



Consiglio regionale della Calabria

DOSSIER

PL n. 120/12

di iniziativa del Consigliere F. MANCUSO, P. CAPUTO, M. COMITO recante:
"Riconoscimento dei maggiori oneri derivanti dall'emergenza COVID-19
sostenuti dagli erogatori privati accreditati, nel triennio 2020-2022, e
liquidazione dei conseguenti ristori economici"
relatore: M. COMITO;

DATI DELL'ITER

NUMERO DEL REGISTRO DEI PROVVEDIMENTI	
DATA DI PRESENTAZIONE ALLA SEGRETERIA DELL'ASSEMBLEA	4/11/2022
DATA DI ASSEGNAZIONE ALLA COMMISSIONE	4/11/2022
COMUNICAZIONE IN CONSIGLIO	
SEDE	MERITO
PARERE PREVISTO	Il Comm.
NUMERO ARTICOLI	

Testo del Provvedimento

Proposta di legge n. 120/XII pag. 5
"Riconoscimento dei maggiori oneri derivanti dall'emergenza COVID-19 sostenuti dagli erogatori privati accreditati, nel triennio 2020-2022, e liquidazione dei conseguenti ristori economici"

Normativa citata

Legge 18 febbraio 2022, n. 11 (art. 1, comma 1) pag. 16
"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 dicembre 2021, n. 221, recante proroga dello stato di emergenza nazionale e ulteriori misure per il contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19."

Legge 30 dicembre 2020 , n. 178 (art. 1, comma 495) pag. 33
"Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023"

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 , n. 502 (art. 8 quinquies) pag. 57
"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421."

DECRETO-LEGGE 24 dicembre 2021 , n. 221 pag. 60
"Proroga dello stato di emergenza nazionale e ulteriori misure per il contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19."

DECRETO-LEGGE 19 maggio 2020 , n. 34 (art. 1 ter, comma 3) pag. 88
"Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19."

DECRETO-LEGGE 19 maggio 2020 , n. 34 (art. 4, comma 5 bis) pag. 90
"Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19."

DECRETO-LEGGE 28 ottobre 2020 , n. 137 pag. 95
"Ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19."

DECRETO-LEGGE 9 novembre 2020 , n. 149 (art. 9) pag. 243
"Ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese e giustizia, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19."

Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (art. 44) pag. 244
"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"

Ordinanza del Ministro della Salute del 29 settembre 2022 pag. 281

"Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'epidemia da COVID-19 concernenti l'utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie"

Delibera Consiglio dei ministri 31 gennaio 2020 pag. 283

"Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili"

DCA n. 81 del 22 luglio 2016 pag. 285

"PROGRAMMA OPERATIVO 2016-2018, Intervento 2.3.1.1 "Autorizzazioni E Accreditamento" - Approvazione Nuovo regolamento Attuativo della L.R. n. 24/2008 - Approvazione nuovi Manuali di Autorizzazione e nuovi Manuali di Accreditamento."

DCA n. 81 Allegato 1 - Requisiti Comuni e Generali e Glossario pag. 291

"Requisiti Generali Comuni a tutte le Strutture Sanitarie e agli Studi medici, odontoiatrici e delle altre professioni sanitarie - Glossario"

DCA n. 81 Allegato 4 - Requisiti di Autorizzazione delle Strutture pag. 313

"Requisiti specifici delle strutture territoriali extraospedaliere sanitarie e socio-sanitarie residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, domiciliari, riabilitative, per le dipendenze patologiche e della salute mentale"

DCA n. 15 del 04 febbraio 2016 pag. 388

"OGGETTO: Programma operativo 2013-2015 - Azione/Intervento P7.1.3) - Definizione delle tariffe provvisorie a seguito della modifica del Regolamento Regionale n. 13/2009;"

Normativa regionale

DCA n.14 del 25.02.2022 pag. 405

"Modifica al DCA n. 81 del 22 luglio 2016 "Autorizzazioni e Accreditamento-Approvazione nuovo Regolamento attuativo della L.R. n. 24/2008"

Normativa comparata

Deliberazione Giunta regionale n. 477 del 29 aprile 2022 - Veneto pag. 410

"Riconoscimento dei maggiori oneri derivanti dall'emergenza COVID-19 sostenuti dagli erogatori privati accreditati, nel biennio 2020-2021, e quantificazione dei conseguenti ristori economici."

Deliberazione Giunta regionale n. 673 del 07 giugno 2022 - Veneto pag. 418

"Deliberazione n. 477 del 29 aprile 2022 "Riconoscimento dei maggiori oneri derivanti dall'emergenza COVID-19 sostenuti dagli erogatori privati accreditati, nel biennio 2020-2021, e quantificazione dei conseguenti ristori economici". Determinazioni."

Deliberazione Giunta regionale N° XI / 6488 Seduta del 13/06/2022- Lombardia pag. 420

"DETERMINAZIONI RELATIVE ALLA STRUTTURE SANITARIE"

*PRIVATE ACCREDITATE A CONTRATTO NEL QUADRO DELLE
NORME NAZIONALI CHE HANNO DISPOSTO CONTRIBUTI A
RISTORO PER L'EMERGENZA COVID-19 – ESERCIZIO 2021"*



Consiglio regionale della Calabria

PROPOSTA di LEGGE recante: **“Riconoscimento dei maggiori oneri derivanti dall’emergenza COVID-19 sostenuti dagli erogatori privati accreditati, nel triennio 2020-2022, e liquidazione dei conseguenti ristori economici”**, di iniziativa dei Consiglieri, On.le Filippo Mancuso, On.le Pierluigi Caputo, On.le Michele Comito

f.to On.le Filippo Mancuso

f.to On.le Pierluigi Caputo

f.to On.le Michele Comito



Consiglio regionale della Calabria

PROPOSTA di LEGGE recante: “Riconoscimento dei maggiori oneri derivanti dall’emergenza COVID-19 sostenuti dagli erogatori privati accreditati, nel triennio 2020-2022, e liquidazione dei conseguenti ristori economici”, di iniziativa dei Consiglieri, On.le Filippo Mancuso, On.le Pierluigi Caputo, On.le Michele Comito

Relazione illustrativa

Con il presente provvedimento si procede a riconoscere agli erogatori privati accreditati e contrattualizzati, per gli anni 2020, 2021 e 2022, in ragione dell’attività sanitaria per la quale sono accreditati, i finanziamenti scaturenti dalle disposizioni nazionali che hanno previsto misure di contrasto della pandemia e di potenziamento del Servizio Sanitario finalizzati a fronteggiare l’emergenza COVID-19 e le sue conseguenze.

Con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 è stato dichiarato lo stato di emergenza su tutto il territorio nazionale. Lo stato di emergenza è stato successivamente prorogato, con vari atti, per ultimo al 31 marzo 2022, con decreto-legge 24 dicembre 2021 n. 221, convertito in legge, con modificazioni, dall’art. 1, comma 1, della Legge 18 febbraio 2022, n. 11. Le limitazioni e gli obblighi in capo alle strutture sanitarie continuano ad essere previsti e, per ultima, l’Ordinanza del Ministro della Salute del 29/09/2022 ha sancito l’obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie ai lavoratori, agli utenti e ai visitatori delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali, comprese le strutture di ospitalità e lungodegenza, le residenze sanitarie assistenziali, gli hospice, le strutture riabilitative, le strutture residenziali per anziani, anche non autosufficienti, e comunque le strutture residenziali di cui all'articolo 44 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, fino al 31 ottobre 2022.

Durante il periodo emergenziale, quindi, si sono susseguiti numerosi atti – sia a livello nazionale che regionale, ed attualmente continuano ad esserne adottati ulteriori, anche dalle singole Aziende Sanitarie Provinciali - aventi carattere urgente e straordinario, volti a contenere gli effetti dei contagi.

L’emanazione di questi provvedimenti restrittivi comporta, per gli erogatori privati accreditati, da un lato un aumento considerevole dei costi e, dall’altro, una notevole riduzione dei ricavi.

Infatti, le strutture sanitarie private accreditate devono sopportare i maggiori costi connessi agli adeguamenti strutturali ed organizzativi specificamente previsti dalla sopravvenuta normativa emergenziale di riferimento, oltre a quelli relativi all’obbligatoria acquisizione della dotazione di Dispositivi di Protezione Individuale. Conseguentemente le Strutture sanitarie private accreditate hanno, loro malgrado, dovuto sopportare tutti i relativi costi connessi alla dotazione di d.p.i. e dagli adeguamenti

strutturali ed organizzativi specificamente previsti dalla sopravvenuta normativa emergenziale di riferimento. Detti aggravii di spesa sono stati e continuano ad essere a totale carico degli erogatori privati, dal momento che questi ultimi sottoscrivono con le ASP di appartenenza rituali contratti di acquisto per prestazioni ex art. 8-quinquies del D. Lgs. 502/92; tali contratti rispondono alla disciplina dettata dal DCA 81/2016 (riguardante i requisiti strutturali ed organizzativi) e dalla tariffa di riferimento che è quella contenuta nel DCA 15/2016 (a tutt'oggi rimasto immutato). Detti Decreti commissariali non potevano certamente prevedere costi da Covid-19, con la conseguenza che gli Erogatori hanno dovuto subire per legge ulteriori imposizioni derivanti dalle norme di prevenzione e contenimento del Covid-19 che hanno generato un forte aggravio di spesa in capo a questi ultimi e del tutto imprevisi ed imprevedibili. A titolo esemplificativo si pensi ai costi di adeguamento dei locali con barriere protettive, alla realizzazione di spazi e di percorsi dedicati ai pazienti affetti da coronavirus, alla ciclica sanificazione dei locali, all'effettuazione dei tamponi, all'acquisto di ventilatori e dispositivi speciali di prevenzione, oltre ai minori ricavi derivanti dall'isolamento dei pazienti e dalla riduzione dei posti letto in dotazione. A tutt'oggi i pazienti affetti da Covid-19 (asintomatici o con sintomi lievi) ricoverati presso le strutture private accreditate non vengono presi in carico dal Presidio ospedaliero pubblico, ad eccezione dei casi gravi, e, pertanto, rimangono presso dette Strutture, le quali si vedono costrette ad applicare tutti i predetti protocolli di legge, con conseguenti ulteriori costi. Le strutture private accreditate del comparto sanitario, in tale contesto, durante la pandemia hanno dovuto fare fronte alla diminuzione delle entrate causata da una forte riduzione delle prestazioni erogate in convenzione.

Queste strutture, inoltre, hanno dovuto ottemperare, come tutti, alle disposizioni sul distanziamento, che ha ridotto ulteriormente la loro capacità ricettiva ed il numero degli ospiti facendo aumentare le spese di assistenza e diminuire le entrate.

La contrazione delle attività registrata dalle strutture sanitarie accreditate e contrattualizzate, rispetto ai volumi di prestazioni contrattualizzati, è scaturita dai provvedimenti di sospensione delle attività sanitarie o recanti misure per il distanziamento sociale e il contenimento della diffusione del virus, emanati dal Governo centrale e dalla Regione durante la pandemia, che hanno determinato la progressiva riduzione delle presenze. Tutte le misure restrittive – ivi compresi i provvedimenti di chiusura temporanea, notoriamente adottati durante il periodo emergenziale - hanno determinato, pertanto, una sensibile diminuzione della produzione e del conseguente fatturato.

L'introduzione del contributo una tantum, per l'anno 2020, a cura del "Decreto Ristori bis".

Le conseguenze scaturenti da tali provvedimenti sono state affrontate, per l'esercizio 2020, dall'articolo 9 del Decreto-legge 9.11.2020, n. 149, c.d. "Decreto Ristori bis", rubricato "Prestazioni acquistate dal SSN da privati accreditati, che ha introdotto una specifica forma di ristoro per il 2020 (cosiddetto contributo una tantum) in favore delle strutture sanitarie private accreditate che erogano prestazioni sanitarie per conto e con oneri a carico del S.S.N., sulla base di appositi contratti stipulati ai sensi dell'articolo 8-quinquies del Decreto Legislativo numero 502/1992, espressamente legato all'emergenza sanitaria. In particolare, l'art. 9 del Decreto Legge 9.11.2020, n. 149, ha modificato l'articolo 4 del Decreto Legge n. 34 del 19 maggio 2020, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, introducendo il comma 5-bis, con il quale ha previsto che *"Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano che, in funzione dell'andamento dell'emergenza Covid, hanno sospeso,*

anche per il tramite dei propri enti, le attività ordinarie, possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2020, fino a un massimo del 90 per cento del budget assegnato nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 stipulati per l'anno 2020, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale. Il predetto riconoscimento tiene conto, pertanto, sia delle attività ordinariamente erogate nel corso dell'anno 2020 di cui deve essere rendicontata l'effettiva produzione, sia, fino a concorrenza del predetto limite massimo del 90 per cento del budget, di un contributo una tantum legato all'emergenza in corso ed erogato dalle regioni e province autonome su cui insiste la struttura destinataria di budget, a ristoro dei soli costi fissi comunque sostenuti dalla struttura privata accreditata e rendicontati dalla stessa struttura che, sulla base di uno specifico provvedimento regionale, ha sospeso le attività previste dai relativi accordi e contratti stipulati per l'anno 2020. Resta fermo il riconoscimento, nell'ambito del budget assegnato per l'anno 2020, in caso di produzione del volume di attività superiore al 90 per cento e fino a concorrenza del budget previsto negli accordi e contratti stipulati per l'anno 2020, come rendicontato dalla medesima struttura interessata".

La norma riconosce un contributo una tantum a tutte le strutture private accreditate che in virtù di provvedimenti regionali abbiano sospeso, per effetto del COVID-19, le attività di ricovero e ambulatoriali contrattualizzate per l'anno 2020, consentendo alle Regioni e alle Province Autonome, in funzione dell'andamento epidemiologico, la possibilità di riconoscere loro, per lo stesso anno, fino ad un massimo del 90% del budget assegnato nell'ambito degli accordi e dei contratti stipulati per l'anno 2020. Tale riconoscimento tiene conto: a) delle attività ordinariamente erogate dalle strutture nel corso dell'anno 2020, di cui doveva essere rendicontata l'effettiva produzione; b) di un contributo una tantum legato all'emergenza ed erogato a ristoro dei soli costi fissi sostenuti (che sono stati ammessi al pagamento fino a concorrenza del predetto limite del 90% del budget); c) della sospensione dell'attività registrata dalle strutture in questione a causa di provvedimenti regionali espressamente adottati dalla Regione.

La conferma del contributo una tantum per l'anno 2021, prevista dall'art. 1 comma 495 della Legge 178/2020

La situazione, permanendo lo stato di emergenza, non è mutata per l'anno 2021, avendo l'articolo 1, comma 495 della legge n. 178 del 30.12.2020 confermato anche per quest'anno, il riconoscimento in favore delle strutture sanitarie accreditate e contrattualizzate, che a causa della pandemia hanno dovuto sospendere e/o ridurre la loro attività, del contributo-una tantum già concesso per il 2020.

L'articolo 1, comma 495 della legge 178 del 30.12.2020, in particolare, prevede che *"Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano che, in funzione dell'andamento dell'emergenza da COVID-19, hanno sospeso, anche per il tramite dei propri enti, le attività ordinarie possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2021 fino a un massimo del 90 per cento del budget assegnato nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, stipulati per l'anno 2021, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale. Il predetto riconoscimento tiene conto, pertanto, sia delle attività ordinariamente erogate nel corso dell'anno 2021 di cui deve essere*

rendicontata l'effettiva produzione, sia, fino a concorrenza del predetto limite massimo del 90 per cento del budget, di un contributo una tantum legato all'emergenza in corso ed erogato dalle regioni e province autonome nelle quali insiste la struttura destinataria di budget, a ristoro dei soli costi fissi comunque sostenuti dalla struttura privata accreditata e rendicontati dalla stessa struttura che, sulla base di uno specifico provvedimento regionale, ha sospeso le attività previste dai relativi accordi e contratti stipulati per l'anno 2021. Resta fermo il riconoscimento, nell'ambito del budget assegnato per l'anno 2021, in caso di produzione del volume di attività superiore al 90 per cento e fino a concorrenza del budget previsto negli accordi e contratti stipulati per l'anno 2021, come rendicontato dalla medesima struttura interessata.

La norma in questione ha carattere finanziario e di tutela dell'interesse pubblico al buon funzionamento delle strutture sanitarie convenzionate; con la conseguenza che la stessa espressione "... Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono riconoscere" va intesa nel senso che le Aziende Sanitarie Provinciali "debbono" riconoscere alle strutture sanitarie accreditate, un importo sino al 90% del "budget" nel caso in cui non abbiano raggiunto tale percentuale. Ne discende che il *contributo una tantum* a titolo di ristoro di cui all'articolo 1, comma 495, della Legge 178/2020 – risultando l'attività ordinaria delle strutture sanitarie fortemente incisa dagli interventi di riorganizzazione che vengono assunti in sede nazionale ed anche in sede regionale e locale, in base alla valutazione del rapporto rischio-benefico, – spetta alle strutture accreditate, contrattualizzate, per tutto il periodo di durata dell'emergenza sanitaria, in tutti i casi in cui abbiano registrato una limitazione o una contrazione dell'attività o delle tipologie di prestazioni erogabili tale da non consentirgli di raggiungere il 90% del budget assegnato, a prescindere dall'emanazione di specifici provvedimenti regionali o locali trattandosi d'un diritto soggettivo al relativo pagamento. Alla luce di quanto sopra il diritto ai ristori, da parte degli erogatori sanitari privati accreditati, è dovuto anche per l'annualità in corso, in considerazione delle continue proroghe degli obblighi all'utilizzo dei D.P.I. e delle limitazioni e restrizioni imposte sia a livello nazionale (vedi Ordinanze Ministro) che a livello territoriale (Disposizioni delle ASP).

Approvvigionamento di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) da parte delle strutture private accreditate.

L'articolo 1-ter, co. 3, del D. L. n. 34 del 19 maggio 2020, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, e s.i.m., equipara le strutture private accreditate ai presidi ospedalieri ai fini dell'accesso, con massima priorità, alle forniture dei dispositivi di protezione individuale e di ogni altro dispositivo o strumento utile alla gestione e al contenimento dell'emergenza epidemiologica da Covid-19. Analogamente per l'anno 2021, il D.L. 137/2020, convertito con modificazioni dalla Legge 18 dicembre 2020, n. 176, ha previsto misure a sostegno delle strutture private accreditate al fine di fronteggiare le criticità straordinarie derivanti dalla diffusione del virus Covid-19 e di facilitare la tempestiva acquisizione di dispositivi di protezione individuali idonei a prevenire il rischio di contagio nelle strutture private accreditate. La situazione si è perpetuata anche nell'anno 2022.

Qualora dette strutture si siano rifornite autonomamente di DPI, potranno procedere alla richiesta di rimborso presentando un rendiconto dettagliato alla propria azienda sanitaria provinciale.

Si rende, pertanto, necessario procedere con la massima urgenza al rimborso di tutte le spese di cui sopra, regolarmente sostenute e rendicontate, anche in considerazione del protrarsi delle infezioni da Covid-19 e della contingente grave crisi energetica che sta portando gli Erogatori privati al collasso economico-finanziario.

Relazione finanziaria

Quadro di riepilogo analisi economico finanziaria

(allegato a margine della relazione tecnico finanziaria art. 39 Statuto Regione Calabria)

Titolo della proposta di legge: “Riconoscimento dei maggiori oneri derivanti dall’emergenza COVID-19 sostenuti dagli erogatori privati accreditati, nel triennio 2020-2022, e liquidazione dei conseguenti ristori economici”.

Tab. 1 - Oneri finanziari:

	Descrizione spese	Tipologia I o C	Carattere temporale A o P	Importo
Art. 1	L’art. 1 prevede il riconoscimento dei maggiori oneri derivanti dall’emergenza COVID-19 sostenuti dagli erogatori privati accreditati, nel triennio 2020-2022, e liquidazione dei conseguenti ristori economici in attuazione di disposizioni statali.			0
Art. 2	L’art. 2 prevede la clausola di invarianza finanziaria in quanto			0

	dall'attuazione delle disposizioni della presente proposta di legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale. Tutti i costi da Covid-19 (D.P.I. e minor fatturato) da riconoscersi sin dall'inizio dell'emergenza pandemica e fino al perdurare di episodi riconducibili alla stessa trovano piena copertura finanziaria e, precisamente: - i maggiori oneri derivanti dall'emergenza COVID-19 sostenuti dagli erogatori privati accreditati, trovano copertura nelle erogazioni ministeriali rese in favore della Regione; - i ristori da minor fatturato non costituiscono aggravio di spesa, trattandosi di importi già precedentemente stanziati a copertura degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo			

	30 dicembre 1992, n. 502 per i rispettivi anni di riferimento e, pertanto, possono essere erogati alle strutture sanitarie private accreditate e contrattualizzate aventi diritto nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario regionale.			
Art. 3	L'art. 3, in ultimo, dispone l'entrata in vigore anticipata della legge, fissandola nel giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul BUR Calabria, invece che nell'ordinario termine dei 15 giorni dalla medesima pubblicazione.			0

Criteri di quantificazione degli oneri finanziari

Dall'attuazione delle disposizioni della presente proposta di legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

Tutti i costi da Covid-19 (D.P.I. e minor fatturato) da riconoscersi sin dall'inizio dell'emergenza pandemica e fino al perdurare di episodi riconducibili alla stessa trovano piena copertura finanziaria e, precisamente:

- i maggiori oneri derivanti dall'emergenza COVID-19 sostenuti dagli erogatori privati accreditati, trovano copertura nelle erogazioni ministeriali rese in favore della Regione;

- i ristori da minor fatturato non costituiscono aggravio di spesa, trattandosi di importi già precedentemente stanziati a copertura degli accordi e dei contratti di cui all’articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 per i rispettivi anni di riferimento e, pertanto, possono essere erogati alle strutture sanitarie private accreditate e contrattualizzate aventi diritto nel rispetto dell’equilibrio economico finanziario regionale.

Tab. 2 Copertura finanziaria:

Programma/ capitolo	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Totale
	//	//	//	//
Totale	//	//	//	//

PROPOSTA di LEGGE recante:

“Riconoscimento dei maggiori oneri derivanti dall'emergenza COVID-19 sostenuti dagli erogatori privati accreditati, nel triennio 2020/2022, e liquidazione dei conseguenti ristori economici”.

Art. 1

(Riconoscimento dei maggiori oneri derivanti dall'emergenza COVID-19 sostenuti dagli erogatori privati accreditati, nel triennio 2020/2022)

1. Entro il 31 dicembre 2022 il Dipartimento regionale “Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari” e le Aziende sanitarie provinciali (ASP) applicano, in maniera uniforme su tutto il territorio regionale e ognuno per la parte di propria competenza, quanto previsto dall'articolo 4, comma 5-bis del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 (Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19), convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, e dall'articolo 1, comma 495, della legge 30 dicembre 2020, n. 178 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023). Il Dipartimento regionale “Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari”, tramite le ASP, corrisponde agli erogatori privati accreditati, per gli esercizi 2020, 2021 e 2022, previa verifica della relativa rendicontazione, i ristori relativi alla minore erogazione di prestazioni sanitarie dovuta alle limitazioni imposte dalle disposizioni nazionali e regionali, nei limiti del 90 per cento del minore fatturato rispetto al contratto sottoscritto per l'anno di riferimento, e un contributo una tantum – per ciascuno degli esercizi di riferimento (2020, 2021 e 2022) - a ristoro dei soli costi fissi comunque sostenuti dalla struttura privata accreditata e rendicontati dalla stessa struttura, anche in virtù dell'articolo 1-ter, comma 3, del decreto-legge 34/2020 convertito dalla legge 77/2020.

