto del Presidente della Giunta Regionale, in qualità di Commissario ad acta, del 25 ottobre 2010, n. 19 sono state apportate delle modifiche al predetto regolamento nella parte relativa all'esenzione dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria per condizione reddituale, in ossequio a quanto previsto nel decreto del Ministero Economia e Finanze dell'11 dicembre 2009.

CHE, in attuazione del regolamento di cui trattasi, sono state diramate circolari esplicative (note n. 10750 del 14 maggio 2009 e n. 17792 del 15 luglio 2010), con le quali sono state fornite precisazioni in ordine ad alcune categorie di esenti.

VISTO il parere n. 170-P reso il 29 aprile 2011 dai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze.

RITENUTO, in relazione al suddetto parere, dover ricondurre la disciplina delle esenzioni, alla normativa nazionale, per quanto concerne le categorie protette e le prestazioni sanitarie così come meglio specificato nell'allegato al presente decreto contenente le relative disposizioni di riferimento e i relativi codici di esenzione da riportare sulle prescrizioni del ricettario unico del SSN.

DATO ATTO in particolare, che con il presente atto;

— viene confermata l'esenzione dal pagamento sia della quota di partecipazione alla spesa sanitaria che della quota fissa e della quota fissa aggiuntiva (€ 1 per ogni ricetta e quota fissa aggiuntiva per le prestazioni di assistenza specialistica, diagnostica di laboratorio e strumentale e quota fissa aggiuntiva di € 2 a pezzo nel caso di prestazione farmaceutica; quota fissa di € 3,10

per ricetta per prestazioni termali cui aggiungere la somma dei ticket dei singoli cicli di terapia fino ad un massimo di € 50,00), per le seguenti categorie:

a) soggetti affetti da patologie croniche e invalidanti, limitatamente alle prestazioni correlate alla patologia, (da 001 a Onn);

b) soggetti affetti da patologie rare (da RAannn a RQannn);

c) prestazioni (di assistenza specialistica, diagnostica di laboratorio e strumentale) richieste su sospetto diagnostico di malattia rara (R99)

d) invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 1<sup>a</sup> alla 5<sup>a</sup> e deportati in campo di sterminio e dalla 6<sup>a</sup> alla 8<sup>a</sup> (G01 e G02);

e) grandi invalidi del lavoro – dall'80 al 100% di invalidità e, limitatamente alle prestazioni correlate alla patologia, infortuni sul lavoro o affetti da malattie professionali (L01 e L04);

f) invalidi per servizio appartenenti alla 1<sup>a</sup> categoria titolari di specifica pensione (S01);

g) invalidi civili al 100% di invalidità senza e con indennità di accompagnamento (rispettivamente C01 e C02);

h) invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza ex art. 1 L. n. 289/90 (C04);

i) ciechi e sordomuti per come individuati ai sensi dell'art. 6, comma 1 lett. f del D.M. 1/2/1991 (ex artt. 6 e 7, L. 2 aprile 1968, n. 482 modificato dalla L. n. 68/99, rispettivamente C05 e C06);

j) soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati (legge 210/92) (N01);

k) vittime del terrorismo e della criminalità organizzata (legge 302/90; D.Lgs. 124/98; ex art. 9 della l. 206/2004; ex DPR 7 luglio 2006 n. 243; art. 4 L. 3/8/2004 n. 206) (V01 e V02);

l) soggetti che godono di tutele particolari (D.M. 10/9/1998 – stato di gravidanza) (M00 e da M01 a M41 – M99 – M50-M52);

m) soggetti che devono eseguire prestazioni correlate all'attività di donazione o a rischio di infezione HIV (D.Lvo 124/98) (T01 e B01);

n) detenuti e internati (decreto legislativo 22/6/1999, n. 230) (F01);

o) prestazioni ambulatoriali urgenti o comunque essenziali ai cittadini extracomunitari non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno e privi di risorse economiche sufficienti (X01);

— viene reintrodotta l'esenzione, con le identiche modalità, anche per le seguenti prestazioni sanitarie:

1) prestazioni specialistiche finalizzate alla tutela della salute collettiva, disposte a livello locale in caso di situazioni epidemiche (P01);

2) prestazioni farmaceutiche per farmaci analgesici oppiacei utilizzati per la terapia del dolore severo per i quali è consentita la prescrizione in un'unica ricetta per una terapia massima di trenta giorni (TDL);



— vengono altresì reintrodotte le esenzioni dalla compartecipazione alla spesa (ordinaria e aggiuntiva), per le seguenti categorie di soggetti e prestazioni:

- 1) invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa superiore ai due terzi limitatamente alle prestazioni correlate alla patologia invalidante (L02);
- 2) invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa inferiore ai due terzi limitatamente alle prestazioni correlate alla patologia invalidante (L03);
- 3) invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 2<sup>a</sup> alla 5<sup>a</sup> limitatamente alle prestazioni correlate alla patologia invalidante (S02);
- 4) invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 6<sup>a</sup> alla 8<sup>a</sup> limitatamente alle prestazioni correlate alla patologia invalidante (S03);
- 5) obiettori di coscienza in servizio civile (S04);
- 6) invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa superiore a 2/3 – dal 67% al 99% di invalidità limitatamente alle prestazioni correlate alla patologia invalidante (C03);
- 7) prestazioni richieste in sede di verifica dell'invalidità civile ex D.M. 20/7/1989, n. 293 e succ. mod. (C07);
- 8) prestazioni diagnostiche per campagne di screening autorizzate dalla regione o di monitoraggio sui soggetti operanti nei territori della Bosnia-Herzegovina e del Kosovo e per diagnosi precoce di tumori (da D01 a D06);
- 9) prestazioni specialistiche finalizzate all'avviamento al lavoro e correlate alla pratica vaccinale (P02 e P03);
- 10) prestazioni richieste per il rilascio di certificati di idoneità alla pratica sportiva, all'adozione e affidamento, allo svolgimento del servizio civile (I01);
- 11) prestazioni medico legali ai naviganti in ambito SASN (PML).

PRECISATO che ai sensi della legge 206/04 le vittime dei terrorismi e della criminalità sono equiparate agli invalidi di

guerra e che rimane invariato il regime di erogazione di farmaci di fascia «C» agli invalidi di guerra titolari di pensione diretta vitalizia (legge 203/2000).

#### DECRETA

Per i motivi espressi in narrativa che qui si richiamano quale parte integrante e sostanziale:

Di modificare l'art. 4 (Esenzioni), lett. c) del regolamento «Compartecipazione alla spesa sanitaria – ticket» approvato con la deliberazione della Giunta Regionale 5 maggio 2009, n. 247, nel modo che segue:

«c. soggetti appartenenti alle categorie protette individuate da norme nazionali.»

Di dichiarare, pertanto, esenti le categorie e le prestazioni di cui all'elenco allegato al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale.

Di confermare per la restante parte il regolamento per la compartecipazione alla spesa sanitaria così come stabilito dal decreto del Presidente della Giunta Regionale, in qualità di Commissario ad acta, del 25 ottobre 2010, n. 19 (esenzione dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria per condizione reddituale).

Di trasmettere il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'accordo del piano di rientro, ai Ministeri competenti ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere.

Di dare mandato alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto, agli interessati, ai Ministeri dell'economia e finanze e della salute, per la pubblicazione sul Bollettino regionale e sul sito web istituzionale della Regione Calabria.

Catanzaro, li 6 maggio 2011

*Il Presidente*  
**Giuseppe Scopelliti**

(segue allegato)



## ART. 4 LETT. C – REGOLAMENTO COMPARTICIPAZIONE SPESA SANITARIA – TICKET

### ELENCO DELLE CATEGORIE E DELLE PRESTAZIONI ESENTI

#### (codifica nazionale delle condizioni di esenzione dalla partecipazione alla spesa)

Il medico prescrittore deve riportare nelle caselle della ricetta predisposte a questo scopo il codice e il sub-codice di esenzione che identificano la tipologia di esenzione correlata allo stato di salute, secondo quanto riportato nella tabella 1) allegata. Salvo alcuni casi particolari, il codice è costituito da un carattere alfabetico e il sub-codice è costituito da un carattere numerico a due cifre. I casi particolari sono:

- esenzioni per patologie croniche (n. 1): il codice è costituito dallo 0 (zero) e il sub-codice, per le condizioni indicate nella nota (1) è costituito da 4 caratteri;
- esenzioni per patologie rare (n. 2): il sub-codice è costituito da 5 caratteri

Il soggetto erogatore della prestazione dovrà barrare la casella contrassegnata dalla lettera R e riportare nelle caselle predisposte a questo scopo il codice e il sub-codice delle esenzioni correlate alla situazione reddituale del nucleo familiare (n. 38, 39, 40, 41) indicate nella tabella 2) allegata, quando l'assistito abbia autocertificato il diritto a tale esenzione apponendo la propria firma nell'apposito spazio.

#### Esenzioni correlate allo stato di salute (a cura del medico prescrittore)

n.	Tipologia di esenzione	Cod.	SubCod.	Note	Quota Fissa di 1 € a ricetta
1	Soggetti affetti da patologie croniche e invalidanti esenti ai sensi del D.M. 28,05,1999 n. 329 e succ. modifiche e integrazioni (ultimo D.M. 21,5,2001 n. 296)	0 malattie croniche	da 01 a nn	Vedi Nota (1)	
2	Soggetti affetti da patologie rare esenti ai sensi del D.M. 18,05,2001 n. 279	R Rare	da Aannn a Qannn	Vedi Nota (2)	
3	Prestazioni richieste su sospetto diagnostico di malattia rara (ex art. 5 comma 2 del D.M. 18,05,2001 n. 279).		99	Vedi Nota (3)	
4	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 1a alla 5a titolari di pensione diretta vitalizia e deportati in campo di sterminio (ex art. 6 comma 1 lett. a del D.M. 01,02,1991)	G Guerra	01		
5	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 6a alla 8a (ex art. 6 comma 2 lett. A del D.M. 01.02.1991)		02		
6	Grandi invalidi del lavoro -dall'80% al 100% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. B del D.M. 01,02,1991)	L Lavoro	01		

n.	Tipologia di esenzione	Cod.	SubCod.	Note	Quota Fissa di 1 € a ricetta
7	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 79% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. b del D.M. 01,02,1991)	S Servizio	02		*
8	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa < 2/3 - dall'1% al 66% di invalidità - (ex art. 6 comma 2 lett. b del D.M. 01,02,1991)		03		*
9	Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali (ex art. 6 comma 2 lett. c del D.M. 01,02,1991)		04		
10	Grandi invalidi per servizio appartenenti alla 1a categoria - titolari di specifica pensione - (ex art. 6 comma 1 lett. c del D.M. 01,02,1991)		01		
11	Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 2a alla 5a (ex art. 6 comma 1 lett. c del D.M. 01,02,1991)		02		*
12	Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 6a alla 8a (ex art. 6 comma 2 lett. d del D.M. 01,02,1991)		03		*
13	Obiettori di coscienza in servizio civile (ex art. 6, comma 1, L. 8 luglio 1998, n. 230)		04		*
14	Invalidi civili al 100% di invalidità senza indennità di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01,02,1991)	C Civili	01		
15	Invalidi civili al 100% di invalidità con indennità di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01,02,1991)		02		
16	Invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 99% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01,02,1991)		03		*
17	Invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza ex art. 1 L. n. 289/90 (ex art. 5 comma 6 del D.Lgs. 124/1998)		04		
18	Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore ad un decimo ad entrambi gli occhi - con eventuale correzione - riconosciuti dall'apposita Commissione Invalidi Ciechi Civili - ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. f del D.M. 01,02,1991 - (ex art. 6 L. n. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99)		05		
19	Sordomuti (da intendersi coloro che sono colpiti da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata) - ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. f del D.M. 01,02,1991 - (ex art. 7 L. n. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99)		06		
19bis	Prestazioni richieste in sede di verifica dell'invalidità civile ex D.M.20,7,1989, n. 293 e succ. mod.		07		*



n.	Tipologia di esenzione	Cod.	SubCod.	Note	Quota Fissa di 1 € a ricetta
20	Pazienti in possesso di esenzione in base alla L. n. 210 del 25,02,1992 -Danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati - (ex art. 1 comma 5 lett. d del D.Lgs. 124/1998)	<b>N</b> Legge n. 210	01		
21	Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata (ex art. 15 L. n. 302/90 art. 5 comma 6 del D.Lgs. 124/1998) vittime del terrorismo e delle stragi di tale matrice con invalidità < 80% e loro familiari (ex art. 9 della l. 206/2004), vittime del dovere e familiari superstiti (ex.dPR 7 luglio 2006, n. 243)	<b>V</b> Vittime	01		
21bis	Vittime del terrorismo e delle stragi di tale matrice con invalidità > 80% (art. 4, legge 3,8,2004, n. 206)		02		
22	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998)- in epoca pre-concezionale	<b>M</b> Maternità	00		
23	esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) - in gravidanza ordinaria oppure		da 01 a 41	così composto: M + nn (settimana di gravidanza)	
24	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) – in gravidanza ordinaria		99	Vedi Nota (4)	
25	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) - in gravidanza a rischio		50		
25bis	Ulteriori prestazioni in gravidanza erogate al personale navigante		52		
26	Prestazioni diagnostiche nell'ambito di campagne di screening autorizzate dalla Regione (ex art. 1 comma 4 lett. a del D.Lgs. 124/1998)		<b>D</b> Diagnosi precoce	01	
27	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) - citologico	02			*
28	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) - mammografico	03			*
29	Prestazioni di diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) - colon-retto	04			*
30	Prestazioni di approfondimento diagnostico correlate alla diagnosi precoce del tumore della mammella (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000)	05			*
30bis	Prestazioni incluse nel protocollo della campagna di monitoraggio sulle condizioni sanitarie dei soggetti operanti nei territori della Bosnia-Herzegovina e del Kosovo (ex d.m. 22			06	

n.	Tipologia di esenzione	Cod.	SubCod.	Note	Quota Fissa di 1 € a ricetta
	ottobre 2002)				
31	Prestazioni specialistiche correlate all'attività di donazione (ex art. 1 comma 5 lett. c del D.Lgs. 124/1998)	T donazione	01		
32	Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezione HIV (ex art. 1, comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 – prima parte)	BHiv	01		
33	Prestazioni specialistiche finalizzate alla tutela della salute collettiva, disposte a livello locale in caso di situazioni epidemiche (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 24/1998 – seconda parte -)	P Prevenzione	01		
34	Prestazioni specialistiche finalizzate all'avviamento al lavoro derivanti da obblighi di legge e non poste a carico del datore di lavoro – attualmente eseguibili nei confronti dei soggetti maggiorenni apprendisti - (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 – ultima parte -)		02		*
35	Prestazioni correlate alla pratica vaccinale obbligatoria o raccomandata (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 – prima parte - )profilassi antitubercolare ex DPR 7 novembre 2001, n. 465		03		
36	Prestazioni a favore di detenuti ed internati (ex art. 1, comma 6, D.Lgs. 22. 6. 1999 n. 230)	F detenuti	01		
37	Prestazioni richieste per il rilascio di certificati di idoneità alla pratica sportiva, all'adozione e affidamento, allo svolgimento del servizio civile (ex D.P.C.M. 28 novembre 2003)	I Idoneità	01		*
38	Prestazioni medico legali ai naviganti in ambito SASN	PML		Vedi nota (5)	*
39	Prestazioni ambulatoriali urgenti o comunque essenziali ai cittadiniextracomunitari non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, privi di risorse economiche sufficienti (art. 35, c. 3, D.lgs. 25 luglio 1998, n. 286; art. 43, comma 4, DPR 31 agosto 1999, n. 394.	X Extracomunitari	01	Vedi nota (6)	
40	Terapia del dolore severo	TDL	01	Vedi nota (7)	



**Note alla Tab. 1**

Nota (1) I caratteri identificativi dell'esenzione (codice+sub-codice) corrispondono alle prime 3 cifre del codice identificativo della condizione di esenzione (ONN - dove con N rappresenta un numero). Per le "Afezioni del sistema circolatorio" e per la "Malattia ipertensiva" il codice si compone di 4 caratteri: 0A02 per le "Malattie cardiache e del circolo polmonare"; 0B02 per le "Malattie cerebrovascolari"; 0C02 per le "Malattie delle arterie, arteriose, capillari, vene, vasi linfatici"; 0A31 per "Ipertensione arteriosa"; 0031 per "Ipertensione arteriosa in presenza di danno d'organo"

Nota (2) I caratteri identificativi dell'esenzione (codice+sub-codice) sono 6 e corrispondono al codice identificativo completo della malattia o del gruppo di malattie: secondo lo schema prevalente RAANNN (dove A rappresenta un carattere alfabetico e N rappresenta un carattere numerico)

Nota (3) Nei caso di soggetti per i quali è stato formulato dallo specialista un sospetto diagnostico di malattia rara, è sufficiente l'indicazione del codice R e del sub-codice 99. Gli stessi caratteri identificativi dovranno essere usati per la codifica delle indagini genetiche sui familiari dell'assistito quando necessarie per diagnosticare (all'assistito) una malattia rara di origine ereditaria.

Nota (4) Codice alternativo utilizzabile dal MMG, qualora lo stesso medico non fosse operativamente in grado di quantificare esattamente la settimana di gestazione dell'assistita, anche in ragione dei lunghi periodi intercorrenti tra la data di prescrizione e la data di erogazione della prestazione specialistica richiesta. In questo caso, la verifica della correlazione tra la settimana di gravidanza e la tipologia della prestazione richiesta, ai fini dell'esenzione dalla spesa sanitaria, sarebbe di competenza della struttura erogatrice.

Nota (5) Le prestazioni medico legali erogate gratuitamente ai naviganti marittimi e aerei iscritti al SASN di cui al codice PML (D.M. 22 febbraio 1984 ed altre normative tecniche di settore), ivi comprese le prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio connesse alla formazione del giudizio medico-legale, sono: visita preventiva di imbarco per i marittimi con libretto di navigazione, di nazionalità italiana, straniera o apolide; visita preventiva di imbarco per gli imbarcandi come personale al servizio sulla nave, che imbarcano con passaporto di nazionalità italiana o straniera su navi battenti bandiera italiana; visite periodiche biennali di idoneità alla navigazione marittima; visite di rilascio o rinnovo delle licenze e degli attestati aeronautici (per il solo personale di 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> classe in costanza di rapporto di lavoro nel settore dell'aviazione civile; accertamenti diagnostici richiesti dalla Commissione medica permanente di 1<sup>o</sup> grado; accertamenti diagnostici richiesti dall'I.M.L. in sede di visita straordinaria; visita di sbarco per malattia occorsa durante il periodo di imbarco (o insorta entro i 28 giorni dallo sbarco per i marittimi imbarcati o per il personale imbarcato a servizio della nave ed iscritto all' I.P.Se.Ma.); emissione di un giudizio di idoneità o di inidoneità al lavoro.

Nota (6) Il codice X01 deve essere utilizzato quando il cittadino straniero assistito non goda, ad altro titolo (es. gravidanza, malattia cronica, ecc.) dell'esenzione dalla partecipazione alla spesa

Nota (7) Il codice TDL deve essere utilizzato sulla ricetta per la prescrizione dei farmaci per la terapia del dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa per una terapia non superiore a trenta giorni. Il medesimo codice può essere utilizzato dalla Regioni ai fini dell'esenzione sulla quota di compartecipazione alla spesa.

Nota (8) Per le prestazioni contrassegnate da asterisco è dovuta una quota fissa di 1€ a ricetta



**Regione Calabria**  
**DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
12 aprile 2011, n. 148

**Fincalabra S.p.A. – Determinazioni.**

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO:

— che, con delibera n. 1027/2008 la Giunta regionale ha nominato, per tre esercizi e con scadenza alla data di assemblea convocata per l'approvazione del bilancio relativo al terzo esercizio della carica, quali Componenti del Consiglio di Amministrazione di Fincalabra S.p.A. i sigg.: Giuseppe Lelio Petronio e Flavio Alfredo Talarico e quali componenti del Collegio Sindacale: Giovanni Carnè – Sindaco effettivo – e Francesco Tigani – Sindaco supplente.

— RILEVATO:

— che Fincalabra S.p.A. è stata istituita con la L.R. n. 7 del 30 aprile 1984, allo «scopo di concorrere nel quadro della politica di programmazione economica della regione, allo sviluppo economico e sociale della Calabria»;

— che con l'art. 3 della legge regionale n. 9 dell'11 maggio 2007 è stato stabilito di adottare iniziative dirette a definire il ruolo e i compiti di Fincalabra S.p.A. nella prospettiva di dotare la Regione di uno strumento tecnico ed operativo per una più efficace attuazione delle politiche regionali di sviluppo socio-economico, previa acquisizione delle quote azionarie detenute dagli altri soci;

— che in attuazione della predetta normativa, con DD.GG.RR. n. 359/2007 e n. 206/2008 e con decreto dirigenziale n. 8123/2008, la Regione è divenuta unico azionista della suddetta società attraverso l'acquisizione delle azioni detenute dai soci privati;

— che Fincalabra S.p.A. è un Ente Strumentale della Regione, per come emerge da atti formali, quali:

a) la legge regionale n. 7/2001 che, all'art. 26 definisce espressamente, Fincalabra «ente strumentale della Regione», accomunandola ad ARSA ed AFOR;

b) la mozione del Consiglio regionale n. 7 del 15/9/2005 di identico tenore;

c) l'art. 4 dello Statuto di Fincalabra S.p.A.

CONSIDERATO che:

— con l'art. 3 della Legge Regionale 11 maggio 2007, n. 9 sono stati definiti il ruolo e i compiti di Fincalabra S.p.A., nella prospettiva di dotare la regione di uno strumento tecnico ed operativo per la più efficace attuazione delle politiche regionali di sviluppo socio-economico, con particolare riguardo alla realizzazione di attività e iniziative finalizzate a favorire lo sviluppo del sistema delle P.M.I. operanti nel territorio della Regione Calabria e quindi dell'occupazione, attraverso l'innalzamento dei livelli di competitività, il miglioramento delle condizioni di accesso al credito, la crescita dell'occupazione, la promozione dello sviluppo tecnologico, il sostegno alla internazionalizzazione, la qualificazione delle risorse professionali e manageriali;

— la società dovrà assicurare l'assistenza ed il supporto nei confronti degli enti locali per favorire lo sviluppo locale dei territori, anche in termini di integrazione infrastrutturale, potenziandone la capacità di gestione, informazione e valorizzazione delle aree industriali anche ai fini della predisposizione di piani e progetti da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale;

— l'art. 3, c. 6 della legge regionale n. 9/2007 individua quali organi della società il Consiglio di Amministrazione, composto da 5 membri di cui due nominati dalla Giunta Regionale ed il collegio sindacale composto da 3 membri effettivi, di cui uno nominato dalla Giunta Regionale ed uno supplente.

ATTESO che in ragione delle funzioni attribuite dalla legge, le nomine dei membri del Consiglio di Amministrazione e del Collegio Sindacale di Fincalabra S.p.A. costituiscono esplicitazione dell'attività di indirizzo, di coordinamento e di controllo di cui è titolare l'ente pubblico locale di cui la società è ente strumentale.

CONSIDERATO, altresì, che:

— la Giunta regionale con delibera n. 698/2010 ha inteso rafforzare la sinergia tra l'esecutivo regionale e l'attività di Fincalabra S.p.A. con riferimento alle competenze della Società in materia di finanza per le infrastrutture e di finanza per l'impresa;

— gli attuali componenti del Consiglio di Amministrazione, designati con D.G.R. n. 1027/2008, non sono espressione delle politiche regionali di sviluppo socio economico dell'attuale Governo regionale per cui, nei loro confronti, è venuto meno il rapporto fiduciario;

— le nomine e le designazioni di rappresentanti presso gli enti strumentali devono considerarsi di carattere fiduciario, nel senso che riflettono il giudizio di affidabilità espresso attraverso la nomina, ovvero la fiducia sulla capacità del nominato di rappresentare gli indirizzi di chi lo ha designato, orientando l'azione dell'organismo nel quale si trova ad operare in senso quanto più possibile conforme agli interessi di chi gli ha conferito l'incarico (vedi sentenza del Consiglio di Stato n. 178/2005);

— è imminente lo scadere del terzo esercizio della carica, corrispondente all'annualità 1 luglio 2010-30 giugno 2011, per come previsto dalla su richiamata delibera di giunta n. 1027/2008;

— la scadenza del mandato dei due componenti del CDA in carica: Giuseppe Lelio Petronio e Flavio Alfredo Talarico, nonché i due componenti del Collegio Sindacale: Giovanni Carnè – Sindaco effettivo – e Francesco Tigani – Sindaco supplente – è fissata alla data dell'assemblea convocata per l'approvazione del bilancio di esercizio al 30 giugno 2011 (terzo esercizio).

RITENUTO, al fine di garantire continuità nella gestione dell'Ente di provvedere sin da ora alla nomina dei nuovi componenti del CDA e del Collegio Sindacale che subentreranno ai componenti uscenti con decorrenza alla data dell'assemblea convocata per l'approvazione del bilancio relativo all'esercizio 2010.

VISTO ed applicato l'art. 36, lett. f), dello Statuto della Regione Calabria, che affida alla Giunta regionale il compito di sovrintendere all'ordinamento ed alla gestione degli enti a partecipazione regionale.

VISTO ed applicato l'art. 1 comma 1-bis, della legge 7 agosto 1990, n. 241, a mente del quale «la pubblica amministrazione,

nell'adozione di atti di natura non autorizzativa, agisce secondo le norme di diritto privato, salvo che la legge disponga diversamente».

Su proposta del Presidente della Giunta regionale On. Giuseppe Scopelliti, di concerto con l'Assessore alle Attività Produttive Antonio Caridi, formulata sulla base dell'istruttoria compiuta dalla relativa struttura il cui dirigente si è espresso sulla regolarità amministrativa dell'atto,

#### DELIBERA

Per i motivi sopra esposti che si intendono qui recepiti e trascritti:

— di nominare per tre esercizi e con scadenza dalla data dell'assemblea convocata per l'approvazione del bilancio relativo al terzo esercizio della carica, come previsto dallo Statuto di Fincalabra S.p.A. approvato con delibera di Giunta Regionale n. 705/2007, i sigg. avv. Martino Marcello e avv. Pio Turano quali Componenti del Consiglio di Amministrazione di Fincalabra S.p.A. in sostituzione dei sigg. Giuseppe Lelio Petronio e Flavio Alfredo Talarico;

— di nominare per tre esercizi e con scadenza dalla data dell'assemblea convocata per l'approvazione del bilancio relativo al terzo esercizio della carica, come previsto dallo Statuto di Fincalabra S.p.A. approvato con delibera di Giunta Regionale n. 705/2007 il sig. Brunetti Barbara – Sindaco effettivo – e il sig. Rosario Munizza – Sindaco supplente – del Collegio Sindacale di Fincalabra S.p.A. in sostituzione, rispettivamente, dei sigg. Giovanni Carnè – Sindaco effettivo – e Francesco Tigani – Sindaco supplente;

— di stabilire che tali soggetti hanno l'obbligo, singolarmente:

– di relazionare annualmente alla Regione, presentando il conto finale relativo alla consistenza del valore della quota di capitale partecipata e alle variazioni intervenute nel corso dell'esercizio con l'indicazione delle cause che le hanno determinate;

– di dare dimostrazione all'Amministrazione regionale, con detta relazione annuale, delle modalità con le quali hanno esercitato, ai sensi del codice civile, le funzioni loro affidate in applicazione delle direttive regionali;

– di rispettare le direttive impartite con delibera della Giunta regionale n. 168 del 20 marzo 2006, nonché ogni altra direttiva e disposizione successiva, assicurando la necessaria collaborazione per garantire alla Regione l'esercizio dei diritti di azionista;

— di notificare il presente provvedimento, a cura dell'U.O.A. «Coordinamento Direzioni Generali e Controlli Interni», agli interessati ed al Presidente di Fincalabra S.p.A.;

— di provvedere alla pubblicazione del provvedimento sul BURC a cura del Dipartimento Presidenza ai sensi della legge regionale 4 settembre 2001, n. 19.

Catanzaro, li 12 aprile 2011

*Il Dirigente Generale  
del Dipartimento Presidenza*  
**F.to Zoccali**

*Il Presidente*  
**F.to Scopelliti**

#### DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 aprile 2011, n. 154

#### **Bilancio di previsione dell'ARPACAL (Agenzia Regionale per la Protezione dell'ambiente della Calabria) per l'anno finanziario 2011 – Proposta al Consiglio regionale.**

#### LA GIUNTA REGIONALE

#### PREMESSO CHE

— la legge regionale 4 febbraio 2002, n. 8 recante «Ordinamento del bilancio e della contabilità della Regione Calabria», all'articolo 57, comma 3, dispone che i bilanci degli Enti, delle Aziende e delle Agenzie regionali sono presentati entro il 10 settembre di ogni anno ai rispettivi Dipartimenti della Giunta regionale competenti per materia che previa istruttoria conclusa con parere favorevole li inviano entro il successivo 20 settembre al Dipartimento «Bilancio e Patrimonio» per la definitiva istruttoria di propria competenza;

— la Giunta regionale entro il 15 ottobre trasmette i bilanci al Consiglio regionale per la successiva approvazione entro il 30 novembre, a norma dell'articolo 54, comma 5, lettera b) dello Statuto.

#### CONSIDERATO CHE

— con deliberazione del Commissario dell'ARPACAL (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente della Calabria) n. 1 del 5 gennaio 2011 sono stati approvati il bilancio di previsione per l'anno 2011 ed il bilancio pluriennale 2011-2013 della medesima Agenzia, nonché il Piano delle attività per l'esercizio 2011, che si allegano alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale;

— il Dipartimento competente «politiche dell'Ambiente» ha trasmesso, con nota n. 6512 del 11 aprile 2011, previa istruttoria conclusa con parere favorevole, la relazione prevista dal su citato articolo 57 della legge regionale n. 8/2002, che si allega alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale;

— il Settore «Bilancio e Programmazione economico finanziaria. Risanamento finanziario» ha effettuato l'istruttoria di propria competenza e ha trasmesso le proprie osservazioni con nota n. 16109 del 6 aprile 2011, allegata alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale;

— il Collegio dei revisori dei conti dell'Agenzia, con verbale del 10 marzo 2011, trasmesso al dipartimento Bilancio in data 13 aprile 2011, che si allega alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale, ha espresso parere favorevole all'approvazione del bilancio di previsione 2011, pur evidenziando che le spese per il personale dipendente assorbono circa il 90% del Fondo ordinario di funzionamento che non garantisce adeguatamente il pieno funzionamento dell'Agenzia, anche se in linea con la media nazionale delle Agenzie;

— con deliberazione del Commissario dell'ARPACAL n. 2 del 5 gennaio 2011 sono state approvate misure per il contenimento della spesa, in ottemperanza alla legge regionale 11 agosto 2010, n. 22 e, in particolare, per quanto riguarda le spese per il personale, che sono state ridotte del 10%;

— il Collegio dei Revisori dei Conti con verbale n. 92 del 7 aprile 2011 ha espresso parere favorevole in ordine alle misure adottate per il contenimento delle spese, la stabilizzazione finanziaria e la competitività economica.

RAVVISATA la necessità, nelle more della definitiva approvazione del documento contabile da parte del Consiglio regionale; di autorizzare ARPACAL, al fine di consentire la prosecuzione delle attività e non oltre il 30 aprile 2011, all'esercizio provvisorio del bilancio allegato alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale, entro il limite dei quattro dodicesimi dei singoli stanziamenti e nei limiti della maggiore spesa necessaria all'utilizzo degli stanziamenti per le spese obbligatorie e delle spese allocate ai capitoli con vincolo di destinazione finanziati con risorse statali e comunitarie.

#### VISTI

— la legge regionale 3 agosto 1999, n. 20 istitutiva dell'ARPACAL (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente della Calabria);

— la legge regionale 4 febbraio 2002, n. 8;

— l'articolo 54, comma 5, lettera b). dello Statuto della Regione Calabria.

SU PROPOSTA dell'Assessore al Bilancio e Patrimonio avv. Giacomo Mancini, formulata alla stregua dell'istruttoria compiuta dalle strutture interessate, nonché della espressa dichiarazione di regolarità dell'atto resa dai dirigenti competenti, a voti unanimi

#### DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa:

— di proporre al Consiglio Regionale – ai sensi dell'articolo 57 della legge regionale 4 febbraio 2002, n. 8 – il progetto del bilancio di previsione dell'ARPACAL relativo all'esercizio finanziario 2011, con allegati tutti i documenti richiamati in premessa che costituiscono parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

— di trasmettere la presente deliberazione al Consiglio Regionale ai fini dell'adozione dei provvedimenti di propria competenza ai sensi dell'articolo 54, comma 5, lettera b) dello Statuto della Regione Calabria;

— di autorizzare l'ARPACAL (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente della Calabria), fino a quando il bilancio di previsione per l'anno 2011 non sia stato approvato e non oltre il 30 aprile 2011, all'esercizio provvisorio del bilancio entro il, limite dei quattro dodicesimi dei singoli stanziamenti delle UPB del progetto di bilancio relativo all'anno 2011 allegato al presente atto e nei limiti della maggiore spesa necessaria, all'utilizzo degli stanziamenti per le spese obbligatorie e delle spese allocate ai capitoli con vincolo di destinazione finanziati con risorse statali e comunitarie;

— di demandare al dipartimento competente per materia «Politiche dell'Ambiente» il compito di attuare ogni iniziativa più opportuna al fine di risolvere la problematica relativa al costo, del personale evidenziato nel verbale dei Revisori dei Conti del 10 marzo 2011, allegato alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale.