2. Entro il 31 dicembre 2022 il Dipartimento “Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari” e le ASP applicano, in maniera uniforme su tutto il territorio regionale e ognuno per la parte di propria competenza, quanto previsto dall'articolo 1-ter, comma 3, del decreto-legge 34/2020, convertito dalla legge 77/2020, e dal decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137 (Ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19), convertito, con modificazioni, dalla legge 18 dicembre 2020, n. 176, corrispondendo agli erogatori privati accreditati, per gli esercizi 2020, 2021 e 2022, previa verifica della relativa rendicontazione, i ristori relativi ai costi sostenuti per l'acquisto dei necessari dispositivi di protezione individuale, oltre che per le attività di sanificazione e per le misure attivate ai fini della mitigazione della pandemia.

Art. 2

(Clausola di invarianza finanziaria)

1. Dall'applicazione della presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

Art. 3

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino ufficiale telematico della regione Calabria.

f.to On.le Filippo Mancuso

f.to On.le Pierluigi Caputo

f.to On.le Michele Comito

**LEGGE 18 febbraio 2022 , n. 11**

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 dicembre 2021, n. 221, recante proroga dello stato di emergenza nazionale e ulteriori misure per il contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19. (22G00018)

Vigente al : 7-11-2022

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Promulga

la seguente legge:

Art. 1

1. Il [decreto-legge 24 dicembre 2021, n. 221](#), recante proroga dello stato di emergenza nazionale e ulteriori misure per il contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19, e' convertito in legge con le modificazioni riportate in allegato alla presente legge.

2. Il [decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 229](#), e' abrogato. Restano validi gli atti e i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base del medesimo [decreto-legge n. 229 del 2021](#).

3. Il [decreto-legge 22 gennaio 2022, n. 2](#), e' abrogato. Restano validi gli atti e i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base del medesimo [decreto-legge n. 2 del 2022](#).

4. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sara' inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica

italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addi' 18 febbraio 2022

MATTARELLA

Draghi, Presidente del Consiglio
dei ministri

Speranza, Ministro della salute

Visto, il Guardasigilli: Cartabia

Allegato

MODIFICAZIONI APPORTATE IN SEDE DI CONVERSIONE AL DECRETO-LEGGE 24
DICEMBRE 2021, N. 221

All'articolo 2:

il comma 2 e' sostituito dal seguente:

«2. Al [decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 14 luglio 2020, n. 74](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 1, dopo il comma 7 sono inseriti i seguenti:

"7-bis. La misura della quarantena precauzionale di cui al comma 7 non si applica a coloro che, nei centoventi giorni dal completamento del ciclo vaccinale primario o dalla guarigione o successivamente alla somministrazione della dose di richiamo, hanno avuto contatti stretti con soggetti confermati positivi al COVID-19. Ai soggetti di cui al primo periodo e' applicato il regime dell'autosorveglianza, consistente nell'obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2 fino al decimo giorno successivo alla data dell'ultimo contatto stretto con soggetti confermati positivi al COVID-19 e di effettuare un test antigenico rapido o molecolare per la rilevazione dell'antigene SARS-CoV-2 alla prima comparsa dei sintomi e, se ancora sintomatici, al quinto giorno successivo alla data dell'ultimo contatto.

7-ter. Con circolare del Ministero della salute sono definite le modalita' attuative dei commi 6 e 7 sulla base dei criteri stabiliti dal Comitato tecnico-scientifico di cui all'ordinanza del Capo del [Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020](#). La cessazione del regime di quarantena di cui ai commi 6 e 7 consegue all'esito negativo di un test antigenico rapido o molecolare per la rilevazione dell'antigene SARS-CoV-2, effettuato anche presso centri privati a cio' abilitati. In quest'ultimo caso, la trasmissione, con modalita' anche elettroniche, al dipartimento di prevenzione territorialmente competente del referto con esito negativo determina la cessazione del regime di quarantena";

b) all'articolo 3, comma 1, le parole: "31 dicembre 2021" sono sostituite dalle seguenti: "31 marzo 2022"».

All'articolo 3:

al comma 1, lettera a), le parole: «al comma 3: al primo e secondo» sono sostituite dalle seguenti: «al comma 3, primo e secondo».

Dopo l'articolo 3 e' inserito il seguente:

«Art. 3-bis (Certificazioni verdi COVID-19). - 1. All'[articolo 9, comma 1, del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) l'alinea e' sostituito dal seguente: "Ai fini della normativa emergenziale connessa al rischio sanitario della diffusione degli agenti virali da COVID-19, valgono le seguenti definizioni:";

b) dopo la lettera a) sono inserite le seguenti:

"a-bis) certificazione verde COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test, cosiddetto green pass base: una delle certificazioni di cui al comma 2;

a-ter) certificazione verde COVID-19 da vaccinazione o guarigione, cosiddetto green pass rafforzato: una delle certificazioni comprovanti lo stato di avvenuta vaccinazione per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2, di cui al comma 2, lettera a), ovvero l'avvenuta guarigione dalla predetta infezione, di cui al comma 2, lettere b) e c-bis)".».

All'articolo 4:

al comma 1, dopo le parole: «decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 2 marzo 2021,» sono inserite le seguenti: «[pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 52 del 2 marzo 2021](#), »;

il comma 2 e' sostituito dal seguente:

«2. All'[articolo 5 del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), dopo il comma 3 e' aggiunto il seguente:

"3-bis. Dal 25 dicembre 2021 fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, per gli spettacoli aperti al pubblico che si svolgono al chiuso o all'aperto in sale teatrali, sale da concerto, sale cinematografiche, locali di intrattenimento e musica dal vivo e in altri locali assimilati, nonche' per gli eventi e le competizioni sportivi che si svolgono al chiuso o all'aperto, e' fatto obbligo di indossare i dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2. Nei suddetti luoghi, ad esclusione dei servizi di ristorazione svolti da qualsiasi esercizio, e per il medesimo periodo di tempo di cui al primo periodo e' vietato il consumo di cibi e bevande al chiuso"»;

il comma 3 e' soppresso.

Dopo l'articolo 4 sono inseriti i seguenti:

«Art. 4-bis (Misure urgenti in materia di personale sanitario). - 1. All'[articolo 13, comma 1, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), le parole: "purche' impegnate nell'emergenza da COVID-19" sono

sostituite dalle seguenti: "interessate direttamente o indirettamente nell'emergenza da COVID-19".

Art. 4-ter (Contenimento dei prezzi dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie e istituzione del tavolo tecnico per i dispositivi medici e di protezione individuali). - 1. Il Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19, consultate le associazioni di categoria maggiormente rappresentative dei produttori di dispositivi di protezione individuale e considerati i prezzi mediamente praticati alle farmacie e ai rivenditori, definisce, d'intesa con il Ministro della salute, un protocollo d'intesa con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative delle stesse farmacie e degli altri rivenditori autorizzati al fine di assicurare, fino al 31 marzo 2022 e senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica, la vendita di dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2 a prezzi contenuti. Il Commissario straordinario monitora l'andamento dei prezzi dei dispositivi di protezione di cui al primo periodo e riferisce al Governo.

2. Al fine di garantire un adeguato livello di protezione della popolazione e di ridurre il rischio di contagio, con decreto di natura non regolamentare del Ministro dello sviluppo economico, da emanare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, e' istituito presso il medesimo Ministero un tavolo tecnico con il compito di procedere all'adozione e alla pianificazione degli interventi in materia di salute e sicurezza relativi ai dispositivi medici e di protezione individuale, anche in considerazione delle nuove varianti virali. Il tavolo tecnico e' presieduto dal Ministro dello sviluppo economico ed e' composto da rappresentanti del Ministero della salute, dell'Istituto superiore di sanita', delle associazioni di categoria maggiormente rappresentative dei produttori e dei distributori di dispositivi medici e di protezione individuale, da un rappresentante del Ministro per gli affari regionali e le autonomie, nonche' da un rappresentante del Comitato tecnico-scientifico di cui all'ordinanza del Capo del [Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020](#).

3. All'attuazione delle attivita' di cui al comma 2 le amministrazioni provvedono con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. La partecipazione alle attivita' del tavolo tecnico di cui al comma 2 non da' diritto a compensi, gettoni, emolumenti, indennita' o rimborsi di spese di qualunque natura o comunque denominati».

L'articolo 5 e' sostituito dai seguenti:

«Art. 5 (Impiego delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test, cosiddetto green pass base). - 1. All'[articolo 9-bis del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#),

convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il comma 1 e' sostituito dal seguente:

"1. Fino al 31 marzo 2022, termine di cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, e' consentito sull'intero territorio nazionale esclusivamente ai soggetti muniti di una delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test, cosiddetto green pass base, l'accesso ai seguenti servizi e attivita', nel rispetto della disciplina della zona bianca e dei protocolli e delle linee guida adottati ai sensi dell'[articolo 1, comma 14, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 14 luglio 2020, n. 74](#):

a) mense e catering continuativo su base contrattuale;

b) concorsi pubblici;

c) corsi di formazione pubblici e privati, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9-ter.1 del presente decreto e dall'[articolo 4-ter del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 maggio 2021, n. 76](#)";

b) i commi 2 e 2-bis sono abrogati;

c) al comma 4, al primo periodo, le parole: "ai commi 1 e 2-bis" e "ai medesimi commi 1 e 2-bis" sono sostituite rispettivamente dalle seguenti: "al comma 1" e "al medesimo comma 1" e il terzo e il quarto periodo sono soppressi;

d) la rubrica e' sostituita dalla seguente: "Impiego delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test, cosiddetto green pass base".

Art. 5-bis (Impiego delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione o guarigione, cosiddetto green pass rafforzato). - 1. Dopo l'[articolo 9-bis del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), e' inserito il seguente:

"Art. 9-bis.1 (Impiego delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione o guarigione, cosiddetto green pass rafforzato). - 1. Fino al 31 marzo 2022, sull'intero territorio nazionale, e' consentito esclusivamente ai soggetti in possesso delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione o guarigione, cosiddetto green pass rafforzato, l'accesso ai seguenti servizi e attivita', nel rispetto della disciplina della zona bianca e dei protocolli e delle linee guida adottati ai sensi dell'[articolo 1, comma 14, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 14 luglio 2020, n. 74](#):

a) servizi di ristorazione svolti al banco o al tavolo, all'aperto o al chiuso, da qualsiasi esercizio di cui all'articolo 4, a eccezione delle mense e del catering continuativo su base contrattuale, ai quali si applicano le disposizioni di cui all'articolo 9-bis;

b) alberghi e altre strutture ricettive, nonche' servizi di ristorazione prestati all'interno degli stessi anche se riservati ai

clienti ivi alloggiati;

c) musei, altri istituti e luoghi della cultura e mostre, di cui all'articolo 5-bis;

d) piscine, centri natatori, palestre, sport di squadra e di contatto, centri benessere, anche all'interno di strutture ricettive, di cui all'articolo 6, per le attività che si svolgono al chiuso e all'aperto, nonché spazi adibiti a spogliatoi e docce, con esclusione dell'obbligo di certificazione per gli accompagnatori delle persone non autosufficienti in ragione dell'età o di disabilità;

e) sagre e fiere, convegni e congressi;

f) centri termali, salvo che per gli accessi necessari all'erogazione delle prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza e allo svolgimento di attività riabilitative o terapeutiche, parchi tematici e di divertimento;

g) centri culturali, centri sociali e ricreativi, di cui all'articolo 8-bis, comma 1, per le attività che si svolgono al chiuso e all'aperto e con esclusione dei centri educativi per l'infanzia, compresi i centri estivi, e le relative attività di ristorazione;

h) feste comunque denominate, conseguenti e non conseguenti alle cerimonie civili o religiose, nonché eventi a queste assimilati;

i) attività di sale gioco, sale scommesse, sale bingo e casino', di cui all'articolo 8-ter;

l) impianti di risalita con finalità turistico-commerciale, anche se ubicati in comprensori sciistici;

m) partecipazione, nel pubblico, agli spettacoli aperti al pubblico, nonché agli eventi e alle competizioni sportivi, di cui all'articolo 5;

n) attività che abbiano luogo in sale da ballo, discoteche e locali assimilati di cui all'articolo 5;

o) partecipazione, nel pubblico, a cerimonie pubbliche.

2. Le disposizioni di cui al comma 1 non si applicano ai soggetti di età inferiore ai dodici anni e ai soggetti esenti dalla campagna vaccinale sulla base di idonea certificazione medica rilasciata secondo i criteri definiti con circolare del Ministero della salute. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, adottato di concerto con i Ministri della salute, per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale e dell'economia e delle finanze, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, sono individuate le specifiche tecniche per trattare in modalità digitale le predette certificazioni, al fine di consentirne la verifica digitale, assicurando contestualmente la protezione dei dati personali in esse contenuti.

3. I titolari o i gestori dei servizi e delle attività di cui al comma 1 sono tenuti a verificare che l'accesso ai predetti servizi e attività avvenga nel rispetto delle prescrizioni di cui al medesimo comma 1. Le verifiche delle certificazioni verdi COVID-19 sono

effettuate con le modalita' indicate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri adottato ai sensi dell'articolo 9, comma 10. Nel caso di sagre e fiere locali che si svolgano all'aperto, in spazi privi di varchi di accesso, gli organizzatori informano il pubblico, con apposita segnaletica, dell'obbligo del possesso della certificazione verde COVID-19 prescritta ai sensi del comma 1, lettera e), per l'accesso all'evento. In caso di controlli a campione, le sanzioni di cui all'articolo 13 si applicano al solo soggetto privo di certificazione e non anche agli organizzatori che abbiano rispettato gli obblighi informativi.

4. Il Ministro della salute con propria ordinanza puo' definire eventuali misure necessarie in fase di attuazione del presente articolo".

2. Al [decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 5:

1) al comma 1:

1.1) al primo periodo, le parole: ", e l'accesso e' consentito esclusivamente ai soggetti muniti di una delle certificazioni verdi COVID-19 di cui all'articolo 9, comma 2" sono soppresse;

1.2) al terzo periodo, le parole: "l'accesso agli spettacoli aperti al pubblico in sale teatrali, sale da concerto, sale cinematografiche, locali di intrattenimento e musica dal vivo e in altri locali o spazi anche all'aperto e' consentito esclusivamente ai soggetti muniti di una delle certificazioni verdi COVID-19 di cui all'articolo 9, comma 2, e" sono soppresse;

1.3) sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: "In zona bianca sono consentite le feste popolari e le manifestazioni culturali all'aperto, anche con modalita' itinerante e in forma dinamica, riconosciute di notevole interesse culturale ai sensi del [codice dei beni culturali e del paesaggio](#), di cui al [decreto legislativo 22 gennaio 2004, n. 42](#). Gli organizzatori producono all'autorita' competente ad autorizzare l'evento la documentazione concernente le misure adottate per la prevenzione della diffusione del contagio da COVID-19 ai fini dell'inoltro alla Commissione di cui all'[articolo 80 del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza](#), di cui al [regio decreto 18 giugno 1931, n. 773](#)";

2) al comma 1-bis, secondo periodo, le parole: "esclusivamente ai soggetti muniti di una delle certificazioni verdi COVID-19 di cui all'articolo 9, comma 2," sono soppresse;

3) al comma 2, il terzo periodo e' sostituito dal seguente: "In zona bianca, la capienza consentita non puo' essere superiore al 75 per cento all'aperto e al 60 per cento al chiuso rispetto a quella massima autorizzata";

b) all'articolo 7, il comma 2 e' abrogato;

c) all'articolo 9, comma 10-bis, dopo la parola: "9-bis," e'

inserita la seguente: "9-bis.1,";

d) all'articolo 13, comma 1:

1) al primo periodo, le parole: "e 9-bis" sono sostituite dalle seguenti: ", 9-bis e 9-bis.1";

2) al terzo periodo, dopo le parole: "dell'articolo 9-bis" sono inserite le seguenti: ", al comma 3 dell'articolo 9-bis.1 e al comma 3-bis dell'articolo 5";

3) al quarto periodo, le parole: "e al possesso di una delle certificazioni verdi COVID-19 di cui all'articolo 9, comma 2" sono sostituite dalle seguenti: "e all'articolo 9-bis.1, comma 1, lettere m), n) e o), in relazione al possesso di una delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione o guarigione, cosiddetto green pass rafforzato".

Art. 5-ter (Impiego delle certificazioni verdi COVID-19 per l'accesso in ambito scolastico e della formazione superiore). - 1. Al [decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) l'articolo 9-ter e' abrogato;

b) all'articolo 9-ter.1:

1) al comma 1:

1.1) il primo periodo e' sostituito dal seguente: "Fino al 31 marzo 2022, termine di cessazione dello stato di emergenza, al fine di tutelare la salute pubblica, chiunque accede alle strutture del sistema nazionale di istruzione, delle scuole non paritarie, dei servizi educativi per l'infanzia di cui all'[articolo 2 del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 65](#), dei centri provinciali per l'istruzione degli adulti, dei sistemi regionali di istruzione e formazione professionale e dei sistemi regionali che realizzano i percorsi di istruzione e formazione tecnica superiore e degli istituti tecnici superiori deve possedere ed e' tenuto a esibire la certificazione verde COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test, cosiddetto green pass base";

1.2) dopo il secondo periodo e' aggiunto il seguente: "Resta fermo quanto previsto dall'[articolo 4-ter, comma 1, lettera a\), del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 maggio 2021, n. 76](#)";

2) il comma 3 e' sostituito dal seguente:

"3. Il rispetto delle prescrizioni di cui al comma 1 e' verificato dai responsabili delle istituzioni di cui al medesimo comma o da altro personale da questi a tal fine delegato. Le verifiche delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test, cosiddetto green pass base, sono effettuate a campione, secondo modalita' di controllo che non consentono la visibilita' delle informazioni che ne hanno determinato l'emissione, compreso l'utilizzo dell'applicazione mobile prevista dall'[articolo 13 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 17 giugno 2021, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 143 del 17 giugno 2021](#). Nel

caso in cui l'accesso alle strutture sia motivato da ragioni di servizio o di lavoro, la verifica del rispetto delle disposizioni di cui al comma 1, oltre che, a campione, dai soggetti di cui al primo periodo del presente comma, deve essere effettuata anche dai rispettivi datori di lavoro o dai loro delegati";

3) dopo il comma 4 e' aggiunto il seguente:

"4-bis. Nei casi in cui la certificazione verde COVID-19 di cui al comma 1 non sia stata generata e non sia stata rilasciata all'avente diritto in formato cartaceo o digitale, le disposizioni di cui al comma 1 si intendono comunque rispettate a seguito della presentazione da parte dell'interessato di un certificato rilasciato dalla struttura sanitaria ovvero dall'esercente la professione sanitaria che ha effettuato la vaccinazione o dal medico di medicina generale dell'interessato, che attesta che il soggetto soddisfa una delle condizioni di cui all'articolo 9, comma 2";

c) all'articolo 9-ter.2:

1) il comma 1 e' sostituito dal seguente:

"1. Fino al 31 marzo 2022, termine di cessazione dello stato di emergenza, al fine di tutelare la salute pubblica, chiunque accede alle strutture appartenenti alle istituzioni universitarie e di alta formazione artistica, musicale e coreutica, nonche' alle altre istituzioni di alta formazione collegate alle universita', compresi gli studenti delle predette istituzioni, deve possedere ed e' tenuto a esibire la certificazione verde COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test, cosiddetto green pass base. Resta fermo quanto previsto dall'[articolo 4-ter, comma 1-bis, del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 maggio 2021, n. 76](#)";

2) il comma 3 e' sostituito dal seguente:

"3. Il rispetto delle prescrizioni di cui al comma 1 e' verificato dai responsabili delle istituzioni di cui al medesimo comma o da altro personale da questi a tal fine delegato. Le verifiche delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test, cosiddetto green pass base, sono effettuate a campione, secondo modalita' di controllo che non consentono la visibilita' delle informazioni che ne hanno determinato l'emissione, compreso l'utilizzo dell'applicazione mobile prevista dall'[articolo 13 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 17 giugno 2021, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 143 del 17 giugno 2021](#). Per le medesime finalita', le universita' e le altre istituzioni di cui al comma 1 sono autorizzate alla raccolta e alla conservazione dei dati strettamente necessari per la verifica del rispetto delle disposizioni di cui al medesimo comma 1. Nel caso in cui l'accesso alle strutture sia motivato da ragioni di servizio o di lavoro, la verifica del rispetto delle disposizioni di cui al comma 1, oltre che, a campione, dai soggetti di cui al primo periodo del presente comma, deve essere effettuata anche dai rispettivi datori di lavoro o dai loro delegati";

3) dopo il comma 3 e' inserito il seguente:

"3-bis. Nei casi in cui la certificazione verde COVID-19 di cui al comma 1 non sia stata generata e non sia stata rilasciata all'avente diritto in formato cartaceo o digitale, le disposizioni di cui al comma 1 si intendono comunque rispettate a seguito della presentazione da parte dell'interessato di un certificato rilasciato dalla struttura sanitaria ovvero dall'esercente la professione sanitaria che ha effettuato la vaccinazione o dal medico di medicina generale dell'interessato, che attesta che il soggetto soddisfa una delle condizioni di cui all'articolo 9, comma 2".

Art. 5-quater (Impiego delle certificazioni verdi COVID-19 e uso dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie nei mezzi di trasporto). - 1. All'[articolo 9-quater del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1:

1) l'alinea e' sostituito dal seguente: "Fino al 31 marzo 2022, e' consentito esclusivamente ai soggetti in possesso di una delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione o guarigione, cosiddetto green pass rafforzato, l'accesso ai seguenti mezzi di trasporto e il loro utilizzo:";

2) la lettera e-bis) e' abrogata;

b) dopo il comma 2 sono inseriti i seguenti:

"2-bis. Dal 25 dicembre 2021 fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, e' fatto obbligo di indossare i dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2 per l'accesso ai mezzi di trasporto di cui al comma 1 e il loro utilizzo.

2-ter. A decorrere dal 10 gennaio 2022 e fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, l'accesso ai mezzi di trasporto aerei, marittimi e terrestri e il loro utilizzo, per gli spostamenti da e per le isole con il resto del territorio italiano, e' consentito anche ai soggetti in possesso di una delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test, cosiddetto green pass base";

c) al comma 3, primo periodo, dopo le parole: "al medesimo comma 1" sono inserite le seguenti: "e al comma 2-bis";

d) al comma 3-bis, le parole: "31 dicembre 2021" sono sostituite dalle seguenti: "31 marzo 2022";

e) al comma 4, le parole: "ai commi 1 e 3" sono sostituite dalle seguenti: "ai commi 1, 2-bis e 3".

Art. 5-quinquies (Impiego delle certificazioni verdi COVID-19 nei luoghi di lavoro). - 1. All'[articolo 9-quinquies del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1:

1) al primo periodo, le parole: "31 dicembre 2021" sono sostituite dalle seguenti: "31 marzo 2022" e le parole: "la certificazione verde COVID-19 di cui all'articolo 9, comma 2" sono

sostituite dalle seguenti: "una delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test, cosiddetto green pass base";

2) il secondo periodo e' sostituito dal seguente: "Resta fermo quanto previsto dagli articoli 9-ter.1 e 9-ter.2 del presente decreto, nonche' dagli [articoli 4](#), [4-bis](#), [4-ter](#), [4-quater](#) e [4-quinquies del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 maggio 2021, n. 76](#)";

b) al comma 6, primo periodo, le parole: "31 dicembre 2021" sono sostituite dalle seguenti: "31 marzo 2022".