Catanzaro, li 27 aprile 2011

*Il Presidente*  
**F.to Scopelliti**

#### DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 20 maggio 2011, n. 178

#### **Aggiornamento Rete Regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare.**

#### LA GIUNTA REGIONALE

#### PREMESSO

CHE con Deliberazione di Giunta regionale 30 maggio 2008, n. 389, è stato approvato il Progetto regionale di Istituzione ed attivazione del Registro Regionale delle Malattie Rare (RRMR), i cui adempimenti venivano demandati al Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie.

CHE tra gli adempimenti demandati al suddetto Dipartimento regionale v'era quello di verificare lo «stato dell'arte» della Rete regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare, così come istituita con Deliberazione di Giunta regionale 4 agosto 2003, n. 610, mediante individuazione, nell'ambito delle Aziende Ospedaliere della Regione, delle Unità Operative deputate alla diagnosi e cura di malattie rare.

CHE a seguito delle conseguenti verifiche effettuate dal competente Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie è stata adottata la Deliberazione di Giunta Regionale 9 luglio 2009, n. 409, avente ad oggetto «Aggiornamento Rete Regionale per la prevenzione, la sorveglianza e la terapia delle malattie rare (modifica alla DGR n. 610/2003) – Istituzione Registro Regionale delle Malattie Rare (RRMR) – Approvazione schema tipo scheda certificazione malattia rara».

CHE, successivamente, detta Rete veniva ulteriormente aggiornata con Deliberazione di Giunta Regionale 4 novembre 2009, n. 729, avente ad oggetto «Aggiornamento Rete Regionale per la prevenzione, la sorveglianza e la terapia delle Malattie Rare (modifica alla DGR n. 610/2003) – rettifica DGR n. 409/2009».

CHE, tuttavia, il concreto operare della Rete ha evidenziato carenze ed incongruenze nonché ha fatto registrare avvicendamenti tra i referenti regionali precedentemente individuati, per cui si rende opportuno un ulteriore aggiornamento che tenga conto dei mutamenti a vario titolo intervenuti e come di seguito compendiabili:

— inserimento dell'U.O. di Endocrinologia e Diabetologia dell'A.O. «Pugliese-Ciaccio» di Catanzaro, referente dr. Vittorio Pullano;

— inserimento dell'U.O. di Medicina Generale dell'A.O. «Pugliese-Ciaccio» di Catanzaro, referente dr. Salvatore Mazuca;

— inserimento dell'U.O. di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva dell'A.O. «Pugliese-Ciaccio» di Catanzaro, referente dr. Stefano Rodinò;

— inserimento dell'U.O. di Pediatria dell'A.O. «Bianchi-Melacrino-Morelli» di Reggio Calabria, referente dr.ssa Giovanna Tripodi;

— inserimento dell'U.O. di Genetica Medica dell'A.O. «Mater Domini» di Catanzaro, referente professor Nicola Perrotti;

— sostituzione, quale referente dell'U.O. di Endocrinologia e Diabetologia dell'A.O. «Annunziata» di Cosenza, della dottoressa Maddalena Ballardin con la dottoressa Rosanna Talarico;

— sostituzione, quale referente dell'U.O. di Neurologia dell'A.O. «Annunziata» di Cosenza, del dottor Antonio Siniscalchi con la dottoressa Carne Gaudiano;

— inserimento, tra le patologie rare di competenza dell'U.O. di Genetica medica dell'A.O. «Bianchi-Melacrino-Morelli» di Reggio Calabria, della Neurofibromatosi cod. RBG010.

CONSIDERATO CHE la Sprue Celiaca o Celiachia, pur inserita nel novero delle Malattie rare dal DM Sanità n. 279/2001, è patologia di larga diffusione, tanto da aver reso opportuna l'adozione di provvedimenti normativi – legge regionale 2 maggio 2001, n. 9; Piano regionale per la Salute 2004/2006; circolare assessorile 16 dicembre 2002, n. 20570/40 – volti ad individuare, in aggiunta a quelli inseriti nella Rete Regionale delle Malattie Rare, i seguenti Centri deputati alla sua diagnosi e cura:

— U.O. di Pediatria dell'A.O. «Annunziata» di Cosenza;

— U.O. di Pediatria dell'A.O. «Bianchi-Melacrino-Morelli» di Reggio Calabria;

— U.O. di Pediatria dell'A.O. «Pugliese Ciaccio» di Catanzaro;

— U.O. di Pediatria dell'A.O. «Mater Domini» di Catanzaro;

— U.O. di Pediatria del P.O. di Lamezia Terme;

— UU.OO. di Gastroenterologia dei Presidi Ospedalieri del SSR.

RITENUTO, pertanto,

— di dover aggiornare l'elenco delle Unità Operative facenti parte della Rete Regionale delle Malattie Rare, così come approvato con la su richiamata DGR n. 729/2009, alla luce di tutti gli elementi di novità sopra esposti;

— di dover, quindi, approvare l'elenco delle Unità Operative facenti parte della Rete Regionale delle Malattie Rare e delle malattie rare in esse trattate giusto l'allegato a «Rete regionale delle malattie rare», parte integrante del presente atto, che è da ritenersi integralmente sostitutivo dell'allegato A della DGR n. 729/2009.

VISTI

— il DM Sanità 18/5/2001, n. 279, di approvazione del Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare;

— la Deliberazione di Giunta regionale 30 maggio 2008, n. 389, di approvazione del Progetto regionale di Istituzione ed attivazione del registro Regionale delle Malattie Rare (RRMR);

— la Deliberazione di Giunta regionale 4 agosto 2003, n. 610, di istituzione della Rete regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare;

— la Deliberazione di Giunta regionale 9 luglio 2009, n. 409, di aggiornamento della Rete regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare;

— la Deliberazione di Giunta regionale 4 novembre 2009, n. 729, di ulteriore aggiornamento della Rete regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare;

— la Legge regionale 2 maggio 2001, n. 9;

— il Piano Regionale per la Salute 2004/2006;

— la circolare assessorile 16 dicembre 2002, n. 20570/40.

SU PROPOSTA del Presidente della Giunta regionale, formulata alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Dirigente del Settore competente, che si è altresì espresso sulla regolarità del presente atto.

A voti unanimi

DELIBERA

Per le motivazioni evidenziate in premessa e che qui si intendono riportate

— di determinare la Rete Regionale delle Malattie Rare, già delineata con DGR n. 610/2003 e ridisegnata con DDGR n. 409 e 729/2009, secondo l'organigramma di cui all'allegato A «Rete regionale delle malattie rare», parte integrante e sostanziale del presente atto ed integralmente sostitutivo dell'allegato A della richiamata DGR n. 729/2009;

— di dare atto che, per le patologie rispettivamente ascritte, le Unità Operative di Genetica Medica delle aziende ospedaliere «Bianchi-Melacrino-Morelli» di Reggio Calabria e «Mater Domini» di Catanzaro effettuano soltanto l'indagine genetica e la certificazione di malattia rara;

— di rinviare, per quanto non espressamente modificato dal presente atto, alle succitate Deliberazioni di Giunta Regionale n. 610/2003, n. 409/2009 e n. 729/2010;

— di pubblicare la presente sul Bollettino Ufficiale della Regione a cura del Dipartimento proponente, ai sensi della legge regionale 4/9/2001, n. 19.

Catanzaro, li 20 maggio 2011

*Il Dirigente Generale  
del Dipartimento Presidenza*  
**F.to Zoccali**

*Il Presidente*  
**F.to Scopelliti**

(segue allegato)



**“Aggiornamento Rete Regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare”.-**

**“RETE REGIONALE DELLE MALATTIE RARE”**

Allegato A

AZIENDA OSPEDALIERA “ANNUNZIATA” DI COSENZA			
STRUTTURA	N.	DENOMINAZIONE PATOLOGIA	CODICE ESENZIONE
<u>CENTRO DI MICROCITEMIA</u>	1	Anemie ereditarie	RDG010
	2	Alterazioni congenite del metabolismo del ferro: emocromatosi ereditaria	RCG100
<u>UNITÀ OPERATIVA DI DERMATOLOGIA</u>	1	Dermatomiosite	RM0010
	2	Epidermolisi bollosa	RN0570
	3	Lichen scleroatrofico	RL0060
	4	Malattia di Darier	RN0550
	5	Neurofibromatosi	RBG010
	6	Pemfigo	RL0030
	7	Pemfigoide bolloso	RL0040
<u>UNITÀ OPERATIVA DI NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE</u>	1	Ano imperforato	RN0190
	2	Anomalia di Arnold Chiari	RN0010
	3	Aplasia congenita della cute	RN0640
	4	Artrogriposi	RNG020
	5	Atresia esofagea	RN0160
	6	Atresia del digiuno	RN0170
	7	Atresia o stenosi duodenale	RN0180
	8	Condrodistrofie congenite	RNG050
	9	Focomelia	RN0260
	10	Gastroschisi	RN0320
	11	Ittiosi	RNG070
	12	Osteodistrofia	RNG060
	13	Sclerosi tuberosa	RN0750
	14	Sequenza di Pierre Robin (= anomalie congenite del cranio e delle ossa della faccia)	RNG040
	15	Sequenza da Ipcinesia fetale	RN1110
	16	Sindrome alcolica fetale	RP0040
	17	Sindrome da aneuploidia cromosomica	RNG080
	18	Sindrome di Cornelia de Lange	RN1410



STRUTTURA	N.	DENOMINAZIONE PATOLOGIA	CODICE ESENZIONE
<u>(segue)</u> <u>UNITÀ OPERATIVA DI NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE</u>	19	Sindrome di Di George	RCG160
	20	Sindrome di Down	RN0660
	21	Sindrome di Jarko Levin	RN0410
	22	Sindrome di Klinefelter	RN0690
	23	Sindrome di Noonan	RN1010
	24	Sindrome di Pallister-Killian	RN1590
	25	Sindrome di Rubinstein-Tajbi	RN1620
	26	Sindrome di Smith-Lemli-Optiz	RN1200
	27	Vacterl associazione	RN1250
<u>CENTRO DI EMOSTASI E TROMBOSI</u>	1	Difetti ereditari della coagulazione	RDG020
<u>UNITÀ OPERATIVA DI NEUROLOGIA</u>	1	Corea di Huntington	RF0080
	2	Sclerosi laterale miotrofica	RF0100
<u>UNITÀ OPERATIVA DI PEDIATRIA</u>	1	Anemie ereditarie	RDG010
	2	Alterazioni congenite del metabolismo del ferro	RCG100
	3	Alterazioni congenite del metabolismo delle lipoproteine, escluso Ipercolesterolemia familiare eterozigote tipo IIa e IIb; ipercolesterolemia primitiva poligenica; ipercolesterolemia familiare combinata; iperlipoproteinemica di tipo III	RCG070
	4	Atrofie muscolari spinali	RFG050
	5	Colangite primitiva sclerosante	RI0050
	6	Condrodistrofie congenite	RNG050
	7	Connettivite mista	RM0030
	8	Connettiviti indifferenziate	RMG010
	9	Deficienza di ACTH	RC0010
	10	Diabete insipido nefrogenico	RJ0010
	11	Difetti ereditari della coagulazione	RDG020
	12	Disordini del metabolismo delle purine e delle pirimidine	RCG120
	13	Distrofie miotoniche	RFG090
	14	Distrofie muscolari	RFG080
	15	Disturbi da accumulo di lipidi	RCG080
	16	Disturbi del ciclo dell'urea	RCG050
	17	Disturbi del metabolismo e del trasporto degli aminoacidi	RCG040
	18	Disturbi del metabolismo e del trasporto dei carboidrati, escluso Diabete mellito	RCG060
	19	Endocardite reumatica	RG0010
	20	Ermafroditismo vero	RN0240
	21	Fibrosi epatica congenita	RP0070
	22	Gastroenterite eosinofila	RI0030

STRUTTURA	N.	DENOMINAZIONE PATOLOGIA	CODICE ESENZIONE
<u>(segue)</u> <u>UNITÀ OPERATIVA DI</u> <u>PEDIATRIA</u>	23	Immunodeficienze primarie	RCG160
	24	Iperaldosteronismi primitivi	RCG010
	25	Istiocitosi croniche	RCG150
	26	Malattia di Behçet	RC0210
	27	Malattia di Lyme	RA0030
	28	Malattia di Wilson	RC0150
	29	Malattia granulomatosa cronica	RD0050
	30	Mucopolipidosi	RCG090
	31	Mucopolisaccaridosi	RCG140
	32	Neurofibromatosi	RBG010
	33	Neutropenia ciclica	RD0040
	34	Osteodistrofie congenite	RNG060
	35	Piastrinopatie ereditarie	RDG030
	36	Poliendocrinopatie autoimmune	RCG030
	37	Porpora di Henoch-Schonlein ricorrente	RD0030
	38	Pseudoermafroditismi	RNG010
	39	Pubertà precoce	RC0040
	40	Rachitismo ipofosfatemico vitamina D resistente	RC0170
	41	Retinoblastoma	RB0020
	42	Sclerosi tuberosa	RN0750
	43	Sindrome da pseudoostruzione intestinale	RI0040
	44	Sindrome da X fragile	RN1330
	45	Sindrome di Down	RN0660
	46	Sindrome di Kallmann	RC0020
	47	Sindrome di Kawasaki	RG0040
	48	Sindrome di Klinefelter	RN0690
	49	Sindrome di Noonan	RN1010
	50	Sindrome di Silver-Russel	RN0180
	51	Sindrome di Sture-Weber	RN0770
	52	Sindrome di Turner	RN0680
	53	Sindrome di West	RF0140
	54	Sindrome di Williams	RN1270
	55	Sindrome emolitico-uremica	RD0010
56	Sindromi adrenogenitali congenite	RCG020	
57	Sprue celiaca	RI0060	
58	Trombocitopenie primarie ereditarie	RDG040	
59	Tumore di Wilms	RB0010	



STRUTTURA	N.	DENOMINAZIONE PATOLOGIA	CODICE ESENZIONE
<u>UNITÀ OPERATIVA DI MEDICINA INTERNA</u>	1	Acalasia	RI0010
	2	Arteriti a cellule giganti	RG0080
	3	Colangite primitiva sclerosante	RI0050
	4	Connettiviti indifferenziate	RMG010
	5	Crioglobunilemie miste	RC0110
	6	Sindrome da pseudoostruzione intestinale	RI0040
<u>UNITÀ OPERATIVA DI OCULISTICA</u>	1	Ciclite eterocromica di Fuch	RF0230
	2	Cheratocono	RF0280
	3	Degenerazioni della cornea	RFG130
	4	Distrofie ereditarie della cornea	RFG140
	5	Distrofie ereditarie della coroide	RFG120
	6	Distrofie retiniche ereditarie	RFG110
<u>UNITÀ OPERATIVA DI DIABETOLOGIA ED ENDOCRINOLOGIA</u>	1	Deficienza di ACTH	RC0010
	2	Diabete insipido neurogenico	RJ0010
	3	Iperaldosteronismi primitivi	RCG010
	4	Pseudoermafroditismi	RNG010
	5	Pubertà precoce idiopatica	RC0040
	6	Sindrome di Turner	RN0680
	7	Sindromi adrenogenitali congenite	RCG020
	8	Sindrome da X fragile	RN1330
	9	Sindrome di Kallmann	RC0020
	10	Sindrome di Klinefelter	RN0690
	11	Sindrome di Lawrence—Moon—Biedl	RN1380
	12	Sindrome di Prader-Willi	RN1310
	13	Sindrome di Reifenstein	RC0030
<b>AZIENDA OSPEDALIERA “PUGLIESE-CIACCIO” DI CATANZARO</b>			
<u>SERVIZIO DI EMOSTASI E TROMBOSI</u>	1	Difetti ereditari della coagulazione	RDG020
	2	Piastrinopatie ereditarie	RDG030
	3	Trombocitopenie primarie ereditarie	RDG040
<u>DIVISIONE DI EMATOLOGIA</u>	1	Alterazioni congenite del metabolismo del ferro: emocromatosi ereditaria	RCG100
	2	Anemie ereditarie: favismo, sferocitosi ereditaria	RDG010
	3	Anemie sideroblastiche	RDG010
	4	Disturbi da accumulo di lipidi: malattia di Gaucher	RCG080
	5	Emoglobinuria parossistica notturna	RDG020
	6	Microangiopatie trombotiche: porpora trombotica trombocitopenica	RGG010
	7	Sindrome uremico-emolitica	RD0010
	8	Trombocitemie primarie ereditarie: ipoplasia megacariocitica idiopatica	RDG040

STRUTTURA	N.	DENOMINAZIONE PATOLOGIA	CODICE ESENZIONE
<u>UNITÀ OPERATIVA DI CHIRURGIA PEDIATRICA</u>	1	Acalasia	RI0010
	2	Ano imperforato	RN0190
	3	Atresia o stenosi duodenale	RN0180
	4	Atresia biliare	RN0210
	5	Atresia esofagea	RN1650
	6	Atresia del digiuno	RN0170
	7	Colangite primitiva sclerosante	RI0050
	8	Fibrosi retroperitoneale	RJ0020
	9	Gastrite ipertrofica gigante	RI0020
	10	Gastroschisi	RN0320
	11	Malattia di Caroli	RN0220
	12	Malattia di Hirschsprung	RN0200
	13	Poliposi familiare	RB0050
	14	Rene a spugna	RN0250
	15	Sindrome da pseudoostruzione intestinale	RI0040
	16	Sindrome del nevo displastico	RN1650
	17	Sindrome del nevo epidermale	RN1660
	18	Sindrome di Peutz Jeghers	RN0760
	19	Sindrome Short	RN0730
<u>UNITÀ OPERATIVA DI PEDIATRIA</u>	1	Diabete insipido nefrogenico	RJ0010
	2	Neurofibromatosi	RBG010
	3	Poliendocrinopatie autoimmuni	RCG030
	4	Pubertà precoce	RC0040
	5	Rachitismi Vitamina D resistenti	RC0170
	6	Sindrome cardio-facio-cutanea	RN1150
	7	Sindrome di Klinefelter	RN0690
	8	Sindrome di Noonan	RN1010
	9	Sindrome di Pradaer Willi	RN1310
	10	Sindrome di Turner	RN0680
	11	Sprue celiaca	RI0060
<u>UNITÀ OPERATIVA DI MICROCITEMIA ED EMOPATIE INFANTILI</u>	1	Anemie ereditarie	RDG010



STRUTTURA	N.	DENOMINAZIONE PATOLOGIA	CODICE ESENZIONE
<u>UNITÀ OPERATIVA DI OCULISTICA</u>	1	Atrofia ottica di Leber	RF0300
	2	Cheratocono	RF0280
	3	Coloboma congenito del disco ottico	RN0120
	4	Congiuntivite lignea	RF0290
	5	Degenerazioni della cornea	RFG130
	6	Distrofie ereditarie della coroide	RFG120
	7	Malattia di Bechet	RC0210
	8	Pemfigo	RL0030
	9	Sindrome di Marfan	RN1320
	10	Sindrome di Sjogren	RN1700
	11	Sindrome di von Hippel Lindau	RN0780
<u>UNITÀ OPERATIVA DI ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA</u>	1	Deficienza di ACTH	RC0010
	2	Diabete insipido nefrogenico	RJ0010
	3	Ermafroditismo vero	RN0240
	4	Iperaldosteronismi primitivi	RCG010
	5	Poliendocrinopatie autoimmuni	RCG030
	6	Pseudoermafroditismi	RNG010
	7	Pubertà precoce	RC0040
	8	Sindrome da X fragile	RN1330
	9	Sindrome di Kallman	RC0020
	10	Sindrome di Klinefelter	RN0690
	11	Sindrome di Marfan	RN1320
	12	Sindrome di Noonan	RN1010
	13	Sindrome di Praeder Willi	RN1310
	14	Sindrome di Turner	RN0680
<u>UNITÀ OPERATIVA DI GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA</u>	1	Acalasia	RI0010
	2	Colangite sclerosante primitiva	RI0050
	3	Gastrite ipertrofica gigante	RI0020
	4	Gastroenterite eosinofila	RI0030
	5	Malattia di Caroli	RN0220
	6	Malattia del fegato policistico	RN0230
	7	Malattia di Hirschsprung	RN0200
	8	Poliposi familiare	RB0050
	9	Sindrome da pseudostruzione intestinale	RI0040
	10	Sprue Celiaca	RI0060

STRUTTURA	N.	DENOMINAZIONE PATOLOGIA	CODICE ESENZIONE
<u>UNITÀ OPERATIVA DI MEDICINA GENERALE</u>	1	Alterazioni congenite del metabolismo delle lipoproteine	RCG070
	2	Amiloidosi	RCG130
	3	Arterite a cellule giganti	RG0080
	4	Behcet, malattia di	RC0210
	5	Churg Strauss, sindrome di	RG0050
	6	Colangite primitiva sclerosante	RI0050
	7	Connettivite indifferenziata	RMG010
	8	Connettivite mista	RM0030
	9	Crioglobulinemia mista	RC0110
	10	Dermatomiosite	RM010
	11	Distrofie muscolari	RFG020
	12	Fascite eosinofila	RM0040
	13	Fibrosi retroperitoneale	RJ0020
	14	Granulomatosi di Wegener	RG0070
	15	Iperaldosteronismi primitivi	RCG010
	16	Malattia di Takayasu	RG0090
	17	Malattia di Wilson	RC0150
	18	Microangiopatie trombotiche	RGG010
	19	Neurofibromatosi	RBG010
	20	Poliangioite microscopica	RG0020
	21	Poliarterite nodosa	RG0030
	22	Policondrite	RM0060
	23	Poliendocrinopatie autoimmuni	RCG030
	24	Polimiosite	RM0020
	25	Poliposi familiare	RB0050
	26	Porpore di Henoch-Scholein ricorrente	RD0030
<b>AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "MATER DOMINI" DI CATANZARO</b>			
<u>UNITÀ OPERATIVA DI PEDIATRIA</u>	1	Acrocefalosindattilia	RNG030
	2	Acrodisostosi	RN0280
	3	Alterazioni congenite del metabolismo del ferro	RCG100
	4	Alterazioni congenite del metabolismo delle lipoproteine	RCG070
	5	Altre anomalie congenite multiple con ritardo mentale	RNG100
	6	Anemie ereditarie	RDG010
	7	Angioedema ereditario	RC0190
	8	Anomalie congenite del cranio e/o delle ossa della faccia	RNG040
	9	Artrogriposi multiple congenite	RNG020
	10	Atrofie muscolari spinali	RFG050
	11	Camptodattilia familiare	RN0290



STRUTTURA	N.	DENOMINAZIONE PATOLOGIA	CODICE ESENZIONE
<u>(segue)</u> <u>UNITÀ OPERATIVA DI</u> <u>PEDIATRIA</u>	12	Carenza congenita di Alfa 1 antitripsina	RC0200B
	13	Coloboma congenito del disco ottico	RNO120
	14	Condrodistrofie congenite	RNG050
	15	Dermatite erpetiforme	RLO020
	16	Difetti ereditari della coagulazione	RDG020
	17	Disordini del metabolismo delle purine e delle pirimidine	RCG120
	18	Displasia oculo-digito-dentale	RN1440
	19	Displasia spondiloepifisaria congenita	RN1450
	20	Distrofie miotoniche	RFG090
	21	Distrofie muscolari	RFG080
	22	Disturbi da accumulo di lipidi	RCG080
	23	Disturbi del ciclo dell'urea	RCG050
	24	Disturbi del metabolismo e del trasporto degli aminoacidi	RCG040
	25	Disturbi del metabolismo e del trasporto dei carboidrati, escluso Diabete mellito	RCG060
	26	Embriofetopatia rubeolica	RPO010
	27	Ermafroditismo vero	RN0240
	28	Focomelia	RN0260
	29	Immunodeficienze primarie	RCG160
	30	Iperaldosteronismi primitivi	RCG010
	31	Iposfosfatasia	RC0160
	32	Ittiosi congenita	RNG050
	36	Leprecaunismo	RC0050
	37	Linfagectasia intestinale	RIO080
	38	Lipodistrofia totale	RC0080
	39	Malattia dei Cri Cu Chat	RN0670
	40	Malattia di Behcet	RC0210
	41	Malattia di Hirschsprung	RN0200
	42	Malattia di Wilson	RC0150
	43	Malattie spinocerebrali	RFG040
	44	Microangiopatie trombotiche	RGG010
	45	Microcefalia	RNO020
46	Mucopolipidosi	RCG090	
47	Mucopolisaccaridosi	RCG140	
48	Neurofibromatosi	RBG010	
49	Neutropenia ciclica	RDG0040	
50	Oloprosencefalie	RNO060	
51	Osteodistrofie congenite	RNG060	

STRUTTURA	N.	DENOMINAZIONE PATOLOGIA	CODICE ESENZIONE
(segue)	52	Piastrinopatie ereditarie	RDG030
UNITÀ OPERATIVA DI PEDIATRIA	53	Poliposi familiare	RB0050
	54	Porpora di HenochSchonlein ricorrente	RD0030
	55	Pseudoermafroditismi	RNG010
	56	Pubertà precoce idiopatica	RC0040
	57	Rachitismo ipofosfatemico vitamina D resistente	RC0170
	58	Retinoblastoma	RB0020
	59	Sclerosi tuberosa	RN0750
	60	Sindrome alcolica fetale	RPO040
	61	Sindrome branchio-oculo-facciale	RNI130
	62	Sindrome branchio-oto-renale	RNI140
	63	Sindrome cardio-facio-cutanea	RNI150
	64	Sindrome cerebro-oculo-facio-scheletrica	RN1640
	65	Sindrome cerebro-costomandibolare	RN0430
	66	Sindrome da X fragile	RN1330
	67	Sindrome di Adams Oliver	RN0340
	68	Sindrome di Alagille	RN1350
	69	Sindrome di Alstrom	RN1370
	70	Sindrome di Arnold Chiari	RNO010
	71	Sindrome Eec	RN0880
	72	Sindrome oto-palato-digitale	RN0470
	73	Sindrome di Aarskog	RN0790
	74	Sindrome di Angelman	RN1300
	75	Sindrome di Antley-Bixler	RN0800
	76	Sindrome di Bardet-Biedl	RN1380
	77	Sindrome di Beckwith-Wiedemann	RN0820
	78	Sindrome di Borjeson	RN0840
	79	Sindrome di Carpenter	RN1390
	80	Sindrome di Cockayne	RN1400
	81	Sindrome di Coffin-Lowry	RN0350
	82	Sindrome di Coffin-Siris	RN0360
	83	Sindrome di Cornelia de Lange	RN1410
	84	Sindrome di Down	RN0660
	85	Sindrome di Freeman-Sheldon	RN0890
86	Sindrome di Goldenhar	RN0910	
87	Sindrome di Holt-Oram	RN0930	
88	Sindrome di Jarcho-Levin	RN0410	



STRUTTURA	N.	DENOMINAZIONE PATOLOGIA	CODICE ESENZIONE
<u>(segue)</u> <u>UNITÀ OPERATIVA DI</u> <u>PEDIATRIA</u>	89	Sindrome di Joubert	RNO040
	90	Sindrome di Kabuki	RN0940
	91	Sindrome di Kallmann	RC0020
	92	Sindrome di Kawasaki	RG0040
	93	Sindrome di Klinefelter	RN0690
	94	Sindrome di Klippel-Feil	RN0310
	95	Sindrome di Klippel-Trenaunay	RN1510
	96	Sindrome di Marfan	RN1320
	97	Sindrome di Marshall-Smith	RN1550
	98	Sindrome di Nager	RN1000
	99	Sindrome di Noonan	RN1010
	100	Sindrome di Opitz	RN1020
	101	Sindrome di Pautz-Jeghers	RN0760
	102	Sindrome di Poland	RN0430
	103	Sindrome di Prader-Willi	RN11310
	104	Sindrome di Rett	RFO040
	105	Sindrome di Roberts	RN1060
	106	Sindrome di Robinow	RN1070
	107	Sindrome di Rubinstein-Taybi	RN1620
	108	Sindrome di Seckel	RN1100
	109	Sindrome di Short	RN0730
	110	Sindrome di Silver-Russel	RN0180
	111	Sindrome di Smith-Lemli-Optiz, tipo I	RN1200
	112	Sindrome di Smith-Magenis	RN1210
	113	Sindrome di Stickler	RN1220
	114	Sindrome di Sturge-Weber	RN0770
115	Sindrome di Townes-Brocks	RN1240	
116	Sindrome di Turner	RN0680	
117	Sindrome di Von Hippel-Lindau	RN0780	
118	Sindrome di Weill-Marchesani	RN1750	
119	Sindrome di West	RF0140	
120	Sindrome di Williams	RN1270	
121	Sindrome di Wolf-Hirschhorn	RN0700	
122	Sindrome di Zellweger	RN1760	
123	Sindrome oculo-cerebro-cutanea	RNI160	
124	Sindrome Pterigio-multiplo	RN1670	
125	Sindrome trico-rino-falangea	RNI180	
126	Sindrome trisma-pseudocamptodaffilia	RN0480	

STRUTTURA	N.	DENOMINAZIONE PATOLOGIA	CODICE ESEZIONE
(segue)	127	Sindrome trombocitopenica con assenza del radio	RN1690
<u>UNITÀ OPERATIVA DI PEDIATRIA</u>	128	Sindromi adrenogenitali congenite	RCG020
	129	Sindromi da aneuploidia cromosomica	RNG080
	130	Sindromi da duplicazioni/deficienza cromosomica	RNG090
	131	Sprue celiaca	RI0060
	132	Trombocitopenie primarie ereditarie	RDG040
	133	Tumore di Wilms	RB0010
	<u>UNITÀ OPERATIVA DI NEUROLOGIA</u>	1	Adrenoleucodistrofia
2		Atrofia ottica di Leber	RFG300
3		Atrofia dentato rubropallidoluysiana	RF0050
4		Atrofie muscolari spinali	RFG050
5		Ceroido-Lipofuscinosi	RFG020
6		Corea di Huntington	RF0080
7		Distoniadi torsione idiomatica	RF0090
8		Distrofie miotoniche	RFG090
9		Distrofie muscolari	RFG080
10		Disturbi da accumulo di lipidi	RCG080
11		Epilessia mioclonica progressiva	RF0060
12		Gangliosidosi	RFG030
13		Leucodistrofie	RFG010
14		Malattia di Aspers	RF0010
15		Malattia di Leigh	RF0030
16		Malattie spinocerebrali	RFG040
17		Mioclono essenziale ereditario	RF0070
18		Miopatie congenite ereditarie	RFG070
19		Narcolessia	RF0150
20		Neuropatie ereditarie	RFG060
21		Paralisi normokaliemiche, ipo e iperkaliemiche	RFG100
22		Polineuropatia cronica infiammatoria demielinizzante	RFO180
23		Sclerosi laterale amiotrofica	RF0100
24		Sclerosi laterale primaria	RF0110
25		Sindrome di Eaton-Lambert	RF0190
26		Sindrome di Kearns-Sayre	RF0020
27		Sindrome di Lennox Gastaut	RF0130
28		Sindrome di Melkersson-Rosenthal	RF0160
29		Sindrome di Rett	RF0040
30		Sindrome di Steele-Richardson-Olszewski	RF0170
31		Sindrome di West	RF0140



STRUTTURA	N.	DENOMINAZIONE PATOLOGIA	CODICE ESENZIONE
<u>UNITÀ OPERATIVA DI OCULISTICA</u>	1	Aniridia	RN0110
	2	Atrofia essenziale dell'iride	RF0240
	3	Atrofia ottica di Leber	RF0300
	4	Ciclite eterocromica di Fuch	RF0230
	5	Cheratocono	RF0280
	6	Coloboma congenito del disco ottico	RN0120
	7	Congiuntivite lignea	RF0290
	8	Degenerazioni della cornea	RFG130
	9	Distrofie ereditarie della cornea	RFG140
	10	Distrofie ereditarie della coroide	RFG120
	11	Distrofie retiniche ereditarie	RFG110
	12	Malattia di Behcet	RC0210
	13	Malattia di Eales	RF0210
	14	Persistenza della membrana pupillare	RN0140
	15	Retinoblastoma	RB0020
	16	Sindrome di Behr	RF0220
	17	Sindrome di Cogan	RF0270
	18	Sindrome di Oguchi	RF0260
	19	Sindrome di Marfan	RN1320
	20	Sindrome di von Hippel-Lindau	RN0780
	21	Vitreoretinopatia essudativa familiare	RF0200
<u>UNITÀ OPERATIVA DI GENETICA MEDICA</u>	1	Alterazioni congenite del metabolismo del ferro: emocromatosi ereditaria	RCG100
	2	Carenza congenita di Alfa 1 antitripsina	RC0200B
	3	Malattia di Wilson	RC0150
	4	Poliposi familiare	RB0050
	5	Sindrome di Angelman	RN1300
	6	Sindrome di Di George	RCG160
	7	Sindrome di Holt-Oram	RN0930
	8	Sindrome di Noonan	RN1010
	9	Sindrome di Prader-Willi	RN1310
	10	Sindrome di Williams	RN1270
	11	Sindrome da duplicazione	RNG090
	12	Sindromi adrenogenitali congenite	RCG020
	13	Sindromi da duplicazioni/deficienza cromosomica	RNG090
<b>AZIENDA OSPEDALIERA "BIANCHI-MELACRINO-MORELLI" DI REGGIO C.</b>			
<u>UNITÀ OPERATIVA DI GENETICA MEDICA</u>	1	Acrodisostosi	RN0280
	2	Albinismo	RCG040