Art. 5-sexies (Impiego delle certificazioni verdi COVID-19 negli uffici giudiziari). - 1. All'[articolo 9-sexies, comma 1, del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) le parole: "31 dicembre 2021" sono sostituite dalle seguenti: "31 marzo 2022" e le parole: "la certificazione verde COVID-19 di cui all'articolo 9, comma 2" sono sostituite dalle seguenti: "una delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test, cosiddetto green pass base";

b) e' aggiunto, in fine, il seguente periodo: "Resta fermo quanto previsto dagli [articoli 4](#), [4-bis](#), [4-ter](#), [4-quater](#) e [4-quinquies del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 maggio 2021, n. 76](#)".

Art. 5-septies (Impiego delle certificazioni verdi COVID-19 nel settore privato). - 1. All'[articolo 9-septies del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1:

1) al primo periodo, le parole: "31 dicembre 2021" sono sostituite dalle seguenti: "31 marzo 2022";

2) il secondo periodo e' sostituito dal seguente: "Resta fermo quanto previsto dagli articoli 9-ter.1 e 9-ter.2 del presente decreto, nonche' dagli [articoli 4](#), [4-bis](#), [4-ter](#), [4-quater](#) e [4-quinquies del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 maggio 2021, n. 76](#)";

b) al comma 6, primo periodo, le parole: "31 dicembre 2021" sono sostituite dalle seguenti: "31 marzo 2022".

Art. 5-octies (Modifiche alla disciplina degli spostamenti). - 1. All'[articolo 2 del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, le parole: "delle certificazioni verdi di cui all'articolo 9" sono sostituite dalle seguenti: "di una delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test, cosiddetto green pass base";

b) al comma 2-sexies, le parole: "Nelle zone bianche" sono sostituite dalle seguenti: "Su tutto il territorio nazionale"».

All'articolo 6:

al comma 2, le parole: «Nel medesimo periodo di cui al comma 1» sono sostituite dalle seguenti: «Fino al 10 febbraio 2022».

L'articolo 7 e' sostituito dal seguente:

«Art. 7 (Disposizioni per l'accesso dei visitatori alle strutture ospedaliere, residenziali, socio-assistenziali, socio-sanitarie e hospice). - 1. All'[articolo 1-bis del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 maggio 2021, n. 76](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, le parole: "muniti delle certificazioni verdi COVID-19 di cui all'[articolo 9 del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#)," e le parole: "muniti delle suddette certificazioni verdi COVID-19" sono soppresse;

b) dopo il comma 1 sono aggiunti i seguenti:

"1-bis. A decorrere dal 30 dicembre 2021 e fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, l'accesso dei visitatori alle strutture di cui al comma 1 e' consentito esclusivamente ai soggetti muniti di una certificazione verde COVID-19, rilasciata a seguito della somministrazione della dose di richiamo successiva al ciclo vaccinale primario.

1-ter. L'accesso alle strutture di cui al comma 1, nel medesimo periodo di cui al comma 1-bis, e' consentito altresì ai soggetti in possesso di una certificazione verde COVID-19, rilasciata a seguito del completamento del ciclo vaccinale primario o dell'avvenuta guarigione di cui alle [lettere b\) e c-bis\) del comma 2 dell'articolo 9 del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), unitamente ad una certificazione che attesti l'esito negativo del test antigenico rapido o molecolare, eseguito nelle quarantotto ore precedenti l'accesso.

1-quater. I responsabili delle strutture di cui al comma 1 sono tenuti a verificare che l'accesso alle medesime strutture avvenga nel rispetto delle disposizioni di cui ai commi 1-bis e 1-ter. Le verifiche delle certificazioni verdi COVID-19 sono effettuate con le modalità indicate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri adottato ai sensi dell'[articolo 9, comma 10, del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#).

1-quinqüies. La violazione delle disposizioni di cui ai commi 1-bis, 1-ter e 1-quater e' sanzionata ai sensi dell'[articolo 4 del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 22 maggio 2020, n. 35](#). Resta fermo quanto previsto dall'[articolo 2, comma 2-bis, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 14 luglio 2020, n. 74](#).

1-sexies. A decorrere dal 10 marzo 2022 e fino alla cessazione dello stato di emergenza da COVID-19, e' consentito altresì l'accesso dei visitatori ai reparti di degenza delle strutture ospedaliere secondo le modalità di cui ai commi 1-bis e 1-ter. Ai direttori sanitari e' data facoltà di adottare misure precauzionali

piu' restrittive in relazione allo specifico contesto epidemiologico, garantendo un accesso minimo giornaliero non inferiore a quarantacinque minuti.

1-septies. Nelle more della modifica del [decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 17 giugno 2021, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 143 del 17 giugno 2021](#), adottato ai sensi dell'[articolo 9, comma 10, del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), sono autorizzati gli interventi di adeguamento necessari a consentire la verifica del possesso delle certificazioni verdi COVID-19 di cui al presente articolo e la verifica del possesso delle medesime certificazioni verdi COVID-19 in formato cartaceo».

L'articolo 8 e' sostituito dal seguente:

«Art. 8 (Implementazione della piattaforma nazionale per l'emissione e la validazione delle certificazioni verdi COVID-19). - 1. All'[articolo 42 del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 29 luglio 2021, n. 108](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1 e' aggiunto, in fine, il seguente periodo: "Per l'anno 2022, e' autorizzata la spesa di 1.830.000 euro, da gestire nell'ambito della vigente convenzione tra il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato e la societa' SOGEI Spa per l'implementazione del Sistema tessera sanitaria";

b) al comma 4, dopo le parole: "per l'anno 2021, la spesa di 3.318.400 euro" sono inserite le seguenti: "e, per l'anno 2022, la spesa di 1.523.146 euro".

2. Alla copertura dell'onere derivante dal comma 1, pari ad euro 3.353.146 per l'anno 2022, si provvede mediante corrispondente utilizzo del fondo di parte corrente di cui all'[articolo 34-ter, comma 5, della legge 31 dicembre 2009, n. 196](#), iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero della salute».

All'articolo 9:

al comma 3, le parole da: «pari a 18 milioni» fino a: «[decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#)» sono sostituite dalle seguenti: «, pari a 18 milioni di euro per l'anno 2022, e dal comma 2, pari a 3 milioni di euro per l'anno 2022, si provvede a valere sulle disponibilita' presenti nella contabilita' speciale del Commissario straordinario di cui all'[articolo 122 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#)».

All'articolo 10:

al comma 1, lettera b), capoverso 6-bis, le parole: «convertito, con modificazione» sono sostituite dalle seguenti: «convertito, con modificazioni».

All'articolo 11:

al comma 1, le parole: «e di assistenza sanitaria al personale navigante» sono sostituite dalle seguenti: «e i servizi territoriali di assistenza sanitaria al personale navigante e aeronavigante»;

al comma 2, le parole: «al viaggiatore, si applica, con oneri a proprio carico» sono sostituite dalle seguenti: «al viaggiatore si applica, con oneri a suo carico», le parole: «presso i "Covid Hotel"» sono sostituite dalle seguenti: «presso gli alberghi sanitari per l'emergenza da COVID-19 ("Covid Hotel")» e dopo le parole: «dell'azienda sanitaria» e' inserita la seguente: «locale».

All'articolo 12:

al comma 1, le parole: «quantificati complessivamente in euro 4.800.000,00» sono sostituite dalle seguenti: «, quantificati complessivamente in euro 4.800.000,».

All'articolo 13:

al comma 4, le parole: «di cui al comma 3,» sono sostituite dalle seguenti: «di cui al comma 3 del presente articolo» e le parole: «[legge 21 maggio 2021, n. 59](#)» sono sostituite dalle seguenti: «[legge 21 maggio 2021, n. 69](#)»;

al comma 5, le parole: «pari a 9.000.000 euro nel 2021 e 14.884.871 per l'anno 2022» sono sostituite dalle seguenti: «pari a 9.000.000 di euro per l'anno 2021 e a 14.884.871 euro per l'anno 2022».

Dopo l'articolo 13 e' inserito il seguente:

«Art. 13-bis (Ulteriori disposizioni in materia di prevenzione del contagio da SARS-CoV-2 in ambito scolastico). - 1. All'[articolo 58, comma 4-bis, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 23 luglio 2021, n. 106](#), dopo la lettera f-bis) e' aggiunta la seguente:

"f-ter) acquisto di apparecchi di sanificazione, igienizzazione e purificazione dell'aria negli ambienti, provvisti di sistemi di filtraggio delle particelle e di distruzione di microrganismi presenti nell'aria".

2. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'istruzione, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono definiti le linee guida sulle specifiche tecniche in merito all'adozione di dispositivi mobili di purificazione e impianti fissi di aerazione di cui al comma 1 e gli standard minimi di qualita' dell'aria negli ambienti scolastici e in quelli confinati degli stessi edifici, ai sensi della norma tecnica numero 5.3.12 di cui al [decreto del Ministro dei lavori pubblici 18 dicembre 1975, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 29 del 2 febbraio 1976](#), in relazione al presente quadro epidemiologico e alle conoscenze sulla dinamica dei contagi da virus aerei».

All'articolo 14:

al comma 2, dopo le parole: «si provvede mediante corrispondente riduzione» sono inserite le seguenti: «delle proiezioni» e dopo le parole: «di conto capitale» e' inserita la seguente: «iscritto».

All'articolo 15:

al comma 1, le parole: «, e comunque non oltre il 31 dicembre

2020» sono soppresse;

al comma 3, lettera a), alle parole: «i cui dati» e' premesso il segno d'interpunzione: «,».

All'articolo 16:

dopo il comma 1 e' inserito il seguente:

«1-bis. All'[articolo 1, comma 993, della legge 30 dicembre 2020, n. 178](#), le parole: "Per l'anno 2021" sono sostituite dalle seguenti: "Per gli anni 2021 e 2022"»;

al comma 2, dopo le parole: «il Commissario» e' inserita la seguente: «straordinario», le parole: «commi 2, lettere a-bis)» sono sostituite dalle seguenti: «comma 2, lettera a-bis)» e dopo le parole: «disponibilita' di cui all'articolo 122» il segno d'interpunzione: «,» e' soppresso;

dopo il comma 2 e' aggiunto il seguente:

«2-bis. In deroga alle disposizioni dei regolamenti di ateneo e delle altre istituzioni della formazione superiore, l'ultima sessione delle prove finali per il conseguimento del titolo di studio relative all'anno accademico 2020/2021 e' prorogata al 15 giugno 2022. E' conseguentemente prorogato ogni altro termine connesso ad adempimenti didattici o amministrativi funzionali allo svolgimento delle predette prove»;

alla rubrica sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «nonche' proroga di termini per adempimenti relativi all'anno accademico 2020/2021».

All'articolo 17:

al comma 1, al primo periodo, le parole: «fino alla data di adozione del decreto di cui al comma 2 e comunque non oltre il 28 febbraio 2022» sono sostituite dalle seguenti: «fino al 31 marzo 2022» e, al secondo periodo, le parole: «39,4 milioni di euro per l'anno 2022» sono sostituite dalle seguenti: «68,7 milioni di euro per l'anno 2022»;

il comma 2 e' sostituito dal seguente:

«2. Fermi restando quanto previsto al comma 1 nonche' il limite di spesa previsto dal presente articolo, con decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali e per la pubblica amministrazione, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sono individuate le patologie croniche con scarso compenso clinico e con particolare connotazione di gravita', in presenza delle quali ricorre la condizione di fragilita'»;

al comma 3, terzo periodo, le parole: «di cui al primo periodo» sono sostituite dalle seguenti: «di cui al secondo periodo»;

dopo il comma 3 sono inseriti i seguenti:

«3-bis. Sono prorogate le disposizioni di cui all'[articolo 26, comma 2, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), fino al 31 marzo 2022. Dal 1° gennaio 2022 fino al 31 marzo 2022 gli oneri a carico dell'INPS connessi con le tutele di cui al presente comma sono

finanziati dallo Stato nel limite massimo di spesa di 16,4 milioni di euro per l'anno 2022, dando priorit  agli eventi cronologicamente anteriori, di cui 1,5 milioni di euro per l'anno 2022 ai sensi di quanto previsto dall'[articolo 26, comma 7-bis, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), per i lavoratori di cui al comma 2 del medesimo articolo 26 non aventi diritto all'assicurazione economica di malattia presso l'INPS. L'INPS provvede al monitoraggio del limite di spesa di cui al secondo periodo del presente comma. Qualora dal predetto monitoraggio emerga che   stato raggiunto anche in via prospettica il limite di spesa, l'INPS non prende in considerazione ulteriori domande.

3-ter. Le disposizioni di cui ai commi 1 e 3-bis si applicano anche nel periodo dal 1  gennaio 2022 alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto»;

il comma 4   sostituito dal seguente:

«4. Agli oneri derivanti dai commi 1, 3 e 3-bis, pari a 122,4 milioni di euro per l'anno 2022, si provvede:

a) quanto a 76,7 milioni di euro per l'anno 2022, mediante corrispondente riduzione del Fondo per interventi strutturali di politica economica di cui all'[articolo 10, comma 5, del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 282](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 27 dicembre 2004, n. 307](#);

b) quanto a 30,7 milioni di euro per l'anno 2022, mediante corrispondente riduzione del Fondo sociale per occupazione e formazione di cui all'[articolo 18, comma 1, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 gennaio 2009, n. 2](#);

c) quanto a 15 milioni di euro per l'anno 2022, mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2022-2024, nell'ambito del programma "Fondi di riserva e speciali" della missione "Fondi da ripartire" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2022, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero del lavoro e delle politiche sociali;

d) quanto a 5,2 milioni di euro per l'anno 2022, al fine di garantire la compensazione in termini di indebitamento netto e fabbisogno delle pubbliche amministrazioni, mediante utilizzo di quota parte delle maggiori entrate derivanti dal comma 1».

L'articolo 18   sostituito dal seguente:

«Art. 18 (Disposizioni finali). - 1. Fino alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, si applicano le misure di cui al [decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 2 marzo 2021, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 52 del 2 marzo 2021](#), adottato in attuazione dell'[articolo 2, comma 1, del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 22 maggio 2020, n. 35](#),

fatto salvo quanto previsto dalle disposizioni legislative vigenti, successive al 2 marzo 2021.

2. Sono abrogati il [comma 2 dell'articolo 5](#) e il [comma 1 dell'articolo 6 del decreto-legge 26 novembre 2021, n. 172](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 21 gennaio 2022, n. 3](#)».

Dopo l'articolo 18 sono inseriti i seguenti:

«Art. 18-bis (Disciplina sanzionatoria). - 1. La violazione delle disposizioni previste dagli articoli 4, comma 1, 6 e 11, comma 2, del presente decreto continua ad essere sanzionata ai sensi dell'[articolo 4 del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 22 maggio 2020, n. 35](#). Resta fermo quanto previsto dall'[articolo 2, comma 2-bis, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 14 luglio 2020, n. 74](#).

Art. 18-ter (Disposizioni finanziarie). - 1. Dall'attuazione del presente decreto, ad esclusione degli articoli 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16 e 17, non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e le amministrazioni pubbliche provvedono agli adempimenti previsti con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Art. 18-quater (Clausola di salvaguardia). - 1. Le disposizioni del presente decreto si applicano nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano nel rispetto dei rispettivi statuti e delle relative norme di attuazione».

All'allegato A, dopo il numero 6 e' inserito il seguente:

«6-bis. [Articolo 92, comma 4-bis, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#). Disposizioni per il trasporto pubblico locale».

**LEGGE 30 dicembre 2020 , n. 178**

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023. (20G00202)

Vigente al : 8-11-2022

SEZIONE I

MISURE QUANTITATIVE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI PROGRAMMATICI

401. Le amministrazioni pubbliche provvedono alle attività previste dai commi da 386 a 400 con le risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

402. A decorrere dall'anno finanziario 2021, è destinato al Fondo per la prevenzione del fenomeno dell'usura, di cui all'[articolo 15 della legge 7 marzo 1996, n. 108, 1](#) milione di euro aggiuntivo per interventi a favore di soggetti a rischio di usura.

403. Per l'anno 2021, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è pari a 121.370,1 milioni di euro, anche per l'attuazione di quanto previsto dai commi da 407 a 411, 416, 417 e 421 e al netto dell'importo di cui al comma 485 trasferito al Ministero della salute.

404. Quale concorso per il finanziamento di quanto previsto dai commi da 407 a 411, 421 e 485, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è incrementato di 822,870 milioni di euro per l'anno 2022, di 527,070 milioni di euro per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025 e di 417,870 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, anche tenendo conto della razionalizzazione della spesa a decorrere dall'anno 2023.

405. All'[articolo 1, comma 522, della legge 30 dicembre 2018, n. 145](#), le parole: «alla data di entrata in vigore della presente legge» sono sostituite dalle seguenti: «alla data del 31 dicembre 2020».

406. Al [decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), sono

apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 8-ter, comma 2, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «, e per l'erogazione di cure domiciliari»;

b) all'articolo 8-quater, comma 1, dopo le parole: «che ne facciano richiesta,» sono inserite le seguenti: «nonche' alle organizzazioni pubbliche e private autorizzate per l'erogazione di cure domiciliari,»;

c) all'articolo 8-quinquies, comma 2, alinea, dopo le parole: «e con i professionisti accreditati,» sono inserite le seguenti: «nonche' con le organizzazioni pubbliche e private accreditate per l'erogazione di cure domiciliari,».

407. Al fine di valorizzare il servizio della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria presso le strutture del Servizio sanitario nazionale, a decorrere dal 1° gennaio 2021, gli importi annui lordi, comprensivi della tredicesima mensilità, dell'indennità di cui all'[articolo 15-quater, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), previsti, in favore dei dirigenti medici, veterinari e sanitari con rapporto di lavoro esclusivo, dal contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area sanità 2016-2018 stipulato il 19 dicembre 2019, di cui al comunicato dell'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni [pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 22 del 28 gennaio 2020](#), sono incrementati del 27 per cento.

408. Agli oneri derivanti dall'attuazione delle disposizioni del comma 407, valutati in 500 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2021, si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato.

409. Ai fini del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze e delle specifiche attività svolte, agli infermieri dipendenti dalle aziende e dagli enti del Servizio sanitario nazionale, nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale del triennio 2019-2021 relativa al comparto sanità e' riconosciuta, nei limiti dell'importo complessivo annuo lordo di 335 milioni di euro, un'indennità di specificità infermieristica da riconoscere al predetto personale con decorrenza dal 1° gennaio 2021 quale parte del trattamento economico fondamentale.

410. Le misure e la disciplina dell'indennità di cui al comma 409 sono definite in sede di contrattazione collettiva nazionale.

411. Agli oneri derivanti dall'attuazione delle disposizioni dei commi 409 e 410, pari a 335 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2021 da destinare alla contrattazione collettiva nazionale, si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato.

412. L'importo di 40 milioni di euro, quota parte della somma di 80 milioni di euro versata dalla Camera dei deputati e affluita al bilancio dello Stato in data 6 novembre 2020 sul capitolo 2368, articolo 8, dello stato di previsione dell'entrata, e' destinato, nell'esercizio 2020, al fondo per la ricostruzione delle aree

terremotate, di cui all'[articolo 4 del decreto-legge 17 ottobre 2016, n. 189](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 15 dicembre 2016, n. 229](#), per essere trasferito alla contabilit  speciale intestata al Commissario straordinario del Governo per la ricostruzione dei territori interessati dagli eventi sismici verificatisi a far data dal 24 agosto 2016, nominato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2020. Il presente comma entra in vigore il giorno stesso della pubblicazione della presente legge nella Gazzetta Ufficiale.

413. Allo scopo di incrementare le risorse destinate prioritariamente alla remunerazione delle prestazioni correlate alle particolari condizioni di lavoro del personale dipendente delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale direttamente impiegato nelle attivita' di contrasto dell'emergenza epidemiologica determinata dal diffondersi del COVID-19, l'importo di 40 milioni di euro, quota parte della somma di 80 milioni di euro versata dalla Camera dei deputati e affluita al bilancio dello Stato in data 6 novembre 2020 sul capitolo 2368, articolo 8, dello stato di previsione dell'entrata, e' destinato, nell'esercizio 2020, ai fondi di cui all'[articolo 1, comma 1, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), secondo il criterio di cui alla tabella A allegata al medesimo decreto-legge. Il presente comma entra in vigore il giorno stesso della pubblicazione della presente legge nella Gazzetta Ufficiale.

414. Al fine di valorizzare l'apporto delle competenze e dello specifico ruolo nelle attivita' direttamente finalizzate alla tutela del malato e alla promozione della salute, ai dipendenti delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale appartenenti alle professioni sanitarie della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie e di ostetrica, alla professione di assistente sociale nonche' agli operatori socio-sanitari e' riconosciuta, nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale del triennio 2019-2021 relativa al comparto sanita', nei limiti dell'importo complessivo annuo lordo di 100 milioni di euro, un'indennita' di tutela del malato e per la promozione della salute, da riconoscere con decorrenza dal 1° gennaio 2021 quale parte del trattamento economico fondamentale.

415. La misura e la disciplina dell'indennita' di cui al comma 414 sono definite in sede di contrattazione collettiva nazionale. Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 414, pari a 100 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2021, da destinare alla contrattazione collettiva nazionale, si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, che e' corrispondentemente incrementato a decorrere dall'anno 2021.

416. Per le medesime finalita' di cui all'[articolo 18, comma 1, del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 18 dicembre 2020, n. 176](#), e' autorizzata l'ulteriore

spesa di 70 milioni di euro per l'anno 2021, secondo le modalità definite dagli accordi collettivi nazionali di settore. In materia di comunicazione dei dati si applicano le disposizioni dell'articolo 19 del medesimo [decreto-legge n. 137 del 2020](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge n. 176 del 2020](#).

417. Agli oneri derivanti dalle disposizioni del comma 416, pari a 70 milioni di euro per l'anno 2021, si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato. Al finanziamento di cui al comma 416 e al presente comma accedono tutte le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente, sulla base delle quote di accesso al fabbisogno sanitario. La ripartizione complessiva dell'incremento di cui al comma 416 e al presente comma è riportata nella tabella di cui all'allegato A annesso alla presente legge.

418. I test mirati a rilevare la presenza di anticorpi IgG e IgM e i tamponi antigenici rapidi per la rilevazione di antigene SARS-CoV-2 possono essere eseguiti anche presso le farmacie aperte al pubblico dotate di spazi idonei sotto il profilo igienico-sanitario e atti a garantire la tutela della riservatezza.

419. Le modalità organizzative e le condizioni economiche relative all'esecuzione dei test e dei tamponi di cui al comma 418 del presente articolo nelle farmacie aperte al pubblico sono disciplinate, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, dalle convenzioni di cui all'[articolo 8, commi 1 e 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati ai sensi dell'[articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412](#), e ai correlati accordi regionali, che tengano conto anche delle specificità e dell'importanza del ruolo svolto in tale ambito dalle farmacie rurali.

420. All'[articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153](#), dopo la lettera e-bis) è inserita la seguente:

«e-ter) l'effettuazione presso le farmacie da parte di un farmacista di test diagnostici che prevedono il prelievo di sangue capillare».