STRUTTURA	N.	DENOMINAZIONE PATOLOGIA	CODICE ESENZIONE
<u>(segue)</u> <u>UNITÀ OPERATIVA DI</u> <u>GENETICA</u> <u>MEDICA</u>	3	Altre anomalie congenite multiple con ritardo mentale	RNG100
	4	Ano imperforato	RN0190
	5	Anomalie congenite del cranio e/o delle ossa della faccia	RNG040
	6	Artrogriposi multiple congenite	RNG020
	7	Atresia o stenosi duodenale	RN0180
	8	Atresia esofagea e/o fistola tracheoesofagea	RN0160
	9	Atresia del digiuno	RN0170
	10	Atrofie muscolari spinali	RFG050
	11	Camptodattilia familiare	RN0290
	12	Charge associazione	RN0850
	13	Condrodistrofie congenite	RNG050
	14	Discheratosi congenita	RN0560
	15	Disordini del metabolismo delle purine e delle pirimidine	RCG120
	16	Distrofie muscolari	RFG080
	17	Embriofetopatia rubeolica	RPO010
	18	Esostosi multiple	RNG050
	19	Gastroschisi	RN0320
	20	Incontinentia pigmenti	RN0510
	21	Ipomelanosi di Ito	RN1480
	22	Leprecaunismo	RC0050
	23	Lissencefalia	RN0050
	24	Malattia dei Cri Cu Chat	RN0670
	25	Mucopolisaccaridosi	RCG140
	26	Neurofibromatosi	RBG010
	27	Neuropatie ereditarie	RFG060
	28	Oloprosencefalia	RN0060
	29	Osteodistrofie congenite	RNG060
	30	Sequenza da ipocinesia fetale	RN1110
	31	Sequenza di Pierre Robin (= anomalie congenite del cranio e delle ossa della faccia)	RNG040
	32	Sequenza sirenomelica	RN0440
	33	Sindrome acrocallosa	RN1630
	34	Sindrome alcolica fetale	RP0040
	35	Sindrome branchio-oculo-facciale	RNI130
	36	Sindrome branchio-oto-renale	RNI140
	37	Sindrome cardio-facio-cutanea	RNI150
	38	Sindrome cerebro-costomandibolare	RN0450
	39	Sindrome da regressione caudale	RN0300



STRUTTURA	N.	DENOMINAZIONE PATOLOGIA	CODICE ESENZIONE
<u>(segue)</u> <u>UNITÀ OPERATIVA DI</u> <u>GENETICA</u> <u>MEDICA</u>	40	Sindrome da X fragile	RN1330
	41	Sindrome femoro-facciale	RN0460
	42	Sindrome di Adams-Oliver	RN0340
	43	Sindrome di Alagille	RN1350
	44	Sindrome di Alport	RN1360
	45	Sindrome di Angelman	RN1300
	46	Sindrome di Antley-Bixler	RN0800
	47	Sindrome di Baller-Gerold	RN0810
	48	Sindrome di Bardet-Biedl	RN1380
	49	Sindrome di Beckwith-Wiedemann	RN0820
	50	Sindrome di Bloom	RN0830
	51	Sindrome di Borjeson	RN0840
	52	Sindrome di Carpenter	RN1390
	53	Sindrome di Cockayne	RN1400
	54	Sindrome di Coffin-Lowry	RN0350
	55	Sindrome di Coffin-Siris	RN0360
	56	Sindrome di Cornelia de Lange	RN1410
	57	Sindrome di Eec	RN0880
	58	Sindrome di Ehlers-Danlos	RN0330
	59	Sindrome di Fraser	RN1460
	60	Sindrome di Freeman-Sheldon	RN0890
	61	Sindrome di Fryns	RN0900
	62	Sindrome di Hay-Wells	RN1470
	63	Sindrome di Holt-Oram	RN0930
	64	Sindrome di Gardner	RB0040
	65	Sindrome di Di George	RCG160
	66	Sindrome di Down	RN0660
	67	Sindrome di Goldenhar	RN0910
	68	Sindrome di Greig o cefalopolisindattilia	RN0390
	69	Sindrome di Ivemark	RN0740
70	Sindrome di Joubert	RN0040	
71	Sindrome di Kabuki	RN0940	
72	Sindrome di Kallmann	RC0020	
73	Sindrome di Klinefelter	RN0690	
74	Sindrome di Marfan	RN1320	
75	Sindrome di Marshall-Smith	RN1550	
76	Sindrome di Nager	RN1000	
77	Sindrome di Noonan	RN1010	

STRUTTURA	N.	DENOMINAZIONE PATOLOGIA	CODICE ESENZIONE
<u>(segue)</u> <u>UNITÀ OPERATIVA DI</u> <u>GENETICA</u> <u>MEDICA</u>	78	Sindrome di Opitz	RN1020
	79	Sindrome di Pallister-Hall	RN1030
	80	Sindrome di Pallister-Killian	RN1590
	81	Sindrome di Pallister-W	RN0420
	82	Sindrome di Peutz Jeghers	RN0760
	83	Sindrome di Pfeiffer	RN1040
	84	Sindrome di Poland	RN0430
	85	Sindrome di Prader-Willi	RN1310
	86	Sindrome di Rett	RF0040
	87	Sindrome di Rieger	RN1050
	88	Sindrome di Robinow	RN1070
	89	Sindrome di Rubinstein-Taybi	RN1620
	90	Sindrome di Schinzel-Giedion	RN1090
	91	Sindrome di Seckel	RN1100
	92	Sindrome di Short	RN0730
	93	Sindrome di Silver-Russell	RN1080
	94	Sindrome di Simpson-Golabi-Behmel	RN1120
	95	Sindrome di Smith-Lemli-Optiz, tipo I	RN1200
	96	Sindrome di Smith-Magenis	RN1210
	97	Sindrome di Stickler	RN1220
	98	Sindrome di Townes-Brocks	RN1240
	99	Sindrome di Turner	RN0680
	100	Sindrome di Wagr	RN1730
	101	Sindrome di Weaver	RN0490
	102	Sindrome di Williams	RN1270
	103	Sindrome di Wolf-Hirschhorn	RN0700
	104	Sindrome fetale da acido valproico	RP0020
	105	Sindrome fetale da idantoina	RP0030
	106	Sindrome Lacrimo-auricolo-dento-digitale	RN1540
	107	Sindrome Kid	RN1500
108	Sindrome Leopard	RN1530	
109	Sindrome oculo-cerebro-cutanea	RN1160	
110	Sindrome oto-palato-digitale	RN0470	
111	Sindrome proteo	RN1170	
112	Sindrome trico-dento-ossea	RN1680	
113	Sindrome trico-rino-falangea	RNI180	
114	Sindrome trombocitopenica con assenza del radio	RN1690	
115	Sindromi da aneuploidia cromosomica	RNG080	



STRUTTURA	N.	DENOMINAZIONE PATOLOGIA	CODICE ESENZIONE
<u>(segue)</u> <u>UNITÀ OPERATIVA DI GENETICA MEDICA</u>	116	Sindromi da duplicazioni/deficienza cromosomica	RNG090
	117	Tumore di Wilms e pseudoermafroditismo	RN1430
	118	Vacterl associazione	RN1250
	119	Xeroderma pigmentoso	RN0520
<u>CENTRO PER L'EMOFILIA</u>	1	Difetti ereditari della coagulazione	RDG020
	2	Microangiopatie trombotiche	RGG010
	3	Piastrinopatie ereditarie	RDG030
	4	Trombocitopenie primarie ereditarie	RDG040
<u>UNITÀ OPERATIVA DI GASTRO-ENTEROLOGIA</u>	1	Acalasia	RI0010
	2	Colangite primitiva sclerosante	RI0050
	3	Gastrite ipertrofica gigante	RI0020
	4	Gastroenterite eosinofila	RI0030
	5	Malattia di Caroli	RN0220
	6	Malattia del fegato policistico	RN0230
	7	Malattia di Hirschsprung	RN0200
	8	Poliposi familiare	RB0050
	9	Sindrome da pseudo-ostruzione intestinale	RI0040
	10	Sprue celiaca	RI0060
<u>CENTRO PER LE MICROCITEMIE</u>	1	Alterazioni congenite del metabolismo del ferro	RCG100
	2	Anemie ereditarie	RDG010
<u>UNITÀ OPERATIVA DI NEFROLOGIA</u>	1	Amiloidosi primarie e familiari	RCG130
	2	Fibrosi retroperitoneale	RJ0020
	3	Granulomatosi di Wegener	RG0070
	4	Iperaldosteronismi primitivi	RCG010
	5	Lipodistrofia totale	RC0080
	6	Poliangioite microscopica	RG0020
	7	Rachitismo ipofosfatemico vitamina E resistente	RC0170
	8	Sindrome di Goodpasture	RG0060
<u>UNITÀ OPERATIVA DI NEUROLOGIA</u>	1	Adrenoleucodistrofia	RF0120
	2	Agenesia cerebellare	RN0030
	3	Altre anomalie congenite multiple con ritardo mentale	RNG100
	4	Arterite a cellule giganti	RG0080
	5	Atrofia dentato rubropallidulysiana	RF0050
	6	Atrofia ottica di Leber	RF0300
	7	Atrofie muscolari spinali	RFG050
	8	Ceroido-lipofuscinosi	RFG020



STRUTTURA	N.	DENOMINAZIONE PATOLOGIA	CODICE ESENZIONE
<u>(segue)</u> <u>UNITÀ OPERATIVA DI</u> <u>NEUROLOGIA</u>	9	Connettivite mista	RM0030
	10	Corea di Huntington	RF0080
	11	Degenerazioni della cornea	RFG130
	12	Dermatomiosite	RM0010
	13	Disautonomia familiare	RN0080
	14	Distonia di torsione idiopatica	RF0090
	15	Distrofie ereditarie della coroide	RFG120
	16	Distrofie muscolari	RFG080
	17	Distrofie miotoniche	RFG090
	18	Epilessia mioclonica progressiva	RF0060
	19	Gangliosidosi	RFG030
	20	Ipomelanosi di Ito	RN1480
	21	Leucodistrofie	RFG010
	22	Lissencefalia	RN0050
	23	Malattia di Alpers	RF0010
	24	Malattia di Behçet	RC0210
	25	Malattia di Dercum	RC0090
	26	Malattia di Leigh	RF0030
	27	Malattia di Lyme	RA0030
	28	Malattia di Takayasu	RG0090
	29	Malattia di Whipple	RA0020
	30	Malattia di Wilson	RC0150
	31	Malattie spinocerebellari	RFG040
	32	Microcefalia	RN0020
	33	Mioclono essenziale ereditario	RF0070
	34	Miopatie congenite ereditarie	RFG070
	35	Mucopolisaccaridosi	RCG140
	36	Neuroacantocitosi	RN1570
	37	Neuropatie ereditarie	RFG060
	38	Oloprosencefalia	RN0060
	39	Polimiosite	RM0020
	40	Polineuropatia cronica infiammatoria demielinizzante	RF0180
	41	Paralisi normokaliemiche, ipo e iperkaliemiche	RFG100
	42	Sclerosi tuberosa	RN0750
	43	Sindrome da X fragile	RN1330
	44	Sindrome di Angelman	RN1300
	45	Sindrome di Arnold-Chiari	RN0010

STRUTTURA	N.	DENOMINAZIONE PATOLOGIA	CODICE ESENZIONE
<u>(segue)</u> <u>UNITÀ OPERATIVA DI NEUROLOGIA</u>	46	Sindrome di Dubowitz	RN0870
	47	Sindrome di Chiray Foix	RN0070
	48	Sindrome di Churg-Strauss	RG0050
	49	Sindrome di Eaton-Lambert	RF0190
	50	Sindrome di Gerstmann	RQ0010
	51	Sindrome di Isaacs	RN1490
	52	Sindrome di Joubert	RN0040
	53	Sindrome di Kawasaki	RG0040
	54	Sindrome di Klippel-Feil	RN0310
	55	Sindrome di Klippel-Trenaunay	RN1510
	56	Sindrome di Landau-Kleffner	RN1520
	57	Sindrome di Marfan	RN1320
	58	Sindrome di Meckel	RN0980
	59	Sindrome di Moebius	RN0990
	60	Sindrome di Parry-Romberg	RN0650
	61	Sindrome di Roberts	RN1060
	62	Sindrome di Rett	RF0040
	63	Sindrome di Sjogren-Larsson	RN1700
	64	Sindrome di Steele-Richardson-Olszewsky	RF0170
	65	Sindrome di Walzer-Warburg	RN1740
	66	Sindrome di Zellweger	RN1760
	67	Sindrome di Sturge-Weber	RN0770
68	Sindrome di von Hippel-Lindau	RN0780	
69	Sindrome Melas	RN0710	
70	Sindrome Merrf	RN0720	
71	Sindrome Poems	RN1610	
72	Teleangectasia emorragica ereditaria	RG0100	
<u>UNITÀ OPERATIVA DI PATOLOGIA NEONATALE</u>	1	Acrocefalosindattilia	RNG030
	2	Ano imperforato	RN0190
	3	Anomalia di Arnold Chiari	RN0010
	4	Anomalie congenite del cranio e/o delle ossa della faccia	RNG040
	5	Aplasia congenita della cute	RN0640
	6	Atresia o stenosi duodenale	RN0180
	7	Atresia esofagea e/o fistola tracheoesofagea	RN0160
	8	Atresia del digiuno	RN0170



STRUTTURA	N.	DENOMINAZIONE PATOLOGIA	CODICE ESEZIONE
(segue)	9	Artrogriposi multiple congenite	RNG020
UNITÀ OPERATIVA DI PATOLOGIA NEONATALE	10	Charge Associazione	RN0850
	11	Condrodistrofie congenite	RNG050
	12	Embriofetoipatia rubeolica	RP0010
	13	Focomelia	RN0260
	14	Galattosemia	RCG060
	15	Gastroschisi	RN0320
	16	Incontinentia pigmenti	RN0510
	17	Ittiosi congenita	RNG050
	18	Malattia del Cri Du Chat	RN0670
	19	Microcefalia	RN0020
	20	Oloprosencefalia	RN0060
	21	Osteodistrofie congenite	RNG060
	22	Sequenza da Ipocinesia fetale	RN1110
	23	Sequenza di Pierre Robin	RNG040
	24	Sindrome alcolica fetale	RP0040
	25	Sindrome da regressione caudale	RN0300
	26	Sindrome di Alagille	RN1350
	27	Sindrome di Beckwith-Wiedemann	RN0820
	28	Sindrome di De George	RCG160
	29	Sindrome di Down	RN0660
	30	Sindrome di Goldenhar	RN0910
	31	Sindrome di Joubert	RN0040
	32	Sindrome di Noonan	RN1010
	33	Sindrome di Poland	RN0430
	34	Sindrome di Prader-Willi	RN1310
	35	Sindrome di Silver-Russell	RN1080
	36	Sindrome di Sturge-Weber	RN0770
	37	Sindrome di Turner	RN0680
	38	Sindrome fetale da acido valproico	RP0020
	39	Sindrome fetale da idantoina	RP0030
	40	Sindromi adrenogenitali congenite	RCG020
	41	Sindromi da aneuploidia cromosomica	RNG080
	42	Sindromi da duplicazioni/deficienza cromosomica	RNG090
43	Vacterl associazione	RN1250	



STRUTTURA	N.	DENOMINAZIONE PATOLOGIA	CODICE ESENZIONE
<u>UNITÀ OPERATIVA DI REUMATOLOGIA E CENTRO OSTEO-POROSI</u>	1	Arteriti a cellule giganti	RG0080
	2	Connettiviti indifferenziate	RMG010
	3	Connettivite mista	RM0030
	4	Crioglobunilemie miste	RC0110
	5	Dermatomiosite	RM0010
	6	Endocardite reumatica	RG0010
	7	Fascite eosinofila	RM0040
	8	Granulomatosi di Wegener	RG0070
	9	Malattia di Behçet	RC0210
	10	Malattia di Takayasu	RG0090
	11	Poliarterite nodosa	RG0030
	12	Policondrite	RM0060
	13	Polimiosite	RM0020
	14	Porpora di Schonlein-Henoc	RD0030
	15	Sindrome di Chung-Strauss	RG0050
	16	Sindrome di Sjogren-Larsonn	RN1700
<u>UNITÀ OPERATIVA DI PEDIATRIA</u>	1	Agenesia cerebellare	RN0030
	2	Alpers, Malattia di	RF0010
	3	Angelman, sindrome di	RN1300
	4	Anomalie congenite del cranio e/o delle ossa della faccia	RNG040
	5	Apnea infantile	RP0050
	6	Arnold-Chiari, sindrome di	RN0010
	7	Atresia biliare	RN0210
	8	Beckwith-Wiedemann, sindrome di	RN0820
	9	Carenza congenita di Alfa 1 antitripsina	RC0200
	10	Cornelia de Lange, sindrome di	RN1410
	11	Dermatite erpetiforme	RL0020
	12	Difetti ereditari della coagulazione	RDG020
	13	Distrofie muscolari	RFG080
	14	Disturbi da accumulo di lipidi	RCG080
	15	Disturbi del metabolismo e del trasporto degli aminoacidi	RCG040
	16	Disturbi del metabolismo e del trasporto dei carboidrati	RCG060
	17	Down, sindrome di	RN0660
	18	Dubowitz, sindrome di	RNO870
	19	Di George, sindrome di	RCG160
	20	Dermatomiosite	RM0010
	21	Gangliosidosi	RFG030

STRUTTURA	N.	DENOMINAZIONE PATOLOGIA	CODICE ESENZIONE
<u>(segue)</u> <u>UNITÀ OPERATIVA DI</u> <u>PEDIATRIA</u>	22	Immunodeficienze primarie	RCG160
	23	Kabuki, sindrome di	RN0940
	24	Kawasaki, sindrome di	RG0040
	25	Klinefelter, sindrome di	RN0690
	26	Lennox-Gastaud, sindrome di	RF0130
	27	Lissencefalia	RN0050
	28	Malattia di Wilsoni	RC0150
	29	Marfan, sindrome di	RN1320
	30	Microcefalia	RN0020
	31	Miopia mitocondriale encefalopatia acidosi lattica	RN0710
	32	Mucopolisaccaridosi	RCG140
	33	Narcolessia	RF0150
	34	Nefroblastoma	RB0010
	35	Noonan, sindrome di	RN1010
	36	Oloprosencefalia	RN0060
	37	Poliarterite microscopica	RG0020
	38	Poliomisite	RM0020
	39	Prader-Willy, sindrome di	RN1310
	40	Pubertà precoce idiopatica	RC0040
	41	Rubinstein-Taybi, sindrome di	RN1080
	42	Sindrome alcolica fetale	RP0040
	43	Sindrome da X fragile	RN1330
	44	Sindrome di Sturge-Wember	RN0770
	45	Sindrome di Turner	RN0680
	46	Sindrome di West	RF0140
	47	Sindrome di Williams	RN1270
	48	Sindrome emolitico-uremica	RD0010
	49	Sprue celiaca	RI0060
	50	Tumore di Wilms-aniridia-anomalie genito-urinarie-ritardo mentale	RN1730
	51	Tumore di Wilms e pseudoermafroditismo	RN1430

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
20 maggio 2011, n. 181

**Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2011 «Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNE-MoRc) 2010-2015 – Recepimento.**

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che in data 23 marzo 2011 è stato approvato come Intesa Stato-Regioni il nuovo «Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015», elaborato dal Gruppo Interregionale Sanità Pubblica su richiesta del Ministero della Salute coerentemente alle indicazioni dell'OMS ed in conformità alla pianificazione di tale «Piano» nella regione Europea dell'OMS.

CONSIDERATO che tale «Piano» è stato elaborato per impedire gravi epidemie di morbillo che hanno già interessato il nostro Paese a partire dal 2002.

CONSIDERATO che il nuovo «Piano» contiene raccomandazioni su una possibile strategia di prevenzione per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) da attuarsi nel 2010-2015.

CHE gli obiettivi specifici sono i seguenti:

1. raggiungere una copertura vaccinale pari al 95% per la prima dose di morbillo e rosolia entro i 24 mesi di vita;
2. raggiungere una copertura vaccinale pari al 95% per la seconda dose di MPR entro il compimento del 12° anno di età;
3. mettere in atto iniziative vaccinali supplementari rivolte alle popolazioni suscettibili sopra i due anni incluso gli adolescenti, i giovani adulti e i soggetti a rischio;
4. ridurre la percentuale di donne in età fertile, suscettibili alla rosolia, a meno del 5%;
5. migliorare la sorveglianza epidemiologica del morbillo, della rosolia, della rosolia in gravidanza, della rosolia congenita e degli eventi avversi a vaccino;

6. migliorare l'indagine epidemiologica dei casi di morbillo incluso la gestione dei focolai epidemici;

7. garantire la diffusione del nuovo Piano, e migliorare la disponibilità di informazioni scientifiche relative al morbillo e rosolia da diffondere tra gli operatori sanitari e tra la popolazione generale.

RITENUTO pertanto di dover adempiere in merito, recependo il documento approvato dall'intesa Stato-Regioni che è allegato al presente atto per farne parte integrante.

RITENUTO altresì di dover armonizzare le disposizioni regionali per tale materia, dando mandato alla competente struttura del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie.

SU PROPOSTA del Presidente della Giunta Regionale formulata sulla base dell'istruttoria compiuta dalla relativa struttura il cui dirigente si è espresso sulla regolarità amministrativa.

DELIBERA

Per quanto espresso in premessa, che qui si intende integralmente riportato e confermato,

Di recepire, ai sensi e per gli effetti dell'approvazione dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2011, il «Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNE-MoRc) 2010-2015», di cui all'allegato I che è parte integrante e sostanziale alla presente Deliberazione.

Di notificare il presente provvedimento a cura del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie alle AA. SS. PP. ed alle AA. OO. della Regione Calabria.

— Di provvedere alla pubblicazione integrale del provvedimento sul BURC a cura del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie ai sensi della legge regionale 4/9/2001, n. 19 a richiesta del Dirigente Generale del Dipartimento Proponente.

Catanzaro, li 20 maggio 2011

*Il Dirigente Generale  
del Dipartimento Presidenza*  
**F.to Zoccali**

*Il Presidente*  
**F.to Scopelliti**

(segue allegato)



## Allegato A

## Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015

### Indice

1. Introduzione
2. Situazione epidemiologica al 31.12.2008
3. Risultati Indagine di ricognizione, sullo stato di avanzamento del PNEMoRc-2009
4. Coperture vaccinali per MPR
5. Obiettivi del nuovo Piano
  - 5.1. Obiettivo 1: Raggiungere una copertura vaccinale >95% per la prima dose di MPR, entro i 24 mesi di vita, a livello nazionale, regionale e in tutte le ASL e >90% in tutti i distretti
  - 5.2. Obiettivo 2: Raggiungere una copertura vaccinale > 95% per la seconda dose di MPR entro il compimento del 12° anno a livello nazionale, regionale e in tutte le ASL e >90% in tutti i distretti
  - 5.3. Obiettivo 3: Mettere in atto iniziative vaccinali supplementari rivolte alle popolazioni suscettibili sopra i 2 anni inclusi gli adolescenti, i giovani adulti ed i soggetti a rischio (operatori sanitari e scolastici, militari, gruppi "difficili da raggiungere" quali i nomadi)
  - 5.4. Obiettivo 4: Ridurre la percentuale di donne in età fertile suscettibili alla rosolia a meno del 5%.
  - 5.5. Obiettivo 5: Migliorare la sorveglianza epidemiologica del morbillo, della rosolia, della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita e degli eventi avversi a vaccino
  - 5.6. Obiettivo 6: Migliorare l'indagine epidemiologica dei casi di morbillo, inclusa la gestione dei focolai epidemici
  - 5.7. Obiettivo 7: Garantire la diffusione del nuovo Piano e migliorare la disponibilità di informazioni scientifiche relative a morbillo e rosolia da diffondere tra gli operatori sanitari e tra la popolazione generale
6. Monitoraggio e valutazione del Piano
7. Referenze bibliografiche
8. Allegati:
  - Allegato 1: Glossario
  - Allegato 2a/b/c: Definizione di caso di morbillo, rosolia e rosolia congenita
  - Allegato 3: Protocollo operativo per la diagnosi di sindrome da rosolia congenita: - Allegato 4a: Modulo per l'indagine di caso di morbillo
  - Allegato 4b : Scheda di notifica di caso di infezione da virus della rosolia in gravidanza
  - Allegato 4c: Scheda di notifica di caso di sindrome/infezione da rosolia congenita

### 1. Introduzione

Nel 2001, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha messo a punto un piano strategico per assicurare a livello mondiale la riduzione della mortalità da morbillo e compiere progressi significativi verso l'interruzione della sua trasmissione nelle aree in cui è prevista l'eliminazione della malattia, come l'Europa. In particolare, per la Regione Europea dell'OMS l'interruzione della trasmissione indigena era prevista entro il 2007 e la certificazione della eliminazione nel 2010 (1). Nel 2005 l'OMS ha ritenuto di rafforzare con il Piano strategico "Eliminating measles and rubella and preventing congenital rubella infection. WHO European Region strategic plan 2005-2010"(2) le indicazioni già fornite nel 2002. A settembre 2010 il Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa ha stabilito lo spostamento degli obiettivi di eliminazione del morbillo e della rosolia e della riduzione dei casi di rosolia congenita nella Regione al 2015. Il comitato regionale ha richiamato l'attenzione alla necessità di rinnovare l'impegno politico, di risorse e azioni per raggiungere tali obiettivi.

In Italia, la Conferenza Permanente per i Rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, in data 13 novembre 2003, ha approvato il Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita (PNEMoRc) (3). Il PNEMoRc fissava come obiettivi finali quelli di "raggiungere e mantenere l'eliminazione del morbillo a livello nazionale, interrompendone la trasmissione indigena" e "ridurre e mantenere l'incidenza della rosolia congenita a valori inferiori a 1 caso ogni 100.000 nati vivi". Gli obiettivi erano previsti per il 2007 anche se, visto che il PNEMORC è stato approvato circa un anno dopo la stesura, il suo svolgimento è slittato di 12 mesi.

Un "Gruppo tecnico di monitoraggio per il coordinamento operativo del Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita" è stato costituito presso la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute nel 2004 (DD 2 agosto 2004). Fino al 2008 il Gruppo ha periodicamente verificato i risultati e proposto le eventuali strategie aggiuntive.

In sintesi, il PNEMoRc prevedeva le seguenti azioni:

- migliorare il sistema di sorveglianza aumentando l'accuratezza della notifica del morbillo anche attraverso il ricorso alla conferma di laboratorio e introducendo la sorveglianza nazionale dell'infezione rubeolica in gravidanza e dell'infezione congenita da rosolia e delle sue manifestazioni cliniche.
- migliorare l'efficienza dei servizi che effettuano le vaccinazioni promuovendo l'implementazione di anagrafi informatizzate.
- raggiungere coperture elevate ed omogenee per la prima dose di MPR mediante offerta attiva ed opportune strategie di recupero dei suscettibili non vaccinati.
- introdurre la somministrazione della seconda dose di vaccino MPR in quelle ASL che avevano già raggiunto coperture superiori all'80% per la prima dose, utilizzando anche campagne straordinarie di vaccinazione in età scolastica.
- mettere in atto strategie aggiuntive per la vaccinazione delle donne in età fertile suscettibili.

Fra gli strumenti indicati per garantire l'effettuazione delle azioni descritte, il PNEMoRc promuoveva un piano nazionale di formazione "a cascata" con una fase iniziale a livello nazionale per i referenti regionali seguita da iniziative regionali e locali in modo da garantire il coinvolgimento del più ampio numero possibile di operatori.

Nel quinquennio 2003-2007 sono stati raggiunti numerosi obiettivi, tra cui il miglioramento della copertura vaccinale (CV) per la prima dose di MPR entro i due anni di età da 70,8%



avevano avuto precedenti gravidanze. Il 16% delle donne erano straniere. Non è stato possibile pervenire ad una classificazione finale di 9/65 casi di sospetta rosolia in gravidanza e 9/32 casi di sospetta rosolia congenita per incompletezza delle schede di notifica.

Per prevenire la sindrome da rosolia congenita (SRC), è stato stimato che la percentuale di donne suscettibili in età fertile non deve superare il 5%. In Italia, un'indagine di sieroprevalenza condotta nel 2004 (9) rilevava invece una percentuale di donne suscettibili pari all'11% nella fascia 15-19 e all'8% nella fascia 20-39 anni. I dati del progetto PASSI 2007 (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) (10) mostrano che delle 9.442 donne di 18-49 anni intervistate, il 55% era immune alla rosolia o per aver effettuato la vaccinazione (32%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (23%). Il 3% delle donne era sicuramente suscettibile, in quanto non vaccinato e con rubeotest negativo. Quasi la metà delle donne intervistate (42%) non conosceva il proprio stato immunitario per la rosolia. Questa situazione costituisce un grave rischio di contrarre l'infezione in gravidanza.

### 3. Risultati dell'indagine di ricognizione sullo stato di avanzamento del PNEMoRc-2009

Al fine di valutare i risultati raggiunti relativi ad ogni singolo obiettivo del PNEMoRc, nel 2009 è stata condotta un'indagine in tutte le Regioni/Province Autonome (P.A.) e ASL italiane che ha messo in evidenza alcune delle cause che ostacolano il raggiungimento dell'obiettivo e le azioni che ancora devono essere adottate.

Una delle principali azioni necessarie per ottenere il raggiungimento degli obiettivi del PNEMoRc è il miglioramento della sorveglianza del morbillo e della rosolia congenita. Con l'introduzione della sorveglianza speciale per morbillo e delle notifiche obbligatorie di rosolia congenita e rosolia in gravidanza, questo obiettivo è stato in parte realizzato. Tuttavia, serve un maggior ricorso alla conferma di laboratorio dei casi di morbillo e un maggior coinvolgimento e formazione delle figure professionali interessate per migliorare l'identificazione, la segnalazione e l'indagine dei casi, sia di morbillo (soprattutto dei MMG e pediatri) che di rosolia in gravidanza (ostetrici, ginecologi) e di rosolia congenita (cardiologi, oftalmologi, audiologi, neurologi). Infatti l'indagine ha evidenziato che l'83% e il 73% delle ASL rispondenti hanno organizzato corsi di formazione rivolti rispettivamente agli operatori dei servizi vaccinali e ai PLS, mentre i medici di medicina generale, i medici ospedalieri e i pediatri del settore privato sono stati coinvolti meno frequentemente nelle iniziative formative. In particolare, solo il 51% delle ASL rispondenti ha riferito di avere coinvolto i MMG in corsi/convegni di formazione/aggiornamento relativi alla sorveglianza speciale del morbillo. Per quanto riguarda l'indagine epidemiologica dei casi di morbillo e l'accuratezza della diagnosi, la scheda per l'indagine dei casi sospetti viene utilizzata regolarmente nel 64% delle ASL rispondenti, la ricerca attiva e la vaccinazione post-esposizione dei contatti suscettibili nel 76% e 58% rispettivamente delle ASL e la raccolta dei campioni per la conferma sierologica solo nel 41%.

È importante, inoltre, che in ogni Regione vengano individuati laboratori di riferimento regionale per il morbillo e per la rosolia in gravidanza/rosolia congenita, entrambi finora identificati solo in nove Regioni.

Per quanto riguarda i livelli di copertura vaccinale (CV) raggiunti, i risultati evidenziano che in molte ASL le CV sono ancora inferiori agli obiettivi previsti dal PNEMoRc. In particolare, solo il 28% delle ASL ha raggiunto l'obiettivo del 95% di CV per la prima dose nei bambini sotto i due anni di età e nella maggior parte delle ASL le CV per entrambe le dosi nelle coorti interessate dalla campagna straordinaria di vaccinazione sono inferiori agli obiettivi

nel 2002 a 89,6% nel 2007), l'istituzione di un sistema di sorveglianza speciale del morbillo (4) e conseguente miglioramento della sorveglianza del morbillo inclusi l'indagine dei casi e il ricorso alla conferma di laboratorio, l'introduzione della notifica obbligatoria della rosolia in gravidanza e rosolia congenita (5-6); e l'introduzione della seconda dose di vaccino MPR. Tuttavia, gli obiettivi di copertura vaccinale per la prima dose entro i due anni non sono stati raggiunti e continuano a verificarsi focolai di morbillo e casi di rosolia congenita.

Nel 2009, al fine di valutare lo stato di avanzamento relativo ad ogni obiettivo del Piano, a livello sia Regionale che di Azienda Sanitaria Locale (ASL), è stata condotta un'indagine da parte del CNESPS-ISS e del gruppo di lavoro sul PNEMoRc (in corso di pubblicazione) realizzata nell'ambito di una Convenzione con il CCM/Ministero della Salute.

Il presente documento fornisce un'analisi della situazione epidemiologica del morbillo/rosolia congenita in Italia, riassume i principali risultati dell'indagine di ricognizione, e delinea le azioni da intraprendere in vista degli obiettivi di eliminazione dell'OMS.

## 2. Situazione epidemiologica del morbillo e rosolia

Dopo la vasta epidemia di morbillo degli anni 2002-2003, l'incidenza della malattia è diminuita raggiungendo nel 2005 il minimo storico di 0,4 casi per 100.000 abitanti (215 casi). Nel 2006 l'incidenza è stata di 0,8/100.000 e sono stati segnalati focolai che hanno interessato principalmente la popolazione Roma/Sint di alcune regioni italiane. A partire dal 2007 si è verificata una ripresa dell'infezione con epidemie riportate da varie Regioni, parallelamente all'ondata di casi di morbillo che ha interessato numerosi paesi dell'Unione Europea e dal 1° settembre 2007 al 31 dicembre 2008 sono stati segnalati 4.895 casi sospetti di morbillo da 18 regioni e P.A., di cui il 31% confermati in laboratorio. Sono stati segnalati focolai in scuole, ospedali, comunità Rom e Sint e tra obiettivi alla pratica vaccinale e casi tra gli operatori sanitari. Inoltre sono state segnalate complicanze gravi (tra cui polmoniti e encefaliti) e una bambina di 10 anni non vaccinata, affetta da una sindrome da immunodeficienza genetica, è deceduta a causa di una complicanza pneumonica. L'età mediana dei casi è stata di 17 anni e il 60% circa dei casi aveva un'età compresa tra 15 e 44 anni (7). Questo conferma quanto rilevato anche dall'indagine ICONA 2008 (8), vale a dire che tra gli adolescenti i livelli di copertura non sono ottimali. Lo strumento più idoneo per aumentare le coperture vaccinali in questa popolazione è l'effettuazione di una nuova campagna straordinaria. Inoltre, appare importante prevedere una serie di interventi specifici sugli operatori sanitari e sui gruppi di popolazione difficile da raggiungere.

Sono attualmente in corso vari focolai di morbillo anche estesi in almeno 8 Regioni, con oltre 600 casi segnalati da dicembre 2009 al 30 aprile 2010.

Per quanto riguarda la rosolia, dopo l'epidemia degli anni 2002-2003, nel 2006 è stato raggiunto il minimo storico di segnalazioni (257 casi) mentre nel 2008 è stata registrata una vasta epidemia con oltre 5.000 casi segnalati al sistema di notifica obbligatoria. Nello stesso anno sono stati trasmessi 65 casi di sospetta rosolia in gravidanza di cui 54 confermati e 13 casi confermati di rosolia congenita o casi di sola infezione. Sono state registrate inoltre 16 interruzioni volontarie di gravidanza (IVG). L'età media dei casi di rosolia in gravidanza è stata di 27 anni, il 90% delle donne erano non vaccinate e il 41%



#### 4. Coperture vaccinali per MPR

I dati routinari di CV, forniti al Ministero della Salute da 21 regioni, mostrano che nel 2008 è stato vaccinato con una dose di M-MPR il 90,1% dei bambini entro i due anni di età (range per regione: 75,9%- 94,6%). In particolare, 20 regioni hanno raggiunto coperture  $\geq$  85%, di cui 13 con coperture comprese tra 90% e 94%. Nessuna regione ha raggiunto una copertura  $\geq$ 95%. La copertura per la seconda dose non viene misurata di routine.

Nel 2008, a distanza di cinque anni dalla seconda indagine ICONA, il CNESPS ha ritenuto opportuno effettuare una nuova indagine nazionale di copertura vaccinale (ICONA 2008) (8), che includesse, oltre ai bambini nel secondo anno di vita (coorte di nascita 2006), anche gli adolescenti nel sedicesimo anno di età (coorte di nascita 1992). I risultati dell'indagine, a cui hanno aderito 17 regioni e 1 P.A., evidenziano come la percentuale di bambini vaccinati entro i quindici mesi, in accordo con il calendario vaccinale, è pari solo al 73,7% (I.C. 71,7-75,7). La copertura vaccinale per M-MPR tra i bambini di età tra 16 e 24 mesi è pari al 90,2% (I.C. 88,7-91,7) mentre le coperture considerate sul totale dei bambini tra 12 e 24 mesi sono pari a 86,5% (I.C. 85,1-88,0), nettamente inferiori a quelle stimate nei bambini di età  $>$  15 mesi. Questo dimostra che esiste una quota non trascurabile di bambini che viene vaccinata in ritardo. Data l'elevata incidenza del morbillo nel nostro Paese, ritardare la vaccinazione anche di pochi mesi espone inutilmente i bambini ad un rischio di malattia e quindi è fondamentale vaccinarli nel rispetto dei tempi previsti dal calendario vaccinale.

Per quanto riguarda gli adolescenti, complessivamente il 78,1% dei ragazzi nati nel 1992 ha ricevuto una dose di vaccino contro il morbillo (MPR o morbillo) e il 53,9% ha ricevuto 2 dosi. La CV per una dose di vaccino antrosolia e antiparotite è pari al 74,9% e al 75,0%, rispettivamente.

#### 5. Obiettivi

Gli obiettivi generali da raggiungere entro il 2015 restano:

- Eliminare il morbillo endemico (incidenza  $<$ 1 caso di morbillo/1.000.000 popolazione)
- Eliminare la rosolia endemica (incidenza  $<$ 1 caso di rosolia/1.000.000 popolazione)
- Ridurre l'incidenza della rosolia congenita a meno di 1 caso per 100.000 nati vivi.

Gli obiettivi specifici sono i seguenti:

1. Raggiungere una copertura vaccinale  $\geq$ 95% per la prima dose di morbillo e rosolia, entro i 24 mesi di vita, a livello nazionale, regionale e di ASL e  $\geq$  90 % in tutti i distretti
2. Raggiungere una copertura vaccinale  $\geq$ 95% per la seconda dose di MPR entro il compimento del 12° anno di età a livello nazionale, regionale e di ASL e  $\geq$  90 % in tutti i distretti
3. Mettere in atto iniziative vaccinali supplementari rivolte alle popolazioni suscettibili sopra i 2 anni inclusi gli adolescenti, i giovani adulti ed i soggetti a rischio (operatori sanitari e scolastici, militari, gruppi "difficili da raggiungere" quali i nomadi)
4. Ridurre la percentuale di donne in età fertile, suscettibili alla rosolia, a meno del 5%.
5. Migliorare la sorveglianza epidemiologica del morbillo, della rosolia, della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita e degli eventi avversi a vaccino
6. Migliorare l'indagine epidemiologica dei casi di morbillo incluso la gestione dei focolai epidemici

previsti dal Piano. Le epidemie che si sono verificate recentemente hanno coinvolto soprattutto adolescenti, molti dei quali avrebbero dovuto essere vaccinati durante la campagna straordinaria.

Per migliorare le CV per MPR, sia nei bambini sotto i due anni che negli adolescenti e giovani adulti, è necessario soprattutto mettere in atto azioni di comprovata efficacia per aumentare le coperture vaccinali. In particolare è necessario che tutte le ASL si dotino di anagrafe vaccinale informatizzata e collegata all'anagrafe di popolazione, per poter più agevolmente identificare i non vaccinati, invitarli attivamente alla vaccinazione e sollecitare coloro che non si presentano. Al momento dell'indagine, solo sette Regioni avevano accesso ai dati di CV informatizzati individuali o aggregati, sullo stato vaccinale per MPR. Di queste, quattro Regioni hanno riferito di avere l'accesso in rete ai dati individuali di tutte le ASL del territorio (P.A. di Trento, FVG, Puglia e Lombardia), una Regione (Basilicata) solo ai dati di alcune ASL, una (Umbria) ai dati aggregati di tutte le ASL e una (Emilia Romagna) ai dati informatizzati ma non in rete. A livello di ASL, l'83% delle ASL rispondenti ha riferito di avere un sistema di anagrafe vaccinale informatizzata. Il 17% delle ASL, situate prevalentemente nelle Regioni del Centro e del Sud, deve ancora gestire gli archivi vaccinali mediante supporto cartaceo.

La chiamata attiva è uno degli interventi maggiormente efficaci per aumentare le CV; altri interventi di comprovata efficacia come gli interventi di educazione sanitaria associati con almeno un'altra attività (per esempio la chiamata attiva), l'ampliamento dell'accesso alle strutture sanitarie e i sistemi di promemoria per gli operatori sanitari sono stati poco utilizzati. Le misure di comprovata efficacia vanno utilizzate anche per raggiungere i "gruppi difficili da raggiungere" come i nomadi e gli immigrati.

Per quanto riguarda la rosolia in gravidanza e la rosolia congenita, l'indagine evidenzia la necessità di intensificare l'impegno per identificare e vaccinare le donne in età fertile suscettibili alla rosolia, incluse le donne ad alto rischio professionale e le immigrate, e per vaccinare le donne suscettibili, identificate durante la gravidanza, nel post-partum e post interruzione di gravidanza. Per questo è fondamentale introdurre dei protocolli specifici, sensibilizzare maggiormente le figure professionali che svolgono un ruolo chiave nella prevenzione della rosolia congenita come i ginecologi e i medici di medicina generale, e effettuare campagne di comunicazione a livello nazionale e locale.

In particolare, per quanto riguarda la vaccinazione nel post-partum e post interruzione di gravidanza il PNEMoRc prevedeva che il personale sanitario verificasse lo stato di suscettibilità o protezione nei confronti della rosolia di tutte le donne ricoverate per parto o interruzione di gravidanza e che le donne suscettibili venissero vaccinate prima della loro dimissione. Questo perché secondo l'esperienza internazionale, per assicurarsi che le puerpere suscettibili vengano vaccinate prima di un'eventuale nuova gravidanza, la vaccinazione deve essere effettuata prima della dimissione dall'ospedale visto che raramente viene effettuata successivamente. La mancata vaccinazione in ospedale nel periodo post-partum o post-IVG, rappresenta, quindi, un'opportunità persa per la prevenzione della rosolia congenita nelle gravidanze successive.

Il ritorno periodico delle informazioni agli operatori sanitari è un'altra attività di notevole impatto sul raggiungimento degli obiettivi. Tuttavia, l'indagine evidenzia come l'analisi dei dati sui casi di morbillo e rosolia, da parte delle Regioni, e il ritorno delle informazioni alle ASL vengano effettuate mensilmente, come previsto dal PNEMoRc, solo in quattro Regioni. La divulgazione dei dati di aggiornamento forniti dalla Regione e la preparazione di bollettini periodici d'informazione rivolti alle figure professionali coinvolte vengono effettuati in meno del 50% delle ASL.



7. Garantire la diffusione del nuovo Piano e migliorare la disponibilità di informazioni scientifiche relative al morbillo e rosolia da diffondere tra gli operatori sanitari e tra la popolazione generale

**5.1 Obiettivo 1: Raggiungere una copertura vaccinale >95% per la prima dose di MPR, entro i 24 mesi di vita, a livello nazionale, regionale e in tutte le ASL e >90% in tutti i distretti**

Le azioni per raggiungere l'obiettivo 1 sono le seguenti:

1. creare una anagrafe informatizzata completa ed aggiornata della popolazione target in tutte le ASL. Se la vaccinazione viene effettuata da pediatri di libera scelta o privati questi devono comunicare tempestivamente alla ASL i dati relativi ai bambini vaccinati.
2. migliorare le modalità di chiamata attiva dei bambini nei tempi previsti dal calendario vaccinale (a partire dal 13° mese di vita e entro il 15° mese di vita), definendo un protocollo condiviso a livello ASL/Regione con le modalità per sollecitare le famiglie che non rispondono al primo invito.
3. attuare le azioni di comprovata efficacia nell'aumentare le coperture vaccinali (11-12). In sintesi, oltre alla gratuità delle vaccinazioni e la riduzione delle spese dirette, le azioni che aumentano la richiesta di vaccinazioni da parte della popolazione e l'accesso ai servizi vaccinali includono:
  - a) la chiamata attiva alla vaccinazione (via telefono, lettera o cartolina) (*Fortemente raccomandata*)
  - b) il sollecito a chi non si presenta all'appuntamento (*Fortemente raccomandata*)
  - c) programmi di educazione della popolazione target associati ad almeno un altro intervento (es. chiamata attiva, formazione degli operatori, sistemi di promemoria per gli operatori, ampliamento dell'accesso ai servizi vaccinali) (*Fortemente raccomandate*)
  - d) ampliamento dell'accesso alle strutture sanitarie se associato ad altri interventi (*Fortemente raccomandata*)
  - e) campagne vaccinali nelle scuole (*Raccomandata*)
  - f) visite a domicilio (azione da indirizzare soprattutto alle popolazioni difficili da raggiungere) (*Raccomandata*)

Le azioni rivolte agli operatori sanitari includono:

- a) sistemi di promemoria per gli operatori sanitari (*Fortemente raccomandata*)
- b) valutazione dell'operatore e feedback sulla valutazione (*Fortemente raccomandata*)
- c) protocolli operativi per i professionisti sanitari, medici e non medici (*Fortemente raccomandata per gli adulti*)
4. tenuto conto della possibile co-somministrazione, dal 13° mese di vita, del vaccino MPR e di altri vaccini quali antipneumococco e anti meningococco con la terza dose del vaccino esavalente, nel caso in cui i genitori o il tutore rifiutino di effettuare più di due vaccinazioni nella stessa seduta, si raccomanda di dare sempre la priorità alla vaccinazione MPR suggerendo di posticipare le vaccinazioni antipneumococcica e antimeningococcica.
5. utilizzare tutte le occasioni opportune (visita al centro vaccinale o dal pediatra) per verificare lo stato vaccinale del bambino e vaccinarlo se necessario.
6. migliorare l'attività di aggiornamento/formazione nei confronti di PLS e MMG proponendo iniziative di formazione specifiche a livello locale. Inviare periodicamente ai medici (minimo 2 volte all'anno) un elenco dei loro assistiti non ancora vaccinati.

**5.2 Obiettivo 2: Raggiungere una copertura vaccinale  $\geq 95\%$  per la seconda dose di MPR entro il compimento del 12° anno a livello nazionale, regionale e in tutte le ASL e  $\geq 90\%$  in tutti i distretti**

Le azioni per raggiungere l'obiettivo 2 sono le seguenti:

1. Offrire attivamente la seconda dose di vaccino MPR ai bambini a 5-6 anni di età.
2. Offrire attivamente la seconda dose di vaccino MPR a 11-12 anni di età ai bambini che non abbiano ricevuto la seconda dose a 5-6 anni.
3. Attuare le azioni di comprovata efficacia per aumentare le coperture vaccinali per la seconda dose di MPR.
4. Utilizzare le occasioni opportune di qualunque tipo e, in particolare, altre vaccinazioni (es. richiamo anti difterite-tetano-pertosse, vaccinazioni per i viaggiatori), certificazioni (iscrizione a campi estivi, iscrizione a società sportive, altre certificazioni), ricoveri, altre visite mediche dal pediatra/medico di base, per vaccinare con la seconda dose di MPR. Nel caso in cui il soggetto si presenti per una vaccinazione che non è co-somministrabile con il vaccino MPR (es. vaccino HPV), utilizzare comunque l'occasione per informarlo dell'opportunità di effettuare la seconda dose.
5. Anticipare la somministrazione della seconda dose nei bambini che si recano in aree geografiche ad alto rischio. La seconda dose può essere somministrata ad un mese di distanza dalla prima dose.
6. In presenza di focolai di morbillo, oltre ad offrire la vaccinazione ai contatti mai vaccinati in precedenza, offrire la seconda dose ai contatti vaccinati con una sola dose.
7. Ai bambini che si presentano ai servizi vaccinali o dal pediatra per la prima dose dopo i 5-6 anni dare immediatamente un appuntamento per la seconda dose, dopo un mese dalla prima dose.
8. Inviare periodicamente ai MMG e PLS gli elenchi dei loro assistiti che non hanno ricevuto la seconda dose.
9. Introdurre la rilevazione routinaria delle coperture per la seconda dose di MPR a 6 anni e a 12 anni, in tutte le ASL e Regioni.

**5.3 Obiettivo 3: Mettere in atto iniziative vaccinali supplementari rivolte alle popolazioni suscettibili sopra i 2 anni inclusi gli adolescenti, i giovani adulti e i soggetti a rischio (operatori sanitari e scolastici, militari, gruppi "difficili da raggiungere" quali i nomadi)**

Le azioni per raggiungere l'obiettivo 3 sono le seguenti:

1. Effettuare un'analisi dei dati di copertura disponibili a livello regionale e di ASL per identificare le coorti maggiormente suscettibili.
2. Identificare la strategia vaccinale più idonea per tali coorti offrendo attivamente due dosi a coloro che non sono mai stati vaccinati e una dose a chi ne ha già effettuata una (per esempio, chiamata attiva dei diciottenni suscettibili legalmente idonei ad una decisione autonoma).
3. Attuare le azioni di comprovata efficacia nell'aumentare le coperture vaccinali.
4. Utilizzare le occasioni opportune di qualunque tipo e, in particolare, altre vaccinazioni (vaccinazioni per i viaggiatori, ecc.), certificazioni (iscrizione a società sportive, altre certificazioni), ricoveri, altre visite mediche dal pediatra/medico di base, per somministrare il vaccino MPR (o proporre l'appuntamento per la vaccinazione, a seconda dell'organizzazione del servizio). Nel caso in cui il soggetto si presenti per una



7. Predisporre in ogni ASL protocolli per la vaccinazione delle donne suscettibili nel post-partum e post-interruzione volontaria di gravidanza o aborto, da diffondere a tutti i punti nascita del territorio. Possibili strategie:

- a) Vaccinazione somministrata in corso di ricovero prima della dimissione (strategia da preferire)
- b) Vaccinazione somministrata presso il servizio vaccinale con chiamata *ad hoc*
- c) Vaccinazione somministrata presso il servizio vaccinale in occasione della somministrazione della 1<sup>a</sup> dose di vaccini al neonato.

Negli ultimi due casi, la neonatologia deve trasmettere l'elenco delle neomamme suscettibili al servizio vaccinale.

8. Verificare lo stato immunitario delle donne esposte professionalmente (per esempio le operatrici sanitarie, il personale scolastico), e vaccinare le suscettibili, formando e coinvolgendo ove presenti, i medici competenti di aziende/luoghi di lavoro con un'alta percentuale di lavoratrici donne.
9. Vaccinare le donne straniere al loro primo contatto con il sistema sanitario.

#### 5.5 Obiettivo 5: Migliorare la sorveglianza epidemiologica del morbillo, della rosolia, della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita e degli eventi avversi a vaccino.

Le azioni per raggiungere l'obiettivo 5 sono le seguenti:

1. Informare e formare i MMG, i pediatri di famiglia e i medici ospedalieri inclusi i medici di Pronto Soccorso e i medici infettivologi, della necessità di segnalare i casi sospetti di morbillo secondo le modalità e i tempi previsti dal sistema di sorveglianza speciale, inviando loro la relativa circolare ministeriale e organizzando se necessario incontri di formazione.
2. Informare gli stessi della necessità di segnalare i casi sospetti di rosolia secondo le modalità e i tempi previsti dal sistema routinario di notifica in classe II.
3. Avviare tempestivamente l'indagine epidemiologica per ogni caso sospetto di morbillo, inclusa la conferma di laboratorio della diagnosi, e inviare immediatamente il modulo d'indagine al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità (a cura della ASL). Se i test di laboratorio escludono la diagnosi di morbillo, effettuare test diagnostici per la rosolia.
4. Avviare tempestivamente l'indagine epidemiologica per ogni caso sospetto di rosolia, inclusa la conferma di laboratorio della diagnosi (a cura della ASL).
5. La sorveglianza dei casi sospetti di morbillo deve essere in grado di individuare anche i casi sporadici e raccogliere informazioni epidemiologiche e laboratoristiche adeguate a classificare il caso come autoctono o importato (Allegato 1) e possibile, probabile o confermato (vedi definizioni di caso aggiornate secondo la normativa europea del 2008, Allegato 2) con l'invio delle schede di notifica della sorveglianza speciale del morbillo (allegato 4A).
6. Introdurre lo zero reporting mensile dalle ASL alle Regioni e PA e da queste al Ministero della Salute e all'ISS, per tutte e quattro le condizioni.
7. Diffondere ai pediatri un protocollo operativo per il follow-up dei bambini nati da madri con rosolia accertata in gravidanza (Allegato 3).
8. Identificare tempestivamente un laboratorio di riferimento regionale (o interregionale) per morbillo e rosolia da parte di quelle Regioni che ancora non l'hanno identificato e comunicare al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità il nominativo del referente.

vaccinazione che non è co-somministrabile con il vaccino MPR (es. vaccino HPV), utilizzare comunque l'occasione per informarlo dell'opportunità di effettuare la vaccinazione.

5. Invitare alla vaccinazione con MPR gli studenti di scuole superiori e università che non hanno evidenza documentata di pregressa vaccinazione, attraverso un testo informativo da distribuire al momento dell'iscrizione al primo anno.

6. Offrire la vaccinazione MPR agli operatori sanitari e scolastici e ai militari al momento dell'assunzione. Verificare lo stato immunitario nei confronti del morbillo (documentazione scritta di avvenuta vaccinazione o malattia) degli operatori già assunti e vaccinare i soggetti suscettibili. Verificare lo stato immunitario nei confronti della rosolia delle donne operatrici sanitarie e scolastiche in età fertile e vaccinare le suscettibili.

7. Raccomandare la vaccinazione ai viaggiatori che si recano in zone endemiche.
8. Acquisire informazioni sulla presenza e numerosità dei gruppi di popolazione difficile da raggiungere (nomadi, Roma/Sinti) nel territorio della ASL e considerare le modalità più opportune per offrire attivamente la vaccinazione a questi soggetti (per es. interventi vaccinali presso i campi nomadi).

#### 5.4 Obiettivo 4: Ridurre la percentuale di donne in età fertile, suscettibili alla rosolia, a meno del 5%.

Le azioni per raggiungere l'obiettivo 4 sono le seguenti:

1. Aumentare la consapevolezza delle donne in relazione alla prevenzione delle malattie infettive potenzialmente gravi in gravidanza.
2. Informare e formare gli operatori sanitari (in particolare i MMG, i pediatri di famiglia, i ginecologi, gli ostetrici, i neonatologi, i medici competenti, i medici scolastici) sui rischi della rosolia in gravidanza, sui benefici e rischi della vaccinazione MPR, sulle false controindicazioni alla vaccinazione, sulla sicurezza della vaccinazione nel postpartum, e sull'importanza di utilizzare tutte le occasioni opportune per informare le donne, prima e durante l'età fertile, verificare la situazione immunitaria e offrire attivamente la vaccinazione alle donne suscettibili o indirizzarle ai servizi vaccinali. Devono essere considerate suscettibili le donne senza documentazione scritta di avvenuta vaccinazione antirosolia (una dose) o di positività per anticorpi IgG rosolia-specifici. L'anamnesi di rosolia senza accertamenti di laboratorio è poco specifica e non può essere considerata come prova di acquisita protezione. Lo screening dello stato anticorpale non è un requisito per l'esecuzione della vaccinazione.
3. Diffondere il diagramma di flusso per la corretta esecuzione dei test per la conferma della diagnosi di rosolia in gravidanza (Allegato 3) e il nominativo del referente del laboratorio di riferimento per la rosolia in gravidanza a tutti i laboratori, MMG, ginecologi e ostetrici.
4. Organizzare un flusso informativo dai laboratori di analisi ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica affinché tutte le negatività al rubeo test (IgG) effettuato per qualunque motivo in donne in età fertile venga comunicato ai servizi di vaccinazione in modo da chiamare attivamente le donne negative.
5. Raccomandare che i servizi vaccinali o consultori materno-infantile verifichino sistematicamente se è stata effettuata la vaccinazione contro la rosolia, al momento del richiamo d'ip a 11-15 anni, della vaccinazione anti-HPV, nelle donne al momento della prima vaccinazione dei figli, e in qualsiasi altra occasione opportuna.
6. Raccomandare che venga verificato lo stato vaccinale contro la rosolia all'atto della esecuzione dello screening con il pap-test (possibilmente il primo).



5. In caso di epidemie in comunità scolastiche, acquisire gli elenchi degli iscritti (compatibilmente con le disposizioni vigenti in materia di privacy).

**5.7 Obiettivo 7: Garantire la diffusione del nuovo Piano e migliorare la disponibilità di informazioni scientifiche relative al morbillo e rosolia da diffondere tra gli operatori sanitari e tra la popolazione generale**

Le azioni per raggiungere l'obiettivo 7 sono le seguenti:

1. Diffondere a tutte le ASL, servizi vaccinali e professionisti coinvolti (incluso i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i ginecologi sia del settore pubblico che del settore privato), il nuovo Piano di eliminazione del morbillo e rosolia congenita
2. Organizzare incontri e seminari per sensibilizzare medici e pediatri di libera scelta, ginecologi (sia del servizio pubblico che del settore privato), neonatologi, e laboratori nei confronti di morbillo e rosolia, coinvolgendo anche altre figure professionali quali medici sportivi, medici del lavoro, medici competenti. Coinvolgere anche i medici ospedalieri (es. pediatri che seguono bambini diabetici o con altre patologie croniche o congenite) per informarli, in particolare, sulle false controindicazioni alla vaccinazione MPR
3. Produrre, a livello regionale, un breve documento che riassume il piano stesso, i suoi obiettivi e le azioni raccomandate, da distribuire agli Ordini dei medici, e uffici per la promozione e l'educazione alla salute nelle scuole.
4. Informare la stampa professionale e le associazioni professionali dell'adozione del Piano.
5. Predisporre e diffondere materiale informativo per operatori e per le famiglie sul morbillo e sulla rosolia in gravidanza e rosolia congenita e sull'efficacia e sicurezza della vaccinazione MPR (incluso volantini, opuscoli e poster per la sala d'attesa dei medici), utilizzando anche la rete e considerando la necessità di raggiungere eventuali immigrati e gruppi etnici minoritari preparando opuscoli in varie lingue.
6. Organizzare un'ampia campagna di comunicazione a livello nazionale (Ministero della Salute).

**6. Monitoraggio e valutazione del Piano**

Si raccomanda ad ogni Regione, al momento dell'adozione del presente Piano, di effettuare una analisi di contesto in cui stimare per ogni anno di calendario la quota di malattia prevenibile localmente, le dimensioni della popolazione target, la copertura vaccinale da raggiungere per l'anno e la descrizione delle risorse (strutture, personale, fondi) messe a disposizione. L'attività annuale dovrebbe essere valutata in base all'analisi iniziale, alle eventuali criticità identificate e alle azioni per risolverle già intraprese. Nel contesto la sorveglianza epidemiologica delle malattie prevenibili da vaccinazione dovrebbe porre particolare attenzione ad identificare eventuali fallimenti vaccinali identificando la storia vaccinale dei singoli casi.

La valutazione dell'implementazione del Piano di Eliminazione del morbillo deve quindi essere un processo continuo e deve prevedere:

- il monitoraggio degli indicatori di organizzazione e di processo dell'attività vaccinale di routine o di campagne specifiche
- l'analisi periodica dei risultati dell'attività vaccinale mediante la rilevazione epidemiologica dell'andamento delle malattie infettive e l'incrocio con i dati di copertura che deve essere condotto su scala locale e regionale

9. Verificare che i laboratori di riferimento per il morbillo e per la rosolia siano in grado di effettuare tutti i test necessari per una corretta diagnosi della malattia (test di avidità delle IgG, PCR, isolamento del virus).

10. Accreditare i laboratori di riferimento regionali che effettuano la genotipizzazione, da parte dell'OMS o del laboratorio di riferimento nazionale presso l'Istituto Superiore di Sanità, a sua volta accreditato dall'OMS. Dati sul genotipo virale devono provenire da campioni raccolti e analizzati con criteri standard.

11. Informare e formare i MMG, i ginecologi e gli ostetrici della necessità di segnalare i casi sospetti di rosolia in gravidanza (allegati 2 e 4B) secondo le modalità e i tempi previsti dalla circolare d'introduzione della notifica obbligatoria della malattia, inviando loro la relativa circolare ministeriale e organizzando, se necessario, incontri di formazione neurologi della necessità di segnalare i casi sospetti di rosolia congenita (allegati 2 e 4 C) secondo le modalità e i tempi previsti dalla circolare d'introduzione della notifica obbligatoria delle infezioni congenite da virus della rosolia, inviando loro la relativa circolare ministeriale e organizzando se necessario incontri di formazione

13. Organizzare un flusso informativo dai laboratori di analisi alle ASL affinché tutte le positività al rubeo-test (IgM e/o IgG) effettuato in gravidanza vengano segnalate.

14. Informare e formare i laboratori di riferimento regionali affinché segnalino alle ASL i casi di positività alle IgM rosolia-specifiche in donne in gravidanza

15. Informare i servizi vaccinali della necessità di segnalare i seguenti eventi avversi:
- insorgenza entro 48 ore dalla somministrazione del vaccino di una o più delle seguenti condizioni: anafilassi, shock, episodio di ipotonia iporesponsività
  - insorgenza entro 30 giorni dalla somministrazione del vaccino di una o più delle seguenti condizioni: encefalopatia, convulsioni, meningite asettica, trombocitopenia, paralisi flaccida acuta, decesso, e ogni altro evento grave, inclusi i ricoveri

16. Effettuare un'analisi semestrale degli eventi avversi

17. Garantire il ritorno delle informazioni agli operatori sanitari mediante l'invio di bollettini periodici con i dati di copertura e incidenza delle malattie in sorveglianza

**5.6 Obiettivo 6: Migliorare l'indagine epidemiologica dei casi di morbillo, incluso la gestione dei focolai epidemici**

Le azioni per raggiungere l'obiettivo 6 sono le seguenti:

1. Offrire attivamente la vaccinazione ai contatti suscettibili di casi di morbillo entro 72 ore dall'esposizione. Nei casi in cui sono trascorsi più di 72 ore dall'esposizione offrire comunque la vaccinazione per recuperare suscettibili eventualmente non contagiati.

2. In presenza di focolai di morbillo in scuole materne/asili nido:

- offrire attivamente la seconda dose ai bambini esposti e ai loro fratelli/sorelle vaccinati con una sola dose, anche se di età inferiore a quella prevista dal calendario vaccinale per la seconda dose;
- offrire la prima dose ai bambini suscettibili esposti a partire dai 6 mesi di età (13).

3. In presenza di un aumentato numero di segnalazioni di casi di morbillo o rosolia, allertare i medici di medicina generale, i pediatri, i ginecologi e i medici ospedaliari e di Pronto Soccorso.

4. Anche se non esiste l'obbligo legislativo per le scuole, richiedere i certificati di vaccinazione dei bambini iscritti in modo che in caso di morbillo nella scuola i bambini suscettibili possano essere rapidamente identificati e vaccinati.



- l'eventuale ridefinizione degli obiettivi e la messa in atto di misure correttive, se necessario.

Gli aspetti che dovrebbero essere prioritariamente oggetto di valutazione in un programma di vaccinazione ed alcuni dei relativi indicatori sono riportati nella Tabella sottostante

**Tabella: Aspetti e indicatori per la valutazione annuale a livello locale del Programma di vaccinazione**

Aspetti da valutare	Indicatori
1. Aspetti organizzativi relativamente all'analisi iniziale della dimensione della popolazione target e alla logistica necessaria	Presenza di anagrafe vaccinale informatizzata
	Disponibilità di un elenco delle aree o dei gruppi a rischio del distretto/ASL
	Laboratori di riferimento per morbillo e rosolia congenita identificati da parte di tutte le Regioni e P.A.
2. Valutazione di processo	Proporzione di persone nella popolazione target attivamente invitate alla vaccinazione
	Frequenza eventi avversi
	Tempestività (entro 24 ore dalla diagnosi) e livello di completezza delle notifiche ( $\geq 80\%$ dei casi con informazioni su variabili chiave)
	-Proporzione di ASL con protocolli per la trasmissione delle positività al rubeo-test (IgM e/o IgG) effettuato in gravidanza dai laboratori di analisi alle ASL
	Proporzione di casi di morbillo e rosolia con conferma di laboratorio ( $\geq 80\%$ )
	Percentuale di casi confermati in cui è stata identificata la fonte del contagio ( $\geq 80\%$ )
	Percentuale di focolai indagati (100%)
	Proporzione di ASL con protocolli operativi per la vaccinazione delle donne suscettibili ricoverate per parto o interruzione di gravidanza ( $\geq 95\%$ )
	Proporzione di donne identificate suscettibili in gravidanza e vaccinate nel post-partum e post interruzione di gravidanza, per ASL ( $\geq 95\%$ )
	N. corsi/seminari per operatori sanitari
	N. attività di comunicazione rivolte alla popolazione generale
	N. di feedback periodici sull'andamento del Piano agli operatori sanitari
3. Valutazione dei risultati	Incidenza annuale del morbillo e della rosolia $< 1$ caso/1.000.000 abitanti; incidenza annuale della rosolia congenita $< 1$ caso/100.000 nati vivi
	N. di ricoveri per morbillo
	Proporzione di casi di morbillo e di rosolia precedentemente vaccinati
	N. di decessi
	Copertura vaccinale per MPR entro i 2 anni di età a livello nazionale, regionale e di ASL ( $\geq 95\%$ ) e distrettuale ( $\geq 90\%$ )
	Copertura vaccinale per MPR nei bambini di oltre

2 anni di età e negli adolescenti fino a 15 anni, per coorte di nascita e anno di calendario, a livello nazionale, regionale e di ASL ( $\geq 95\%$ ) e distrettuale ( $\geq 90\%$ )	
Copertura vaccinale per la seconda dose di MPR per coorte di nascita e anno di calendario, a livello nazionale, regionale e di ASL ( $\geq 95\%$ ) e distrettuale ( $\geq 90\%$ )	

La valutazione compete sia al livello centrale che al livello locale (Regione-provincia autonoma/AUSL/Distretto).