421. Al fine di aumentare il numero dei contratti di formazione specialistica dei medici di cui all'[articolo 37 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368](#), è autorizzata l'ulteriore spesa di 105 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021 e 2022 e di 109,2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025. Ai predetti oneri si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per gli anni dal 2021 al 2025.

422. Per l'attuazione del comma 421 concorrono le risorse del Programma Next Generation EU per 105 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021 e 2022.

423. Al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria in ragione delle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID-19, gli enti del Servizio sanitario nazionale, verificata l'impossibilit  di utilizzare personale gi  in servizio nonch  di ricorrere agli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore, possono avvalersi, anche nell'anno 2021, in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale, delle misure previste dagli articoli 2-bis, commi 1 e 5, e 2-ter, [commi 1 e 5, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), anche mediante proroga, non oltre il 31 dicembre 2021, degli incarichi conferiti ai sensi delle medesime disposizioni, ferma restando la compatibilit  con il fabbisogno sanitario standard dell'anno 2021, nei limiti di spesa per singola regione e provincia autonoma indicati nella tabella 1 allegata alla presente legge.

424. All'articolo 2-quinquies, comma 2, terzo periodo, del [decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), le parole: «a 650» sono sostituite dalle seguenti: «a 800».

425. Sono prorogate al 31 dicembre 2021 le seguenti disposizioni:

a) [articolo 4-bis del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), e [articolo 1, comma 6, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), nei limiti di spesa per singola regione e provincia autonoma indicati nella tabella 2 allegata alla presente legge;

b) [articolo 12, comma 1, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#).

426. Il termine di cui all'articolo 12, comma 3, primo periodo, del [decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 25 giugno 2019, n. 60](#), e' prorogato al 31 dicembre 2022.

427. Alla copertura degli oneri delle disposizioni di cui ai commi 423 e 425 le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard per l'anno 2021, anche utilizzando eventuali economie di risorse destinate all'attuazione delle medesime disposizioni di cui ai commi 423 e 425 non impiegate nell'anno 2020.

428. Fermo restando quanto previsto al comma 427, per l'attuazione dei commi 423 e 425 concorrono le risorse del Programma Next Generation EU per 1.100 milioni di euro per l'anno 2021.

429. La dotazione organica dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e' incrementata di 40 unit  di personale, di cui 25 unit  da inquadrare nell'Area III-F1 del comparto funzioni centrali, 5 unit  da inquadrare nell'Area II-F2 del comparto funzioni centrali e 10 unit  di personale della dirigenza sanitaria.

430. L'AIFA e' autorizzata , per gli anni 2021 e 2022, ad assumere con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, mediante

appositi concorsi pubblici per titoli ed esami, anche in modalita' telematica e decentrata ai sensi e nei termini di cui all'[articolo 249 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), senza il previo espletamento delle procedure di mobilita', un contingente di personale pari a 40 unita', di cui 25 da inquadrare nell'Area III-F1 del comparto funzioni centrali, 5 da inquadrare nell'Area II-F2 del comparto funzioni centrali e 10 dirigenti sanitari, valorizzando, tra l'altro, le esperienze professionali maturate presso la stessa Agenzia con contratto di collaborazione coordinata e continuativa o nello svolgimento di prestazioni di lavoro flessibile di cui all'[articolo 30 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81](#).

431. L'AIFA puo' prorogare e rinnovare, fino al completamento delle procedure concorsuali di cui al comma 430 e, comunque, non oltre il 30 giugno 2022, i contratti di collaborazione coordinata e continuativa con scadenza entro il 31 dicembre 2021, nel limite di 30 unita', nonche' i contratti di prestazione di lavoro flessibile di cui all'[articolo 30 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81](#), con scadenza entro il 31 dicembre 2021, nel limite di 39 unita'. Ferma restando la durata dei contratti in essere alla data di entrata in vigore della presente disposizione, e' fatto divieto all'AIFA di instaurare rapporti di lavoro flessibile per le posizioni interessate dalle procedure concorsuali di cui al comma 430 del presente articolo, per una spesa corrispondente alle correlate assunzioni.

432. A decorrere dal 1° luglio 2022, all'AIFA e' fatto divieto di stipulare contratti di lavoro di cui agli articoli 7, comma 6, e 36 del [decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165](#), e si applica il divieto di cui all'articolo 7, comma 5-bis, del medesimo [decreto legislativo n. 165 del 2001](#).

433. Per l'attuazione del comma 430 e' autorizzata la spesa di 1.213.142 euro per l'anno 2021 e di 2.426.285 euro annui a decorrere dall'anno 2022.

434. All'onere derivante dalle proroghe dei contratti di collaborazione coordinata e continuativa e dei restanti contratti di prestazione di lavoro flessibile di cui al comma 431, pari a 1.313.892 euro per l'anno 2021 e 1.449.765 euro per l'anno 2022, si provvede mediante utilizzo delle risorse disponibili sul bilancio dell'AIFA. Alla compensazione degli effetti finanziari in termini di fabbisogno e indebitamento netto, pari a 676.654 euro per l'anno 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per la compensazione degli effetti finanziari non previsti a legislazione vigente conseguenti all'attualizzazione di contributi pluriennali, di cui all'[articolo 6, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 4 dicembre 2008, n. 189](#).

435. Al fine di potenziare l'attivita' di prevenzione e assistenza socio-sanitaria in favore di quanti versano in condizioni di elevata fragilita' e marginalita' anche a seguito dell'epidemia di COVID-19,

l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP), ente del Servizio sanitario nazionale, è autorizzato, a decorrere dall'anno 2021, in aggiunta alle ordinarie facoltà assunzionali previste dalla normativa vigente, nel rispetto della programmazione triennale del fabbisogno di personale, a bandire, in deroga alle procedure di mobilità di cui all'[articolo 30, comma 2-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165](#), nonché a ogni altra procedura per l'assorbimento del personale in esubero dalle amministrazioni pubbliche, nel limite dei posti disponibili nella propria vigente dotazione organica, procedure concorsuali pubbliche, per titoli ed esami, al fine di assumere, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, un contingente complessivo di 9 unità di personale, di cui 2 dirigenti medici, 1 dirigente sanitario non medico, 1 dirigente amministrativo, 2 unità di categoria D posizione economica base e 3 unità di categoria C posizione economica base. Il bando può prevedere una riserva di posti non superiore al 50 per cento in favore del personale non di ruolo di qualifica non dirigenziale che, alla data di entrata in vigore della presente legge, sia in servizio presso l'Istituto stesso con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato o con contratto di lavoro flessibile da almeno tre anni, anche non continuativi, negli ultimi cinque, nonché un'adeguata valorizzazione delle esperienze lavorative maturate presso l'ente con contratti di somministrazione di lavoro.

436. Per l'attuazione del comma 435 è autorizzata la spesa di 142.550 euro per l'anno 2021 e di 570.197 euro annui a decorrere dall'anno 2022.

437. Al fine di garantire la tutela della salute della vista, anche in considerazione delle difficoltà economiche conseguenti all'emergenza epidemiologica da COVID-19, nello stato di previsione del Ministero della salute è istituito un fondo, denominato «Fondo per la tutela della vista», con una dotazione di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023.

438. A valere sulle risorse del Fondo di cui al comma 437 è riconosciuta, nei limiti dello stanziamento autorizzato, che costituisce limite massimo di spesa, in favore dei membri di nuclei familiari con un valore dell'indicatore della situazione economica equivalente, stabilito ai sensi del regolamento di cui al [decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 159](#), non superiore a 10.000 euro annui, l'erogazione di un contributo in forma di voucher una tantum di importo pari a 50 euro per l'acquisto di occhiali da vista ovvero di lenti a contatto correttive.

439. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono definiti i criteri, le modalità e i termini per l'erogazione del contributo di cui al comma 438, anche ai fini del rispetto del limite di spesa previsto dal Fondo di cui al comma 437.

440. Al fine di adeguare gli indennizzi, quale spesa obbligatoria, dovuti ai sensi delle [leggi 29 ottobre 2005, n. 229, e 24 dicembre 2007, n. 244](#), rispettivamente a favore dei soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie e da talidomide, il Ministero della salute e' autorizzato a corrispondere agli aventi diritto le maggiori somme derivanti dalla rivalutazione dell'indennita' integrativa speciale relativa alla base di calcolo degli indennizzi di cui alle citate [leggi n. 229 del 2005 e n. 244 del 2007](#), per un ammontare annuo pari a euro 9.900.000, a decorrere dall'anno 2021, per l'adeguamento dei ratei futuri.

441. Il Ministero della salute e' autorizzato a corrispondere le somme dovute a titolo di arretrati maturati dagli aventi diritto a seguito della rivalutazione dell'indennita' integrativa speciale di cui al comma 440, nonche' gli arretrati dell'indennizzo di cui alla [legge 24 dicembre 2007, n. 244](#), dovuti dalla data di entrata in vigore della stessa [legge n. 244 del 2007](#) per i titolari nati nel 1958 e nel 1966, fino a un ammontare annuo pari a euro 71.000.000 per gli anni dal 2021 al 2023. Gli arretrati sono corrisposti nel termine di prescrizione ordinaria di dieci anni a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge. Il pertinente capitolo dello stato di previsione del Ministero della salute e' incrementato di euro 71.000.000 per ciascuno degli anni dal 2021 al 2023.

442. Ai fini del finanziamento del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico, l'importo fissato dall'[articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67](#), rideterminato da ultimo dall'[articolo 1, comma 81, della legge 27 dicembre 2019, n. 160](#), in 30 miliardi di euro, e' incrementato di 2 miliardi di euro, fermo restando, per la sottoscrizione di accordi di programma con le regioni, il limite annualmente definito in base alle effettive disponibilita' del bilancio statale. La ripartizione complessiva dell'incremento di cui al presente comma, tenuto conto della composizione percentuale del fabbisogno sanitario regionale corrente previsto per l'anno 2020, nonche' delle disposizioni dell'[articolo 2, comma 109, della legge 23 dicembre 2009, n. 191](#), e' stabilita nei termini riportati nella prima colonna della tabella di cui all'allegato B annesso alla presente legge.

443. Le risorse di cui all'[articolo 1, comma 81, della legge 27 dicembre 2019, n. 160](#), sono ripartite secondo i termini riportati nella seconda colonna della tabella di cui all'allegato B annesso alla presente legge.

444. Al fine di salvaguardare i livelli di assistenza anche mediante la telemedicina, le regioni destinano una quota pari allo 0,5 per cento dello stanziamento di cui al comma 442 all'incentivo all'acquisto, da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, di dispositivi e applicativi informatici che consentano di effettuare refertazione a distanza, consulto tra specialisti e assistenza domiciliare da remoto.

445. Al fine di migliorare la capacita' di produzione e la reperibilita' di ossigeno medicale in Italia e in considerazione della carenza di bombole di ossigeno durante le fasi acute dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, il Fondo per il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale del Paese, di cui all'[articolo 1, comma 140, della legge 11 dicembre 2016, n. 232](#), e' incrementato di 5 milioni di euro per l'anno 2021. Lo stanziamento di cui al primo periodo e' destinato, nei limiti dello stesso, al supporto di interventi di installazione di impianti per la produzione di ossigeno medicale, di ammodernamento delle linee di trasmissione dell'ossigeno ai reparti e di rafforzamento delle misure di sicurezza per il monitoraggio dell'atmosfera sovraossigenata e la gestione dell'eventuale rischio di incendio, secondo le norme sulla produzione di gas medicinali previsti dalla farmacopea ufficiale di cui al [decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219](#).

446. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, da emanare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabilite le modalita' di attuazione del comma 445.

447. Per l'anno 2021, nello stato di previsione del Ministero della salute e' istituito un fondo con una dotazione di 400 milioni di euro da destinare all'acquisto dei vaccini anti SARS-CoV-2 e dei farmaci per la cura dei pazienti con COVID-19. (6) (31) (34)

448. Per l'acquisto e la distribuzione nel territorio nazionale dei vaccini anti SARS-CoV-2 e dei farmaci per la cura dei pazienti con COVID-19, il Ministero della salute si avvale del Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19, di cui all'[articolo 122 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#).

449. Alla copertura degli oneri relativi al fondo di cui al comma 447, per 400 milioni di euro per l'anno 2021, si provvede con le risorse del Programma Next Generation EU.

450. Al fine di riconoscere un contributo, nella misura massima stabilita con il decreto di cui al comma 451, alle coppie con infertilita' e sterilita' per consentire l'accesso alle prestazioni di cura e diagnosi dell'infertilita' e della sterilita', in particolare alle coppie residenti in regioni dove tali prestazioni non sono state ancora inserite nei livelli essenziali di assistenza o risultano insufficienti al fabbisogno, la dotazione del Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita, di cui all'[articolo 18 della legge 19 febbraio 2004, n. 40](#), e' incrementata di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023. Il Ministero della salute effettua il monitoraggio annuale per verificare l'impiego efficace delle risorse di cui al presente comma da parte delle regioni e avvia, in collaborazione con le associazioni di pazienti e le organizzazioni civiche, campagne di sensibilizzazione sulla salute

riproduttiva, sulla prevenzione dell'infertilità e della sterilità e sulla donazione di cellule riproduttive.

451. Con decreto del Ministro della salute sono stabilite le modalità di attuazione del comma 450 anche al fine del rispetto del limite di spesa previsto dal medesimo comma.

452. In deroga all'[articolo 124, comma 1, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), le cessioni della strumentazione per diagnostica per COVID-19 che presentano i requisiti applicabili di cui alla [direttiva 98/79/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 ottobre 1998, o al regolamento \(UE\) 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017](#), e ad altra normativa dell'Unione europea applicabile e le prestazioni di servizi strettamente connesse a tale strumentazione sono esenti dall'imposta sul valore aggiunto, con diritto alla detrazione dell'imposta ai sensi dell'[articolo 19, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633](#), fino al 31 dicembre 2022. (2)

453. In deroga al numero 114) della tabella A, parte III, allegata al [decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633](#), le cessioni di vaccini contro il COVID-19, autorizzati dalla Commissione europea o dagli Stati membri, e le prestazioni di servizi strettamente connesse a tali vaccini sono esenti dall'imposta sul valore aggiunto, con diritto alla detrazione dell'imposta ai sensi dell'[articolo 19, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica n. 633 del 1972, dal 20 dicembre 2020](#) al 31 dicembre 2022.

454. Al [comma 401 dell'articolo 1 della legge 28 dicembre 2015, n. 208](#), è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «La dotazione del Fondo di cui al primo periodo è incrementata di 50 milioni di euro per l'anno 2021».

455. Il [comma 402 dell'articolo 1 della legge 28 dicembre 2015, n. 208](#), è sostituito dal seguente:

«402. Con regolamento adottato con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, ai sensi dell'[articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400](#), sono definiti i criteri e le modalità per l'utilizzazione del Fondo di cui al comma 401 del presente articolo nonché le disposizioni necessarie per la sua attuazione, prevedendo che le risorse del Fondo stesso siano destinate ai seguenti settori di intervento:

a) per una quota pari al 15 per cento, allo sviluppo di progetti di ricerca riguardanti le basi eziologiche, la conoscenza e il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nonché le buone pratiche terapeutiche ed educative;

b) per una quota pari al 25 per cento, all'incremento del numero delle strutture semiresidenziali e residenziali, pubbliche e private, con competenze specifiche sui disturbi dello spettro autistico, in grado di effettuare il trattamento di soggetti minori, adolescenti e adulti; il contributo per le strutture private è erogato subordinatamente al conseguimento dell'accreditamento da parte del

Servizio sanitario nazionale;

c) per una quota pari al 60 per cento, all'incremento del personale del Servizio sanitario nazionale preposto all'erogazione delle terapie previste dalle linee guida sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico dell'Istituto superiore di sanità».

456. COMMA ABROGATO DAL [D.L. 24 MARZO 2022, N. 24](#), CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA [L. 19 MAGGIO 2022, N. 52](#).

457. Per garantire il piu' efficace contrasto alla diffusione del virus SARS-CoV-2, il Ministro della salute adotta con proprio decreto avente natura non regolamentare il piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2, finalizzato a garantire il massimo livello di copertura vaccinale sul territorio nazionale.

458. Il piano di cui al comma 457 e' attuato dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano che vi provvedono nel rispetto dei principi e dei criteri ivi indicati e di quelli di cui ai commi da 457 a 467, adottando le misure e le azioni previste, nei tempi stabiliti dal medesimo piano. In caso di mancata attuazione del piano o di ritardo, vi provvede, ai sensi dell'[articolo 120 della Costituzione](#) e previa diffida, il Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e il contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19, nell'esercizio dei poteri di cui all'[articolo 122 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), previa delibera del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per gli affari regionali e le autonomie.

459. COMMA SOPPRESSO DAL [D.L. 22 MARZO 2021, N. 41](#), CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA [L. 21 MAGGIO 2021, N. 69](#).

460. Al fine di assicurare un servizio rapido e capillare per la somministrazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2, il Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e il contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19, nell'esercizio dei poteri di cui all'[articolo 122 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), avvia una richiesta di manifestazione di interesse riservata ai laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione medica e iscritti agli ordini professionali, anche durante la loro iscrizione ai corsi di specializzazione, a partire dal primo anno di corso, al di fuori dell'orario dedicato alla formazione specialistica e in deroga alle incompatibilita' previste dai contratti di formazione specialistica di cui al [decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368](#), nonche' agli infermieri e agli assistenti sanitari iscritti ai rispettivi ordini professionali disponibili a partecipare al piano di somministrazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2 e a essere assunti con le modalita' di cui al comma 462. La richiesta di manifestazione di interesse e' finalizzata alla predisposizione di un

mero elenco di personale medico-sanitario; dalla manifestazione di interesse non sorgono obbligazioni giuridicamente vincolanti per il Commissario straordinario e ogni rapporto di lavoro si instaura in via esclusiva con l'agenzia di somministrazione ai sensi di quanto previsto dal comma 462. Il Commissario straordinario inoltre pone in essere una procedura pubblica destinata alle agenzie di somministrazione, iscritte all'albo delle agenzie per il lavoro istituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ai sensi dell'[articolo 4, comma 1, lettera a\), del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276](#), al fine di individuare una o piu' agenzie preposte alla selezione e all'assunzione dei predetti medici, infermieri e assistenti sanitari.

461. Alla richiesta di manifestazione di interesse di cui al comma 460 possono partecipare anche medici, infermieri e assistenti sanitari collocati in quiescenza, in possesso di idoneita' psico-fisica specifica allo svolgimento delle attivita' richieste, nonche' i cittadini di Paesi dell'Unione europea e i cittadini di Paesi non appartenenti all'Unione europea purché in possesso di permesso di soggiorno in corso di validita' che abbiano avuto il riconoscimento della propria qualifica professionale di medico, infermiere o assistente sanitario ovvero, in deroga agli articoli 49 e 50 del regolamento di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394](#), e al [decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206](#), che siano in possesso del certificato di iscrizione all'albo professionale del Paese di provenienza, nel rispetto di quanto previsto dall'[articolo 13 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#).

462. In deroga ai limiti previsti dalla normativa vigente, e in particolare dal [decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81](#), le agenzie di somministrazione, individuate ai sensi del comma 460, previa verifica del possesso dei requisiti indicati ai commi 460 e 461 e dalla richiesta di manifestazione di interesse di cui al citato comma 460, selezionano e assumono, con contratti di lavoro a tempo determinato a partire dal 1° gennaio 2021 per una durata di nove mesi, 3.000 medici e 12.000 infermieri e assistenti sanitari, applicando la remunerazione prevista dai rispettivi contratti collettivi nazionali di lavoro di settore per i dipendenti del Servizio sanitario nazionale. I professionisti sanitari assunti ai sensi del presente comma svolgono la loro attivita' sotto la direzione e il controllo dei soggetti utilizzatori indicati dal Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e il contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19 che, in nome e per conto loro, procede, direttamente e autonomamente, alla stipulazione dei contratti di somministrazione di lavoro a tempo determinato con le agenzie individuate ai sensi del comma 460. Tenuto conto del numero e della tipologia di manifestazioni di interesse pervenute ai sensi del

medesimo comma 460, il Commissario straordinario e' autorizzato in ogni momento a modificare il numero massimo di medici nonche' quello di infermieri e di assistenti sanitari previsti dal presente comma e che possono essere assunti dalle agenzie di somministrazione di lavoro individuate ai sensi dello stesso comma 460, nel limite di spesa complessiva previsto dal comma 467 per la stipulazione di contratti di lavoro a tempo determinato per i medici, gli infermieri e gli assistenti sanitari.

463. In ogni caso, i rapporti di lavoro instaurati con i contratti di cui al comma 462 non danno diritto all'accesso ai ruoli del servizio sanitario regionale, ne' all'instaurazione di un rapporto di lavoro di qualsiasi natura con lo stesso servizio.

463-bis. Ai fini dell'attuazione del piano di cui al comma 457 e per garantire il massimo livello di copertura vaccinale sul territorio nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano la somministrazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2 anche con il coinvolgimento dei medici di medicina generale, nonche' dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni, dei pediatri di libera scelta, degli odontoiatri, nonche' dei medici di continuita' assistenziale, dell'emergenza sanitaria territoriale e della medicina dei servizi, qualora sia necessario integrare le disponibilita' dei medici di medicina generale per soddisfare le esigenze di somministrazione. Per le medesime finalita' e con le stesse modalita' le regioni e le province autonome possono coinvolgere nella somministrazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2 anche i biologi, gli infermieri pediatrici, gli esercenti la professione sanitaria ostetrica, i tecnici sanitari di radiologia medica nonche' gli esercenti le professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, opportunamente formati con le modalita' di cui al comma 465. Per garantire il puntuale adempimento degli obblighi informativi di cui all'[articolo 3, comma 5, del decreto-legge 14 gennaio 2021, n. 2](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 12 marzo 2021, n. 29](#), i dati relativi alle vaccinazioni effettuate dai medici e dagli odontoiatri, nonche' dagli altri professionisti sanitari di cui al presente comma, devono essere trasmessi, senza ritardo e con modalita' telematiche sicure, alla regione o alla provincia autonoma di riferimento, attenendosi alle indicazioni tecniche fornite da queste ultime, anche attraverso il Sistema Tessera Sanitaria. Per l'attuazione del presente comma e' autorizzata per l'anno 2021 la spesa fino alla concorrenza dell'importo massimo complessivo di 345 milioni di euro. Conseguentemente il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e' incrementato di 345 milioni di euro nell'anno 2021. Al predetto finanziamento accedono tutte le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente, sulla base delle quote di accesso

al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevate per l'anno 2020, come riportato nella tabella di cui all'allegato B-bis annesso alla presente legge.

464. Le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa del personale e fino alla concorrenza dell'importo massimo complessivo di 100 milioni di euro di cui al comma 467, possono ricorrere, per il personale medico, alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area sanita' - triennio 2016-2018, di cui all'accordo del 19 dicembre 2019, [pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 22 del 28 gennaio 2020](#), per le quali la tariffa oraria fissata dall'articolo 24, comma 6, del medesimo contratto, in deroga alla contrattazione, e' aumentata da 60 euro a 80 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, nonche', per il personale infermieristico e per gli assistenti sanitari, alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 6, comma 1, lettera d), del contratto collettivo nazionale di lavoro triennio 2016-2018 relativo al personale del comparto sanita' dipendente del Servizio sanitario nazionale, di cui all'accordo del 21 maggio 2018, [pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 233 del 6 ottobre 2018](#), con un aumento della tariffa oraria a 50 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonche' all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi. I predetti incrementi operano solo con riferimento alle prestazioni aggiuntive rese e rendicontate per le attivita' previste dai commi da 457 a 467, restando fermi i valori tariffari vigenti per le restanti attivita'.

464-bis. Al fine di accelerare la campagna nazionale di vaccinazione e di assicurare un servizio rapido e capillare nell'attivita' di profilassi vaccinale della popolazione, al personale del Servizio sanitario nazionale appartenente alle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, che aderisce all'attivita' di somministrazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2 al di fuori dell'orario di servizio, non si applicano le incompatibilita' di cui all'[articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412](#), e all'[articolo 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165](#), esclusivamente per lo svolgimento dell'attivita' vaccinale stessa. All'attuazione del presente comma si provvede nei limiti di spesa di cui all'[articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 25 giugno 2019, n. 60](#), senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

465. La prestazione di somministrazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2 di cui ai commi da 457 a 467 e' effettuata presso le strutture individuate dal Commissario straordinario per l'attuazione

e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e il contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19, sentite le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Le regioni e province autonome possono prevedere anche il coinvolgimento degli erogatori privati accreditati nell'attività di somministrazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2, attraverso l'integrazione, per tale finalità, degli accordi e dei contratti di cui all'[articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), stipulati per l'anno 2021, anche in deroga, per la quota destinata alle prestazioni di somministrazione dei vaccini, all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del [decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 7 agosto 2012, n. 135](#) e ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale. Ai fini della formazione degli operatori sanitari coinvolti nelle attività di somministrazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2 l'Istituto superiore di sanità organizza appositi corsi in modalità di formazione a distanza, riconosciuti anche come crediti ai fini dell'educazione continua in medicina, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

466. COMMA SOPPRESSO DAL [D.L. 22 MARZO 2021, N. 41](#), CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA [L. 21 MAGGIO 2021, N. 69](#).

467. Per l'attuazione del comma 464 e' autorizzata, per l'anno 2021, la spesa di 100 milioni di euro. Conseguentemente il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e' incrementato di 100 milioni di euro per l'anno 2021. Al predetto finanziamento accedono tutte le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente, sulla base delle quote di accesso al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevate per l'anno 2020, come riportato nella tabella di cui all'allegato C annesso alla presente legge. Per l'attuazione del comma 462 e' autorizzata, per l'anno 2021, la spesa di 518.842.000 euro per la stipulazione dei contratti di lavoro a tempo determinato con medici, infermieri e assistenti sanitari e di 25.442.100 euro, per il servizio reso dalle agenzie di somministrazione di lavoro per la selezione dei professionisti sanitari che partecipano alla manifestazione di interesse, per un totale di 544.284.100 euro, e i relativi importi sono trasferiti alla contabilità speciale intestata al Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e il contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19.

468. Per le finalità di cui all'[articolo 1, comma 9, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), e' autorizzata, per l'anno 2021, l'ulteriore spesa di 25 milioni di euro a valere sul finanziamento sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato.

469. Per le medesime finalita' di cui al comma 468, il fondo previsto dall'articolo 45 dell'accordo collettivo nazionale per i pediatri di libera scelta, di cui al provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano 15 dicembre 2005, [pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 136 del 14 giugno 2006](#), e' complessivamente incrementato, per l'anno 2021, di un importo pari a 10 milioni di euro per la retribuzione dell'indennita' di personale infermieristico di cui all'articolo 58, comma 1, lettera b), del medesimo accordo collettivo nazionale. A tale fine e' autorizzata la spesa di 10 milioni di euro.

470. Agli oneri di cui ai commi 468 e 469, pari a 35 milioni di euro, si provvede, per l'anno 2021, a valere sul finanziamento sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato. Al predetto finanziamento accedono tutte le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente, sulla base delle quote di accesso al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevate per l'anno 2020, come riportato nelle tabelle di cui agli allegati E e F annessi alla presente legge.

471. In attuazione di quanto previsto dall'[articolo 11, comma 1, lettere b\) e c\), della legge 18 giugno 2009, n. 69](#), e dall'[articolo 3, comma 3, lettera b\), del decreto del Ministro della salute 16 dicembre 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 19 aprile 2011](#), e tenuto conto delle recenti iniziative attuate nei Paesi appartenenti all'Unione europea finalizzate alla valorizzazione del ruolo dei farmacisti nelle azioni di contrasto e di prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2, e' consentita, in via sperimentale, per l'anno 2021, la somministrazione di vaccini contro il SARS-CoV-2 nelle farmacie aperte al pubblico da parte dei farmacisti, opportunamente formati con le modalita' di cui al comma 465, anche con specifico riferimento alla disciplina del consenso informato che gli stessi provvedono ad acquisire direttamente, subordinatamente alla stipulazione di specifici accordi con le organizzazioni sindacali rappresentative delle farmacie, sentito il competente ordine professionale, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Nell'ambito dei predetti accordi sono disciplinati anche gli aspetti relativi ai requisiti minimi strutturali dei locali per la somministrazione dei vaccini, nonche' le opportune misure per garantire la sicurezza degli assistiti. Al fine di assicurare il puntuale adempimento degli obblighi informativi di cui all'[articolo 3, comma 5, del decreto-legge 14 gennaio 2021, n. 2](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 12 marzo 2021, n. 29](#), i farmacisti sono tenuti a trasmettere, senza ritardo e con modalita' telematiche sicure, i dati relativi alle vaccinazioni effettuate alla regione o alla provincia autonoma di riferimento, attenendosi alle indicazioni tecniche fornite da queste ultime anche attraverso il Sistema Tessera

Sanitaria. (31)

472. Il contributo ordinario statale a favore dell'Istituto superiore di sanita' e' incrementato di 11.233.600 euro per l'anno 2021, di 15.233.600 euro per l'anno 2022 e di 19.233.600 euro annui a decorrere dall'anno 2023. Ai relativi oneri si provvede, quanto a 11.233.600 euro annui a decorrere dall'anno 2021, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'[articolo 12, comma 2, lettera a\), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), e, quanto a 4 milioni di euro per l'anno 2022 e a 8 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2023, mediante corrispondente riduzione del Fondo per interventi strutturali di politica economica, di cui all'[articolo 10, comma 5, del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 282](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 27 dicembre 2004, n. 307](#).

473. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono individuate ulteriori risorse iscritte nello stato di previsione del Ministero della salute da utilizzare per integrare il contributo ordinario statale di cui al comma 472 all'Istituto superiore di sanita' con corrispondente riduzione dei capitoli di bilancio.

474. Per l'anno 2021 e' autorizzata la spesa di euro 3.600.000 per le attivita' dello Stabilimento chimico farmaceutico militare di Firenze di cui al [comma 1 dell'articolo 18-quater del decreto-legge 16 ottobre 2017, n. 148](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 4 dicembre 2017, n. 172](#), e di euro 700.000 per le finalita' di cui al comma 2 dello stesso articolo 18-quater.

475. A decorrere dall'anno 2021, fermo restando il valore complessivo del 14,85 per cento, il limite della spesa farmaceutica convenzionata di cui all'[articolo 1, comma 399, della legge 11 dicembre 2016, n. 232](#), e' rideterminato nella misura del 7 per cento. Conseguentemente, a partire dal medesimo anno, il tetto di spesa della spesa farmaceutica per acquisti diretti di cui all'articolo 1, comma 398, della citata [legge n. 232 del 2016](#) e' rideterminato nella misura del 7,85 per cento, fermo restando il valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali di cui all'[articolo 1, comma 575, della legge 30 dicembre 2018, n. 145](#).

476. Le percentuali di cui al comma 475 possono essere annualmente rideterminate, fermo restando il valore complessivo del 14,85 per cento, in sede di predisposizione del disegno di legge di bilancio, su proposta del Ministero della salute, sentita l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, sulla base dell'andamento del mercato dei medicinali e del fabbisogno assistenziale.

477. L'attuazione di quanto previsto dal comma 475, con riferimento all'anno 2021, e' subordinata al pagamento da parte delle aziende farmaceutiche degli oneri di ripiano relativi al superamento del tetto degli acquisti diretti della spesa farmaceutica del Servizio sanitario nazionale dell'anno 2018 entro il 28 febbraio 2021, per un

importo non inferiore a quello indicato al secondo periodo, come certificato dall'AIFA entro il 10 marzo 2021. Qualora il pagamento sia inferiore a 895 milioni di euro, restano in vigore i valori percentuali dei tetti previsti dalla normativa vigente. Gli eventuali minori pagamenti sono recuperati dall'AIFA su payback 2021 applicando una maggiorazione del 20 per cento. I pagamenti effettuati a titolo di payback 2018, compresi quelli effettuati fino al 31 dicembre 2020, si intendono corrisposti a titolo definitivo e ne consegue l'estinzione di diritto, per cessata materia del contendere, a spese compensate, delle liti pendenti dinanzi al giudice amministrativo. L'attuazione di quanto previsto dal comma 476 per l'anno 2022 e' subordinata all'integrale pagamento da parte delle aziende farmaceutiche degli oneri di ripiano relativi al superamento del tetto degli acquisti diretti della spesa farmaceutica del Servizio sanitario nazionale per l'anno 2019 entro il 30 giugno 2021, come certificato dall'AIFA entro il 10 luglio 2021. Tali pagamenti si intendono corrisposti a titolo definitivo e ne consegue l'estinzione di diritto, per cessata materia del contendere, a spese compensate, delle liti pendenti dinanzi al giudice amministrativo.

478. Dopo l'[articolo 10 del decreto legislativo 6 aprile 2006, n. 193](#), e' inserito il seguente:

«Art. 10-bis. - (Uso in deroga di medicinali per uso umano per animali non destinati alla produzione di alimenti) - 1. Il Ministro della salute, sentita l'AIFA, con proprio decreto da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, fermo restando il principio dell'uso prioritario dei medicinali veterinari per il trattamento delle affezioni delle specie animali e nel rispetto delle disposizioni dell'ordinamento dell'Unione europea in materia di medicinali veterinari, tenuto conto, altresì, della natura delle affezioni e del costo delle relative cure, definisce i casi in cui il veterinario può prescrivere per la cura dell'animale, non destinato alla produzione di alimenti, un medicinale per uso umano, a condizione che lo stesso abbia il medesimo principio attivo rispetto al medicinale veterinario previsto per il trattamento dell'affezione.

2. Il decreto di cui al comma 1 disciplina, altresì, le modalità con cui l'AIFA può sospendere l'utilizzo del medicinale per uso umano per il trattamento delle affezioni animali, al fine di prevenire situazioni di carenze del medicinale per uso umano.

3. Il costo dei medicinali prescritti ai sensi del comma 1 resta in ogni caso a carico dell'acquirente a prescindere dal loro regime di classificazione.

4. Dall'attuazione delle disposizioni del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica».

479. Al fine di garantire alle donne con carcinoma mammario ormonoresponsivo in stadio precoce un trattamento personalizzato sulla base di informazioni genomiche, evitando il ricorso a

trattamenti chemioterapici e l'aggravamento del rischio di contagio da COVID-19 per la riduzione delle difese immunitarie, a decorrere dall'anno 2021, nello stato di previsione del Ministero della salute, e' istituito un fondo, con una dotazione di 20 milioni di euro annui, destinato, nei limiti del medesimo stanziamento, al rimborso diretto, anche parziale, delle spese sostenute per l'acquisto da parte degli ospedali, sia pubblici sia privati convenzionati, di test genomici per il carcinoma mammario ormonoresponsivo in stadio precoce.

480. Con decreto del Ministro della salute sono stabiliti le modalita' di accesso e i requisiti per l'erogazione delle risorse del fondo di cui al comma 479, anche al fine del rispetto del limite di spesa previsto dal medesimo comma.(43)

481. Le disposizioni dell'[articolo 26, commi 2 e 2-bis, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), si applicano nel periodo dal 1° gennaio 2021 al 31 dicembre 2021.

482. COMMA ABROGATO DAL [D.L. 21 OTTOBRE 2021, N. 146](#).

483. Al fine di garantire la sostituzione del personale docente, educativo, amministrativo, tecnico e ausiliario delle istituzioni scolastiche che usufruisce dei benefici di cui al comma 481, e' autorizzata la spesa di 195,15 milioni di euro per l'anno 2021.

484. Con effetto dal 1° gennaio 2021, all'[articolo 26, comma 3, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), le parole: «con gli estremi del provvedimento che ha dato origine alla quarantena con sorveglianza attiva o alla permanenza domiciliare fiduciaria con sorveglianza attiva di cui all'[articolo 1, comma 2, lettere h\) e i\), del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 5 marzo 2020, n. 13](#), e di cui all'[articolo 1, comma 2, lettere d\) ed e\), del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19](#)» sono soppresse.

485. Dopo l'[articolo 8 del decreto legislativo 28 settembre 2012, n. 178](#), e' inserito il seguente:

«Art. 8-bis. - (Disposizioni finali) - 1. A decorrere dall'anno 2021, le competenze in materia di assegnazione agli enti interessati del finanziamento della CRI di cui al presente decreto sono trasferite al Ministero della salute, che vi provvede con decreti del Ministro. Conseguentemente, a decorrere dall'anno 2021, nello stato di previsione del Ministero della salute e' istituito un apposito fondo per il finanziamento annuo di tali enti, con uno stanziamento pari a euro 117.130.194, e il livello del finanziamento corrente standard del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato e' ridotto di 117.130.194 euro. A decorrere dal medesimo anno 2021, le competenze in materia di definizione e sottoscrizione delle convenzioni fra lo Stato e l'Associazione della Croce Rossa italiana, previste dall'articolo 8, sono riservate al Ministero della salute e al Ministero della difesa. Il decreto di assegnazione delle risorse e la convenzione con l'Associazione della Croce Rossa italiana di cui

all'articolo 8, comma 2, possono disporre per un periodo massimo di tre anni.

2. Al fine di consentire una corretta gestione di cassa e di favorire la tempestività dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni, nelle more dell'adozione del decreto di assegnazione delle risorse e della sottoscrizione della convenzione con l'Associazione della Croce Rossa italiana di cui all'articolo 8, il Ministero della salute è autorizzato a concedere anticipazioni di cassa alla Associazione della Croce Rossa italiana, all'Ente strumentale alla Croce rossa italiana in liquidazione coatta amministrativa e alle regioni a valere sul finanziamento stabilito dal presente decreto e nella misura massima dell'80 per cento della quota assegnata a ciascuno dei citati enti dall'ultimo decreto adottato. Sono in ogni caso autorizzati in sede di congruaggio recuperi e compensazioni a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti ai citati enti, anche per gli esercizi successivi, che dovessero rendersi eventualmente necessari.

3. A seguito della ricognizione, effettuata dal commissario liquidatore, delle amministrazioni di destinazione e dell'entità dei trattamenti economici relativi al personale di cui all'articolo 8, comma 2, con uno o più decreti il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, determina il valore del finanziamento destinato alla copertura degli oneri relativi al personale funzionale alle attività propedeutiche alla gestione liquidatoria di cui al citato articolo 8, comma 2, trasferito ad amministrazioni diverse dagli enti del Servizio sanitario nazionale, disponendo la corrispondente riduzione del fondo di cui al comma 1 del presente articolo e l'attribuzione delle relative risorse alle amministrazioni di destinazione del personale medesimo.

4. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio».

486. Dopo l'[articolo 4 del decreto legislativo 28 settembre 2012, n. 178](#), è inserito il seguente:

«Art. 4-bis. - (Beni utilizzati per attività istituzionali). - 1. I beni immobili e le unità immobiliari di proprietà dell'Ente strumentale alla CRI in liquidazione coatta amministrativa che, a decorrere dal 1° gennaio 2018, sono utilizzati quali sedi istituzionali od operative dei comitati regionali, territoriali e delle province autonome di Trento e di Bolzano e che, ai sensi del comma 1-bis dell'articolo 4, avrebbero dovuto essere trasferiti all'Associazione, transitano alla stessa per lo svolgimento dei suoi compiti statutari.

2. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, il Presidente nazionale dell'Associazione fa istanza di trasferimento all'Ente strumentale alla CRI e il commissario liquidatore, previo parere del comitato di sorveglianza e previa autorizzazione dell'autorità di vigilanza, adotta gli atti conseguenti per attuare il trasferimento.

3. I provvedimenti di trasferimento adottati dal commissario liquidatore hanno effetto traslativo della proprietà, producono gli effetti previsti dall'[articolo 2644 del codice civile](#) e costituiscono titolo per la trascrizione. Il suddetto trasferimento è esente dal pagamento delle imposte o tasse previste per la trascrizione, nonché di ogni altra imposta o tassa connessa con il trasferimento della proprietà dei beni all'Associazione.

4. Tutti i beni immobili di proprietà dell'Ente strumentale alla CRI in liquidazione coatta amministrativa, utilizzati dall'Associazione per scopi istituzionali, a far data dal 1° gennaio 2018, in via transitoria, sono concessi in uso gratuito alla stessa. Le spese di gestione e di manutenzione ordinaria e straordinaria sono a carico dell'utente.

5. I lasciti disposti con atti testamentari entro il 31 dicembre 2017, per i quali l'apertura della successione sia intervenuta successivamente al 1° gennaio 2018, spettano all'Associazione».

487. Al fine di garantire il trasferimento agli enti previdenziali competenti delle risorse necessarie per il pagamento del trattamento di fine rapporto e di fine servizio del personale destinatario delle procedure di mobilità di cui all'[articolo 6 del decreto legislativo 28 settembre 2012, n. 178](#), sono trasferiti agli enti indicati nella tabella di cui all'allegato G, annesso alla presente legge, gli importi ivi indicati, a valere sul finanziamento di cui al citato [decreto legislativo n. 178 del 2012](#), per gli anni ivi indicati. Conseguentemente, il commissario liquidatore di cui all'articolo 8, comma 2, del medesimo [decreto legislativo n. 178 del 2012](#) è autorizzato a cancellare le corrispondenti poste dallo stato passivo.

488. Al fine di incrementare la capacità operativa territoriale della Sanità militare e la sua interoperabilità con i sistemi del Servizio sanitario nazionale, nonché per fare fronte alle maggiori esigenze causate dall'emergenza epidemiologica da COVID-19, nello stato di previsione del Ministero della difesa è istituito un fondo finalizzato all'adeguamento tecnologico e digitale delle strutture, dei presidi territoriali, dei servizi e delle prestazioni della Sanità militare, con una dotazione di 4 milioni di euro per l'anno 2021, 5,5 milioni di euro per l'anno 2022 e 8 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2023.

489. Le modalità di impiego e di gestione del fondo di cui al comma 488 sono definite con decreto del Ministro della difesa, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

490. Al fine di potenziare le dotazioni strumentali e infrastrutturali del Servizio sanitario del Corpo della guardia di finanza è autorizzata la spesa di 1 milione di euro per l'anno 2021 e 2,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2022.

491. Al fine di salvaguardare l'appropriatezza delle cure, il diritto alla prossimità dei servizi, il diritto di libera scelta del

cittadino, esercitabile nell'ambito del quadro normativo vigente, nonché gli equilibri economico-finanziari, nel rispetto del principio di unitarietà del Servizio sanitario nazionale e tenuto conto del Piano nazionale per le liste d'attesa, nonché in coerenza con quanto convenuto in sede di intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sancita in data 18 dicembre 2019 sul nuovo Patto per la salute 2019-2021, con particolare riguardo alla scheda n. 4, anche in relazione a quanto previsto nella scheda n. 11, dall'anno 2021 i valori relativi alla matrice dei flussi finanziari relativi alla compensazione tra le singole regioni e province autonome delle prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA), rese a cittadini in ambiti regionali diversi da quelli di residenza, sono definiti, sulla base dei dati di produzione disponibili con riferimento all'anno precedente oggetto di riparto e tenuto conto dei controlli di appropriatezza come comunicati dalle singole regioni e province autonome, su proposta del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, d'intesa con le regioni e con le province autonome in sede di riparto del fabbisogno sanitario standard.

491-bis. Negli anni 2021 e 2022, qualora in fase di attuazione delle disposizioni del comma 491 non siano disponibili i dati di produzione riferiti all'anno precedente a quello oggetto di riparto, si procede sulla base dei valori e delle ultime evidenze disponibili.

492. A decorrere dal 2022, la sottoscrizione degli accordi bilaterali tra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale di cui all'[articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208](#), costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale ai fini e per gli effetti dell'[articolo 2, comma 68, lettera c\), della legge 23 dicembre 2009, n. 191](#), prorogato, a decorrere dall'anno 2013, dall'[articolo 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 7 agosto 2012, n. 135](#), la cui verifica è effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sancita in data 23 marzo 2005, [pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005](#).

493. Il Comitato di cui al comma 492 adotta linee guida e set di indicatori oggettivi e misurabili, anche attraverso i dati del Sistema tessera sanitaria, al fine di armonizzare i sistemi di controllo di appropriatezza degli erogatori accreditati con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e l'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi e l'ordinata programmazione del ricorso agli erogatori pubblici e privati accreditati, orientando al mantenimento di elevati standard nell'attività resa dagli erogatori pubblici e privati accreditati, anche riconosciuti, quali istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

494. Il Comitato di cui al comma 492 elabora, altresì, un

programma nazionale di valutazione e di miglioramento dei processi di mobilita' sanitaria al fine di salvaguardare i normali livelli di mobilita' e di fornire adeguate alternative per la tutela di un piu' equo e trasparente accesso alle cure, nei casi di mobilita' non fisiologica. Il medesimo Comitato elabora specifici programmi destinati alle aree di confine nonche' ai flussi interregionali per migliorare e sviluppare i servizi di prossimita' al fine di evitare criticita' di accesso e rilevanti costi sociali e finanziari a carico dei cittadini.

495. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano che, in funzione dell'andamento dell'emergenza da COVID-19, hanno sospeso, anche per il tramite dei propri enti, le attivita' ordinarie possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2021 fino a un massimo del 90 per cento del budget assegnato nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'[articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), stipulati per l'anno 2021, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale. Il predetto riconoscimento tiene conto, pertanto, sia delle attivita' ordinariamente erogate nel corso dell'anno 2021 di cui deve essere rendicontata l'effettiva produzione, sia, fino a concorrenza del predetto limite massimo del 90 per cento del budget, di un contributo una tantum legato all'emergenza in corso ed erogato dalle regioni e province autonome nelle quali insiste la struttura destinataria di budget, a ristoro dei soli costi fissi comunque sostenuti dalla struttura privata accreditata e rendicontati dalla stessa struttura che, sulla base di uno specifico provvedimento regionale, ha sospeso le attivita' previste dai relativi accordi e contratti stipulati per l'anno 2021. Resta fermo il riconoscimento, nell'ambito del budget assegnato per l'anno 2021, in caso di produzione del volume di attivita' superiore al 90 per cento e fino a concorrenza del budget previsto negli accordi e contratti stipulati per l'anno 2021, come rendicontato dalla medesima struttura interessata.

496. Fermo restando quanto previsto dai commi da 491 a 494, al fine di consentire il mantenimento dei requisiti previsti dal [decreto del Ministro della salute 5 febbraio 2015, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 78 del 3 aprile 2015](#), e il livello di particolare qualificazione di eccellenza nella cura e nella ricerca scientifica, puo' essere garantito l'accesso alle prestazioni rese dagli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico in favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza, rivalutando il fabbisogno sulla base della domanda storica come desumibile dai dati di produzione di cui all'ultima compensazione tra le regioni nonche' di un'ulteriore spesa complessiva annua non superiore a 20 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2021. E' corrispondentemente incrementato il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario standard cui concorre lo Stato a decorrere dall'anno 2021.