In particolare, le Regioni e Province Autonome hanno la responsabilità di garantire che tutte le ASL partecipino al programma verificando che nelle ASL siano disponibili tutte le risorse operative necessarie. Inoltre, devono individuare un coordinatore regionale che supervisioni le attività svolte sul territorio e provveda alla valutazione semestrale degli indicatori di processo e alla valutazione annuale degli indicatori di risultato. I risultati delle valutazioni regionali dovranno essere trasmessi al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità dove i dati verranno aggregati e analizzati a livello nazionale.

## ALLEGATO 1

## GLOSSARIO

**Controllo:** significativa e consolidata riduzione dell'incidenza della malattia in una popolazione in conseguenza di uno specifico intervento di prevenzione

**Eliminazione:** interruzione della trasmissione in una distinta area geografica con assenza di casi autoctoni di malattia, come effetto di specifici interventi di prevenzione in una data popolazione

**Eradicazione del morbillo:** definitiva rimozione dell'agente causale della malattia a livello globale

**Caso importato:** Un soggetto con un morbillo confermato il cui inizio dell'esantema si è verificato entro 7-18 giorni dall'arrivo in Italia è classificato come un caso di importazione. L'ultimo paese che il soggetto ha visitato prima del suo arrivo in Italia deve essere registrato sulla notifica

**Casi autoctoni:** tutti gli altri casi anche se hanno soggiornato all'estero nei 7-18 giorni precedenti se le informazioni acquisite con l'indagine epidemiologica fanno sospettare che l'infezione sia stata acquisita in Italia.

I casi autoctoni sono inoltre classificati come:

- correlati epidemiologicamente ad un caso importato
- non correlati epidemiologicamente ad un caso importato.

**Caso a fonte comune:**

Casi verificatisi entro il periodo di incubazione atteso 7-18 giorni che hanno in comune una occasione di infezione; presenza in uno stesso luogo confinato, partecipazione ad uno stesso evento sociale, ecc.

**Caso sporadico:** un caso che non soddisfa i criteri del caso a fonte comune

**Caso epidemiologicamente confermato:** un caso con segni/sintomi clinici che insorgono entro 21 giorni dal contatto con un caso confermato

**Vaccinazione recente:** vaccinazione effettuata da 6 a 45 giorni prima della comparsa dell'esantema

## ALLEGATO 2a

## DEFINIZIONE DI CASO: MORBILLO

In relazione ai criteri diagnostici ogni caso può essere classificato come (decisione CE 28 aprile 2008):

**A. Caso possibile**

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici.

**B. Caso probabile**

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e presenti una correlazione epidemiologica con un caso confermato.

**C. Caso confermato**

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e di laboratorio e che non sia stata vaccinata di recente.

**Criteri clinici**

Qualsiasi persona che presenti febbre

E

— esantema maculopapulare

E

almeno una delle tre seguenti manifestazioni:

— tosse,

— corizza,

— congiuntivite.

**Criteri di laboratorio**

Almeno uno dei seguenti quattro criteri:

— isolamento del virus del morbillo a partire da un campione clinico,

— identificazione dell'acido nucleico del virus del morbillo in un campione clinico,

— risposta anticorpale specifica al virus del morbillo, caratteristica dell'infezione acuta, nel siero o nella saliva,

— identificazione dell'antigene del virus del morbillo in un campione clinico mediante

fluorescenza diretta (DFA) con anticorpi monoclonali specifici del morbillo.

I risultati di laboratorio vanno interpretati in funzione della presenza o meno di vaccinazione. In caso di vaccinazione recente ricercare il virus selvaggio.

**Criteri epidemiologici**

Correlazione epidemiologica mediante trasmissione interumana.



**ALLEGATO 2b****DEFINIZIONE DI CASO: ROSOLIA****Criteri clinici**

Qualsiasi persona che presenti una manifestazione improvvisa di esantema maculopapulare generalizzato

**E**

almeno una delle seguenti cinque manifestazioni:

- adenopatia cervicale,
- adenopatia suboccipitale,
- adenopatia retroauricolare,
- artralgia,
- artrite.

**Criteri di laboratorio**

— Criteri di laboratorio per la conferma del caso

Almeno uno dei seguenti tre criteri:

- isolamento del virus della rosolia a partire da un campione clinico,
  - identificazione dell'acido nucleico del virus della rosolia in un campione clinico,
  - risposta anticorpale specifica al virus della rosolia (IgG) nel siero o nella saliva.
- Criteri di laboratorio per un caso probabile
- risposta anticorpale specifica al virus della rosolia [IgM].

I risultati di laboratorio vanno interpretati in funzione della presenza o meno di vaccinazione.

Quando si sospetta la rosolia in gravidanza, occorre un'ulteriore conferma dei risultati positivi delle IgM della rosolia (ad esempio un test di avidità delle IgG specifiche della rosolia da cui risulti una bassa avidità). In alcune situazioni, come i focolai confermati di rosolia, l'identificazione di IgM del virus della rosolia può essere considerata una conferma, tranne in caso di gravidanza.

**Criteri epidemiologici**

Correlazione epidemiologica mediante trasmissione interumana.

**Classificazione dei casi****A. Caso possibile**

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici.

**B. Caso probabile**

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e almeno uno dei seguenti due criteri:

- una correlazione epidemiologica,
- i criteri di laboratorio per un caso probabile.

**C. Caso confermato**

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri di laboratorio per la conferma del caso e che non sia stata vaccinata di recente.

In caso di vaccinazione recente, qualsiasi persona in cui venga individuato il ceppo selvaggio del virus della rosolia.

**ALLEGATO 2c****DEFINIZIONE DI CASO: ROSOLIA CONGENITA**  
(compresa la sindrome da rosolia congenita)**Criteri clinici**

Infezione da rosolia congenita (IRC)

Per l'IRC non possono essere definiti criteri clinici:

Sindrome da rosolia congenita (SRC)

Qualsiasi bambino di età inferiore a un anno o nato morto che presenti:

- almeno due delle condizioni elencate in A)

**O**

- una condizione della categoria A) e una condizione della categoria B)

**A)**

- Cataratta,
- glaucoma congenito,
- cardiopatia congenita,
- perdita dell'udito,
- retinopatia pigmentaria.

**B)**

- Porpora,
- splenomegalia,
- microcefalia,
- ritardo di sviluppo,
- meningoencefalite,
- radiotrasparenza delle ossa,
- ittero che comincia a manifestarsi nelle 24 ore dalla nascita.

**Criteri di laboratorio**

Almeno uno dei seguenti quattro criteri:

- isolamento del virus della rosolia a partire da un campione clinico,
  - identificazione dell'acido nucleico del virus della rosolia,
  - risposta anticorpale specifica al virus della rosolia (IgM),
  - persistenza di IgG della rosolia tra i 6 e i 12 mesi di età (almeno due campioni con una concentrazione simile di IgG della rosolia).
- I risultati di laboratorio vanno interpretati in funzione della presenza o meno di vaccinazione.

**Criteri epidemiologici**

Qualsiasi bambino piccolo o feto nato morto da madre cui è stata confermata in laboratorio durante la gravidanza un'infezione da rosolia per trasmissione interumana (trasmissione verticale).

**Classificazione dei casi di rosolia congenita**

## ALLEGATO 3

**PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA  
DIAGNOSI DI SINDROME DA ROSOLIA CONGENITA**

L'infezione del feto, quando non si traduca in aborto o nel parto prematuro di feto morto, si manifesta generalmente nel primo anno di vita, ma alcuni sintomi dovuti alle alterazioni strutturali degli organi possono manifestarsi anche a distanza di anni (ad es. diabete mellito). Per questo motivo è necessario effettuare un accurato follow-up del bambino fino ad un anno di età effettuando i seguenti esami.

**1) Ricerca delle IgM specifiche** (da ricercare in tutti i neonati con sintomi compatibili per SRC o nati da madre con sospetta rosolia in gravidanza, anche se asintomatici). La positività delle IgM entro un mese di vita pone diagnosi di infezione congenita con una elevata sensibilità e specificità.

**N.B.** Va tenuto presente che non tutti i neonati con infezione congenita risultano IgM positivi alla nascita. Quindi, sia i nati da madre con sospetta rosolia in gravidanza, sia i neonati con sintomi o segni suggestivi per rosolia congenita che risultino IgM negativi alla nascita, dovranno ripetere il test all'età di un mese di vita ed eventualmente nei mesi successivi.

**2) Ricerca delle IgG specifiche**

Dosaggio delle IgG rosolia-specifiche ogni mese per i primi sei mesi di vita.

**N.B.** La persistenza delle IgG specifiche a titoli più elevati e per periodi più lunghi rispetto a quanto atteso in un lattante (cioè, i cui livelli non diminuiscono del 50% ogni mese) depone per infezione contratta in utero, anche in assenza di altri dati di laboratorio. La scomparsa delle IgG specifiche nel secondo semestre di vita consente invece di escludere l'infezione congenita.

**3) Isolamento virale da liquidi biologici** (urine, sangue, faringe, biopsie d'organo..)

**4) Identificazione del genoma virale** mediante la metodica di RT-PCR

In caso di conferma di SRC il bambino deve essere considerato infettivo fino ad 1 anno di età. I genitori devono essere informati della contagiosità del loro bambino e invitati a non esporlo a contatto diretto con donne in gravidanza che non abbiano prova di immunità. Il bambino pertanto non può essere ammesso ad una comunità della prima infanzia fino all'età di 1 anno, a meno che non abbia eseguito una coltura virale da faringe e urine con esito negativo dopo il 3° mese di vita.

**Caso possibile N.A.**

**Caso probabile**

Qualsiasi bambino piccolo o feto nato morto che non sia stato sottoposto a test O i cui risultati di laboratorio siano negativi

e che soddisfi almeno uno dei seguenti due criteri:

- una correlazione epidemiologica E almeno uno dei criteri clinici della SRC della categoria A),
- criteri clinici della SRC soddisfatti.

**Caso confermato**

Qualsiasi feto nato morto che soddisfi i criteri di laboratorio

O

qualsiasi bambino che soddisfi i criteri di laboratorio e almeno uno dei seguenti due criteri:

- una correlazione epidemiologica,
  - almeno uno dei criteri clinici della SRC della categoria A).
- Un bambino che soddisfi solo i criteri di laboratorio, ma la cui madre non abbia precedenti di rosolia durante la gravidanza e che non soddisfi i criteri clinici della categoria A), va quindi notificato come un caso di rosolia.

**Infezione da rosolia congenita (IRC):** un bambino che soddisfa i criteri di laboratorio in assenza di sintomi/segni clinici, nato da madre con diagnosi confermata di rosolia in gravidanza



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
20 maggio 2011, n. 182

**Sentenza della Corte Costituzionale n. 123 del 4 aprile 2011 – Determinazioni.**

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che, con sentenza 4 aprile 2011, la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale di alcuni articoli della legge della Regione Calabria 26 febbraio 2010, n. 8, recante «Provvedimento generale recante norme di tipo ordinamentale e finanziario (collegato alla manovra di finanza regionale per l'anno 2010, art. 3, comma 4 della legge reg. n. 8 del 2002). Modifiche all'art. 11 della legge reg. 30 dicembre 2009, n. 42» e, in particolare dell'art. 38 con il quale è stato disposto che:

— il comma 1 dell'articolo 6 della legge regionale 15 gennaio 2009, n. 1 è così modificato:

1. «Le Aziende Sanitarie Provinciali ed Ospedaliere, previo superamento di apposita procedura selettiva, procedono ad assunzione a tempo indeterminato del personale che sia attualmente in servizio e che abbia stipulato contratti di lavoro, anche con tipologia di collaborazione coordinata e continuativa, in data anteriore al 28 settembre 2007, fermo restando il rispetto degli impegni assunti dalla Regione Calabria a seguito dell'accordo Governo-Regione per il Piano di Rientro Sanitario. L'assunzione a tempo indeterminato potrà avvenire a domanda dell'interessato e sul posto dallo stesso occupato, previo mantenimento in servizio nelle forme di legge fino alla definizione delle procedure di cui al presente articolo, anche ai fini della maturazione dell'anzianità di servizio richiesta di tre anni, ove non maturati nell'ultimo quinquennio»;

2. «La Regione riconosce l'esercizio professionale dei laureati in scienze delle attività motorie e sportive nelle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private sia ai fini del mantenimento della migliore efficienza fisica nelle differenti fasce d'età e nei confronti delle diverse abilità, sia ai fini di socializzazione e di prevenzione.».

CONSIDERATO che, secondo la giurisprudenza consolidata, «una disposizione di legge, di cui sia stata dichiarata la illegittimità costituzionale, cessa di avere efficacia e deve essere disapplicata, anche d'ufficio, dal giorno successivo alla pubblicazione, sulla Gazzetta Ufficiale, della decisione della Corte costituzionale, rispetto a tutti i rapporti per i quali penda una controversia giudiziaria, inclusi quelli precostituiti, salvo che si siano determinate situazioni giuridiche ormai esaurite, consolidate ed intangibili, insuscettibili, come tali, di essere diversamente regolate, prescindendo dalla norma dichiarata incostituzionale, come si verifica nel caso di rapporti già definiti anteriormente alla pronuncia di illegittimità costituzionale, per effetto di giudicato, o di atti amministrativi non più impugnabili o di atti negoziali, dei quali siano interamente esauriti gli effetti e che siano rilevanti sul piano sostanziale o processuale, nonostante l'inefficacia della norma dichiarata incostituzionale» (Cassazione civile, Sez. lav., 9 marzo 1982 n. 1480).

VISTO l'art. 21-nonies della legge 241 del 1990, che così recita: «1. il provvedimento amministrativo illegittimo ai sensi dell'articolo 21-octies può essere annullato d'ufficio, sussistendone le ragioni di interesse pubblico, entro un termine ragionevole e tenendo conto degli interessi dei destinatari e dei controinteressati, dall'organo che lo ha emanato, ovvero da altro organo previsto dalla legge. 2. È fatta salva la possibilità di convalida del provvedimento annullabile, sussistendone le ragioni di interesse pubblico ed entro un termine ragionevole».

VISTO l'art. 21-sexies della legge 241 del 1990, che così recita: «1. il recesso unilaterale dai contratti della pubblica amministrazione è ammesso nei casi previsti dalla legge o dal contratto».

RITENUTO di dover prendere atto della suddetta pronuncia, dettando le conseguenti disposizioni d'indirizzo agli enti ed organi competenti alla sua esecuzione.

TENUTO CONTO che, in seguito alla sentenza della Corte Costituzionale 1° aprile 2011 n. 108, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale degli artt. 1, comma 3, 13, 15, commi 1, 3 e 5, 16, commi 1 e 2, 17, comma 4, e 19 della stessa legge regionale 26 febbraio 2010, n. 8, la Giunta regionale con delibera n. 127 del 12 aprile 2011, ha impartito indirizzi alle competenti strutture regionali ed agli enti interessati in merito alle iniziative ed attività da svolgere in seguito alla pubblicazione della citata sentenza, disponendo anche la costituzione di un tavolo tecnico.

RITENUTO, in aderenza a quanto già disposto con la citata deliberazione, estendere gli indirizzi e direttive già impartite anche per le posizioni lavorative interessate dalla sentenza in oggetto in quanto riguardanti situazioni analoghe.

ATTESO che la Regione Calabria non si è costituita neppure nel presente giudizio.

SU CONFORME PROPOSTA del Presidente della Giunta regionale e dall'espressa dichiarazione di regolarità del provvedimento rilasciata dai dirigenti competenti, mediante sottoscrizione del frontespizio della presente deliberazione.

DELIBERA

Per le motivazioni esposte, da intendersi, qui di seguito, integralmente richiamate, recepite ed approvate:

1) di prendere atto della sentenza della Corte costituzionale 4 aprile 2011 n. 123;

2) di impartire, le seguenti direttive alle Aziende Sanitarie Provinciali ed alle Aziende Ospedaliere interessate dagli effetti della pronuncia di illegittimità costituzionale che, pertanto, dovranno:

a) effettuare una preventiva e compiuta ricognizione, nell'ambito dei rispettivi enti dei procedimenti amministrativi e dei rapporti sui quali spiega efficacia la citata sentenza della Corte costituzionale;

b) comunicare ai potenziali destinatari degli effetti negativi derivanti dalla citata sentenza l'avvio dei procedimenti di autotutela ai sensi dell'art. 21 sexies e dell'art. 21 nonies della legge 241 del 1990, invitando gli stessi a formulare ogni pertinente osservazione;

c) espletare un fase di confronto con le associazioni sindacali dei lavoratori maggiormente rappresentative, in merito alle questioni inerenti la gestione dei rapporti di lavoro dei dirigenti e funzionari regionali interessati dagli effetti della pronuncia di illegittimità costituzionale;

d) concludere i procedimenti avviati entro novanta giorni, dandone comunicazione al Dipartimento Presidenza ed al Dipartimento Tutela della salute per le opportune valutazioni;

3) di incaricare il Dipartimento «Tutela della salute» della comunicazione del presente provvedimento a tutti gli enti e soggetti interessati;

4) di disporre la pubblicazione della presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria.

Catanzaro, li 20 maggio 2011

*Il Dirigente Generale  
del Dipartimento Presidenza*  
**F.to Zoccali**

*Il Presidente*  
**F.to Scopelliti**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
20 maggio 2011, n. 192

**Progetto «Sostegno alle iniziative di controllo del Tabagismo: consolidamento degli interventi di rete nella pianificazione aziendale».**

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO CHE:

— il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha identificato la Regione Emilia Romagna come capofila per la realizzazione del progetto «Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: consolidamento degli interventi di rete nella pianificazione aziendale»;

— il progetto nazionale, allegato, quale parte integrante e sostanziale del presente atto, è finalizzato a consolidare gli interventi di contrasto del tabagismo e ad altri comportamenti non salutari che vedono coinvolta attivamente la rete degli operatori della salute, sviluppandosi in continuità con il progetto CCM 2005-2006 per la sperimentazione di modalità di progettazione Aziendale di interventi di contrasto al tabagismo;

— il progetto di durata biennale, ha avuto inizio in data 25 marzo 2009, e stante la complessità delle attività di coordinamento interregionale, tenuto conto delle motivazioni adottate dalla Regione Emilia Romagna, il Ministero della Salute con nota n. 0001259-P-06-12/2010 ha ritenuto opportuna la concessione di una proroga di dodici mesi;

— per l'attuazione del progetto è stato sottoscritto uno specifico Accordo di collaborazione con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali con il quale la Regione Emilia Romagna si è impegnata a coordinare le Regioni interessate a partecipare alle attività progettuali.

PRESO ATTO CHE con nota prot. n. 4297 del 18 febbraio 2010, la Regione Calabria ha inviato formale adesione di partecipazione al progetto.

PRESO ATTO della stipula della convenzione allegata, che fa parte integrante e sostanziale del presente atto, sottoscritta in data 24 marzo 2011 tra la Regione Emilia Romagna e la Regione Calabria che disciplina i rapporti di collaborazione, al fine della buona conduzione del progetto.

PRESO ATTO dell'assegnazione del finanziamento di € 5.000,00 per le attività inerenti l'obiettivo specifico 1 del progetto nazionale al quale la Regione Calabria dovrà ottemperare, ed in particolare sperimentare in almeno una azienda sanitaria del territorio regionale un modello di coordinamento aziendale finalizzato a realizzare un programma di azioni di rete per la prevenzione, cura e controllo del tabagismo.

SU PROPOSTA del Presidente della Giunta Regionale formulata alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Struttura interessata, nonché dall'espressa dichiarazione di regolarità dell'atto, resa dal Dirigente preposto al competente Settore.

DELIBERA

Per quanto espresso in premessa, che qui si intende integralmente riportato e confermato:

— di prendere atto della partecipazione della Regione Calabria al progetto nazionale «Sostegno alle iniziative di controllo

del tabagismo: consolidamento degli interventi di rete nella pianificazione aziendale», allegato, che fa parte integrante e sostanziale del presente atto;

— di prendere atto della stipula della convenzione, allegata, che fa parte integrante e sostanziale del presente atto; sottoscritta in data 24 marzo 2011 tra la Regione Emilia Romagna e la Regione Calabria che disciplina i rapporti di collaborazione, al fine della buona conduzione del progetto;

— di prendere atto dell'assegnazione del finanziamento di € 5.000,00 per le attività inerenti l'obiettivo specifico 1 del progetto nazionale al quale la Regione Calabria dovrà ottemperare, ed in particolare sperimentare in almeno una azienda sanitaria del territorio regionale un modello di coordinamento aziendale finalizzato a realizzare un programma di azioni di rete per la prevenzione, cura e controllo del tabagismo;

— di demandare al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie l'adozione degli atti consequenziali per la realizzazione delle attività relative al progetto di che trattasi;

— di dare mandato al Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie per l'esecuzione del presente atto;

— di provvedere alla pubblicazione integrale del presente provvedimento comprensivo dell'allegato, sul BURC a cura del Dipartimento proponente ai sensi della legge regionale 4/9/2001, n. 19, a richiesta del Dirigente Generale del Dipartimento proponente.

Catanzaro, li 20 maggio 2011

*Il Dirigente Generale  
del Dipartimento Presidenza*  
**F.to Zoccali**

*Il Presidente*  
**F.to Scopelliti**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
20 maggio 2011, n. 193

**Stipula convenzione con il Centro Nazionale delle Ricerche – Istituto Scienze Neurologiche.**

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO:

— che il CNR – Istituto di Scienze Neurologiche (ISN) con sedi regionali a Catanzaro e Cosenza svolge attività di diagnosi avanzata e di ricerca nel campo delle malattie del sistema nervoso nell'ambito della quale vanta numerose pubblicazioni scientifiche internazionali, collaborando, inoltre, con prestigiosi istituti nazionali ed internazionali e costituendo in tutto ciò un punto di riferimento per tutto il meridione d'Italia;

— che le malattie ereditarie del sistema nervoso, come la Corea di Huntington, le atassie cerebellari dominanti e recessive, le neuropatie periferiche ereditarie, le epilessie familiari, le distrofie muscolari, ecc. rappresentano un gruppo di gravi e disabilitanti patologie e che i più importanti studi scientifici su tali malattie sono stati realizzati, da studiosi italiani ed internazionali, sulla popolazione dell'Italia meridionale e su quella della Calabria in particolare;



— che dette patologie comportano elevati costi economici e sociali per le famiglie dei pazienti oltreché per il Servizio Sanitario Regionale, laddove esse determinano un alto tasso di mobilità extraregionale.

DATO ATTO CHE la legge regionale 17/10/1997 n. 12 all'art. 14, comma 3, autorizza la Giunta Regionale a concedere un finanziamento in favore dell'Istituto di Medicina Sperimentale Biotecnologie (IMSEB), allocando le risorse finanziarie sul cap. 4241104 del bilancio regionale, secondo le modalità di cui alla convenzione approvata con deliberazione di Giunta Regionale n. 8530 del 16/12/1996.

PRESO ATTO CHE con decreto del Presidente del CNR n. 15796 del 12/2/2001 l'IMSEB è stato trasformato in Istituto di Scienze Neurologiche (ISN).

CONSIDERATO CHE con deliberazione di G.R. n. 1037 del 4/12/2001, è stata rinnovata la suddetta convenzione tra il Consiglio Nazionale delle Ricerche (C.N.R.) e la Regione Calabria e le aziende sanitarie ed ospedaliere regionali, per l'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale da parte dell'ISN, afferente al medesimo Centro, provvedendo al contempo a rideterminare in lire 900 milioni (pari ad euro 464.811,00) l'originario finanziamento fissato con il suddetto provvedimento giuntale.

PRESO ATTO CHE l'ISN risulta attualmente accreditato con il Servizio Sanitario Regionale, per l'erogazione di prestazioni di laboratorio e di diagnostica per immagini.

DATO ATTO che con deliberazione di G.R. n. 399 del 24/5/2010 si è stabilito di stipulare una nuova convenzione con l'ISN-CNR in quanto la precedente risultava scaduta al 18/2/2010 e, nelle more, di prorogare il medesimo accordo fino al 31/12/2010.

RILEVATO CHE alla scadenza del 31/12/2010 non è stata sottoscritta alcuna convenzione con l'Istituto di che trattasi e che pertanto, bisogna a ciò provvedere con celerità, al fine di continuare a garantire l'attività istituzionale dell'Istituto di ricerca attraverso una rinnovata regolamentazione del rapporto con il CNR.

VISTE le note n. 132 del 4/2/11 e n. 300 del 15/2/11 con cui il Direttore dell'ISN ha chiesto, nelle more della sottoscrizione della nuova convenzione, la proroga della precedente al fine di non pregiudicare l'assistenza sanitaria garantita ai cittadini.

PRESO ATTO che la valorizzazione della produzione di prestazioni sanitarie rientranti nei LEA da parte dell'ISN, codificate e tariffate giusto D.M. 22/7/1996, per l'anno 2010 è pari ad un totale di € 1.071.082,00, per come si rileva dai dati del sistema informativo «Tessera Sanitaria» del Ministero Economia e Finanze, forniti dal Servizio Assistenza Ospedaliera del Dipartimento Tutela della Salute.

TENUTO CONTO che l'attuale fase del bilancio regionale è caratterizzata da forti criticità, con particolare riferimento al settore sanitario sottoposto ad un piano di rientro dai disavanzi, approvato con deliberazione di G.R. n. 845/09, e necessita di un forte contenimento di spesa nei vari settori;

— che, pertanto è necessario agire anche nei confronti dell'ISN-CNR ridimensionando il tetto di spesa per le prestazioni sanitarie, originariamente fissato in 7,5 miliardi di lire (pari ad 3.873.427,00) dalla D.G.R. 8530/96 e confermato da pari atto n. 1037/01, successivamente ridotto ad € 1.583.593,21 con provvedimento n. 399 del 24/5/2010 e che qui si ridetermina in € 1.071.082,00, pari al volume della produzione riferita all'anno 2010, come sopra determinata;

— che, pur essendosi oramai consolidato da circa un decennio il finanziamento di cui alla citata deliberazione n. 1037/01, pari a lire 900 milioni (euro 464.811,00), occorre anche in tal caso operare, per le suddette motivazioni, un ridimensionamento dell'impegno finanziario che qui si stabilisce in € 300.000,00, di cui € 154.937,00 – pari al finanziamento previsto dall'art. 14, comma 3, della L.R. 12/97 – gravanti sul cap. 4241104 del corrente esercizio finanziario ed € 145.063,00 gravanti sul cap. 4111103 del Fondo Sanitario Regionale.

— EVIDENZIATO che il CNR è il più grande ente di ricerca italiano, qualificato come ente pubblico nazionale, giusto D.Lgs. 127/03, con il compito di «svolgere, promuovere, diffondere, trasferire e valorizzare attività di ricerca nei principali settori di sviluppo delle conoscenze e delle loro applicazioni per lo sviluppo scientifico, tecnologico economico e sociale del Paese» e che, pertanto, l'erogazione di prestazioni sanitarie da parte dell'ISN non è da ritenersi fine a se stessa ma è direttamente connessa alla prestigiosa attività di ricerca svolta nell'ambito delle attività statutarie del CNR, senza dubbio unica realtà del genere sul territorio regionale;

— che, pertanto, la spesa relativa al tetto di spesa di € 1.071.082,00 debba farsi gravare sul cap. 4111103 «risorse accentrato del Dipartimento Tutela della Salute» del corrente esercizio finanziario;

— che a seguito della stipula della convenzione tra Regione e CNR-ISN dovranno essere erogate esclusivamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale – per le quali l'Istituto in questione risulta accreditato – per le branche specialistiche di: 1) Laboratorio generale di base; 2) Genetica Medica; 3) Diagnostica per immagini: radiologia tradizionale e RMN, per come codificate e tariffate nel D.M. 22/7/1996.

RITENUTO, pertanto, di stipulare una nuova convenzione per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale fino al 31/12/2012, termine di validità del citato Piano di Rientro dai disavanzi sanitari, secondo lo schema di accordo elaborato dal Dipartimento Tutela della Salute, allegato alla presente deliberazione di cui forma parte integrante.

TENUTO CONTO dell'obbligatorietà degli adempimenti relativi all'invio dei flussi informativi di cui all'art. 50 legge 326/03, nonché di tutti gli altri flussi previsti dalla vigente normativa.

SU PROPOSTA del Presidente, formulata alla stregua dell'istruttoria compiuta dalle rispettive strutture interessate, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità dell'atto, a voti unanimi;

#### DELIBERA

Per tutto quanto in premessa illustrato, che qui si intende interamente riportato:

Di stipulare con il CNR – Istituto di Scienze Neurologiche con sedi regionali in Cosenza e Catanzaro una convenzione avente validità fino al 31/12/2012 per l'erogazione di prestazioni di laboratorio e diagnostica per immagini.

Di approvare a tal fine lo schema di convenzione allegato alla presente deliberazione, di cui forma parte integrante.

Di riconoscere all'ISN l'importo massimo di € 1.071.082,00, per le suddette prestazioni di rese nell'anno in corso e rientranti nei LEA, codificate e tariffate giusto D.M. 22/7/1996, impegnando la spesa sul cap. 4211103 del corrente esercizio finanziario, previa stipula della convenzione di cui in premessa.

Di rideterminare, riducendolo, il finanziamento di cui alla deliberazione di G.R. 1037/01 impegnando, di conseguenza, la complessiva spesa di € 300.000,00 così ripartita: € 154.937,00 gravanti sul cap. 4241104 ed € 145.063,00 gravanti sul cap. 4111103 del corrente esercizio finanziario, subordinatamente alla sottoscrizione della suddetta convenzione.

Di dare mandato al Presidente della Giunta Regionale per la sottoscrizione dell'allegata convenzione ed al Dipartimento Tutela della Salute per i successivi provvedimenti.

Di pubblicare il presente atto sul B.U.R. della Calabria.

Catanzaro, lì 20 maggio 2011

*Il Presidente*  
**F.to Scopelliti**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
20 maggio 2011, n. 194

**Progetto «SIND Support» – Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze – Presa d'atto.**

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO CHE:

— la Conferenza Stato Regioni ha approvato, il 29 aprile 2010, lo schema del decreto del Ministero della Salute recante: «Istituzione del Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze»;

— la Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento Politiche Antidroga si è impegnata a supportare successivamente l'attivazione di tali flussi con un progetto specifico «SIND Support» a favore delle Regioni, il progetto, prevede il supporto all'implementazione ed avvio del «Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze» come rete informatica nazionale unificata per il sistema delle dipendenze, affidato dal Dipartimento Politiche Antidroga, al Consorzio Universitario di Economia Industriale e Manageriale (CUEIM) in collaborazione con il Ministero della Salute;

— la partecipazione al progetto «SIND Support» permetterà alle Regioni e Province autonome di poter essere fattivamente supportate nel processo di istituzione e/o consolidamento di flussi regionali secondo standard uniformi e condivisi a livello europeo;

— la Regione Calabria, con nota prot. n. 19038 del 30 luglio 2010, ha fornito la propria manifestazione preliminare di interesse alla partecipazione al progetto nazionale, ed inviato, successivamente, con nota n. 2761 del 27 gennaio 2011 il progetto esecutivo definitivo, «SIND Support», al Dipartimento Politiche Antidroga;

— il Dipartimento Politiche Antidroga ha comunicato, con nota DPA 0001296 P-4.35.14 del 16/3/2011, l'approvazione del progetto operativo proposto dalla Regione Calabria.

PRESO ATTO della partecipazione della Regione Calabria alla realizzazione del progetto allegato, «SIND Support», che fa parte integrante e sostanziale del presente atto.

PRESO ATTO della stipula della convenzione, allegata, che fa parte integrante e sostanziale del presente atto, sottoscritta tra

il CUEIM – Consorzio Universitario di Economia Industriale e Manageriale e la Regione Calabria, volta a consentire il supporto e lo sviluppo del regolare flusso di dati dai singoli territori, al SIND nazionale e per definire le modalità di realizzazione delle attività progettuali e di erogazione del finanziamento.

PRESO ATTO dell'assegnazione del finanziamento di € 35.000,00 per sostenere le spese di realizzazione del progetto.

VISTO il D.P.R. n. 309/90 e successive modifiche.

VISTA l'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 art. 3.

VISTO il D.M. 11 giugno 2010 «Istituzione del sistema informativo nazionale per le dipendenze».

SU PROPOSTA del Presidente della Giunta Regionale formulata alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Struttura interessata, nonché dall'espressa dichiarazione di regolarità dell'atto, resa dal Dirigente proposto al competente Settore.