497. All'[articolo 7 del decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206](#), sono aggiunti, in fine, i seguenti commi:

«1-sexies. In attuazione dell'[articolo 53 della direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 settembre 2005](#), e ai sensi dell'articolo 99 del testo unico delle leggi costituzionali concernenti lo statuto speciale per il Trentino-Alto Adige/Südtirol, di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670](#), per quanto concerne il territorio della provincia autonoma di Bolzano, la conoscenza della lingua italiana o tedesca costituisce requisito sufficiente di conoscenza linguistica necessaria per l'esercizio delle professioni sanitarie. I controlli linguistici previsti dalla legge sono svolti in conformita' a quanto stabilito dalle disposizioni richiamate dal presente comma.

1-septies. In attuazione di quanto disposto dal comma 1-sexies, il presidente dell'ordine dei medici della provincia autonoma di Bolzano e' autorizzato a istituire, avvalendosi delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, una sezione speciale dell'albo dei medici alla quale possono essere iscritti, a domanda, fermi i restanti requisiti, i professionisti che sono a conoscenza della sola lingua tedesca. L'iscrizione alla sezione speciale autorizza all'esercizio della professione medica esclusivamente nel territorio della provincia autonoma di Bolzano.

1-octies. Nei servizi sanitari di pubblico interesse l'attivita' deve essere organizzata in modo che sia garantito l'uso delle due lingue, italiana e tedesca, in conformita' a quanto disposto dal [decreto del Presidente della Repubblica 15 luglio 1988, n. 574](#)».

498. E' autorizzata la spesa di 1 milione di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023 per il sostegno allo studio, alla ricerca e alla valutazione dell'incidenza dell'endometriosi nel territorio nazionale. Il Ministro della salute, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con proprio decreto, stabilisce i criteri e le modalita' per la ripartizione delle risorse di cui al primo periodo, prevedendo, in particolare, che le risorse destinate alla ricerca scientifica non possano essere inferiori al 50 per cento dello stanziamento di cui al presente comma.

499. Per le finalita' di cui alla [legge 10 febbraio 2020, n. 10](#), e' autorizzata la spesa di 4 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023.

500. Il Ministro della salute, con proprio decreto da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, individua i centri di riferimento e le modalita' di svolgimento della formazione e della simulazione sui cadaveri.(43)

**DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 1992 , n. 502**

Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

Vigente al : 7-11-2022

TITOLO II**PRESTAZIONI****Art. 8-quinquies****(Accordi contrattuali)**

1. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del [decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229](#), definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali ed individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti:

a) individuazione delle responsabilita' riservate alla regione e di quelle attribuite alle unita' sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;

b) indirizzi per la formulazione dei programmi di attivita' delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attivita' da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorit  indicate dal Piano sanitario nazionale;

c) determinazione del piano delle attivita' relative alle alte specialita' ed alla rete dei servizi di emergenza;

d) criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attivita' e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura.

((1-bis. I soggetti privati di cui al comma 1 sono individuati, ai fini della stipula degli accordi contrattuali, mediante procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, previa pubblicazione da parte delle regioni di un avviso contenente criteri oggettivi di

selezione, che valorizzino prioritariamente la qualita' delle specifiche prestazioni sanitarie da erogare. La selezione di tali soggetti deve essere effettuata periodicamente, tenuto conto della programmazione sanitaria regionale e sulla base di verifiche delle eventuali esigenze di razionalizzazione della rete in convenzionamento e, per i soggetti gia' titolari di accordi contrattuali, dell'attivita' svolta; a tali fini si tiene conto altresì dell'effettiva alimentazione in maniera continuativa e tempestiva del fascicolo sanitario elettronico (FSE) ai sensi dell'[articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 dicembre 2012, n. 221](#), secondo le modalita' definite ai sensi del comma 7 del medesimo articolo 12, nonche' degli esiti delle attivita' di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attivita' erogate, le cui modalita' sono definite con il decreto di cui all'articolo 8-quater, comma 7)).

2. In attuazione di quanto previsto dal comma 1 ((e con le modalita' di cui al comma 1-bis)), la regione e le unita' sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualita' e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliere universitarie, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, nonche' con le organizzazioni pubbliche e private accreditate per l'erogazione di cure domiciliari, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano: ((62))

a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;

b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unita' sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalita' di assistenza. Le regioni possono individuare prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria locale competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati;

c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilita', appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuita' assistenziale;

d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attivita' concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attivita' effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d);

e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualita' della assistenza prestata e delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall'articolo 8-octies.

e-bis) la modalita' con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonche' delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario programmato.

2-bis. COMMA ABROGATO DAL [D.LGS. 15 MARZO 2010, N. 66](#).

2-ter. COMMA ABROGATO DAL [D.LGS. 15 MARZO 2010, N. 66](#).

2-quater. Le regioni stipulano accordi con le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalita' di cui all'[articolo 10 comma 2 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288](#). Le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli [articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833](#), e successive modificazioni, che prevedano che l'attivita' assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attivita' predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio, nonche' sulla base di funzioni riconosciute dalle regioni, tenendo conto nella remunerazione di eventuali risorse gia' attribuite per spese di investimento, ai sensi dell'[articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412](#), e successive modificazioni ed integrazioni. Ai predetti accordi e ai predetti contratti si applicano le disposizioni di cui al comma 2, lettere a), b), c), e) ed e-bis.

2-quinquies. In caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati e' sospeso.

AGGIORNAMENTO (62)

La [L. 5 agosto 2022, n. 118](#) ha disposto (con l'art. 15, comma 1, lettera b)) che "al comma 2, alinea, dopo le parole: «dal comma 1» sono inserite le seguenti: «e con le modalita' di cui al comma 1-bis» e le parole: «, anche attraverso valutazioni comparative della qualita' dei costi,» sono soppresse".

**DECRETO-LEGGE 24 dicembre 2021 , n. 221**

Proroga dello stato di emergenza nazionale e ulteriori misure per il contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19. (21G00244)

Vigente al : 7-11-2022

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli [articoli 77 e 87 della Costituzione](#);

Visti gli [articoli 32 e 117, secondo e terzo comma, della Costituzione](#);

Visto l'[articolo 16 della Costituzione](#), che consente limitazioni della libert  di circolazione per ragioni sanitarie;

Visto il [decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 22 maggio 2020, n. 35](#), recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»;

Visto il [decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 14 luglio 2020, n. 74](#), recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»;

Visto il [decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 maggio 2021, n. 76](#), recante «Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARSCoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici»;

Visto il [decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), recante «Misure urgenti per la graduale ripresa delle attivita' economiche e sociali nel rispetto delle esigenze di contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19»;

Visto il [decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 16 settembre 2021, n. 126](#), recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e per l'esercizio in sicurezza di attivita' sociali ed economiche»;

Visto il [decreto-legge 6 agosto 2021, n. 111](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 settembre 2021, n. 133](#), recante «Misure

urgenti per l'esercizio in sicurezza delle attività scolastiche, universitarie, sociali e in materia di trasporti»;

Visto il [decreto-legge 21 settembre 2021, n. 127](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 19 novembre 2021, n. 165](#), recante «Misure urgenti per assicurare lo svolgimento in sicurezza del lavoro pubblico e privato mediante l'estensione dell'ambito applicativo della certificazione verde COVID-19 e il rafforzamento del sistema di screening»;

Visto il [decreto-legge 8 ottobre 2021, n. 139](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 3 dicembre 2021, n. 205](#), recante «Disposizioni urgenti per l'accesso alle attività culturali, sportive e ricreative, nonché per l'organizzazione di pubbliche amministrazioni e in materia di protezione dei dati personali.»;

Visto il [decreto-legge 26 novembre 2021, n. 172](#), recante «Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19 e per lo svolgimento in sicurezza delle attività economiche e sociali.»;

Viste le delibere del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, del 29 luglio 2020, del 7 ottobre 2020, del 13 gennaio 2021 e del 21 aprile 2021, nonché l'[articolo 1, comma 1, del decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 16 settembre 2021, n. 126](#), con cui è stato dichiarato e prorogato lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

Vista la dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità dell'11 marzo 2020, con la quale l'epidemia da COVID-19 è stata valutata come «pandemia» in considerazione dei livelli di diffusività e gravità raggiunti a livello globale;

Considerato l'evolversi della situazione epidemiologica;

Considerato che l'attuale contesto di rischio impone la prosecuzione delle iniziative di carattere straordinario e urgente intraprese al fine di fronteggiare adeguatamente possibili situazioni di pregiudizio per la collettività;

Considerato che la predetta situazione emergenziale persiste e che pertanto ricorrono i presupposti per la proroga dello stato emergenza dichiarato con le delibere del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, del 29 luglio 2020, del 7 ottobre 2020, del 13 gennaio 2021 e del 21 aprile 2021, e prorogato con l'[articolo 1, comma 1, del decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 16 settembre 2021, n. 126](#);

Ritenuta la straordinaria necessità e urgenza di integrare il quadro delle vigenti misure di contenimento alla diffusione del predetto virus anche in occasione delle prossime festività, adottando adeguate e immediate misure di prevenzione e contrasto all'aggravamento dell'emergenza epidemiologica;

Considerata la straordinaria necessità e urgenza di adeguare i termini previsti da vigenti disposizioni relative alle misure di contenimento della diffusione del predetto virus o connessi

all'emergenza epidemiologica da COVID-19;

Viste le deliberazioni del Consiglio dei ministri, adottate nelle riunioni del 14 dicembre 2021 e del 23 dicembre 2021;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei ministri e del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze;

E m a n a
il seguente decreto-legge:

Art. 1

Dichiarazione dello stato di emergenza nazionale

1. In considerazione del rischio sanitario connesso al protrarsi della diffusione degli agenti virali da COVID-19, lo stato di emergenza dichiarato con deliberazione del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020 e' ulteriormente prorogato fino al 31 marzo 2022.

2. Nell'esercizio dei poteri derivanti dalla dichiarazione dello stato di emergenza di cui al comma 1, il Capo del Dipartimento della protezione civile e il Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e il contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19, di cui all'[articolo 122 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), adottano anche ordinanze finalizzate alla programmazione della prosecuzione in via ordinaria delle attivita' necessarie al contrasto e al contenimento del fenomeno epidemiologico da COVID-19.

Art. 2

Modifiche al [decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19](#) e al [decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33](#)

1. All'[articolo 1, comma 1, del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 22 maggio 2020, n. 35](#), le parole «fino al 31 dicembre 2021» sono sostituite dalle seguenti: «fino al 31 marzo 2022».

((2. Al [decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 14 luglio 2020, n. 74](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 1, dopo il comma 7 sono inseriti i seguenti:

"7-bis. La misura della quarantena precauzionale di cui al comma 7 non si applica a coloro che, nei centoventi giorni dal completamento del ciclo vaccinale primario o dalla guarigione o successivamente alla somministrazione della dose di richiamo, hanno avuto contatti stretti con soggetti confermati positivi al COVID-19. Ai soggetti di cui al primo periodo e' applicato il regime

dell'autosorveglianza, consistente nell'obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2 fino al decimo giorno successivo alla data dell'ultimo contatto stretto con soggetti confermati positivi al COVID-19 e di effettuare un test antigenico rapido o molecolare per la rilevazione dell'antigene SARS-CoV-2 alla prima comparsa dei sintomi e, se ancora sintomatici, al quinto giorno successivo alla data dell'ultimo contatto.

7-ter. Con circolare del Ministero della salute sono definite le modalita' attuative dei commi 6 e 7 sulla base dei criteri stabiliti dal Comitato tecnico-scientifico di cui all'ordinanza del Capo del [Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020](#). La cessazione del regime di quarantena di cui ai commi 6 e 7 consegue all'esito negativo di un test antigenico rapido o molecolare per la rilevazione dell'antigene SARS-CoV-2, effettuato anche presso centri privati a cio' abilitati. In quest'ultimo caso, la trasmissione, con modalita' anche elettroniche, al dipartimento di prevenzione territorialmente competente del referto con esito negativo determina la cessazione del regime di quarantena";

b) all'articolo 3, comma 1, le parole: "31 dicembre 2021" sono sostituite dalle seguenti: "31 marzo 2022").

Art. 3

Durata delle certificazioni verdi COVID-19

1. All'[articolo 9 del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), a decorrere dal 1° febbraio 2022, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) ((**al comma 3, primo e secondo**)) periodo, le parole «nove mesi» sono sostituite dalle seguenti «sei mesi»;

b) al comma 4-bis le parole «nove mesi» sono sostituite dalle seguenti: «sei mesi».

Art. 3-bis

(((Certificazioni verdi COVID-19).))

((1. All'[articolo 9, comma 1, del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) l'alinea e' sostituito dal seguente: "Ai fini della normativa emergenziale connessa al rischio sanitario della diffusione degli agenti virali da COVID-19, valgono le seguenti definizioni:";

b) dopo la lettera a) sono inserite le seguenti:

"a-bis) certificazione verde COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test, cosiddetto green pass base: una delle certificazioni di cui al comma 2;

a-ter) certificazione verde COVID-19 da vaccinazione o guarigione, cosiddetto green pass rafforzato: una delle certificazioni comprovanti lo stato di avvenuta vaccinazione per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2, di cui al comma 2, lettera a), ovvero l'avvenuta guarigione dalla predetta infezione, di cui al comma 2, lettere b) e c-bis)").

Art. 4

Dispositivi di protezione delle vie respiratorie

1. Dalla data di entrata in vigore del presente decreto fino al 31 gennaio 2022, l'obbligo di utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie, anche nei luoghi all'aperto, di cui all'[articolo 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 2 marzo 2021, \(\(pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 52 del 2 marzo 2021,\)\)](#) trova applicazione anche in zona bianca.

((2. All'[articolo 5 del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 giugno 2021, n. 87, dopo il comma 3 e' aggiunto il seguente:](#)

"3-bis. Dal 25 dicembre 2021 fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, per gli spettacoli aperti al pubblico che si svolgono al chiuso o all'aperto in sale teatrali, sale da concerto, sale cinematografiche, locali di intrattenimento e musica dal vivo e in altri locali assimilati, nonche' per gli eventi e le competizioni sportivi che si svolgono al chiuso o all'aperto, e' fatto obbligo di indossare i dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2. Nei suddetti luoghi, ad esclusione dei servizi di ristorazione svolti da qualsiasi esercizio, e per il medesimo periodo di tempo di cui al primo periodo e' vietato il consumo di cibi e bevande al chiuso)").

3. ((COMMA SOPPRESSO DALLA [L. 18 FEBBRAIO 2022, N. 11](#))).

Art. 4-bis

(((Misure urgenti in materia di personale sanitario).))

((1. All'[articolo 13, comma 1, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, le parole: "purche' impegnate nell'emergenza da COVID-19" sono sostituite dalle seguenti: "interessate direttamente o indirettamente nell'emergenza da COVID-19".\)\)](#)

Art. 4-ter

(((Contenimento dei prezzi dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie e istituzione del tavolo tecnico per i dispositivi

medici e di protezione individuali).))

((1. Il Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19, consultate le associazioni di categoria maggiormente rappresentative dei produttori di dispositivi di protezione individuale e considerati i prezzi mediamente praticati alle farmacie e ai rivenditori, definisce, d'intesa con il Ministro della salute, un protocollo d'intesa con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative delle stesse farmacie e degli altri rivenditori autorizzati al fine di assicurare, fino al 31 marzo 2022 e senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica, la vendita di dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2 a prezzi contenuti. Il Commissario straordinario monitora l'andamento dei prezzi dei dispositivi di protezione di cui al primo periodo e riferisce al Governo.

2. Al fine di garantire un adeguato livello di protezione della popolazione e di ridurre il rischio di contagio, con decreto di natura non regolamentare del Ministro dello sviluppo economico, da emanare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, e' istituito presso il medesimo Ministero un tavolo tecnico con il compito di procedere all'adozione e alla pianificazione degli interventi in materia di salute e sicurezza relativi ai dispositivi medici e di protezione individuale, anche in considerazione delle nuove varianti virali. Il tavolo tecnico e' presieduto dal Ministro dello sviluppo economico ed e' composto da rappresentanti del Ministero della salute, dell'Istituto superiore di sanita', delle associazioni di categoria maggiormente rappresentative dei produttori e dei distributori di dispositivi medici e di protezione individuale, da un rappresentante del Ministro per gli affari regionali e le autonomie, nonche' da un rappresentante del Comitato tecnico-scientifico di cui all'ordinanza del Capo del [Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020](#).

3. All'attuazione delle attivita' di cui al comma 2 le amministrazioni provvedono con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. La partecipazione alle attivita' del tavolo tecnico di cui al comma 2 non da' diritto a compensi, gettoni, emolumenti, indennita' o rimborsi di spese di qualunque natura o comunque denominati)).

Art. 5

(((Impiego delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test, cosiddetto green pass base).))

((1. All'[articolo 9-bis del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#),

convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il comma 1 e' sostituito dal seguente:

"1. Fino al 31 marzo 2022, termine di cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, e' consentito sull'intero territorio nazionale esclusivamente ai soggetti muniti di una delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test, cosiddetto green pass base, l'accesso ai seguenti servizi e attivita', nel rispetto della disciplina della zona bianca e dei protocolli e delle linee guida adottati ai sensi dell'[articolo 1, comma 14, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 14 luglio 2020, n. 74](#):

a) mense e catering continuativo su base contrattuale;

b) concorsi pubblici;

c) corsi di formazione pubblici e privati, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9-ter.1 del presente decreto e dall'[articolo 4-ter del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 maggio 2021, n. 76](#)";

b) i commi 2 e 2-bis sono abrogati;

c) al comma 4, al primo periodo, le parole: "ai commi 1 e 2-bis" e "ai medesimi commi 1 e 2-bis" sono sostituite rispettivamente dalle seguenti: "al comma 1" e "al medesimo comma 1" e il terzo e il quarto periodo sono soppressi;

d) la rubrica e' sostituita dalla seguente: "Impiego delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test, cosiddetto green pass base".))

Art. 5-bis

(((Impiego delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione o guarigione, cosiddetto green pass rafforzato).))

((1. Dopo l'[articolo 9-bis del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), e' inserito il seguente:

"Art. 9-bis.1 (Impiego delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione o guarigione, cosiddetto green pass rafforzato). - 1. Fino al 31 marzo 2022, sull'intero territorio nazionale, e' consentito esclusivamente ai soggetti in possesso delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione o guarigione, cosiddetto green pass rafforzato, l'accesso ai seguenti servizi e attivita', nel rispetto della disciplina della zona bianca e dei protocolli e delle linee guida adottati ai sensi dell'[articolo 1, comma 14, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 14 luglio 2020, n. 74](#):

a) servizi di ristorazione svolti al banco o al tavolo, all'aperto o al chiuso, da qualsiasi esercizio di cui all'articolo 4, a eccezione delle mense e del catering continuativo su base

contrattuale, ai quali si applicano le disposizioni di cui all'articolo 9-bis;

b) alberghi e altre strutture ricettive, nonché servizi di ristorazione prestati all'interno degli stessi anche se riservati ai clienti ivi alloggiati;

c) musei, altri istituti e luoghi della cultura e mostre, di cui all'articolo 5-bis;

d) piscine, centri natatori, palestre, sport di squadra e di contatto, centri benessere, anche all'interno di strutture ricettive, di cui all'articolo 6, per le attività che si svolgono al chiuso e all'aperto, nonché spazi adibiti a spogliatoi e docce, con esclusione dell'obbligo di certificazione per gli accompagnatori delle persone non autosufficienti in ragione dell'età o di disabilità;

e) sagre e fiere, convegni e congressi;

f) centri termali, salvo che per gli accessi necessari all'erogazione delle prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza e allo svolgimento di attività riabilitative o terapeutiche, parchi tematici e di divertimento;

g) centri culturali, centri sociali e ricreativi, di cui all'articolo 8-bis, comma 1, per le attività che si svolgono al chiuso e all'aperto e con esclusione dei centri educativi per l'infanzia, compresi i centri estivi, e le relative attività di ristorazione;

h) feste comunque denominate, conseguenti e non conseguenti alle cerimonie civili o religiose, nonché eventi a queste assimilati;

i) attività di sale gioco, sale scommesse, sale bingo e casino', di cui all'articolo 8-ter;

l) impianti di risalita con finalità turistico-commerciale, anche se ubicati in comprensori sciistici;

m) partecipazione, nel pubblico, agli spettacoli aperti al pubblico, nonché agli eventi e alle competizioni sportivi, di cui all'articolo 5;

n) attività che abbiano luogo in sale da ballo, discoteche e locali assimilati di cui all'articolo 5;

o) partecipazione, nel pubblico, a cerimonie pubbliche.

2. Le disposizioni di cui al comma 1 non si applicano ai soggetti di età inferiore ai dodici anni e ai soggetti esenti dalla campagna vaccinale sulla base di idonea certificazione medica rilasciata secondo i criteri definiti con circolare del Ministero della salute. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, adottato di concerto con i Ministri della salute, per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale e dell'economia e delle finanze, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, sono individuate le specifiche tecniche per trattare in modalità digitale le predette certificazioni, al fine di consentirne la verifica digitale, assicurando contestualmente la protezione dei dati personali in esse

contenuti.

3. I titolari o i gestori dei servizi e delle attività di cui al comma 1 sono tenuti a verificare che l'accesso ai predetti servizi e attività avvenga nel rispetto delle prescrizioni di cui al medesimo comma 1. Le verifiche delle certificazioni verdi COVID-19 sono effettuate con le modalità indicate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri adottato ai sensi dell'articolo 9, comma 10. Nel caso di sagre e fiere locali che si svolgano all'aperto, in spazi privi di varchi di accesso, gli organizzatori informano il pubblico, con apposita segnaletica, dell'obbligo del possesso della certificazione verde COVID-19 prescritta ai sensi del comma 1, lettera e), per l'accesso all'evento. In caso di controlli a campione, le sanzioni di cui all'articolo 13 si applicano al solo soggetto privo di certificazione e non anche agli organizzatori che abbiano rispettato gli obblighi informativi.

4. Il Ministro della salute con propria ordinanza può definire eventuali misure necessarie in fase di attuazione del presente articolo".