DELIBERA

Per quanto espresso in premessa, che qui si intende integralmente riportato e confermato:

— di prendere atto della partecipazione della Regione Calabria alla realizzazione del progetto allegato «SIND Support», che fa parte integrante e sostanziale del presente atto;

— di prendere atto della stipula della convenzione, allegata, che fa parte integrante e sostanziale del presente atto, sottoscritta tra il CUEIM – Consorzio Universitario di Economia Industriale e Manageriale e la Regione Calabria, volta a consentire il supporto e lo sviluppo del regolare flusso di dati dai singoli territori, al SIND nazionale e per definire le modalità di realizzazione delle attività progettuali e di erogazione del finanziamento;

— di prendere atto dell'assegnazione del finanziamento da parte del Dipartimento Politiche Antidroga di € 35.000,00 per sostenere le spese di realizzazione del progetto;

— di demandare al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie l'adozione degli atti consequenziali per la realizzazione delle attività relative al progetto di che trattasi;

— di dare mandato al Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie per l'esecuzione del presente atto;

— di notificare il presente provvedimento a cura del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie alle AA.SS.PP. della Regione;

— di provvedere alla pubblicazione integrale del presente provvedimento comprensivo dell'allegato, sul BURC a cura del Dipartimento proponente ai sensi della legge regionale 4/9/2001, n. 19, a richiesta del Dirigente Generale del Dipartimento proponente.

Catanzaro, lì 20 maggio 2011

*Il Dirigente Generale*  
*del Dipartimento Presidenza*  
**F.to Zoccali**

*Il Presidente*  
**F.to Scopelliti**



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
20 maggio 2011, n. 195

**Legge 296/2006 art. 1 comma 461 – Acquisizione a titolo gratuito di uno o più rami d'azienda di Sviluppo Italia Calabria S.C.p.A.**

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO CHE:

— sviluppo Italia Calabria S.C.p.A. in liquidazione è una delle società regionali dell'Agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e sviluppo d'impresa S.p.A. (di seguito Invitalia), di cui detiene la maggioranza assoluta;

— l'art. 1 comma 461 della legge n. 296 del 27 dicembre 2006 (Legge finanziaria 2007) ha disposto che Invitalia doveva predisporre un piano di riordino e dismissione delle proprie partecipazioni societarie sulla base dei contenuti e dei termini fissati con successiva direttiva del Ministro dello Sviluppo Economico procedendo, per le società regionali, d'intesa con le Regioni interessate;

— la direttiva del 27 marzo 2007, emanata d'intesa con le regioni interessate, ha fissato gli indirizzi del citato piano disponendo la cessione a titolo gratuito alle Amministrazioni regionali delle partecipazioni di controllo detenute da Invitalia;

— il piano di riordino e dismissione, predisposto dal Consiglio di Amministrazione della suddetta Invitalia, in data 31 luglio 2007, è stato approvato con decreto del Ministro dello Sviluppo Economico;

— nelle more della costituzione del tavolo tecnico, in data 31 ottobre 2007, Sviluppo Italia Calabria S.C.p.A. veniva posta in liquidazione volontaria, ma ad essa Invitalia garantiva, comunque, la continuazione della gestione dell'appalto di servizi in precedenza affidate per l'attuazione delle misure agevolative a sostegno della creazione e dello sviluppo di PMI (D.Lgs. n. 185/2000);

— con la legge n. 31 del 28 febbraio 2008, il termine per l'attuazione del piano di riordino delle società regionali è stato differito al 30 giugno 2008 e successivamente, con diverse leggi, prorogato più volte fino al 31 dicembre 2010 (Legge n. 129 del 13/8/2010), prevedendo, altresì, che le stesse continuassero a svolgere le attività previste nei contratti di servizio con Invitalia, già in essere al momento del loro trasferimento alle Regioni, e relativi ai Titoli I e II del D.Lgs. n. 185/2000, fino al subentro delle Regioni stesse nell'esercizio delle funzioni svolte dalla stessa Invitalia in relazione agli interventi di cui ai citati Titoli;

— i termini per il graduale subentro delle Regioni nelle funzioni svolte da Invitalia, in relazione ai più volte citati Titoli I e II del D.Lgs. n. 185/2000, prevedeva l'emanazione di un decreto di natura regolamentare;

— in data 31 ottobre 2008, la Regione Calabria, il MISE, Invitalia e Sviluppo Italia Calabria S.C.p.A. hanno firmato un protocollo d'intesa, in base al quale, a seguito di una serie di atti ricognitivi, l'amministrazione regionale avrebbe individuato un soggetto cui trasferire il ramo di azienda relativo alla gestione di interventi per la creazione e lo sviluppo di impresa.

RITENUTO che:

— l'acquisizione in argomento è necessaria ed urgente dal momento che Sviluppo Italia Calabria S.C.p.A. è in fase di liqui-

dazione volontaria e che l'Assemblea dei suoi azionisti ha deliberato che entro e non oltre il 31 maggio 2011 si dovrà procedere all'interruzione dei rapporti di lavoro;

— con questa operazione, la Regione intende assicurare la continuità dei servizi strategici svolti da Sviluppo Italia Calabria S.C.p.A. e conseguentemente tutelarne il patrimonio professionale.

SU PROPOSTA del Presidente della Giunta regionale Giuseppe Scopelliti, d'intesa con l'Assessore alle Attività Produttive Antonio Stefano Caridi, formulata a seguito dell'istruttoria compiuta dalle strutture interessate, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità espressa dai Dirigenti preposti.

DELIBERA

Per quanto espresso in premessa, che qui si intende integralmente ripetuto e confermato, considerata la necessità e l'urgenza, di:

— prendere atto della nota prot. n. 2191 del 13/5/2011, trasmessa al Dipartimento Presidenza, con la quale Fincalabra S.p.A. ha manifestato interesse all'acquisizione di uno o più rami di azienda di Sviluppo Italia Calabria S.C.p.A., nota allegata alla presente deliberazione per farne parte integrante sostanziale;

— autorizzare la società Fincalabra S.p.A., quale organismo «in house» della Regione Calabria, ad acquisire a titolo gratuito e in conformità ai criteri stabiliti dalla D.G.R. n. 116/2011, da Sviluppo Italia Calabria S.C.p.A. in liquidazione il ramo o i rami d'azienda ed a predisporre tutti gli atti conseguenti per procedere a tale acquisizione, nonché ad ogni altra eventuale attività che si renda necessaria per il raggiungimento delle finalità di cui in argomento, anche mediante la convocazione dell'Assemblea straordinaria;

— stabilire che Fincalabra S.p.A. è tenuta a trasmettere alla Regione Calabria sistematicamente e periodicamente specifiche informative sulle attività svolte nonché di ogni altro atto che consenta alla Regione stessa l'esercizio del c.d. controllo analogo sulla base delle vigenti disposizioni normative e giurisprudenziali in tema di società in house;

— stabilire che Fincalabra S.p.A. dovrà elaborare, nel più breve tempo possibile, un piano di sviluppo aziendale, che tenga conto dell'operazione di acquisizione di cui sopra;

— demandare ai Dipartimenti Presidenza e Attività Produttive, ognuno per la parte di propria competenza, l'emanazione di tutti i conseguenti atti, derivanti dall'approvazione della presente deliberazione;

— notificare il presente atto all'Agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e sviluppo d'impresa S.p.A. (INVI-TALIA), a Sviluppo Italia Calabria S.C.p.A. in liquidazione e alla società Fincalabra S.p.A.;

— pubblicare la presente delibera sul BURC.

Catanzaro, li 20 maggio 2011

*Il Dirigente Generale  
del Dipartimento Presidenza  
F.to Zoccali*

*Il Presidente  
F.to Scopelliti*

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
20 maggio 2011, n. 197

**Espressione dell'intesa di competenza regionale nel procedimento di autorizzazione alla costruzione ed esercizio di elettrodotti facenti parte della rete di trasporto nazionale (RTN) ai sensi della DGR 376/2008 per l'opera «Costruzione ed esercizio di un elettrodotto a 380 kV tra la costruenda Stazione Elettrica di Maida e la Stazione Elettrica di Feroletto e di una variante all'elettrodotto a 380kV Feroletto-Rizziconi, in provincia di Catanzaro – Pos EL-156».**

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO l'articolo 1 comma 26 della Legge 23 agosto 2004 n. 239 «Riordino del settore energetico, nonché delega al Governo per il riassetto delle disposizioni vigenti in materia di energia» che, a modifica dell'art. 1-sexies del D.L. 29 agosto 2003 n. 239 convertito con modificazioni dalla legge 27 ottobre 2003 n. 290, ha disposto quanto segue «..... la costruzione e l'esercizio degli elettrodotti facenti parte della rete nazionale di trasporto dell'energia elettrica sono attività di preminente interesse statale e sono soggetti ad un'autorizzazione unica, rilasciata dal Ministero delle attività produttive di concerto con il Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e previa intesa con la regione o le regioni interessate, la quale sostituisce autorizzazioni, concessioni, nulla osta e atti di assenso comunque denominati previsti dalle norme vigenti .....».

VISTA la DGR n. 376 del 28/5/2008 con la quale la Giunta regionale ha individuato ed approvato l'iter procedimentale per l'espressione dell'intesa di competenza regionale.

VISTO il comma 4-bis dello stesso art. 1-sexies del D.L. 29 agosto 2003 n. 239 come modificato dall'art. 27, comma 24, lettera c) della legge 23 luglio 2009 n. 99, che stabilisce, in caso di mancata definizione dell'intesa con la regione o le regioni interessate, il ricorso ad un apposito comitato interistituzionale Governo – Amministrazione regionale che provveda al rilascio della intesa stessa entro i successivi novanta giorni.

VISTO il D.M. del 23/12/2009 con il quale il Ministero dello Sviluppo Economico ha stabilito le modalità di composizione del comitato interistituzionale.

VISTA la DGR n. 322 del 6/4/2010 con la quale la Giunta regionale ha individuato i componenti del succitato comitato interistituzionale.

CONSIDERATO CHE

— la società Terna S.p.A. ha inoltrato alle competenti strutture regionali il progetto dell'opera «Costruzione ed esercizio di un elettrodotto a 380 kV tra la costruenda Stazione Elettrica di Maida e la Stazione Elettrica di Feroletto e di una variante all'elettrodotto a 380kV Feroletto-Rizziconi, in provincia di Catanzaro – Pos EL-156»;

— l'opera è inserita nel Piano di Sviluppo della Rete di Trasmissione Nazionale (RTN) elaborato da Terna S.p.A. ed approvato dal Ministero dello Sviluppo Economico;

— il Ministero dello Sviluppo Economico ha inserito l'opera tra quelle di interesse nazionale, con conseguente assoggettamento della stessa all'iter autorizzativo di cui all'art. 1 comma 26 della Legge 23 agosto 2004 n. 239;

— il Ministero dello Sviluppo Economico ha convocato e tenuto la prima riunione della Conferenza di Servizi a Roma in data 13/7/2010;

— le opere risultano assoggettate a procedimento di Valutazione di Impatto Ambientale regionale ai sensi del vigente Regolamento regionale n. 5 del 14/5/2009;

— l'intervento si rende necessario per:

a) migliorare il livello di magliatura della rete di trasmissione ad alta tensione;

b) migliorare la regolazione dei transiti sulle due dorsali (ionica e tirrenica) a 380kV della Calabria;

c) incrementare la flessibilità di esercizio della rete elettrica in Calabria;

d) fornire un adeguato supporto alla nuova stazione di trasformazione a 380/150 kV in fase di costruzione nel comune di Maida per la raccolta e lo smistamento della generazione degli impianti da fonte eolica;

e) ridurre le congestioni di rete correlate alla sezione critica Centro Calabria;

f) migliorare la competitività del mercato elettrico;

g) incrementare l'affidabilità del sistema elettrico e nel contempo ridurre le perdite di rete;

— l'intervento risulta compatibile con le linee previsionali e gli indirizzi del Piano energetico ambientale regionale approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 315 del 14/2/2005.

VISTI i verbali delle sedute della conferenza di servizi interna all'Amministrazione regionale tenutesi nei giorni 24/8/2010 e 29/9/2010 ed in particolare le prescrizioni contenute nel verbale del 29/9/2010 di seguito elencate:

1. gli interventi in progetto e tutte le opere di sostegno e di difesa necessarie, dovranno assicurare condizioni ottimali di stabilità nelle zone d'intervento al fine di evitare qualsiasi disturbo all'assetto idrogeomorfologico delle aree interessate dai lavori;

2. i movimenti di terra da eseguire con l'ausilio del mezzo meccanico e/o con lavori manuali, dovranno essere diretti alla realizzazione dei livellamenti del terreno strettamente necessari alla realizzazione dei sostegni previsti;

3. possibili accumuli temporanei di materiale di risulta dovranno essere stoccati in aree prive di vegetazione, rispettando distanze di assoluta sicurezza da incisioni fluviali, orli di terrazzi, eventuali cigli di distacco e dai confini di aree instabili, in dissesto o in erosione;

4. gli interventi di natura idraulica dovranno garantire l'allontanamento delle acque di ruscellamento, di infiltrazione e di scorrimento da tutta l'area di progetto, fino agli impluvi naturali e/o alla rete comunale. Dovranno quindi essere realizzate tutte le opportune opere accessorie atte ad eliminare qualsiasi interazione negativa del sistema opera-terreno;

5. ove si rendessero necessarie varianti in corso d'opera il proponente dovrà darne comunicazione scritta all'Area Territoriale Centrale – Gestione vincolo idrogeologico, prima della loro realizzazione;

6. il taglio eventuale di piante in area boscata, dovrà essere limitato al minimo indispensabile e dovrà interessare soltanto



quegli alberi che sono di effettivo ostacolo alla esecuzione dei lavori. Detto taglio dovrà essere espressamente autorizzato da questo Ufficio previa presentazione di apposita istanza;

7. nella fase esecutiva dovranno essere poste in essere tutte le raccomandazioni e prescrizioni fornite e/o desumibili dallo studio geologico redatto dal dott. geol. Marco Sandrucci iscritto all'albo dei dottori geologi della Regione Lazio al n. 666, e deve essere tenuto conto in ogni caso, delle disposizioni dal D.M. LL.PP. 11/3/1988 e dal D.M 14/1/2008 al fine di garantire per stabili livelli di sicurezza la pubblica incolumità;

8. nell'esecuzione degli interventi deve essere inoltre adottata ogni cautela atta ad evitare danni a persone od a cose, dei quali il proponente resterà comunque responsabile tenendo altresì sollevata la Regione Calabria da ogni controversia o rivendicazione da parte di terzi;

9. la società Terna dovrà rivolgere specifica istanza di concessione alle competenti strutture del Dipartimento Bilancio e Patrimonio dell'amministrazione regionale, per come disposto dall'art. 14 della L.R. n. 15/1992, in quanto l'elettrodotto proposto attraversa l'acquedotto regionale «Vattindieri» in contrada «Quota Barile» del comune di Maida (CZ).

VISTO il protocollo d'intesa sottoscritto tra la Regione Calabria – Dipartimento Politiche dell'Ambiente, la società Terna S.p.A. e le amministrazioni comunali territorialmente competenti in data 12/6/2008 con il quale i soggetti firmatari hanno condiviso, relativamente all'elettrodotto in questione, il corridoio preferenziale e le fasce di fattibilità.

VISTA la DGR n. 349 del 10/5/2010 con la quale la Giunta regionale ha rilasciato «parere favorevole all'intesa Stato-Regione sulla localizzazione dell'opera ai fini urbanistici ed edilizi».

VISTO il decreto n. 13449 del 20/9/2010 di compatibilità ambientale favorevole con prescrizioni.

VISTO il decreto n. 18820 del 28/12/2010 con il quale il Dirigente Generale del Dipartimento Politiche dell'Ambiente ha modificato il precedente decreto n. 13449 del 20/9/2010, eliminando la prescrizione riportata al punto 1 della pagina 5 del medesimo decreto n. 13449.

VISTA la nota prot. n. 1049/DIP del 27/1/2011 con la quale il Dirigente del Settore Politiche Energetiche del Dipartimento Attività Produttive ha comunicato agli Enti locali territorialmente interessati che provvederà «al rilascio dell'intesa regionale sulla scorta delle risultanze della Conferenza di Servizi del 29/9/2010, tenuto conto di quanto intervenuto per effetto del decreto di rettifica del Dipartimento Ambiente n. 18820 del 28/12/2010 e senza aggravio del procedimento con ulteriore convocazione di Conferenza di Servizi».

VISTA la nota prot. n. 2089/DIP del 23/3/2011 con la quale il Dirigente del Settore Politiche Energetiche del Dipartimento Attività Produttive ha comunicato agli Enti locali territorialmente interessati (già convocati ai lavori della Conferenza di Servizi presso il competente Ministero dello Sviluppo Economico il 13/7/2010) l'imminente rilascio dell'intesa regionale.

SU PROPOSTA del Presidente, on.le Giuseppe Scopelliti, formulata a seguito dell'istruttoria compiuta dalle strutture interessate, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità espressa dai Dirigenti preposti.

A voti unanimi

## DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa, che si intendono di seguito accolte e trascritte, di:Esprimere, alla luce delle risultanze del procedimento di cui alla DGR 376/2008, l'intesa regionale sull'opera «Costruzione ed esercizio di un elettrodotto a 380 kV tra la costruenda Stazione Elettrica di Maida e la Stazione Elettrica di Feroletto e di una variante all'elettrodotto a 380kV Feroletto-Rizziconi, in provincia di Catanzaro – Pos EL-156» con le seguenti prescrizioni a carico della società Terna S.p.A.:

— ottemperare alla prescrizioni contenute nel decreto di compatibilità ambientale favorevole n. 13449 del 20/9/2010, per come modificato con decreto n. 18820 del 28/12/2010;

— ottemperare alle prescrizioni contenute nel verbale della Conferenza di Servizi interna all'Amministrazione regionale del 29/9/2010, di seguito riportate:

a) gli interventi in progetto e tutte le opere di sostegno e di difesa necessarie, dovranno assicurare condizioni ottimali di stabilità nelle zone d'intervento al fine di evitare qualsiasi disturbo all'assetto idrogeomorfologico delle aree interessate dai lavori;

b) i movimenti di terra da eseguire con l'ausilio del mezzo meccanico e/o con lavori manuali, dovranno essere diretti alla realizzazione dei livellamenti del terreno strettamente necessari alla realizzazione dei sostegni previsti;

c) possibili accumuli temporanei di materiale di risulta dovranno essere stoccati in aree prive di vegetazione, rispettando distanze di assoluta sicurezza da incisioni fluviali, orli di terrazzi, eventuali cigli di distacco e dai confini di aree instabili, in dissesto o in erosione;

d) gli interventi di natura idraulica dovranno garantire l'allontanamento delle acque di ruscellamento, di infiltrazione e di scorrimento da tutta l'area di progetto, fino agli impluvi naturali e/o alla rete comunale. Dovranno quindi essere realizzate tutte le opportune opere accessorie atte ad eliminare qualsiasi interazione negativa del sistema opera-terreno;

e) ove si rendessero necessarie varianti in corso d'opera il proponente dovrà darne comunicazione scritta all'Area Territoriale Centrale – Gestione vincolo idrogeologico, prima della loro realizzazione;

f) il taglio eventuale di piante in area boscata, dovrà essere limitato al minimo indispensabile e dovrà interessare soltanto quegli alberi che sono di effettivo ostacolo alla esecuzione dei lavori. Detto taglio dovrà essere espressamente autorizzato da questo Ufficio previa presentazione di apposita istanza;

g) nella fase esecutiva dovranno essere poste in essere tutte le raccomandazioni e prescrizioni fornite e/o desumibili dallo studio geologico redatto dal dott. geol. Marco Sandrucci iscritto all'albo dei dottori geologi della Regione Lazio al n. 666, e deve essere tenuto conto, in ogni caso, delle disposizioni dal D.M. LL.PP. 11/3/1988 e dal D.M 14/1/2008 al fine di garantire per stabili livelli di sicurezza la pubblica incolumità;

h) nell'esecuzione degli interventi deve essere inoltre adottata ogni cautela atta ad evitare danni a persone od a cose, dei quali il proponente resterà comunque responsabile tenendo altresì sollevata la Regione Calabria da ogni controversia o rivendicazione da parte di terzi;

i) la società Terna dovrà rivolgere specifica istanza di concessione alle competenti strutture del Dipartimento Bilancio e Patrimonio dell'amministrazione regionale, per come disposto dall'art. 14 della L.R. n. 15/1992, in quanto l'elettrodotto proposto attraversa l'acquedotto regionale «Vattindieri» in contrada «Queta Barile» del comune di Maida (CZ).

Trasmettere copia del presente atto al Ministero per lo Sviluppo Economico per gli atti consequenziali;

Disporre la pubblicazione del presente atto sul BURC.

Catanzaro, li 20 maggio 2011

*Il Dirigente Generale  
del Dipartimento Presidenza*  
**F.to Zoccali**

*Il Presidente*  
**F.to Scopelliti**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
20 maggio 2011, n. 199

**Programmazione Regionale Unitaria 2007/2013 – Disposizioni riguardanti il Nucleo Regionale di Valutazione e Verifica Investimenti Pubblici (NRVVIP).**

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO CHE la Giunta Regionale:

— con Delibera n. 249/2000 ha istituito, ai sensi della Legge 144/1999 e s.m.i., il Nucleo Regionale di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici;

— con Delibera n. 645/2007 ha modificato la precedente Delibera n. 278/2007 concernente la «Riorganizzazione del Nucleo Regionale di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici»;

— con Delibera n. 203/2008 ha completato l'organico del Nucleo Regionale di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici;

— con Delibera n. 483/2008 ha trasformato il Nucleo Regionale di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici in Unità Organizzativa Autonoma ai sensi dell'art. 7, comma 4 della L.R. n. 31 del 7 agosto 2002;

— con Delibera n. 520/2009 ha rimodulato la struttura organizzativa del Dipartimento 3 «Programmazione Nazionale e Comunitaria» con Delibera n. 565 del 24 agosto 2009 ha proceduto all'approvazione del Regolamento Operativo del Nucleo Regionale di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici;

— con Delibera n. 111 del 12 febbraio 2010 ha provveduto, fra l'altro a prorogare per due anni, a decorrere dal 17 marzo 2010, gli attuali componenti interni del NRVVIP e prorogare per un anno i contratti di collaborazione dei due componenti esterni del NRVVIP selezionati con procedura di evidenza pubblica di cui alle deliberazioni della G.R. n. 360/01 e n. 361/01;

— con Delibera n. 686 del 19 ottobre 2010 ha proceduto ad integrare l'organico del NRVVIP;

— con Delibera n. 95 del 18 marzo 2011 ha conferito all'avv. Pietro Manna l'incarico di Dirigente Generale ad interim del Dipartimento n. 3 «Programmazione Nazionale e Comunitaria».

VISTI

— la legge n. 144 del 17 maggio 1999 che, all'art. 1, prevede la costituzione, presso le Regioni e le Province autonome, di Nuclei di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici che, in raccordo fra loro e con il Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici del Ministero dell'Economia e Finanze, garantiscano il supporto tecnico nelle fasi di programmazione, valutazione, attuazione e verifica di politiche, piani e programmi di intervento promossi e attuati da ogni singola Amministrazione regionale o Provincia autonoma;

— la Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 10 settembre 1999 stabilisce che i Nuclei Regionali di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici:

– siano collocati nell'ambito delle strutture preposte alla programmazione regionale;

– assicurino livelli di professionalità rispondenti alle finalità previste dall'art. 1 della Legge n. 144/1999 e comunque in grado di garantire competenze nel campo dell'analisi di fattibilità e di valutazione ex-ante, in itinere, ex-post di progetti e programmi di investimento, dell'analisi economica ed ambientale applicata a livello territoriale e settoriale;

— il Documento di protocollo, previsto dai commi 3 e 4 della citata direttiva del PCM 10 settembre 1999, approvato in data 10/2/2000 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.

CONSIDERATO CHE

— nell'ambito della Programmazione Regionale Unitaria Nazionale 2007/2013, il NRVVIP esercita le attribuzioni previste:

– dal Quadro Strategico Nazionale 2007/2013;

– dalla Delibera CIPE n. 166 del 21 dicembre 2007 e s.m.i.;

– dal POR Calabria FESR 2007/2013;

– dal POR Calabria FSE 2007/2013;

– dal PSR della Regione Calabria 2007/2013; dal PAR Calabria FAS 2007/2013;

– dal Piano delle Valutazioni della Programmazione Regionale Unitaria 2007/2013;

– dal Documento recante la descrizione dei Sistemi di Gestione e Controllo del POR Calabria FESR 2007/2013, ai sensi dell'art.71, paragrafo 1 del Regolamento (CE) n. 1083/2006;

– dal Documento recante la descrizione dei Sistemi di Gestione e Controllo del POR Calabria FSE 2007/2013, ai sensi dell'art. 71, paragrafo 1 del Regolamento (CE) n. 1083/2006;

– dal Piano di Azione degli Obiettivi di Servizio della Regione Calabria previsto dalla Delibera CIPE n. 82 del 3 agosto 2007;

— nell'ambito del Piano delle Valutazioni della Programmazione Regionale Unitaria 2007/2013, il NRVVIP svolge le seguenti attività:

– supporta il Responsabile del Piano delle Valutazioni nella redazione, aggiornamento ed attuazione del Piano;



- affianca il Responsabile del Piano delle Valutazioni nelle attività di analisi e individuazione delle domande di valutazione dei soggetti beneficiari della politica regionale unitaria;
- propone temi e domande di valutazione al Gruppo di Pilotaggio del Piano delle Valutazioni;
- elabora analisi e valutazioni previste dal Piano delle Valutazioni, sulla base delle competenze e delle risorse professionali disponibili;
- garantisce un adeguato raccordo metodologico con i Valutatori esterni;
- garantisce il necessario coordinamento metodologico e operativo con il Sistema Nazionale di Valutazione per le attività previste dal Piano delle Valutazioni;
- verifica in itinere ed ex-post la qualità delle valutazioni realizzate dai Valutatori esterni;
- supporta il Gruppo di Pilotaggio.

#### PRESO ATTO CHE:

- il NRVVIP, a seguito della Delibera n. 686/2010, si avvale:
  - di una Segreteria Tecnica-Amministrativa composta da n. 3 funzionari;
  - di n. 8 componenti interni: n. 7 selezionati con procedura di evidenza pubblica di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 278/2007 e decreto del Dirigente Generale n. 355 del 17 gennaio 2008 e 1 selezionato con procedura di evidenza pubblica di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 360 del 27 aprile 2001;
  - di n. 2 componenti esterni selezionati con procedura di evidenza pubblica di cui alle deliberazioni della Giunta regionale n. 360 e 361 del 27 aprile 2001;
  - con Delibera n. 111 del 12 febbraio 2010, per dare continuità al funzionamento del NRVVIP, è stata:
    - confermata la composizione della Segreteria Tecnico-Amministrativa, costituita da tre funzionari;
    - sono stati prorogati per ulteriori due anni i componenti interni;
    - sono stati prorogati per un anno i contratti di collaborazione dei due componenti esterni selezionati con procedura di evidenza pubblica con scadenza, a seguito della stipula dei relativi contratti al 23 marzo 2011;
  - l'articolo 36 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, come modificato dall'articolo 3, comma 77, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, prevede espressamente la possibilità per l'Amministrazione regionale di avvalersi di contratti diversi da quelli di lavoro subordinato a tempo indeterminato per gli organismi operanti per le finalità di cui all'articolo 1 della legge n. 144/99. Essa aggiunge all'articolo 36, il comma 6-quater «Le disposizioni di cui ai commi 6, 6-bis e 6-ter non si applicano ai componenti degli organismi di controllo interno e dei nuclei di valutazione, nonché degli organismi operanti per le finalità di cui all'articolo 1, comma 5, della legge 17 maggio 1999, n. 144.

#### TENUTO CONTO

- che al fine di garantire qualità, efficacia, efficienza al processo di programmazione e valutazione delle politiche di svi-

luppo regionali e degli investimenti pubblici è opportuno salvaguardare e consolidare l'azione e l'esperienza svolta dal Nucleo Regionale di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici (NRVVIP) nella sua interezza;

- che il NRVVIP concorre allo sviluppo dell'Amministrazione Regionale attraverso la costante attività di supporto tecnico alla programmazione ed alla valutazione di programmi e di progetti contribuendo al miglioramento dell'efficacia dell'azione amministrativa regionale ed alla diffusione della cultura della valutazione nella pubblica amministrazione;

- che per gli oneri derivanti si farà fronte con le risorse CIPE assegnate alla Regione per il funzionamento del Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici, di cui alla legge 144/99 ed imputate sul capitolo di bilancio 1004108, impegnando la relativa spesa;

- che il CIPE nella seduta del 18 novembre 2010 con Delibera 102/2010, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 47 del 26 febbraio 2011, ha confermato la ripartizione delle risorse e delle quote per gli anni 2009 e 2010 da destinare al cofinanziamento dei Nuclei di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici istituiti presso le Amministrazioni centrali, regionali e le Province Autonome;

- che, in particolare, le attività di valutazione contemplate nel Piano Unitario delle Valutazioni approvate in data 6 ottobre 2010 dal Comitato di Pilotaggio del Piano delle Valutazioni, dovranno essere realizzate dal NRVVIP attraverso le seguenti attività:

- attività di valutazione ex-post della Programmazione Regionale 2000-2006 – attività di valutazione ex-ante della Programmazione Regionale 2007-2013;

- attività di valutazione in-itinere della Programmazione Regionale 2007-2013;

- che per dette attività, proprio per la complessità e la rilevanza del lavoro da svolgere, è prevista dal Documento di Attuazione dell'Asse IX – Linea di Intervento 9.1.1.6 del POR Calabria FESR 2007/2013, la costituzione di Gruppi di Valutazione composti, tra l'altro, da coordinatori individuati tra i componenti del NRVVIP e da ricercatori senior e junior, selezionati secondo le modalità previste dal Regolamento Regionale n. 8 del 2009, così come modificato ed integrato dal Regolamento n. 9 del 2010 e dal Regolamento Regionale n. 9 del 2009, così come modificato ed integrato dal Regolamento n. 10 del 2010;

- che è stato avviato l'iter per la selezione, secondo quanto previsto dai Regolamenti su indicati, dei ricercatori senior e junior, che dovranno essere coordinati da componenti del NRVVIP e che, unitamente all'attuale organico del NRVVIP, garantiranno tutti gli adempimenti previsti dal Piano delle Valutazioni e dal Documento di Attuazione dell'Asse IX – Linea di Intervento 9.1.1.6 del POR Calabria FESR 2007/2013, operazioni 9.1.1.6.2, 9.1.1.6.3 e 9.1.1.6.4;

- che i componenti interni del NRVVIP con Delibera n. 111 del 12 febbraio 2010 sono stati prorogati per due anni a decorrere dal 17 marzo 2010.

- che i componenti esterni del NRVVIP in possesso di contratto di collaborazione con Delibera n. 111 del 12 febbraio 2010 sono stati prorogati per un anno e quindi con contratto in scadenza 22 marzo 2011;

- che la professionalità e l'esperienza decennale dei componenti esterni, oltre alla qualità dell'attività svolta nel campo della valutazione di programmi e progetti, elaborazione e definizione

dei documenti di programmazione soprattutto connessi all'utilizzo dei fondi europei ed a supporto alle attività di attuazione della programmazione con specifico riferimento all'analisi valutativa dei fenomeni economici, sociali, territoriali, alla valutazione della sostenibilità gestionale economico-finanziaria, nella definizione dei criteri di selezione del POR Calabria 2007-2013, nella valutazione di studi di fattibilità e di Accordi di Programma Quadro, garantisce la disponibilità di competenze essenziali nelle aree delle scienze economiche, sociali, territoriali e delle tecniche e metodologie di valutazione che non trovano riscontro nelle professionalità dei componenti interni del nucleo;

— che è necessario assicurare la regolare attività del Nucleo, con anche particolare riferimento alle attività in corso quali il Rapporto Annuale di Esecuzione 2010 del POR Calabria FESR 2007-2013, integrazioni al RFE 2000-2006, Piano delle Valutazioni della Politica Unitaria Regionale 2007-2013, la cui mancata esecuzione comprometterebbe il regolare svolgimento dell'attività di attuazione del Programma.

RITENUTO NECESSARIO, per dare continuità al funzionamento del Nucleo, prorogare di ulteriori dodici mesi, i contratti di collaborazione degli attuali due componenti esterni del Nucleo, selezionati con procedura di evidenza pubblica, di cui alle deliberazioni della Giunta Regionale n. 360 e 361 del 27 aprile 2001.

#### STABILITO CHE:

— il compenso annuo per ciascun collaboratore deve intendersi pari a euro cinquantaseimila onnicomprensivo, determinato in conformità alla normativa fiscale e contributiva vigente ed anche in analogia a quanto già disposto per la retribuzione delle figure professionali «esperti individuali senior», tenuto conto dell'importo corrisposto nei contratti precedenti;

— per gli oneri derivanti dai rinnovi dei due suddetti contratti di collaborazione dei componenti esterni si farà fronte con le risorse CIPE assegnate alla Regione per il funzionamento del Nucleo di cui alla Legge 144/99 ed imputate sul capitolo di bilancio 1004108, impegnando la relativa spesa.

Su proposta dell'Assessore Regionale alla Programmazione Nazionale e Comunitaria, On.le Giacomo Mancini, formulata sulla base dell'istruttoria compiuta della relativa struttura il cui dirigente si è espresso sulla regolarità amministrativa dell'atto.