2. Al [decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 5:

1) al comma 1:

1.1) al primo periodo, le parole: ", e l'accesso e' consentito esclusivamente ai soggetti muniti di una delle certificazioni verdi COVID-19 di cui all'articolo 9, comma 2" sono soppresse;

1.2) al terzo periodo, le parole: "l'accesso agli spettacoli aperti al pubblico in sale teatrali, sale da concerto, sale cinematografiche, locali di intrattenimento e musica dal vivo e in altri locali o spazi anche all'aperto e' consentito esclusivamente ai soggetti muniti di una delle certificazioni verdi COVID-19 di cui all'articolo 9, comma 2, e" sono soppresse;

1.3) sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: "In zona bianca sono consentite le feste popolari e le manifestazioni culturali all'aperto, anche con modalità itinerante e in forma dinamica, riconosciute di notevole interesse culturale ai sensi del [codice dei beni culturali e del paesaggio](#), di cui al [decreto legislativo 22 gennaio 2004, n. 42](#). Gli organizzatori producono all'autorità competente ad autorizzare l'evento la documentazione concernente le misure adottate per la prevenzione della diffusione del contagio da COVID-19 ai fini dell'inoltro alla Commissione di cui all'[articolo 80 del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza](#), di cui al [regio decreto 18 giugno 1931, n. 773](#)";

2) al comma 1-bis, secondo periodo, le parole: "esclusivamente ai soggetti muniti di una delle certificazioni verdi COVID-19 di cui all'articolo 9, comma 2," sono soppresse;

3) al comma 2, il terzo periodo e' sostituito dal seguente: "In

zona bianca, la capienza consentita non puo' essere superiore al 75 per cento all'aperto e al 60 per cento al chiuso rispetto a quella massima autorizzata";

b) all'articolo 7, il comma 2 e' abrogato;

c) all'articolo 9, comma 10-bis, dopo la parola: "9-bis," e' inserita la seguente: "9-bis.1,";

d) all'articolo 13, comma 1:

1) al primo periodo, le parole: "e 9-bis" sono sostituite dalle seguenti: ", 9-bis e 9-bis.1";

2) al terzo periodo, dopo le parole: "dell'articolo 9-bis" sono inserite le seguenti: ", al comma 3 dell'articolo 9-bis.1 e al comma 3-bis dell'articolo 5";

3) al quarto periodo, le parole: "e al possesso di una delle certificazioni verdi COVID-19 di cui all'articolo 9, comma 2" sono sostituite dalle seguenti: "e all'articolo 9-bis.1, comma 1, lettere m), n) e o), in relazione al possesso di una delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione o guarigione, cosiddetto green pass rafforzato".))

Art. 5-ter

(((Impiego delle certificazioni verdi COVID-19 per l'accesso in ambito scolastico e della formazione superiore).))

((1. Al [decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) l'articolo 9-ter e' abrogato;

b) all'articolo 9-ter.1:

1) al comma 1:

1.1) il primo periodo e' sostituito dal seguente: "Fino al 31 marzo 2022, termine di cessazione dello stato di emergenza, al fine di tutelare la salute pubblica, chiunque accede alle strutture del sistema nazionale di istruzione, delle scuole non paritarie, dei servizi educativi per l'infanzia di cui all'[articolo 2 del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 65](#), dei centri provinciali per l'istruzione degli adulti, dei sistemi regionali di istruzione e formazione professionale e dei sistemi regionali che realizzano i percorsi di istruzione e formazione tecnica superiore e degli istituti tecnici superiori deve possedere ed e' tenuto a esibire la certificazione verde COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test, cosiddetto green pass base";

1.2) dopo il secondo periodo e' aggiunto il seguente: "Resta fermo quanto previsto dall'[articolo 4-ter, comma 1, lettera a\), del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 maggio 2021, n. 76](#)";

2) il comma 3 e' sostituito dal seguente:

"3. Il rispetto delle prescrizioni di cui al comma 1 e'

verificato dai responsabili delle istituzioni di cui al medesimo comma o da altro personale da questi a tal fine delegato. Le verifiche delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test, cosiddetto green pass base, sono effettuate a campione, secondo modalita' di controllo che non consentono la visibilita' delle informazioni che ne hanno determinato l'emissione, compreso l'utilizzo dell'applicazione mobile prevista dall'[articolo 13 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 17 giugno 2021, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 143 del 17 giugno 2021.](#) Nel caso in cui l'accesso alle strutture sia motivato da ragioni di servizio o di lavoro, la verifica del rispetto delle disposizioni di cui al comma 1, oltre che, a campione, dai soggetti di cui al primo periodo del presente comma, deve essere effettuata anche dai rispettivi datori di lavoro o dai loro delegati";

3) dopo il comma 4 e' aggiunto il seguente:

"4-bis. Nei casi in cui la certificazione verde COVID-19 di cui al comma 1 non sia stata generata e non sia stata rilasciata all'avente diritto in formato cartaceo o digitale, le disposizioni di cui al comma 1 si intendono comunque rispettate a seguito della presentazione da parte dell'interessato di un certificato rilasciato dalla struttura sanitaria ovvero dall'esercente la professione sanitaria che ha effettuato la vaccinazione o dal medico di medicina generale dell'interessato, che attesta che il soggetto soddisfa una delle condizioni di cui all'articolo 9, comma 2";

c) all'articolo 9-ter.2:

1) il comma 1 e' sostituito dal seguente:

"1. Fino al 31 marzo 2022, termine di cessazione dello stato di emergenza, al fine di tutelare la salute pubblica, chiunque accede alle strutture appartenenti alle istituzioni universitarie e di alta formazione artistica, musicale e coreutica, nonche' alle altre istituzioni di alta formazione collegate alle universita', compresi gli studenti delle predette istituzioni, deve possedere ed e' tenuto a esibire la certificazione verde COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test, cosiddetto green pass base. Resta fermo quanto previsto dall'[articolo 4-ter, comma 1-bis, del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44,](#) convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 maggio 2021, n. 76](#)";

2) il comma 3 e' sostituito dal seguente:

"3. Il rispetto delle prescrizioni di cui al comma 1 e' verificato dai responsabili delle istituzioni di cui al medesimo comma o da altro personale da questi a tal fine delegato. Le verifiche delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test, cosiddetto green pass base, sono effettuate a campione, secondo modalita' di controllo che non consentono la visibilita' delle informazioni che ne hanno determinato l'emissione, compreso l'utilizzo dell'applicazione mobile prevista dall'[articolo 13 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 17 giugno 2021, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 143 del 17 giugno 2021.](#)

Per le medesime finalita', le universita' e le altre istituzioni di cui al comma 1 sono autorizzate alla raccolta e alla conservazione dei dati strettamente necessari per la verifica del rispetto delle disposizioni di cui al medesimo comma 1. Nel caso in cui l'accesso alle strutture sia motivato da ragioni di servizio o di lavoro, la verifica del rispetto delle disposizioni di cui al comma 1, oltre che, a campione, dai soggetti di cui al primo periodo del presente comma, deve essere effettuata anche dai rispettivi datori di lavoro o dai loro delegati";

3) dopo il comma 3 e' inserito il seguente:

"3-bis. Nei casi in cui la certificazione verde COVID-19 di cui al comma 1 non sia stata generata e non sia stata rilasciata all'avente diritto in formato cartaceo o digitale, le disposizioni di cui al comma 1 si intendono comunque rispettate a seguito della presentazione da parte dell'interessato di un certificato rilasciato dalla struttura sanitaria ovvero dall'esercente la professione sanitaria che ha effettuato la vaccinazione o dal medico di medicina generale dell'interessato, che attesta che il soggetto soddisfa una delle condizioni di cui all'articolo 9, comma 2".))

Art. 5-quater

(((Impiego delle certificazioni verdi COVID-19 e uso dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie nei mezzi di trasporto).))

((1. All'[articolo 9-quater del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1:

1) l'alinea e' sostituito dal seguente: "Fino al 31 marzo 2022, e' consentito esclusivamente ai soggetti in possesso di una delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione o guarigione, cosiddetto green pass rafforzato, l'accesso ai seguenti mezzi di trasporto e il loro utilizzo:";

2) la lettera e-bis) e' abrogata;

b) dopo il comma 2 sono inseriti i seguenti:

"2-bis. Dal 25 dicembre 2021 fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, e' fatto obbligo di indossare i dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2 per l'accesso ai mezzi di trasporto di cui al comma 1 e il loro utilizzo.

2-ter. A decorrere dal 10 gennaio 2022 e fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, l'accesso ai mezzi di trasporto aerei, marittimi e terrestri e il loro utilizzo, per gli spostamenti da e per le isole con il resto del territorio italiano, e' consentito anche ai soggetti in possesso di una delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test, cosiddetto green pass base";

c) al comma 3, primo periodo, dopo le parole: "al medesimo comma 1" sono inserite le seguenti: "e al comma 2-bis";

d) al comma 3-bis, le parole: "31 dicembre 2021" sono sostituite dalle seguenti: "31 marzo 2022";

e) al comma 4, le parole: "ai commi 1 e 3" sono sostituite dalle seguenti: "ai commi 1, 2-bis e 3".))

Art. 5-quinquies

(((Impiego delle certificazioni verdi COVID-19 nei luoghi di lavoro).))

((1. All'[articolo 9-quinquies del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1:

1) al primo periodo, le parole: "31 dicembre 2021" sono sostituite dalle seguenti: "31 marzo 2022" e le parole: "la certificazione verde COVID-19 di cui all'articolo 9, comma 2" sono sostituite dalle seguenti: "una delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test, cosiddetto green pass base";

2) il secondo periodo e' sostituito dal seguente: "Resta fermo quanto previsto dagli articoli 9-ter.1 e 9-ter.2 del presente decreto, nonche' dagli [articoli 4, 4-bis, 4-ter, 4-quater e 4-quinquies del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 maggio 2021, n. 76](#)";

b) al comma 6, primo periodo, le parole: "31 dicembre 2021" sono sostituite dalle seguenti: "31 marzo 2022".))

Art. 5-sexies

(((Impiego delle certificazioni verdi COVID-19 negli uffici giudiziari).))

((1. All'[articolo 9-sexies, comma 1, del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) le parole: "31 dicembre 2021" sono sostituite dalle seguenti: "31 marzo 2022" e le parole: "la certificazione verde COVID-19 di cui all'articolo 9, comma 2" sono sostituite dalle seguenti: "una delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test, cosiddetto green pass base";

b) e' aggiunto, in fine, il seguente periodo: "Resta fermo quanto previsto dagli [articoli 4, 4-bis, 4-ter, 4-quater e 4-quinquies del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 maggio 2021, n. 76](#)".))

Art. 5-septies

((*(Impiego delle certificazioni verdi COVID-19 nel settore privato).*))

((1. All'[articolo 9-septies del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1:

1) al primo periodo, le parole: "31 dicembre 2021" sono sostituite dalle seguenti: "31 marzo 2022";

2) il secondo periodo e' sostituito dal seguente: "Resta fermo quanto previsto dagli articoli 9-ter.1 e 9-ter.2 del presente decreto, nonche' dagli [articoli 4, 4-bis, 4-ter, 4-quater e 4-quinquies del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 maggio 2021, n. 76](#)";

b) al comma 6, primo periodo, le parole: "31 dicembre 2021" sono sostituite dalle seguenti: "31 marzo 2022".))

Art. 5-octies

((*(Modifiche alla disciplina degli spostamenti).*))

((1. All'[articolo 2 del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, le parole: "delle certificazioni verdi di cui all'articolo 9" sono sostituite dalle seguenti: "di una delle certificazioni verdi COVID-19 da vaccinazione, guarigione o test, cosiddetto green pass base";

b) al comma 2-sexies, le parole: "Nelle zone bianche" sono sostituite dalle seguenti: "Su tutto il territorio nazionale").

Art. 6

Disposizioni in materia di eventi di massa o di feste all'aperto, nonche' in materia di sale da ballo, discoteche e locali assimilati

1. Dalla data di entrata in vigore del presente decreto fino al 31 gennaio 2022, sono vietati le feste, comunque denominate, gli eventi a queste assimilati e i concerti che implicino assembramenti in spazi aperti.

2. ((Fino al 10 febbraio 2022)), sono sospese le attivita' che si svolgono in sale da ballo, discoteche e locali assimilati.

Art. 7

((*(Disposizioni per l'accesso dei visitatori alle strutture ospedaliere, residenziali, socio-assistenziali, socio-sanitarie e*

hospice).))

((1. All'[articolo 1-bis del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 maggio 2021, n. 76](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, le parole: "muniti delle certificazioni verdi COVID-19 di cui all'[articolo 9 del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#)," e le parole: "muniti delle suddette certificazioni verdi COVID-19" sono soppresse;

b) dopo il comma 1 sono aggiunti i seguenti:

"1-bis. A decorrere dal 30 dicembre 2021 e fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, l'accesso dei visitatori alle strutture di cui al comma 1 e' consentito esclusivamente ai soggetti muniti di una certificazione verde COVID-19, rilasciata a seguito della somministrazione della dose di richiamo successiva al ciclo vaccinale primario.

1-ter. L'accesso alle strutture di cui al comma 1, nel medesimo periodo di cui al comma 1-bis, e' consentito altresì ai soggetti in possesso di una certificazione verde COVID-19, rilasciata a seguito del completamento del ciclo vaccinale primario o dell'avvenuta guarigione di cui alle [lettere b\) e c-bis\) del comma 2 dell'articolo 9 del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), unitamente ad una certificazione che attesti l'esito negativo del test antigenico rapido o molecolare, eseguito nelle quarantotto ore precedenti l'accesso.

1-quater. I responsabili delle strutture di cui al comma 1 sono tenuti a verificare che l'accesso alle medesime strutture avvenga nel rispetto delle disposizioni di cui ai commi 1-bis e 1-ter. Le verifiche delle certificazioni verdi COVID-19 sono effettuate con le modalità indicate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri adottato ai sensi dell'[articolo 9, comma 10, del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#).

1-quinquies. La violazione delle disposizioni di cui ai commi 1-bis, 1-ter e 1-quater e' sanzionata ai sensi dell'[articolo 4 del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 22 maggio 2020, n. 35](#). Resta fermo quanto previsto dall'[articolo 2, comma 2-bis, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 14 luglio 2020, n. 74](#).

1-sexies. A decorrere dal 10 marzo 2022 e fino alla cessazione dello stato di emergenza da COVID-19, e' consentito altresì l'accesso dei visitatori ai reparti di degenza delle strutture ospedaliere secondo le modalità di cui ai commi 1-bis e 1-ter. Ai direttori sanitari e' data facoltà di adottare misure precauzionali più restrittive in relazione allo specifico contesto epidemiologico, garantendo un accesso minimo giornaliero non inferiore a quarantacinque minuti.

1-septies. Nelle more della modifica del [decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 17 giugno 2021, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 143 del 17 giugno 2021](#), adottato ai sensi dell'[articolo 9, comma 10, del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 giugno 2021, n. 87](#), sono autorizzati gli interventi di adeguamento necessari a consentire la verifica del possesso delle certificazioni verdi COVID-19 di cui al presente articolo e la verifica del possesso delle medesime certificazioni verdi COVID-19 in formato cartaceo")).

Art. 8

((Implementazione della piattaforma nazionale per l'emissione e la validazione delle certificazioni verdi COVID-19).))

((1. All'[articolo 42 del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 29 luglio 2021, n. 108](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1 e' aggiunto, in fine, il seguente periodo: "Per l'anno 2022, e' autorizzata la spesa di 1.830.000 euro, da gestire nell'ambito della vigente convenzione tra il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato e la societa' SOGEI Spa per l'implementazione del Sistema tessera sanitaria";

b) al comma 4, dopo le parole: "per l'anno 2021, la spesa di 3.318.400 euro" sono inserite le seguenti: "e, per l'anno 2022, la spesa di 1.523.146 euro".

2. Alla copertura dell'onere derivante dal comma 1, pari ad euro 3.353.146 per l'anno 2022, si provvede mediante corrispondente utilizzo del fondo di parte corrente di cui all'[articolo 34-ter, comma 5, della legge 31 dicembre 2009, n. 196](#), iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero della salute)).

Art. 9

Esecuzione di test antigenici rapidi a prezzi calmierati e gratuitamente

1. All'[articolo 5 del decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 16 settembre 2021, n. 126](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) ai commi 1 e 1-bis, le parole «31 dicembre 2021» sono sostituite dalle seguenti: «31 marzo 2022»;

b) al comma 1-ter, dopo le parole «e' assicurata» sono inserite le seguenti: «, fino al 31 marzo 2022,».

2. All'[articolo 34, comma 9-quater, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 23 luglio 2021, n. 106](#), le parole «31 dicembre 2021» sono sostituite dalle

seguenti: «31 marzo 2022».

3. Agli oneri derivanti dal comma 1 (*(, pari a 18 milioni di euro per l'anno 2022, e dal comma 2, pari a 3 milioni di euro per l'anno 2022, si provvede a valere sulle disponibilita' presenti nella contabilita' speciale del Commissario straordinario di cui all'[articolo 122 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#))*), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#). Alla compensazione degli effetti in termini di indebitamento e fabbisogno, pari a 21 milioni di euro per l'anno 2022, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per la compensazione degli effetti finanziari non previsti a legislazione vigente conseguenti all'attualizzazione di contributi pluriennali, di cui all'[articolo 6, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 4 dicembre 2008, n. 189](#).

Art. 10

Disciplina dei sistemi informativi funzionali all'implementazione del piano strategico dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2

1. All'[articolo 3 del decreto-legge 14 gennaio 2021, n. 2](#), convertito, con modificazioni dalla [legge 12 marzo 2021, n. 29](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 6, le parole «e comunque entro il 31 dicembre 2021» sono sostituite dalle seguenti «e comunque entro il 31 dicembre 2022»;

b) dopo il comma 6 e' aggiunto il seguente:

«6-bis. Al fine di consentire i servizi di assistenza alle funzionalita' della piattaforma informativa nazionale di cui al comma 1, nonche' per far fronte agli oneri accessori connessi con il funzionamento della stessa, e' autorizzata la spesa di 20.000.000 di euro per l'anno 2022. All'onere di cui al presente comma si provvede a valere sulle risorse gia' confluite sulla contabilita' speciale di cui all'[articolo 122, comma 9, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), ai sensi dell'[articolo 40, comma 1, lettera a\), del decreto-legge 22 marzo 2021, n. 41, \(\(convertito, con modificazioni\)\)](#), dalla [legge 21 maggio 2021, n. 69](#).».

2. Alla compensazione degli effetti in termini di indebitamento e fabbisogno derivanti dal comma 1, lettera b), pari a 20 milioni di euro per l'anno 2022, si provvede mediante utilizzo di parte delle maggiori entrate derivanti dal presente decreto.

Art. 11

Disposizioni in materia di controlli per gli ingressi sul territorio nazionale

1. Ai fini del contenimento della diffusione del virus Sars-Cov-2, gli Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera ((**e i servizi territoriali di assistenza sanitaria al personale navigante e aeronavigante**)) (USMAF-SASN) del Ministero della salute, effettuano, anche a campione, presso gli scali aeroportuali, marittimi e terrestri, test antigenici o molecolari dei viaggiatori che fanno ingresso nel territorio nazionale. A tal fine è autorizzata la spesa di 3.553.500 euro per l'anno 2022. Ai relativi oneri si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#).

2. In caso di esito positivo al test molecolare o antigenico, ((**al viaggiatore si applica, con oneri a suo carico**)), la misura dell'isolamento fiduciario per un periodo di dieci giorni, ove necessario ((**presso gli alberghi sanitari per l'emergenza da COVID-19 ("Covid Hotel")**)) previsti dall'[articolo 1, commi 2 e 3, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), previa comunicazione al Dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria ((**locale**)) competente per territorio in modo da garantire la sorveglianza sanitaria per tutto il periodo necessario.

Art. 12

Proroga delle disposizioni in materia di somministrazione dei vaccini in farmacia

1. Le disposizioni di cui all'[articolo 1, comma 471, della legge 30 dicembre 2020, n. 178](#), si applicano fino al 31 dicembre 2022. Ai relativi oneri ((**, quantificati complessivamente in euro 4.800.000,**)) si provvede a valere sul fondo di cui all'[articolo 1, comma 447, della legge n. 178 del 2020](#), che a tal fine è integrato di 4,8 milioni di euro per l'anno 2021.

2. Agli oneri derivanti dal comma 1 si provvede mediante corrispondente riduzione per 4,8 milioni di euro per l'anno 2021 del fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#). Alla compensazione degli effetti in termini di indebitamento e fabbisogno derivanti dal presente articolo, pari a 4,8 milioni di euro per l'anno 2022, si provvede mediante utilizzo di parte delle maggiori entrate derivanti dal presente decreto.

Art. 13

Disposizioni urgenti per prevenire il contagio da SARS-CoV-2 in ambito scolastico

1. Al fine di assicurare l'individuazione e il tracciamento dei casi positivi nelle scuole di ogni ordine e grado per l'anno

scolastico 2021-2022 il Ministero della difesa assicura il supporto a regioni e province autonome nello svolgimento delle attivita' di somministrazione di test per la ricerca di SARS-CoV-2 e di quelle correlate di analisi e di refertazione attraverso i laboratori militari della rete di diagnostica molecolare dislocati sul territorio nazionale. Per incrementare le capacita' diagnostiche dei laboratori militari e garantire il corretto espletamento delle attivita' di cui al precedente periodo, e' autorizzata la spesa complessiva di euro 9.000.000 per l'anno 2021.

2. Per il pagamento degli oneri di missione, dei compensi per lavoro straordinario e del compenso forfetario di impiego al personale militare medico, paramedico e di supporto, compreso quello delle sale operative delle Forze armate, impiegato nelle attivita' di cui al comma 1, per l'anno 2022 e' autorizzata la spesa complessiva di euro 14.500.000. I compensi accessori al personale di cui al precedente periodo sono corrisposti anche in deroga ai limiti individuali di cui all'[articolo 10, comma 3, della legge 8 agosto 1990, n. 231](#) e a quelli stabiliti dall'[articolo 9, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 11 settembre 2007, n. 171](#).

3. Per le finalita' di cui al comma 1, il Ministero della difesa e' autorizzato a conferire incarichi individuali a tempo determinato per la durata di sei mesi a ulteriori dieci unita' di personale di livello non dirigenziale di Area terza, posizione economica F1, profilo professionale di funzionario tecnico per la biologia, la chimica e la fisica, gia' selezionato ai sensi dell'[articolo 8, comma 2, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#). Per le finalita' di cui al precedente periodo, per l'anno 2022, e' autorizzata la spesa di euro 199.760.

4. Per il pagamento dei compensi per prestazioni di lavoro straordinario svolte dal personale **((di cui al comma 3 del presente articolo))** e dal personale di cui all'[articolo 22, comma 3, del decreto-legge 22 marzo 2021, n. 41](#), convertito, con modificazioni, dalla **((legge 21 maggio 2021, n. 69))**, per l'anno 2022 e' autorizzata la spesa di euro 185.111.

5. Agli oneri derivanti dal presente articolo, **((pari a 9.000.000 di euro per l'anno 2021 e a 14.884.871 euro per l'anno 2022))**, si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#). Alla compensazione degli effetti in termini di indebitamento e fabbisogno derivanti dal comma 1, pari a 9 milioni di euro per l'anno 2022, si provvede mediante utilizzo di parte delle maggiori entrate derivanti dal presente decreto.

Art. 13-bis

(((Ulteriori disposizioni in materia di prevenzione del contagio da SARS-CoV-2 in ambito scolastico).))

((1. All'[articolo 58, comma 4-bis, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 23 luglio 2021, n. 106](#), dopo la lettera f-bis) e' aggiunta la seguente:

"f-ter) acquisto di apparecchi di sanificazione, igienizzazione e purificazione dell'aria negli ambienti, provvisti di sistemi di filtraggio delle particelle e di distruzione di microrganismi presenti nell'aria".

2. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'istruzione, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono definiti le linee guida sulle specifiche tecniche in merito all'adozione di dispositivi mobili di purificazione e impianti fissi di aerazione di cui al comma 1 e gli standard minimi di qualita' dell'aria negli ambienti scolastici e in quelli confinati degli stessi edifici, ai sensi della norma tecnica numero 5.3.12 di cui al [decreto del Ministro dei lavori pubblici 18 dicembre 1975, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 29 del 2 febbraio 1976](#), in relazione al presente quadro epidemiologico e alle conoscenze sulla dinamica dei contagi da virus aerei)).