#### DELIBERA

Per i motivi di cui alla premessa che qui si intendono tutti integralmente riportati

— di dare continuità al funzionamento del Nucleo Regionale di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici (NRVVIP) attraverso la proroga di ulteriori dodici mesi, rinnovabile, dei contratti di collaborazione dei due componenti esterni del NRVVIP selezionati con procedura di evidenza pubblica di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 360 e n. 361 del 27 aprile 2001;

— di stabilire, nelle more della stipula del contratto, tenuto conto del lavoro svolto al fine di assicurare la continuità delle attività, di considerare ai fini della retribuzione ai suddetti due componenti le prestazioni svolte, secondo le stesse modalità, sino alla data di sottoscrizione del contratto;

— di stabilire che il compenso da corrispondere ai due componenti esterni del Nucleo Regionale di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici sia determinato, per come specificato in premessa, in analogia a quanto già disposto per la retribuzione delle figure professionali «esperti individuali senior», tenuto conto dell'importo corrisposto nei contratti precedenti;

— di stabilire che il compenso da corrispondere ai due componenti esterni del Nucleo Regionale di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici è determinato sulla base di quanto specificato narrativa;

— di fare fronte agli oneri derivanti dalle proroghe degli incarichi di cui al comma precedente con le risorse CIPE assegnate alla Regione per il funzionamento del Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici, di cui alla legge 144/99 ed imputate sul capitolo di bilancio 1004108;

— di demandare al Dirigente Generale del Dipartimento n. 2 «Presidenza» la sottoscrizione dei contratti con i due componenti esterni del Nucleo Regionale di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici;

— di demandare, altresì, al Dirigente Generale del Dipartimento n. 3 «Programmazione Nazionale e Comunitaria» l'adozione di tutti i provvedimenti necessari all'attuazione della presente deliberazione;

— di inviare la presente deliberazione alla Sezione di Controllo della Corte dei Conti per la Regione Calabria;

— di provvedere alla pubblicazione integrale del provvedimento sul BURC a cura del Dipartimento proponente ai sensi della legge regionale 4/9/2001, n. 19, a richiesta del Dirigente Generale del Dipartimento Proponente.

Catanzaro, li 20 maggio 2011

*Il Dirigente Generale  
del Dipartimento Presidenza*  
**F.to Zoccali**

*Il Presidente*  
**F.to Scopelliti**

#### DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 20 maggio 2011, n. 219

**L.R. n. 15/02 art. 9 – Comitato Regionale per la tutela e la valorizzazione dell'artigianato artistico e tradizionale – Adeguamento all'art. 5 della L.R. n. 22/2010.**

#### LA GIUNTA REGIONALE

CONSIDERATO che:

— la legge regionale n. 15 del 15 marzo 2002 «Norme sulla tutela, il recupero e la promozione dell'artigianato artistico e tipico della Calabria» all'art. 9 istituisce il Comitato Regionale per la tutela e la valorizzazione dell'artigianato artistico e tradizionale;

— il comma 6 della succitata norma stabilisce che ai componenti del Comitato è attribuito un gettone di presenza pari a € 154,94 per seduta, oltre al rimborso spese di viaggio per i residenti fuori sede;

— con Delibera di Giunta regionale n. 663 dell'8 ottobre 2007, nel rispetto dell'art. 9 del «collegato alla manovra finanziaria per l'anno 2007», è stata rimodulata la Composizione del Comitato di cui alla L.R. n. 15/2002 ha stabilito una riduzione



pari al 10% del gettone di presenza attribuito ai componenti del Comitato, nonché la limitazione delle sedute nel numero massimo di sei al mese;

— la Legge regionale 11 agosto 2010 n. 22 «Misure di razionalizzazione e riordino della spesa pubblica regionale» all'art. 5 (Riduzione delle spese per comitati e commissioni istituiti presso l'Amministrazione Regionale) comma 1 prevede che la Giunta regionale deve procedere a decorrere dall'esercizio finanziario 2011 ad un risparmio netto del 30 per cento rispetto all'anno 2009, della spesa sostenuta per Comitati, Commissioni ed altri organi collegiali istituiti presso l'Amministrazione Regionale.

DATO ATTO che nel rispetto della Legge regionale n. 22/2010, si deve procedere ad una ulteriore riduzione pari al 30% del compenso stabilito quale gettone di presenza attribuito ai componenti il Comitato di cui alla L.R. n. 15/2002, nonché ad una limitazione pari ad un massimo di due sedute mensili dello stesso.

RITENUTO opportuno, pertanto garantire il rispetto di quanto contenuto nella norma di cui al punto precedente.

VISTO il D.P.G.R. n. 354 del 24 giugno 1999 recante «Separazione dell'attività amministrativa di indirizzo e di controllo da quella di gestione».

#### VISTE

— la Legge regionale 4 febbraio 2002, n. 8 recante «Ordinamento del bilancio e della contabilità della Regione Calabria»;

— la Legge regionale 4 settembre 2001, n. 19 recante «Norme sul procedimento amministrativo, la pubblicità degli atti ed il diritto di accesso: Disciplina della pubblicazione del Bollettino Ufficiale della Regione Calabria»;

— la D.G.R. n. 770 dell'11 novembre 2006 avente ad oggetto «Ordinamento generale delle strutture organizzative della Giunta regionale (Art. 7, L.R. n. 31/2002) e s.m.i.»;

— la Delibera di Giunta Regionale n. 334 del 21 aprile con la quale la dr.ssa Maria Grazia Nicolò è stata nominata Dirigente Generale del Dipartimento n. 5 «Attività Produttive»;

— il D.P.G.R. n. 99 del 3 maggio 2010 con il quale è stato conferito alla dr.ssa Maria Grazia Nicolò l'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento n. 5 «Attività Produttive»;

— la Delibera di Giunta Regionale n. 440 del 7/6/2010 con la quale il dott. Marco Aloise è stato nominato dirigente a tempo determinato del Dipartimento 5 «Attività Produttive»;

— il D.P.G.R. n. 2218 del 20 luglio 2010 con cui è stato conferito al dott. Marco Aloise l'incarico di Dirigente del Settore «Industria, Commercio e Artigianato» del Dipartimento 5 «Attività Produttive».

SU PROPOSTA dell'Assessore alle Attività Produttive, Antonio Stefano Caridi, formulata sulla base dell'istruttoria compiuta dalla struttura interessata, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità dell'atto resa dal Dirigente Generale competente, a voti unanimi.

#### DELIBERA

Per quanto esposto in premessa, che qui si intende integralmente riportato:

1. di stabilire con decorrenza 1 gennaio 2011, la riduzione pari al 30% del compenso stabilito quale gettone di presenza attribuito ai componenti il Comitato di cui alla L.R. n. 15/2002, art. 9;

2. di determinare il numero massimo in due sedute mensili del citato Comitato;

3. di demandare al Dipartimento 5 «Attività Produttive» la notifica ai Soggetti interessati del presente provvedimento, nonché l'adozione degli atti necessari e consequenziali;

4. di autorizzare la pubblicazione della presente Deliberazione nel BURC.

Catanzaro, li 20 maggio 2011

*Il Dirigente Generale  
del Dipartimento Presidenza*  
**F.to Zoccali**

*Il Presidente*  
**F.to Scopelliti**

#### DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 20 maggio 2011, n. 220

**Intesa tra la Regione Calabria e il Dipartimento di Informatica, Matematica, Elettronica e Trasporti (DIMET) – dell'Università Mediterranea di Reggio Calabria – Approvazione schema di convenzione.**

#### LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— la Regione Calabria ed il Dipartimento di Informatica, Matematica, Elettronica e Trasporti (DIMET) – dell'Università Mediterranea di Reggio Calabria, ritengono altamente significativo instaurare un rapporto non episodico di collaborazione, nel quale le attività di studio, ricerca, trasferimento tecnologico, consulenza, monitoraggio e programmazione condotte dal DIMET possano supportare, con l'utilizzo di risorse qualificate e strumenti adeguati, le iniziative relative alle politiche regionali in materia di ambiente, energia, fonti energetiche alternative, industria, commercio, internazionalizzazione delle imprese, sviluppo del sistema produttivo, reti di distribuzione, trasporti, e ICT;

— il D.P.R. n. 382/80, riguardante il riordinamento della docenza universitaria, prevede la possibilità di pervenire a forme di collaborazione tra le Università e gli Enti pubblici e privati per lo svolgimento di attività di ricerca e consulenza per conto terzi (art. 66), sia per la sperimentazione di nuove attività didattiche (art. 92), sia al fine di avvalersi di strutture e servizi logistici extrauniversitari per lo svolgimento di attività didattiche integrative di quelle universitarie finalizzate al completamento della formazione accademica e professionale (art. 27);

— la Regione Calabria, intende perseguire lo scopo enunciato non solo tramite il ricorso alle professionalità umane operanti all'interno del DIMET, ma anche mediante l'eventuale impiego delle strumentazioni e dei supporti tecnologici esistenti presso lo stesso Dipartimento;

— il DIMET, intende avvantaggiarsi nel disporre del territorio regionale come un «Laboratorio reale» per attività di indagini, ricerca, analisi e progettazione, consentendo dunque alle professionalità umane che operano al suo interno una efficace formazione sul campo.

DATO ATTO che:

— la Regione Calabria è interessata a sviluppare rapporti di collaborazione con il DIMET su temi di interesse comune ed, a tal fine, intende stipulare una Convenzione Quadro per regolare tali rapporti di collaborazione;

— la Convenzione avrà natura normativa, rinviando la specificazione dei singoli incarichi, con la determinazione delle modalità e dei tempi di realizzazione nonché di eventuali corrispettivi, ad appositi Atti Esecutivi.

RITENUTO di dover procedere all'approvazione dello schema di Convenzione quadro allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale.

VISTO il D.P.G.R. n. 354 del 24 giugno 1999 recante «separazione dell'attività amministrativa d'indirizzo e di controllo da quella di gestione», così come modificato dal D.P.G.R. n. 206/2000.

VISTA la legge regionale 4 settembre 2001, n. 19 recante: «Norme sul procedimento amministrativo, la pubblicità degli atti ed il diritto di accesso. Disciplina della pubblicazione del Bollettino Ufficiale della Regione Calabria».

SU PROPOSTA dell'Assessore alle Attività Produttive Antonio Stefano Caridi formulata alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla struttura interessata, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità dell'atto resa dal Dirigente competente.

#### DELIBERA

Per i motivi espressi in narrativa che qui si intendono integralmente riportati:

— di approvare lo schema di Convenzione Quadro tra la Regione Calabria e il Dipartimento di Informatica, Matematica, Elettronica e Trasporti (DIMET) – dell'Università Mediterranea di Reggio Calabria che, allegato alla presente deliberazione, ne forma parte integrante e sostanziale;

— di autorizzare l'Assessore alle Attività Produttive Antonio Stefano Caridi alla sottoscrizione della Convenzione e ad apportare eventuali modifiche che dovessero essere necessarie in sede di perfezionamento dell'atto;

— di demandare al Dipartimento «Attività Produttive» la predisposizione e l'attuazione di tutti gli atti e le attività connesse alla sottoscrizione della Convenzione;

— di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURC.

Catanzaro, li 20 maggio 2011

*Il Dirigente Generale  
del Dipartimento Presidenza  
F.to Zoccali*

*Il Presidente  
F.to Scopelliti*

#### DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 20 maggio 2011, n. 221

**L.R. n. 38/2001 Consorzio per lo Sviluppo Industriale della Provincia di Reggio Calabria – Approvazione modifiche statutarie disposte dal Commissario ad acta con deliberazione n. 1/Comm del 28/4/2011.**

#### LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— l'art. 3 della legge regionale n. 38/2001 stabilisce che lo statuto e le relative modificazioni sono adottati dall'Assemblea generale del Consorzio e approvate con decreto del Presidente della Regione su conforme deliberazione della Giunta regionale;

— la legge regionale del 24 dicembre 2010 n. 34, art. 36, pubblicata sul BUR n. 24 del 31 dicembre 2010, supplemento straordinario n. 1 del 31 dicembre 2010, ha apportato delle mo-

difiche alla legge regionale del 24 dicembre 2001 n. 38 istitutiva del Nuovo regime giuridico dei Consorzi per le aree, i nuclei e le zone di sviluppo industriale;

— il Consorzio per lo Sviluppo Industriale della Provincia di Reggio Calabria con nota del 28 febbraio 2011 prot. 885 ed acquisita al protocollo del Dipartimento con il n. 1191/Dip del 7 marzo 2011, Convocava oltre i termini l'Assemblea Generale, da tenersi in seconda convocazione per il giorno 28 marzo 2011;

— che la stessa andava deserta per mancato raggiungimento del quorum costitutivo necessario per la validità della stessa;

— con delibera della Giunta Regionale n. 142 del 12 aprile 2011 si rendeva necessario, procedete senza ulteriori ritardi ed in via sostitutiva agli adempimenti di legge, tenuto conto della rilevanza, nonché dell'urgenza delle modifiche da introdurre nello Statuto dell'Ente, con la nomina di un Commissario ad acta, ai sensi del comma 1 dell'art. 8 della L.R. 38/2001;

— con D.P.G.R. n. 55 del 27 aprile 2011 è stata nominata Commissario ad acta la dott.ssa Maria Grazia Nicolò – Direttore Generale del Dipartimento Attività Produttive – presso il Consorzio per lo sviluppo industriale della Provincia di Reggio Calabria, per l'adeguamento dello Statuto consortile;

— con deliberazione n. 1/Comm del 28 aprile 2011 il Commissario ad acta ha provveduto ad adeguare lo Statuto Consortile ai sensi dell'art. 36 della legge regionale del 29 dicembre 2010 n. 34.

ESAMINATA la deliberazione del Commissario ad acta e lo statuto consortile, allegati alla presente che forma parte integrante, con la quale il predetto ha provveduto ad adottare le prescritte modifiche statutarie conformemente alla normativa citata.

RITENUTO, pertanto, di dover approvare lo statuto del Consorzio per lo Sviluppo industriale della Provincia di Reggio Calabria per come modificato e demandare al Presidente della Giunta regionale l'adozione di un apposito D.P.G.R. dello stesso.

SU PROPOSTA dell'Assessore alle Attività Produttive On. Stefano Antonio Caridi, formulata alla stregua dell'istruttoria compiuta dalle strutture interessate, nonché dalla espressa dichiarazione di regolarità dell'atto resa dal Dirigente preposto alla competente struttura.

#### DELIBERA

Per i motivi sopra esposti che, qui di seguito, si intendono integralmente riportate e trascritte:

— di approvare le modifiche allo Statuto del Consorzio per lo Sviluppo Industriale della Provincia di Reggio Calabria, adottate dal Commissario ad acta con delibera n. 1/Comm del 28 aprile 2011, conformi alla legge regionale n. 38/2001, nonché al disposto della legge regionale n. 34 del 29 dicembre 2010;

— di demandare al Presidente della Giunta Regionale l'adozione di un apposito decreto di approvazione dello statuto;

— di affidare al Dirigente generale del Dipartimento Attività Produttive ogni altro adempimento di attuazione della presente deliberazione;

— di pubblicare la presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria.

Catanzaro, li 20 maggio 2011

*Il Dirigente Generale  
del Dipartimento Presidenza  
F.to Zoccali*

*Il Presidente  
F.to Scopelliti*

(segue allegato)



**CONSORZIO PER LO SVILUPPO INDUSTRIALE**  
della Provincia di Reggio Calabria

L'anno duemilaundici, il giorno ventotto del mese di aprile, alle ore 16,15 in Reggio Calabria, presso la sede consortile sita in Via Vittorio Veneto n. 77,

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

Dott.ssa Maria Grazia NICOLO', Dirigente Generale del Dipartimento n. 5 "Attività Produttive" della Regione Calabria, giusta nomina conferita dalla Giunta Regionale con deliberazione 12 aprile 2011 n. 142, assistita dal Dott. Francesco Cosentino, Direttore Generale del Consorzio per lo Sviluppo Industriale della Provincia di Reggio Calabria, con funzioni di segretario, ha proceduto all'assunzione del seguente atto deliberativo.

**OGGETTO:** *Delibera di Commissariamento del Consorzio per lo Sviluppo Industriale della Provincia di Reggio Calabria ai sensi del comma 1 art. 8 L.R. n. 38/2001.*

**DELIBERAZIONE N.1/Comm.**

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**PREMESSO** che, con deliberazione n. 142 del 12/04/2011, la Giunta Regionale ha nominato il Dirigente Generale del Dipartimento n. 5 "Attività Produttive" della Regione Calabria, Dott.ssa Maria Grazia NICOLO', quale Commissario *ad acta* presso il Consorzio per lo Sviluppo Industriale della Provincia di Reggio Calabria, affinché - ai sensi del comma 1 dell'art. 8 della L.R. n. 38/2001 - compia "... ogni atto utile a quanto richiesto dalla stessa norma, entro il termine perentorio di 90 giorni dalla notifica del D.P.G.R.";

**VISTI:**

- la legge regionale n. 38 del 24/12/2001 avente ad oggetto "Nuovo regime giuridico dei Consorzi per le aree, i nuclei e le zone di sviluppo industriale";
- il vigente Statuto del Consorzio per lo Sviluppo Industriale della Provincia di Reggio Calabria approvato con D.P.G.R. n. 142 del 17.12.2003;
- la legge regionale n. 34 del 29/12/2010 avente ad oggetto "Provvedimento generale recante norme di tipo ordinamentale e procedurale (collegato alla manovra di finanza regionale per l'anno 2011)" ed in particolare l'art. 36 recante <<Modifiche alla legge regionale n. 38/2001>>;
- il D.P.G.R. n. 55 del 27/04/2011 con il quale a questo Commissario *ad acta* vengono esplicitamente indicati gli adempimenti da porre in essere per l'adeguamento dello Statuto e per la successiva convocazione dell'Assemblea per l'elezione dei componenti del nuovo Comitato Direttivo;

In adempimento al mandato commissariale e per i motivi sopra esposti e che di seguito si intendono riportati e trascritti,

**D E L I B E R A**

- 1) In conformità alla legge regionale n. 38 del 24/12/2001 nonché al disposto della legge regionale n. 34 del 29/12/2010, di modificare gli articoli:

- 1 - comma 1;
- 12 - comma 5;
- 15 - comma 10;
- 19 - comma 2, lettere b) e c);
- 21 - comma 1;
- 27 - comma 2, lettera d),

dello Statuto consortile vigente presso il Consorzio per lo Sviluppo Industriale della Provincia di Reggio Calabria, approvato con D.P.G.R. n. 142 del 17.12.2003, il cui testo rinnovato si riporta in allegato

alla presente per formarne parte integrante e sostanziale, nonché gli articoli:

- 17, comma 4;
- 25, comma 3, nella parte in cui prevedono la durata del Collegio dei Revisori dei Conti, essendo la stessa in contrasto con la richiamata legge n. 38/2001 e, specificatamente, l'art. 5, comma 2.

- 2) La modifica statutaria acquista efficacia con l'adozione del prescritto decreto di approvazione da parte del Presidente della Giunta regionale.

Il Segretario  
(dott. Francesco Cosentino)

Il Commissario *ad acta*  
(dott.ssa Maria Grazia Nicolò)

CONSORZIO PER LO SVILUPPO INDUSTRIALE  
DELLA PROVINCIA DI REGGIO CALABRIA

STATUTO

**Art. 1**

*Norme presupposte*

1. Le norme del presente Statuto recepiscono ed attuano le disposizioni recate dalla legge regionale 24 dicembre 2001, n. 38 e s.m.i.
2. Per effetto delle novelle introdotte dalle norme di cui al precedente comma il Consorzio per l'Area di Sviluppo Industriale della Provincia di Reggio Calabria assume la denominazione di "Consorzio per lo Sviluppo Industriale della Provincia di Reggio Calabria" e svolge la sua attività sull'intero territorio della Provincia.

**Art. 2**

*Durata*

1. La durata del Consorzio è fissata sino al 31 dicembre 2030.
2. L'Assemblea Generale può fissare un termine diverso.

**Art. 3**

*Sede*

1. Il Consorzio ha sede in Reggio Calabria.
2. L'Assemblea può istituire uffici operativi decentrati in relazione alla concentrazione di aziende negli agglomerati della Provincia.

**Art. 4**

*Natura giuridica*

1. Il Consorzio è Ente Pubblico Economico con propria autonomia funzionale.
2. Il Consorzio è Ente strumentale della Regione con il fine di favorire e sostenere l'attività regionale diretta alla promozione ed allo sviluppo dell'industria e delle attività connesse.

**Art. 5**

*Rapporti con la Regione*

1. Ai sensi della legge regionale 24 dicembre 2001, n. 38, l'attività del Consorzio si svolge in stretto coordinamento con le politiche regionali di settore, nel rispetto degli indirizzi



c) a versare nel termine che sarà loro assegnato ovvero ad integrare l'importo relativo alla quota di fondo consortile sottoscritta ovvero di quote integrative fissate dall'Assemblea Generale;

d) a contribuire al ripiano d'eventuali disavanzi versando nel termine assegnato l'importo dovuto in relazione alla quota o alle quote del fondo consortile accreditate o determinate all'atto della conferma della permanenza di socio o a quello dell'ammissione per il nuovo socio.

2. La violazione degli obblighi di cui sopra, previa diffida al rispetto degli stessi e decorsi trenta giorni senza che abbia avuto luogo l'adeguamento all'obbligo, è causa di decadenza di diritto del socio e contestuale esclusione dello stesso dal Consorzio, con la cancellazione dal libro dei soci.

3. L'esclusione proposta dal Comitato Direttivo e deve essere approvata dall'Assemblea Generale nella prima seduta utile.

4. Nel caso di non ratifica il socio nulla potrà vantare per il periodo decorrente tra il provvedimento del Comitato Direttivo e quello dell'Assemblea.

#### Art. 9

##### *Esclusione dei soci e recesso - Relativi effetti*

1. Il socio viene escluso dal Consorzio nel caso di violazione degli obblighi di cui all'articolo precedente e con le modalità di cui al comma 3 dello stesso articolo.

2. Il socio può esercitare il recesso dal Consorzio in ogni momento.

3. Il socio proveniente dal Consorzio ASI si considera recedente e viene escluso nel caso che nel confermare la sua partecipazione non accetti il presente statuto.

In caso di esclusione o recesso la quota del consorzio escluso o receduto accresce il capitale mediante imputazione al fondo di riserva e determina l'automatica diminuzione pro quota del capitale.

#### Art. 10

##### *Finalità*

Il Consorzio, per l'intero territorio della Provincia di Reggio Calabria, provvede:

a) alla redazione, in conformità alle indicazioni del Piano Regionale di Sviluppo, dei piani regolatori delle aree di sviluppo industriale esistenti ed il recepimento ed il coordinamento

programmatici e delle direttive che la Regione intende emanare in materia di sviluppo industriale.

2. Nell'esercizio delle funzioni strumentali, l'attività del Consorzio è sottoposta al controllo programmatico, economico, finanziario e sostitutivo della Regione.

#### Art. 6

##### *Soci*

1. Sono soci del Consorzio gli Enti pubblici e privati già aderenti.

2. La Regione Calabria partecipa al Consorzio con una quota di fondo di dotazione pari al 35% del suo ammontare.

3. Possono far parte del Consorzio oltre la Regione, i Comuni, le Province, le Comunità Montane, le Camere di Commercio, altri Enti ed Istituti pubblici, Associazioni di imprenditori, Istituti di Credito, Imprese e Consorzi di Imprese, nonché gli altri soggetti previsti dall'art. 36 della legge n. 317/91, che abbiano interesse ed operino nelle aree di pertinenza del Consorzio.

#### Art. 7

##### *Fondo di dotazione*

1. Il fondo consortile è fissato in euro 500.000,00 ed è suddiviso in 250 quote pari a 2.000,00 euro ciascuna.

2. Ciascuna quota di 2.000,00 euro dà diritto ad un voto in seno all'Assemblea Generale per l'elezione ed il rinnovo degli Organi.

3. I consorziati rispondono delle obbligazioni sociali in rapporto alle quote sottoscritte.

#### Art. 8

##### *Obblighi dei soci*

1. I soci sono obbligati:

a) a rispettare lo Statuto e le disposizioni date dai suoi Organi nell'interesse del Consorzio;

b) a non intraprendere iniziative o rapporti con terzi in concorrenza o in conflitto con il Consorzio;



delle esigenze di sviluppo degli ambiti territoriali della Provincia avente particolare vocazione industriale, commerciale e artigianale risultante da iniziative imprenditoriali in atto o potenziali;

b) agli studi, ai progetti ed alle iniziative per promuovere lo sviluppo produttivo nelle zone di cui alla lettera a) e comunque in tutte quelle in cui sia ritenuto utile un intervento finalizzato allo sviluppo della produzione e degli scambi;

c) alla ricerca tecnologica, progettazione, sperimentazione, acquisizione di conoscenze e prestazione di assistenza tecnica, organizzativa e di mercato connessa al progresso ed al rinnovamento tecnologico, nonché alla promozione di attività di consulenza ed assistenza, con particolare riguardo al recepimento, alla diffusione ed all'applicazione di innovazioni tecnologiche;

d) alla promozione di attività di consulenza ed assistenza per la nascita di nuove iniziative imprenditoriali e per il loro consolidamento;

e) all'assunzione, sulla base di apposite convenzioni con la Regione e gli Enti locali, di iniziative per favorire l'orientamento e la formazione professionale dei lavoratori, dei quadri direttivi ed intermedi e dei giovani imprenditori, ivi comprese le iniziative finalizzate all'introduzione di nuove tecnologie e metodi per il miglioramento della qualità nonché iniziative di collaborazione interaziendale con imprese operanti in zone a sviluppo avanzato al fine sia della formazione professionale sia di eventuali investimenti nella Provincia;

f) a curare la promozione di patti territoriali, contratti d'area e degli altri strumenti di concertazione decentrata finalizzati allo sviluppo economico-produttivo;

g) all'acquisizione ed alla progettazione di aree attrezzate per insediamenti produttivi, ivi compresa l'azione promozionale per l'insediamento di attività produttive in dette aree, alla progettazione ed alla realizzazione di opere di urbanizzazione e dei servizi, nonché all'attrezzatura di spazi pubblici destinati ad attività collettive.

La gestione delle opere di urbanizzazione, delle infrastrutture e dei servizi può essere attuata anche avvalendosi di cooperative, consorzi di gestione e società a capitale misto;

h) alla vendita, all'assegnazione ed alla concessione alle imprese di lotti in aree attrezzate.

A tal fine il Comitato Direttivo del Consorzio, con proprio atto, individua le aree ed i criteri per l'assegnazione;

i) alla costruzione, in aree attrezzate, di fabbricati, impianti, laboratori per attività industriali e artigianali, commerciali all'ingrosso ed al minuto, depositi e magazzini;

k) alla vendita, alla locazione ed alla locazione finanziaria alle imprese, di fabbricati ed impianti in aree attrezzate;

l) alla realizzazione e gestione di aree produttive, artigianali, commerciali all'ingrosso ed al minuto o destinate a centri o esercizi commerciali. Tali aree possono essere individuate anche dagli strumenti comunali;

m) all'assunzione e promozione dell'erogazione di servizi per favorire l'insediamento e lo sviluppo delle attività produttive, anche attraverso la cessione di aree per l'insediamento di aziende di servizio convenzionate con i Consorzi;

n) al riacquisto della proprietà di aree cedute per intraprese attività industriali o artigianali nell'ipotesi in cui il cessionario non abbia realizzato lo stabilimento nel termine di cinque anni dalla cessione, nonché all'acquisto unitamente alle aree cedute degli stabilimenti industriali o artigianali su di esse realizzati nel caso in cui sia cessata l'attività industriale o artigianale da più di tre anni.

Il tutto con le modalità e le facoltà di cui all'art. 63 legge 23 dicembre 1998, n. 448;

o) all'acquisto di stabilimenti nei quali la produzione sia dismessa al fine della riconversione per la realizzazione di iniziative produttive utili allo sviluppo dell'economia locale e dell'occupazione;

p) alla costruzione e gestione di impianti di depurazione degli scarichi degli insediamenti produttivi, salvo quanto previsto dalla legge regionale 3 ottobre 1997, n. 10 e delle altre disposizioni in materia;

q) alla realizzazione e alla gestione di impianti tecnologici per la distribuzione di gas metano e per la realizzazione e gestione di altri impianti a rete;

r) al recupero degli immobili industriali preesistenti per la loro destinazione ai fini produttivi ed all'attuazione di programmi di reindustrializzazione, acquisendoli anche con il ricorso a procedure coattive ed espropriative previste dalle leggi vigenti;

s) alla prosecuzione della gestione in atto degli impianti di acquedotto, fognatura e depurazione fino al momento del loro trasferimento al gestore del servizio idrico integrato ai sensi della legge regionale 3 ottobre 1997, n. 10;

t) alla riscossione delle tariffe, canoni e contributi per l'utilizzazione da parte di terzi di opere e servizi realizzati o gestiti dai Consorzi;

u) a promuovere la costituzione ovvero a partecipare a società consortili di cui all'art. 27 della legge 5 ottobre 1991, n. 317;



devono provvedere ad acquisire la disponibilità delle aree esterne alla superficie di intervento e regolano i relativi rapporti finanziari.

#### Art. 12

##### *Manutenzione ed esercizio delle opere di urbanizzazione e delle infrastrutture*

1. La Regione, la Provincia, i Comuni ed altri Enti possono affidare al Consorzio la manutenzione e l'esercizio delle opere di urbanizzazione, delle infrastrutture e degli allacci a servizio delle attività produttive esistenti e/o da realizzarsi nell'ambito del territorio di competenza e dei suoi accessi.
2. Per le opere per le quali è prevista, a norma dell'atto di affidamento, la consegna all'Ente pubblico titolare, i compiti di manutenzione ed esercizio sono svolti dal Consorzio fino al giorno della consegna stessa. Per tutte le altre opere ed impianti il Consorzio svolgerà i relativi compiti per il tempo della sua durata.
3. Per le spese conseguenti allo svolgimento dei compiti sopra previsti, gli enti beneficiari trasferiscono al Consorzio le somme relative.
4. Il Consorzio provvede alla determinazione e riscossione dei corrispettivi dovuti alle imprese per i servizi di manutenzione delle opere e per la gestione degli impianti.
5. I soggetti di cui al comma 1 possono, altresì, trasferire al Consorzio in proprietà le opere di urbanizzazione primaria e secondaria da questo realizzate, da acquisire nel bilancio consortile secondo le modalità alternative:

1. a patrimonio indisponibile ed accantonato in apposita riserva per le attività istituzionali dell'Ente di cui all'art. 2 della Legge Regione Calabria n. 38/2001 e s.m.i.;
2. a patrimonio disponibile, il cui credito vantato dal socio, potrà essere destinato, in

aggiunta a quanto disposto dal comma 2 lettera b) articolo 16 della predetta Legge Regionale, secondo le direttive contenute nello stesso provvedimento di trasferimento.

Ai beni ceduti con le modalità precedenti, non si applica il comma 3 dell'art. 24 della Legge Regione Calabria n. 38/2001 e s.m.i..

v) all'assunzione di ogni iniziativa idonea al raggiungimento dei fini istituzionali, anche mediante la promozione di società e di consorzi di gestione a capitale misto;

w) ad esprimere pareri, prima del rilascio di licenze, concessioni e autorizzazioni da parte delle competenti autorità locali, sulla conformità urbanistica delle costruzioni da insediare nelle aree di sviluppo industriale e sulle loro destinazioni d'uso;

x) a compiere tutte le operazioni commerciali, industriali, immobiliari, mobiliari, finanziarie ritenute dal Comitato Direttivo necessarie ed utili per il conseguimento delle finalità istituzionali e ad assumere partecipazioni ed interessenze in altri enti o soggetti aventi scopo analogo o affine al proprio;

y) a contrarre finanziamenti con enti o istituti bancari anche garantiti da ipoteche, accendere ipoteche, rilasciare fidejussioni;

z) a compiere tutte le attività indicate nell'art. 12 della legge regionale 24 dicembre 2001, n. 38, che non siano previste nell'elencazione che precede.

#### Art. 11

##### *Opere di urbanizzazione*

1. Il Consorzio può realizzare direttamente, previo occorrendo affidamento da parte dei comuni, le opere di urbanizzazione relative alle aree attrezzate per insediamenti produttivi e delle infrastrutture e quelle necessarie per l'allacciamento ai pubblici servizi, sulla base di una convenzione tipo predisposta dal Consorzio, sia per le opere di urbanizzazione interne all'area d'intervento sia per quelle esterne comprese le aree acquisite dal Consorzio o dai Comuni che risultassero funzionali e necessarie alle piene attrezzature dell'area interessata sia per quelle necessarie ad allacciare la zona ai pubblici servizi.

2. Il Consorzio può assumere la realizzazione diretta delle opere di urbanizzazione, anche di non pertinenza dell'area interessata, purché funzionali alle attrezzature della stessa.

3. La determinazione delle spese per le opere da realizzare, le modalità di valutazione e di cessione delle opere medesime e delle relative aree sono regolate dalla convenzione tipo richiamata al comma primo.

4. Le convenzioni stipulate tra Consorzio e Comuni sulla base della convenzione tipo costituiscono atto di concessione a favore del Consorzio per la realizzazione delle opere in precedenza indicate. Le stesse convenzioni prevedono i casi in cui il Consorzio o il Comune



**Art. 13***Istituzioni delle aree ecologicamente attrezzate*

1. Il Consorzio può dotarsi delle attrezzature di tutela ambientale, della salute e della sicurezza al fine di realizzare aree ecologicamente attrezzate ai sensi dell'art. 21 della legge regionale 24 dicembre 2001, n. 38 e richiedere alla Provincia che sia dichiarata la qualificazione di area ecologicamente attrezzata.

Il riconoscimento della qualificazione è disposto con decreto del Presidente della Provincia.

2. Le aree come sopra qualificate fruiscono prioritariamente degli aiuti pubblici nazionali, regionali e comunali.

**Art. 14***Programmazione ed attività*

1. Tutta l'attività istituzionale del Consorzio è svolta mediante l'adozione di programmi quinquennali di attività e di organizzazione in conformità agli indirizzi definiti dalla Regione nei propri piani generali e settoriali di sviluppo economico.

2. I programmi sono elaborati sulla base di criteri che considerano la sussistenza di processi di ristrutturazione e riconversione industriale già in stato di avanzamento e della presenza di rilevanti fenomeni di degrado ambientale, economico e sociale.

3. Per la realizzazione dei programmi il Consorzio costituisce società o consorzi o partecipa a società e consorzi, per la gestione dei servizi consortili e per l'assistenza alle imprese.

4. I programmi, che recepiscono le istanze del territorio, devono necessariamente indicare:

- a) le azioni e le iniziative di promozione delle attività produttive e gli specifici interventi per realizzarle;
- b) le risorse finanziarie per realizzarle e le diverse fonti di provvista;
- c) le misure organizzative adeguate a sostenere le azioni prescelte, riguardanti la razionalizzazione delle risorse consortili al fine di ridurre i costi e realizzare miglioramenti;
- d) l'eventuale costituzione di società, di consorzi o di partecipazioni di cui al comma precedente.

5. I programmi sono adottati dall'Assemblea Generale entro il termine perentorio di giorni 180 dal suo insediamento e sono trasmessi alla Regione che li approva nei termini e con le modalità di cui all'art. 14 della legge regionale 24 dicembre 2001, n. 38.

**Art. 15***Capitale e mezzi finanziari*

1. Il Capitale di proprietà del Consorzio è formato dai conferimenti dei partecipanti al momento della costituzione e da quelli successivi, dai contributi in conto capitale, aumentato degli utili e diminuito delle perdite derivanti dall'attività.

2. Esso è suddiviso in fondo di dotazione e riserve.

3. Il fondo di dotazione del Consorzio è costituito dall'apporto iniziale dei partecipanti promotori, al netto del capitale e delle riserve straordinarie iniziali, dagli eventuali contributi di ingresso versati dai nuovi partecipanti e dai successivi contributi in conto capitale versati dai partecipanti proporzionalmente alle quote del capitale possedute da ciascuno.

4. I conferimenti effettuati dai partecipanti ammontano ad euro 2.000,00 pro quota, e risultano così suddivisi come da tabella allegata.

Le quote di partecipazione al fondo consortile costituiscono il parametro di rappresentatività all'interno degli organi consortili.

5. Il fondo consortile può essere aumentato con deliberazione dell'Assemblea Generale.

6. Le riserve sono costituite per far fronte ad eventuali perdite future e derivano o da uno specifico apporto iniziale o successivo dei partecipanti ovvero dall'accantonamento di utili deliberato dall'Assemblea Generale in sede di approvazione del bilancio consuntivo di esercizio.

7. Il fondo di dotazione è indisponibile per la copertura di perdite d'esercizio. Il capitale di proprietà del Consorzio non può essere diviso e distribuito ai partecipanti se non in sede di liquidazione dello stesso.

8. Le eventuali perdite riscontrate nel bilancio di chiusura della gestione saranno ripianate in via prioritaria con l'utilizzazione delle riserve appositamente accantonate e, in mancanza o per l'insufficienza delle stesse, da una specifica contribuzione da parte dei singoli partecipanti in proporzione alle quote sottoscritte da ciascuno. Il piano di riparto delle perdite sarà approvato dal Consiglio Generale contestualmente al bilancio consuntivo. I partecipanti dovranno versare le rispettive contribuzioni entro 120 giorni dalla comunicazione di richiesta.



9. I mezzi finanziari di cui il Consorzio può disporre sono costituiti oltre che da quelli provenienti da entrate proprie, derivanti dallo svolgimento dell'attività istituzionale, anche:

- a) dal contributo annuale di dotazione ordinaria da parte degli altri organismi partecipanti, ripartito secondo i criteri di cui ai successivi commi 10 e 11;
- b) dai fondi regionali, statali e comunitari appositamente destinati alla realizzazione, gestione e manutenzione di opere e servizi;
- c) da finanziamenti concessi da istituti di credito anche a medio termine.

10. L'ammontare del contributo annuale di dotazione ordinaria a carico degli altri organismi partecipanti è stabilito dall'Assemblea Generale contestualmente all'approvazione del piano economico-finanziario. La determinazione della quota di partecipazione al fondo di dotazione ordinaria potrà essere differenziata per ciascun socio consorziato in funzione della natura, degli ambiti di competenza e di intervento dei partecipanti (comunali o ultracomunali), e della circostanza, limitatamente ai Comuni aderenti, se il loro territorio comprenda o meno, in tutto o in parte, un'area o un agglomerato industriale. In ogni caso, l'entità del contributo annuale determinato dall'Assemblea non può mai superare il corrispondente valore economico della quota detenuta dal singolo socio nel fondo consortile e risultante dall'ultimo bilancio approvato.

Il contributo è posto a carico degli enti pubblici consorziati attraverso l'approvazione del bilancio preventivo per l'anno di competenza.

11. Le quote di partecipazione al fondo di dotazione ordinaria potranno essere modificate in ragione di nuove ammissioni o recessi.

Tali contribuzioni dovranno essere versate entro e non oltre 120 giorni dalla comunicazione della richiesta. Nel caso di mancato pagamento nei termini sulle somme dovute dai singoli partecipanti saranno dovuti interessi moratori in misura pari al T.U.S. vigente al momento della richiesta aumentato di due punti percentuali. Se il ritardo supera un anno il partecipante moroso dovrà corrispondere gli interessi legali nonché gli importi dovuti alla svalutazione monetaria nel frattempo intercorsa, a titolo di risarcimento del danno. Alla riscossione coattiva si provvederà mediante iscrizione a ruolo.

#### Art. 16

##### Patrimonio

1. Il patrimonio del Consorzio è costituito da:

- a) attività e passività finanziarie;
- b) beni mobili, immobili, crediti, titoli di credito e beni in natura;
- c) beni destinati al servizio del Consorzio ed altre attività non disponibili;
- d) passività consolidate e diverse.

2. I beni costituenti il patrimonio del Consorzio sono descritti in appositi inventari indicanti gli elementi atti a farne conoscere la consistenza ed il valore.

3. Al fine di un corretto equilibrio tra i beni già nel patrimonio del Consorzio per l'Area di Sviluppo Industriale della Provincia di Reggio Calabria e quelli del Consorzio, acquisiti dopo l'approvazione del presente statuto, per i primi viene assunto il valore di acquisto come iscritti negli atti contabili.

4. Entro un mese dall'insediamento del Comitato Direttivo dovrà essere redatto o aggiornato l'inventario dei beni.

#### Art. 17

##### Organi sociali

1. Sono organi del Consorzio:
  - L'Assemblea Generale
  - Il Comitato Direttivo
  - Il Presidente
  - Il Collegio dei Revisori dei Conti
2. L'Assemblea Generale ed il Comitato Direttivo durano in carica cinque anni ed i loro componenti possono essere rieletti per una sola volta.
3. Il Presidente dura in carica cinque anni salvo cessazione anticipata per causa di forza maggiore o incompatibilità sopravvenuta. In tal caso si procede all'elezione del nuovo Presidente che dura in carica limitatamente alla durata dell'Assemblea che lo ha eletto. Il Presidente può essere rieletto per una sola volta.
4. Il Collegio dei Revisori dei Conti dura in carica tre anni.
5. Ai componenti degli Organi suddetti si applicano le disposizioni nazionali e regionali di inelegibilità ed incompatibilità previsti per gli Organi degli Enti locali.
6. Le cause ostative all'incarico, che dovessero verificarsi durante il corso dell'incarico medesimo, operano di diritto e sono dichiarate con decreto del Presidente della Giunta Regionale.



Con lo stesso decreto si invita il soggetto competente a provvedere alla sostituzione.

#### Art. 18

##### *Assemblea Generale - Composizione e costituzione*

1. L'Assemblea Generale è composta dai rappresentanti legali dei soci singoli o loro delegati. I delegati devono possedere documentata esperienza in materia economica ed amministrativa.
2. Ciascun socio esprime un numero di voti pari al numero delle quote sottoscritte e versate per la costituzione del fondo consortile.
3. L'atto formale di designazione del delegato deve essere presentato al Consorzio prima dell'inizio dell'Assemblea precedente la seduta; in difetto l'atto di designazione deve ritenersi inefficace; in difetto partecipa solo il legale rappresentante.
4. La liquidazione del Consorzio, il numero dei soci ed il correlato importo del fondo consortile, nonché tutte le modifiche fondamentali che attengono al fondo consortile, ovvero alla composizione degli Organi sono adottate dall'Assemblea Generale con la partecipazione di tutti i soci ed a maggioranza dei due terzi dei presenti.
5. I membri dell'Assemblea durano in carica cinque anni decorrenti dalla data del decreto del Presidente della Giunta Regionale di composizione dell'Assemblea; in sede di prima attuazione della legge regionale 24 dicembre 2001 n. 38, l'Assemblea è costituita con atto del Commissario Straordinario.

Ove, durante la durata dell'Assemblea, il legale rappresentante o il delegato dovessero essere sostituiti, i nuovi nominati durano in carica per il tempo residuo di durata dello stesso rappresentante sostituito.

6. Nel caso si debba provvedere alla sostituzione di un rappresentante o delegato designato da un socio durante la durata dell'Assemblea per qualunque causa, il Presidente formula la richiesta all'Ente, la designazione deve essere comunicata entro 15 giorni.

Decorso tale termine senza che il socio abbia designato il nuovo rappresentante la nomina, per i soci di parte pubblica, è fatta dal Presidente della Giunta Regionale, con scelta tra gli Amministratori in carica presso il socio inadempiente.

7. La comunicazione della nomina a delegato del socio in seno all'Assemblea è fatta a cura del legale rappresentante dell'Ente consorziato, con raccomandata con avviso di ricevimento.

L'accettazione della carica, a pena di decadenza, avviene nei 15 giorni successivi.

8. In nessun caso il numero dei soci di parte privata può superare il numero dei soci di parte pubblica.

Parimenti le quote maggioritarie del fondo consortile devono essere detenute dagli Enti pubblici.

#### Art. 19

##### *Assemblea Generale - Competenze*

- 1) L'Assemblea Generale ha competenza esclusiva sui seguenti atti:
  - a) adotta lo statuto;
  - b) provvede alle modifiche dello statuto con deliberazione che riporti la maggioranza numerica di almeno i due terzi dei soci e dei due terzi delle quote di partecipazione.
2. In particolare, l'Assemblea Generale:
  - a) elegge il Presidente;
  - b) elegge un membro del Comitato Direttivo;
  - c) può proporre lo scioglimento del Comitato Direttivo con mozione di sfiducia presentata da almeno un terzo del capitale sociale e adottata con la maggioranza assoluta del capitale sociale;
  - d) decide sull'ammissione al Consorzio di nuovi partecipanti, con votazione presa a maggioranza dei due terzi nonché sulla decadenza dei consorziati;
  - e) determina le quote a carico dei consorziati e quelle necessarie per ripianare eventuali disavanzi;
  - f) propone l'affidamento al Consorzio di nuove funzioni da parte dei consorziati o della Regione;
  - g) fissa le indennità di tutti gli Organi nei limiti di quanto previsto dalla Legge;
  - h) approva, entro 180 giorni dal suo insediamento, il Programma Pluriennale di Attuazione (P.P.A.) di cui all'art. 14 della legge regionale 24 dicembre 2001, n. 38, che rappresenta, unitamente alle altre direttive della Regione, atto di indirizzo per l'attività esecutiva del Comitato Direttivo;
  - i) approva, entro il 31 ottobre di ogni anno, il Piano Economico Finanziario (P.E.F.) relativo all'esercizio successivo ed entro il 30 aprile il Bilancio di Esercizio predisposto dal Comitato Direttivo.



Il termine di approvazione del Bilancio di Esercizio può essere prorogato eccezionalmente fino al 30 giugno, previa apposita delibera e motivazione che possa giustificare il rinvio adottato dal Comitato Direttivo.

Il P.E.F. deve contenere i programmi di investimento e di attività relativi all'esercizio dell'anno successivo.

Il bilancio del Consorzio si conforma alle norme nazionali e regionali vigenti in materia in modo da consentire la lettura dei programmi, obiettivi ed interventi;

- i) delibera sulla contrazione di mutui;
- l) adotta gli strumenti urbanistici di competenza del Consorzio;
- m) delibera la proroga della durata del Consorzio, previa espressa acquisizione da parte dei consorziati della determinazione espressa mediante atti formali idonei di procedere alla proroga.

Dette determinazioni sono allegate e formano un tutt'uno con la deliberazione di proroga.

#### Art. 20

##### *Assemblea Generale - Funzionamento*

1. L'Assemblea Generale si riunisce in seduta ordinaria almeno due volte all'anno.

Può essere convocata dal Presidente, in seduta straordinaria, per l'esame di problemi urgenti ed ogni qual volta ne sia fatta richiesta motivata dal Comitato Direttivo o da almeno un terzo dei suoi componenti. In tali casi il Presidente dispone la convocazione entro il termine di 20 giorni dalla richiesta.

2. Alle sedute partecipano senza diritto di voto i componenti del Collegio dei Revisori dei Conti.

3. La convocazione è fatta mediante lettera recapitata a mano o inviata per raccomandata con A.R., almeno 10 giorni prima di quello fissato per la seduta, ai singoli componenti ed ai componenti il Collegio dei Revisori dei Conti.

L'avviso di convocazione deve contenere l'indicazione del giorno, dell'ora e del luogo in cui si tiene la seduta, degli argomenti all'ordine del giorno, con la precisazione che il convocato ha diritto di prendere visione di tutti gli atti relativi agli argomenti in discussione fino alle ore 12 del giorno antecedente la convocazione.

In caso di urgenza il termine può essere ridotto a cinque giorni.

L'avviso dovrà contenere l'indicazione che nel caso in cui non si raggiunga il quorum, ha luogo una seconda convocazione almeno 24 ore dopo la prima, con l'indicazione dell'ora e del giorno e col medesimo ordine del giorno.

4. L'Assemblea è presieduta dal Presidente ed in sua assenza dal Vice Presidente ed in assenza di entrambi dal componente più anziano presente.

5. Salvi i casi in cui nella legge o nel presente statuto non sia prevista una maggiore presenza, per la validità delle sedute è necessaria, in prima seduta, la maggioranza assoluta dei componenti assegnati e, in seconda seduta, la presenza di un terzo dei componenti assegnati.

6. Salvi i casi in cui nella legge o nel presente statuto sia prevista una diversa maggioranza, per la validità delle deliberazioni è necessaria la maggioranza assoluta dei presenti e delle relative quote di partecipazione.

Le deliberazioni sono pubblicate all'albo consortile per quindici giorni.

#### Art. 21

##### *Comitato Direttivo*

1. Il Comitato Direttivo, presieduto dal Presidente del Consorzio, è composto da un numero di tre membri di cui uno nominato dal Presidente della Giunta Regionale.

2. I membri di nomina assembleare sono eletti con le stesse modalità previste per l'elezione del Presidente del Consorzio, garantendo, ove possibile, l'elezione dei rappresentanti delle diverse associazioni di categoria produttive e degli Enti pubblici consorziati. Ove sia eletto Presidente del Consorzio o componente elettivo il membro direttamente nominato dal Presidente della Giunta Regionale, quest'ultimo dovrà procedere a nuova designazione.

3. Il Comitato Direttivo dura in carica per lo stesso tempo della durata dell'Assemblea Generale.

4. Dopo la scadenza, prosegue l'attività fino alla nomina del nuovo Comitato Direttivo, per l'ordinaria amministrazione, per un tempo massimo di 60 giorni, decorsi i quali, se non si è provveduto al rinnovo, le funzioni vengono assunte da un Commissario Straordinario, nominato dal Presidente della Giunta Regionale, che dura in carica fino alla costituzione del nuovo Comitato Direttivo.

5. In caso di morte, dimissioni, ovvero altra causa per cui uno o più componenti elettivi dovessero cessare dall'incarico, si provvede alla loro sostituzione, con procedura urgente a



cura dell'Assemblea Generale ed in tal caso i termini di cui ai commi precedenti sono ridotti della metà. Il nuovo componente dura in carica per il tempo che dura il Comitato Direttivo.

6. Con la stessa urgenza, vi provvede il Presidente della Giunta Regionale nel caso in cui dovesse cessare il componente da lui nominato.
7. Quando il numero dei membri del Comitato Direttivo da sostituire è superiore almeno alla metà dei componenti si provvede al totale rinnovo.
8. Il Comitato delibera con la maggioranza assoluta dei suoi componenti ed a maggioranza assoluta dei presenti. A parità di voti prevale il voto espresso dal Presidente.

#### Art. 22

##### *Comitato Direttivo - Competenze*

1. Sono di competenza del Comitato Direttivo i seguenti atti:
  - a) tutti gli atti di amministrazione che non siano riservati dalla legge o dallo statuto all'Assemblea, al Presidente o al Direttore Generale;
  - b) elegge nella prima seduta d'insediamento il Vice-Presidente;
  - c) approva i regolamenti riguardanti il funzionamento del Consorzio e lo svolgimento dei servizi;
  - d) disciplina l'ordinamento degli uffici e dei servizi, le piante organiche e le relative variazioni secondo le disposizioni legislative regionali vigenti in materia;
  - e) approva la proposta del Piano Economico Finanziario e, sulla base degli indirizzi definiti dall'Assemblea Generale, gli accordi di programma;
  - f) stabilisce, nel rispetto della normativa e delle contrattazioni vigenti, il trattamento giuridico ed economico del personale;
  - g) approva i regolamenti per cedere in proprietà ed in uso alle imprese gli immobili di cui il Consorzio ha acquisito la disponibilità;
  - h) approva i regolamenti per l'utilizzazione, da parte delle imprese interessate, dei servizi, le modalità di concessione delle utenze e della riscossione dei canoni;
  - i) nomina il Direttore Generale del Consorzio;
  - l) delega il Presidente ad assumere provvedimenti di sua competenza per ragioni di urgenza ovvero relativamente a provvedimenti ripetitivi. Detti provvedimenti dovranno essere sottoposti a ratifica del Comitato Direttivo nella prima seduta successiva all'adozione degli stessi.

#### Art. 23

##### *Il Presidente - Elezione*

1. Il Presidente è eletto dall'Assemblea Generale.
2. Ciascun rappresentante ha diritto ad un voto per ogni quota di partecipazione al fondo consortile posseduta.
3. Per la validità della seduta è necessaria, in prima convocazione, la maggioranza dei due terzi dei componenti assegnati e dei due terzi delle quote di partecipazione e, in seconda convocazione, la maggioranza assoluta dei componenti assegnati.
4. La votazione ha luogo a scrutinio segreto e per l'elezione è necessaria la maggioranza assoluta dei presenti e delle quote di partecipazione.
5. Dopo tre votazioni si procede a votazione di ballottaggio fra i due componenti che hanno ottenuto il maggior numero di voti. Risulta eletto chi riporta un numero di voti corrispondente alla maggioranza assoluta dei presenti.
6. Nell'avviso di convocazione è previsto il giorno in cui hanno luogo di seguito le tre votazioni e la data della seconda seduta in cui l'elezione ha luogo con la diversa maggioranza.

#### Art. 24

##### *Il Presidente - Competenze*

1. Il Presidente ha la rappresentanza legale del Consorzio.
2. Convoca e presiede l'Assemblea Generale ed il Comitato Direttivo e compila gli ordini del giorno.
3. Sovrintende agli atti esecutivi necessari per l'attuazione dei compiti del Consorzio e dispone, mediante direttive al Direttore Generale, il sollecito e corretto svolgimento dell'attività.
4. Può assumere, nei casi di motivata urgenza, i provvedimenti di competenza del Comitato Direttivo. Tali provvedimenti sono sottoposti a ratifica dal Comitato Direttivo nella seduta immediatamente successiva alla data di assunzione. La mancata ratifica comporta la decadenza dell'atto, fatti salvi gli effetti *medio tempore* prodotti.
5. Prende le deliberazioni relative a :
  - costituzione e cessazione rapporto di lavoro dei Dirigenti e degli eventuali consulenti su proposta del Direttore Generale.



- promuove e transige le liti attive e passive conferendo procura ai difensori.

#### Art. 25

##### *Collegio dei Revisori dei Conti*

1. Il Collegio dei Revisori dei Conti è composto da un Presidente e da due membri effettivi e due supplenti scelti tra gli iscritti al relativo albo di cui alla legge n. 88/1992.
2. E' eletto dal Consiglio Regionale con una votazione per i membri effettivi ed una per i membri supplenti ed è nominato con decreto del Presidente della Giunta Regionale.
3. La durata del Collegio è pari a quella prevista per gli altri Organi.
4. I membri supplenti sostituiscono i membri effettivi cessati dalla carica per qualunque causa ed in tal caso percepiscono l'intero compenso spettante al membro effettivo. La sostituzione avviene con preferenza per la maggior età.
5. Nel caso dovessero ricorrere cause di ineleggibilità o di incompatibilità, a cura del Presidente ne viene data comunicazione al Presidente del Consiglio Regionale perché sia attivata la procedura di decadenza e di sostituzione.

#### 6. Il Collegio dei Revisori dei Conti:

- a) esprime parere di legittimità sui bilanci e sui consuntivi mediante apposite relazioni dirette agli organi competenti;
- b) esprime, mediante relazione, il proprio parere sotto il profilo economico-finanziario sul programma pluriennale e sul Piano Economico Finanziario;
- c) controlla la regolarità della contabilità;
- d) partecipa senza diritto di voto alle sedute dell'Assemblea Generale;
- e) segnala, con apposite relazioni alla Giunta Regionale, fatti o comportamenti che possono pregiudicare il buon andamento del Consorzio ai fini di provocare il potere di vigilanza di cui al successivo art. 27.

#### Art. 26

##### *Il Direttore Generale*

1. Il Direttore Generale è nominato dal Comitato Direttivo nel rispetto delle modalità, criteri e requisiti di cui all'art. 8 lett. f) della legge regionale 24 dicembre 2001, n. 38.
2. Al Direttore Generale è riconosciuto il trattamento economico previsto dalla contrattazione nazionale vigente.

3. Nel caso di impedimento o assenza del Direttore Generale le funzioni sono svolte dal Vice Direttore nominato dal Comitato Direttivo.

4. Il Direttore Generale svolge tutti le funzioni riservate dalle leggi vigenti alla dirigenza generale che dalla legge e dallo statuto non siano riservate agli organi del Consorzio.

In particolare compete certamente al Direttore Generale:

- a) l'adozione di atti che impegnano il Consorzio verso l'esterno, che la legge e lo statuto non abbiano riservato agli Organi consortili;
  - b) la presidenza delle commissioni di gara e di concorso, salvo delega dello stesso ad altro dirigente;
  - c) la predisposizione e lo svolgimento dei procedimenti di appalto e di concorso, la stipulazione dei contratti e tutte le altre funzioni conferite ai dirigenti generali dalla legislazione vigente;
  - d) esprimere pareri non vincolanti su tutte le delibere degli Organi consortili;
  - e) sovrintendere agli uffici e provvedere alla disciplina del personale;
  - f) proporre ai competenti organi del Consorzio le soluzioni ed i provvedimenti che ritiene utili al conseguimento dei fini istituzionali;
  - g) partecipare alle riunioni dell'Assemblea Generale e del Comitato Direttivo dei quali può svolgere, a sua richiesta, le funzioni di segretario;
  - h) essere a capo del personale nei cui confronti adotta tutti gli atti di gestione;
  - i) indire la conferenza dei servizi ogni qual volta si debbano acquisire intese, concerti, nulla osta o assensi e comunque quando in una determinazione o provvedimento siano coinvolti interessi di più enti pubblici.
- La conferenza è regolata dalle disposizioni della legge 24 novembre 2000, n. 340.
5. Il Direttore Generale, già formalmente nominato ed in servizio all'entrata in vigore della legge regionale 24 dicembre 2001, n. 38, mantiene le funzioni sino alla normale cessazione del rapporto.

#### Art. 27

##### *Funzioni di vigilanza della Regione e poteri*

1. La vigilanza sull'attività del Consorzio è esercitata dalla Giunta Regionale, anche attraverso l'acquisizione delle necessarie informazioni dal Collegio dei Revisori dei Conti e tende a verificare il rispetto delle prescrizioni e degli indirizzi della programmazione



finanziario non ripianato dai soci consorziati, si provvede con successivo provvedimento del Presidente della Giunta Regionale, previa delibera della Giunta medesima, allo scioglimento e liquidazione del Consorzio.

5. I soci consorziati che ostacolano o ritardano la rinnovazione degli organi a seguito di scioglimento, previa diffida con termine di giorni quindici per adempiere, decadono dalla qualità di socio.

6. Nel caso in cui sia maturata la scadenza del Consorzio senza che si sia provveduto alla formale proroga, il Presidente della Giunta Regionale, su proposta dell'Assessore all'Industria o autonomamente, procede alla nomina di un Commissario Straordinario di liquidazione.

#### Art. 28

##### *Esercizio finanziario*

L'esercizio finanziario del Consorzio coincide con l'anno solare ed ha quindi inizio il 1 gennaio e termina il 31 dicembre.

#### Art. 29

##### *Norme transitorie*

Gli Enti già aderenti al Consorzio per l'Area di Sviluppo Industriale della Provincia di Reggio Calabria sottoscrivono le quote di fondo consortile di cui al precedente articolo 15 entro 30 giorni dalla data di richiesta formulata dal Commissario Straordinario.

Decorso il termine di cui al comma precedente senza che il socio confermi la sottoscrizione, lo stesso si intende rinunciario.

L'Assemblea Generale per la costituzione degli Organi è convocata a cura del Commissario Straordinario entro il termine di giorni 60 dalla pubblicazione del decreto del Presidente della Giunta Regionale che approva il presente Statuto.

#### Art. 30

##### *Rinvio*

Per quanto non previsto nel presente statuto si rinvia alle disposizioni di cui alla legge regionale 24 dicembre 2001, n. 38, nonché del Libro Quinto, Titolo X, Capo II del Codice Civile.

regionale, generale e di settore e della pianificazione territoriale e la funzionalità del Consorzio.

2. Nell'esercizio del potere di vigilanza il Presidente della Giunta Regionale, oltre ad esercitare il potere sostitutivo previsto negli articoli precedenti, su proposta dell'Assessore all'Industria o segnalazione del Dirigente Generale del Dipartimento dell'Industria, può:

- a) disporre ispezioni per accertare il regolare funzionamento del Consorzio;
- b) disporre, previa diffida, nei casi in cui non sia espressamente esclusa dallo statuto, che gli organi del Consorzio compiano gli atti resi obbligatori da disposizioni di legge e di regolamento, anche con la nomina di commissari ad acta;
- c) provvedere allo scioglimento degli organi del Consorzio nominando un Commissario Straordinario che compie ogni atto utile a ricostituirli entro il termine perentorio di sei mesi dalla nomina, nei seguenti casi:

1. per mancato funzionamento dell'Assemblea a causa della impossibilità di costituire, in almeno due sedute, il numero minimo per deliberare;
  2. per recesso di almeno due terzi dei soci;
  3. per il compimento da parte degli organi di gravi violazioni di legge e regolamenti;
  4. per inadempimenti reiterati su atti dovuti;
  5. per gravi irregolarità nella gestione, tale da pregiudicare le finalità dell'Ente;
  6. per disaccordo, persistente tra gli organi, di tale entità da pregiudicare l'operatività degli stessi e il raggiungimento delle finalità dell'Ente;
- d) accertata, in sede di approvazione del bilancio consuntivo, una perdita d'esercizio pari o superiore all'ammontare del fondo consortile desunto dall'ultimo bilancio approvato, disporre lo scioglimento degli organi consortili e la nomina di un Commissario Straordinario.
3. Nei casi di cui ai punti c.3), c.4), c.5) e c.6) del comma 2, previa istruttoria diretta ad accertare i fatti e gli atti, è formulata, a cura del Presidente della Giunta Regionale, diffida a rinnovare i comportamenti ed a ritirare gli atti entro dieci giorni ed in caso di mancata ottemperanza si provvede allo scioglimento ed alla nomina di un Commissario Straordinario che provvede a rinnovare gli organi entro il termine perentorio di sei mesi. Le persone, facenti parte degli organi sciolti, che hanno dato occasione ai fatti oggetto dello scioglimento non possono essere nuovamente nominate.

4. Nei casi in cui non è possibile rinnovare gli organi per la mancata collaborazione di almeno la metà dei soci consorziati e nel caso in cui dovesse verificarsi dissesto economico e



## MODALITÀ PER LE INSERZIONI

Il prezzo degli annunci da inserire nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria è di euro 2 per ciascuna linea di scrittura o frazione o di un massimo di sei gruppi di cifre per ogni linea dell'annuncio originale comunicato per la inserzione.

Ogni linea di scrittura dell'originale non può contenere in ogni caso più di 28 sillabe.

Tali annunci debbono essere scritti in originale su carta legale del valore corrente ed ogni copia su carta uso bollo (stesse caratteristiche dovranno avere anche i testi scritti con computer al fine di poterne stabilire la giusta tariffa), salvo quelli pubblicati nell'interesse esclusivo dello Stato o della Regione per i quali è prescritto l'uso della carta uso bollo sia per l'originale che per la copia.

Per questi e per gli altri, la cui gratuità è dichiarata per legge, è accordata la esenzione dal pagamento di ogni diritto per l'inserzione.

Il testo dell'inserzione, riprodotto a mezzo di computer, ai fini dell'individuazione della tariffa, dovrà essere redatto su righe aventi la medesima estensione della carta bollata.

I prospetti e gli elenchi contenenti cifre, vengono riprodotti, compatibilmente con le esigenze tipografiche, conformemente al testo originale, sempre con un massimo di sei gruppi per ogni linea del testo originale.

Il prezzo degli annunci richiesti per corrispondenza, deve essere versato a mezzo del conto corrente postale n. 251884 - intestato al Bollettino Ufficiale della Regione Calabria, indicando a tergo del certificato di allibramento la causale del versamento e n. d'inserzione.

L'Amministrazione non risponde dei ritardi causati dalla omissione di tale indicazione.

### AVVISO AGLI INSERZIONISTI

*Tutti gli avvisi dei quali si richiede la pubblicazione devono pervenire alla Direzione del Bollettino Ufficiale, inviati per posta o presentati a mano, almeno dieci giorni prima di quello della pubblicazione della puntata nella quale si vuole siano inseriti. Gli ordinativi pervenuti in ritardo verranno inseriti nel numero ordinario immediatamente successivo.*

*Gli stessi devono riportare, in calce all'originale, la firma per esteso della persona responsabile, con l'indicazione, ove occorra, della qualifica o carica sociale.*

*Le generalità del firmatario devono essere riportate scritte a macchina o stampatello.*

*In caso contrario, non si assumono responsabilità, per l'eventuale inesatta interpretazione.*

*Se l'annuncio da inserire viene inoltrato per posta, la lettera di accompagnamento debitamente firmata, deve riportare anche il preciso indirizzo del richiedente nonché gli estremi del pagamento effettuato (data, importo e mezzo del versamento).*

*Se invece, la richiesta viene fatta presso gli Uffici della Direzione da apposito incaricato, quest'ultimo deve dimostrare di essere stato delegato a richiedere l'inserzione.*

*Per gli avvisi giudiziari è necessario che il relativo testo sia accompagnato dalla copia autenticata o fotostatica del provvedimento emesso dall'Autorità competente.*

*Tale adempimento non è indispensabile per gli avvisi già visti dalla predetta autorità.*

#### **Vendita:**

fascicolo ordinario di Parti I e II costo pari ad € 2,00; numero arretrato € 4,00;

fascicolo di supplemento straordinario:

prezzo di copertina pari ad € 1,50 ogni 32 pagine.

fascicolo di Parte III costo pari ad € 1,50; numero arretrato € 3,00.

#### **Prezzi di abbonamento:**

Parti I e II: abbonamento annuale € 75,00;

Parte III: abbonamento annuale € 35,00.

#### **Condizioni di pagamento:**

Il canone di abbonamento deve essere versato a mezzo di conto corrente postale n. 251884 intestato al «Bollettino Ufficiale della Regione Calabria» – 88100 Catanzaro, entro trenta giorni precedenti la sua decorrenza specificando nella causale, in modo chiaro, i dati del beneficiario dell'abbonamento – cognome e nome (o ragione sociale), indirizzo completo di c.a.p. e Provincia – scritti a macchina o stampatello. **La fotocopia della ricevuta postale del versamento del canone di abbonamento, deve essere inviata all'Amministrazione del B.U.R. - Calabria – Via Orsi – 88100 Catanzaro.**

I fascicoli disguidati saranno inviati solo se richiesti alla Direzione del Bollettino Ufficiale entro trenta giorni dalla data della loro pubblicazione.