Art. 14

Potenziamento delle infrastrutture strategiche per le emergenze sanitarie

1. Al fine di assicurare il potenziamento delle infrastrutture strategiche per fronteggiare le esigenze connesse all'epidemia da COVID-19 e garantire una capacita' per eventuali emergenze sanitarie future, e' autorizzata, per l'anno 2022, la spesa di 6 milioni di euro per la realizzazione e l'allestimento, da parte del Ministero della difesa, di una infrastruttura presso un sito militare individuato dal Commissario di cui all'[articolo 122 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), d'intesa con il Ministero della difesa, idoneo a consentire lo stoccaggio e la conservazione delle dosi vaccinali per le esigenze nazionali. Gli interventi devono essere identificati dal Codice Unico di Progetto (CUP) ai sensi dell'[articolo 11 della legge 16 gennaio 2003, n. 3](#), e monitorati ai sensi del [decreto legislativo 29 dicembre 2011, n. 229](#).

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 6 milioni di euro per l'anno 2022, si provvede mediante corrispondente riduzione ((delle proiezioni)) dello stanziamento del fondo speciale di conto capitale ((iscritto)), ai fini del bilancio triennale 2021-2023, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2021, allo scopo

parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della difesa.

Art. 15

Sistema di allerta COVID-19 e servizio nazionale di risposta telefonica per la sorveglianza sanitaria

1. All'[articolo 6, comma 6, del decreto-legge 30 aprile 2020, n. 28](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 25 giugno 2020, n. 70](#), le parole «e comunque entro il 31 dicembre 2021 ((...))» sono sostituite dalle seguenti: «e comunque entro il 31 dicembre 2022».

2. All'[articolo 1, comma 621, della legge 30 dicembre 2020, n. 178](#), le parole «Per l'anno 2021» sono sostituite dalle seguenti: «Per gli anni 2021 e 2022» e dopo le parole «l'implementazione» sono aggiunte le seguenti: «nonche' il servizio di assistenza tecnica».

3. All'[articolo 20, comma 1, del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 18 dicembre 2020, n. 176](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) le parole «((,)) i cui dati sono resi accessibili per caricare il codice chiave in presenza di un caso di positività» sono soppresse;

b) l'ultimo periodo e' soppresso.

4. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggior oneri a carico della finanza pubblica.

Art. 16

Proroga dei termini correlati con lo stato di emergenza da COVID -19 **((nonche' proroga di termini per adempimenti relativi all'anno accademico 2020/2021))**

1. I termini previsti dalle disposizioni legislative di cui all'allegato A sono prorogati fino al 31 marzo 2022 e le relative disposizioni vengono attuate nei limiti delle risorse disponibili autorizzate a legislazione vigente.

((1-bis. All'[articolo 1, comma 993, della legge 30 dicembre 2020, n. 178](#), le parole: "Per l'anno 2021" sono sostituite dalle seguenti: "Per gli anni 2021 e 2022"))).

2. Con riferimento al numero 22 di cui all'allegato A, il Commissario **((straordinario))** di cui all'[articolo 122 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), provvede alla fornitura di mascherine di tipo FFP2 o FFP3 alle istituzioni educative, scolastiche e universitarie, per le finalità di cui all'[articolo 1, \(\(comma 2, lettera a-bis\) \)\)](#), del [decreto-legge 6 agosto 2021, n. 111](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 settembre 2021, n. 133](#), a valere sulle disponibilità di cui all'articolo 122 ((...))

del citato [decreto-legge n. 18 del 2020](#), nel limite di 5 milioni di euro per l'anno 2021.

((2-bis. In deroga alle disposizioni dei regolamenti di ateneo e delle altre istituzioni della formazione superiore, l'ultima sessione delle prove finali per il conseguimento del titolo di studio relative all'anno accademico 2020/2021 e' prorogata al 15 giugno 2022. E' conseguentemente prorogato ogni altro termine connesso ad adempimenti didattici o amministrativi funzionali allo svolgimento delle predette prove)).

Art. 17

Prestazione lavorativa dei soggetti fragili e congedi parentali

1. Sono prorogate le disposizioni di cui all'[articolo 26, comma 2-bis, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), **((fino al 31 marzo 2022))**. Al fine di garantire la sostituzione del personale docente, educativo, amministrativo, tecnico ed ausiliario delle istituzioni scolastiche che usufruisce dei benefici di cui al primo periodo e' autorizzata la spesa di **((68,7 milioni di euro per l'anno 2022))**.

((2. Fermi restando quanto previsto al comma 1 nonche' il limite di spesa previsto dal presente articolo, con decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali e per la pubblica amministrazione, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sono individuate le patologie croniche con scarso compenso clinico e con particolare connotazione di gravita', in presenza delle quali ricorre la condizione di fragilita')).

3. Le misure di cui all'[articolo 9 del decreto-legge 21 ottobre 2021, n. 146](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 dicembre 2021, n. 215](#), si applicano fino al 31 marzo 2022. I benefici di cui al primo periodo del presente comma sono riconosciuti nel limite di spesa di 29,7 milioni di euro per l'anno 2022. Sulla base delle domande pervenute, l'INPS provvede al monitoraggio del rispetto del limite di spesa **((di cui al secondo periodo))** del presente comma comunicandone le risultanze al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e al Ministero dell'economia e delle finanze. Qualora dal predetto monitoraggio emerga il raggiungimento, anche in via prospettica, del predetto limite di spesa, l'INPS non prende in considerazione ulteriori domande. Al fine di garantire la sostituzione del personale docente, educativo, amministrativo, tecnico ed ausiliario delle istituzioni scolastiche che usufruisce dei benefici di cui al primo periodo del presente comma, e' autorizzata la spesa di 7,6 milioni di euro per l'anno 2022.

((3-bis. Sono prorogate le disposizioni di cui all'[articolo 26, comma 2, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), fino al 31 marzo

2022. Dal 1° gennaio 2022 fino al 31 marzo 2022 gli oneri a carico dell'INPS connessi con le tutele di cui al presente comma sono finanziati dallo Stato nel limite massimo di spesa di 16,4 milioni di euro per l'anno 2022, dando priorit  agli eventi cronologicamente anteriori, di cui 1,5 milioni di euro per l'anno 2022 ai sensi di quanto previsto dall'[articolo 26, comma 7-bis, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), per i lavoratori di cui al comma 2 del medesimo articolo 26 non aventi diritto all'assicurazione economica di malattia presso l'INPS. L'INPS provvede al monitoraggio del limite di spesa di cui al secondo periodo del presente comma. Qualora dal predetto monitoraggio emerga che   stato raggiunto anche in via prospettica il limite di spesa, l'INPS non prende in considerazione ulteriori domande.

3-ter. Le disposizioni di cui ai commi 1 e 3-bis si applicano anche nel periodo dal 1° gennaio 2022 alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto)).

((4. Agli oneri derivanti dai commi 1, 3 e 3-bis, pari a 122,4 milioni di euro per l'anno 2022, si provvede:

a) quanto a 76,7 milioni di euro per l'anno 2022, mediante corrispondente riduzione del Fondo per interventi strutturali di politica economica di cui all'[articolo 10, comma 5, del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 282](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 27 dicembre 2004, n. 307](#);

b) quanto a 30,7 milioni di euro per l'anno 2022, mediante corrispondente riduzione del Fondo sociale per occupazione e formazione di cui all'[articolo 18, comma 1, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 gennaio 2009, n. 2](#);

c) quanto a 15 milioni di euro per l'anno 2022, mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2022-2024, nell'ambito del programma "Fondi di riserva e speciali" della missione "Fondi da ripartire" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2022, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero del lavoro e delle politiche sociali;

d) quanto a 5,2 milioni di euro per l'anno 2022, al fine di garantire la compensazione in termini di indebitamento netto e fabbisogno delle pubbliche amministrazioni, mediante utilizzo di quota parte delle maggiori entrate derivanti dal comma 1)).

Art. 18

(((Disposizioni finali).))

((1. Fino alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, si applicano le misure di cui al [decreto del](#)

Presidente del Consiglio dei ministri 2 marzo 2021, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 52 del 2 marzo 2021, adottato in attuazione dell'[articolo 2, comma 1, del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 22 maggio 2020, n. 35](#), fatto salvo quanto previsto dalle disposizioni legislative vigenti, successive al 2 marzo 2021.

2. Sono abrogati il [comma 2 dell'articolo 5](#) e il [comma 1 dell'articolo 6 del decreto-legge 26 novembre 2021, n. 172](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 21 gennaio 2022, n. 3](#))).

Art. 18-bis

(((Disciplina sanzionatoria).))

((1. La violazione delle disposizioni previste dagli articoli 4, comma 1, 6 e 11, comma 2, del presente decreto continua ad essere sanzionata ai sensi dell'[articolo 4 del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 22 maggio 2020, n. 35](#). Resta fermo quanto previsto dall'[articolo 2, comma 2-bis, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 14 luglio 2020, n. 74](#))).

Art. 18-ter

(((Disposizioni finanziarie).))

((1. Dall'attuazione del presente decreto, ad esclusione degli articoli 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16 e 17, non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e le amministrazioni pubbliche provvedono agli adempimenti previsti con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.))

Art. 18-quater

(((Clausola di salvaguardia).))

((1. Le disposizioni del presente decreto si applicano nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano nel rispetto dei rispettivi statuti e delle relative norme di attuazione)).

Art. 19

Entrata in vigore

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e sarà presentato alle Camere per la conversione in legge.

Dato a Palermo, addi' 24 dicembre 2021

Draghi, Presidente del Consiglio
dei ministri

Franco, Ministro dell'economia e delle finanze

Allegato A

1.	Articolo 2-bis, comma 3, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 Conferimento di incarichi temporanei a laureati in medicina e chirurgia da parte delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale
2.	Articolo 12, comma 1, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 Trattenimento in servizio dei dirigenti medici e sanitari e del personale sanitario
3.	Articolo 17-bis, commi 1 e 6, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 Disposizioni sul trattamento dei dati personali nel contesto emergenziale
4.	Articolo 73 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 , convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 Semplificazioni in materia di organi collegiali

5.	Articolo 73-bis del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 Misure per la profilassi del personale delle Forze di polizia, delle Forze armate e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco
6.	Articolo 87, commi 6 e 7, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 Dispensa temporanea dal servizio e non computabilit� di alcuni periodi di assenza dal servizio
6-bis.	Articolo 92, comma 4-bis, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27. Disposizioni per il trasporto pubblico locale
7.	Articolo 102, comma 6, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 Abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo e ulteriori misure urgenti in materia di professioni sanitarie
8.	Articolo 122, comma 4, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 Durata dell'incarico del Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19
9.	Articolo 3, comma 1, del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 22, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2020, n. 41 Misure urgenti per la tempestiva adozione dei provvedimenti del Ministero dell'istruzione
10.	Articolo 27-bis, comma 1, del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 5 giugno 2020, n. 40 Disposizioni in materia di distribuzione dei farmaci agli assistiti
11.	Articolo 38, commi 1 e 6, del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 5 giugno 2020, n. 40

	Disposizioni urgenti in materia contrattuale per la medicina convenzionata	
12.	Articolo 40, commi 1, 3 e 5, del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 5 giugno 2020, n. 40 Disposizioni urgenti in materia di sperimentazione dei medicinali per l'emergenza epidemiologica da COVID-19	
13.	Articolo 4, commi 1 e 3, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77 Misure urgenti per l'avvio di specifiche funzioni assistenziali per l'emergenza COVID-19	
14.	Articolo 9 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77 Proroga piani terapeutici	
15.	Articolo 83 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77 Sorveglianza sanitaria lavoratori maggiormente esposti a rischio di contagio	
16.	Articolo 90, commi 3 e 4, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77 Disposizioni in materia di lavoro agile	
17.	((NUMERO SOPPRESSO DAL D.L. 27 GENNAIO 2022, N. 4, CONVERTITO CON MODIFICAZIONI, DALLA L. 28 MARZO 2022, N. 25))	
18.	Articolo 28, comma 2, del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 dicembre 2020, n. 176 Licenze premio straordinarie per i detenuti in regime di semiliberta' (1)	
19.	Articolo 29, comma 1, del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 dicembre 2020, n. 176 Durata straordinaria dei permessi premio (1)	
	Articolo 30, comma 1, del decreto-legge 28 ottobre 2020, n.	

	137, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 dicembre	
20.	2020, n. 176	
	Detenzione domiciliare (1)	
+-----+		
	Articolo 10, commi 2 e 3, del decreto-legge 1° aprile 2021,	
	n. 44, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 maggio	
21.	2021, n. 76	
	Modalita' di svolgimento dei concorsi pubblici	
+-----+		
	Articolo 1, commi 2 e 4, del decreto-legge 6 agosto 2021, n.	
	111, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 settembre	
22.	2021, n. 133	
	Misure per prevenire il contagio da SARS-CoV-2 nelle	
	istituzioni educative, scolastiche e universitarie	
+-----+		

AGGIORNAMENTO (1)

Il [D.L. 30 dicembre 2021, n. 228](#), convertito con modificazioni dalla [L. 25 febbraio 2022, n. 15](#), ha disposto (con l'art. 16, comma 7-bis) che "I termini previsti dalle disposizioni legislative di cui ai numeri 18, relativo alle licenze premio straordinarie per i detenuti in regime di semiliberta', 19, relativo alla durata straordinaria dei permessi premio, e 20, relativo alla detenzione domiciliare, dell'allegato A annesso al [decreto-legge 24 dicembre 2021, n. 221](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 18 febbraio 2022, n. 11](#), sono prorogati al 31 dicembre 2022".

**DECRETO-LEGGE 19 maggio 2020 , n. 34**

Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20G00052)

Vigente al : 8-11-2022

Titolo I

Salute e sicurezza

Art. 1-ter

((*Linee guida per la gestione dell'emergenza epidemiologica presso le strutture per anziani, persone con disabilità e altri soggetti in condizione di fragilità*).))

((1. Entro quindici giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il Comitato tecnico-scientifico di cui all'ordinanza del Capo del [dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 32 dell'8 febbraio 2020](#), adotta linee guida per la prevenzione, il monitoraggio e la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 presso le residenze sanitarie assistite e le altre strutture pubbliche e private, accreditate, convenzionate e non convenzionate, comunque denominate dalle normative regionali, che durante l'emergenza erogano prestazioni di carattere sanitario, socio-sanitario, riabilitativo, socio-educativo, socio-occupazionale o socio-assistenziale per anziani, persone con disabilità, minori, persone affette da tossicodipendenza o altri soggetti in condizione di fragilità).

2. Le linee guida di cui al comma 1 sono adottate nel rispetto dei seguenti principi:

a) garantire la sicurezza e il benessere psico-fisico delle persone ospitate o ricoverate presso le strutture di cui al comma 1;

b) garantire la sicurezza di tutto il personale, sanitario e non sanitario, impiegato presso le strutture di cui al comma 1, anche attraverso la fornitura di dispositivi medici e dispositivi di protezione individuale idonei a prevenire il rischio di contagio;

c) prevedere protocolli specifici per la tempestiva diagnosi dei contagi e per l'attuazione delle conseguenti misure di contenimento;

d) disciplinare le misure di igiene fondamentali alle quali il personale in servizio e' obbligato ad attenersi;

e) prevedere protocolli specifici per la sanificazione periodica degli ambienti.

3. Le strutture di cui al comma 1 sono equiparate ai presidi ospedalieri ai fini dell'accesso, con massima priorit , alle forniture dei dispositivi di protezione individuale e di ogni altro dispositivo o strumento utile alla gestione e al contenimento dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.

4. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica)).

**DECRETO-LEGGE 19 maggio 2020 , n. 34**

Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20G00052)

Vigente al : 8-11-2022

Titolo I

Salute e sicurezza

Art. 4

Misure urgenti per l'avvio di specifiche funzioni assistenziali per l'emergenza COVID-19

1. Per far fronte all'emergenza epidemiologica COVID-19, limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei ministri 31 gennaio 2020, anche in deroga al limite di spesa di cui all'[articolo 45, comma 1-ter, del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124](#) convertito, con modificazioni, dalla [legge 19 dicembre 2019, n. 157](#), e in deroga all'[articolo 8-sexies, comma 1-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), le regioni, ivi comprese quelle sottoposte a piano di rientro, e le province autonome di Trento e Bolzano possono riconoscere alle strutture inserite nei piani adottati in attuazione dell'[articolo 3, comma 1, lettera b\), del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18](#), la remunerazione di una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID 19 secondo le disposizioni dei predetti piani e un incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da COVID-19. Il riconoscimento avviene in sede di rinegoziazione per l'anno 2020 degli accordi e dei contratti di cui all'[articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), per le finalità emergenziali previste dai predetti piani. (6) (10) (22)

(29) (38) (53)

2. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sono stabilite le modalita' di determinazione della specifica funzione assistenziale e l'incremento tariffario di cui al comma 1 in modo da garantire la compatibilita' con il finanziamento per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2020 e con le risorse previste per l'attuazione dell'[articolo 3, comma 6, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18.](#)

3. La specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID-19 e l'incremento tariffario per le attivita' rese a pazienti affetti da COVID-19, come individuati nel decreto di cui al comma 2, sono riconosciuti, limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, anche agli enti del Servizio sanitario nazionale di cui all'[articolo 19, comma 2, lettera c\), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118,](#) compatibilmente con il fabbisogno sanitario riconosciuto per l'anno 2020. Con il decreto di cui al comma 2, la specifica funzione assistenziale e' determinata con riferimento alle attivita' effettivamente svolte e ai costi effettivamente sostenuti dalle strutture inserite nei piani adottati in attuazione dell'[articolo 3, comma 1, lettera b\), del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18,](#) convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27,](#) e della circolare della Direzione generale della programmazione sanitaria del [Ministero della salute n. 2627 del 1° marzo 2020,](#) nonche' sostenuti dagli enti del Servizio sanitario nazionale di cui all'[articolo 19, comma 2, lettera c\), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118,](#) relativi: a) all'allestimento e ai costi di attesa di posti letto di ricovero ospedaliero per acuti per pazienti affetti da COVID-19 nelle discipline medico-internistiche e di terapia intensiva istituiti su indicazione della regione ai sensi del piano di cui al citato [articolo 3, comma 1, lettera b\), del decreto-legge n. 18 del 2020,](#) convertito, con modificazioni, dalla [legge n. 27 del 2020;](#) b) all'allestimento e ai costi di attesa di reparti di pronto soccorso dedicati alla gestione dei casi accertati di COVID-19 e dei casi sospetti di COVID-19, istituiti su indicazione della regione. Con il medesimo decreto di cui al comma 2, l'incremento tariffario di cui al comma 1 e' determinato con riferimento ai maggiori oneri correlati ai ricoveri ospedalieri di pazienti affetti da patologie da SARS-CoV-2, sostenuti dalle strutture e dagli enti di cui al periodo precedente, valutati sulla base delle informazioni desunte dal sistema informativo sanitario del Ministero della salute e dalle informazioni rese disponibili dalle regioni, anche in relazione alla loro congruita'. (6) (10) (22) (29) (38) (53)

4. Nella vigenza dell'accordo rinegoziato ai sensi del comma 1, gli

enti del servizio sanitario nazionale corrispondono agli erogatori privati, a titolo di acconto e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori privati, un corrispettivo, su base mensile, per le prestazioni rese ai sensi del presente articolo, fino ad un massimo del 90 per cento dei dodicesimi corrisposti o comunque dovuti per l'anno 2020.

5. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2020, le quali sospendano le attività ordinarie anche in conseguenza dell'applicazione delle misure previste dall'[articolo 5-sexies, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18](#), la remunerazione a titolo di acconto, su base mensile, e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori privati, fino a un massimo del 90 per cento del volume di attività riconosciuto nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'[articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#) stipulati per il 2020.

5-bis. Le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano che, in funzione dell'andamento dell'emergenza da COVID-19, hanno sospeso, anche per il tramite dei propri enti, le attività ordinarie possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2020 fino a un massimo del 90 per cento del budget assegnato nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'[articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), stipulati per l'anno 2020, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale. Il predetto riconoscimento tiene conto, pertanto, sia delle attività ordinariamente erogate nel corso dell'anno 2020 di cui deve essere rendicontata l'effettiva produzione, sia, fino a concorrenza del predetto limite massimo del 90 per cento del budget, di un contributo *tantum* legato all'emergenza in corso ed erogato dalle regioni e province autonome nelle quali insiste la struttura destinataria di budget, a ristoro dei soli costi fissi comunque sostenuti dalla struttura privata accreditata e rendicontati dalla stessa struttura che, sulla base di uno specifico provvedimento regionale, ha sospeso le attività previste dai relativi accordi e contratti stipulati per l'anno 2020. Resta fermo il riconoscimento, nell'ambito del budget assegnato per l'anno 2020, in caso di produzione del volume di attività superiore al 90 per cento e fino a concorrenza del budget previsto negli accordi e contratti stipulati per l'anno 2020, come rendicontato dalla medesima struttura interessata. **((Il presente comma si applica, laddove ne sussistano i presupposti, anche nei confronti delle strutture di cui all'[articolo 4, comma 13, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), in condizioni di parità rispetto alle strutture sanitarie private accreditate. Ai soli fini del riconoscimento del ristoro ai sensi del presente comma, nei confronti delle strutture di cui all'[articolo 4, comma 13, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), il raggiungimento del**

limite del 90 per cento del budget deve intendersi riferito al 90 per cento della produzione resa dalle medesime strutture nel 2019. A tal fine, il riconoscimento dell'eventuale ristoro alle predette strutture e' regolato nell'ambito dell'accordo interregionale per la compensazione della mobilita' sanitaria, a seguito di apposita conferenza di servizi di cui all'[articolo 14 della legge 7 agosto 1990, n. 241](#), a valere sul livello di finanziamento assegnato in sede di riparto per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2022)).

5-ter. La disposizione di cui al comma 5-bis si applica altresì agli acquisti di prestazioni socio-sanitarie per la sola parte a rilevanza sanitaria con riferimento alle strutture private accreditate destinatarie di un budget 2020 come riportato nei relativi accordi e contratti stipulati per l'anno 2020.

5-quater. Alle strutture private accreditate che abbiano concorso a sostenere il Servizio sanitario nazionale convertendo parte delle attività per destinarle a pazienti affetti da COVID-19, nell'ambito delle attività di cui all'[articolo 3 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), e che abbiano comunque raggiunto il 100 per cento del budget per acuti, considerando i ricoveri ordinari e i day hospital, può essere riconosciuto un contributo una tantum in proporzione al costo complessivo sostenuto nel 2020 per i dispositivi di protezione individuale, a fronte di apposita rendicontazione da parte della struttura interessata, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale e tenendo conto dei dispositivi di protezione individuale eventualmente già forniti alle medesime strutture dalla regione o provincia autonoma interessata o dal Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19. Il predetto riconoscimento, a titolo di contributo una tantum, è legato all'emergenza in corso ed è erogato dalle regioni e province autonome nelle quali è ubicata la struttura destinataria di budget, che abbia sottoscritto l'accordo contrattuale per l'anno 2020 ai sensi dell'[articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#).

6. L'[articolo 32 del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23](#), è abrogato.

AGGIORNAMENTO (6)

Il [D.L. 30 luglio 2020, n. 83](#) ha disposto (con l'art. 1, comma 3) che i termini previsti dai commi 1 e 3 del presente articolo sono prorogati al 15 ottobre 2020.

AGGIORNAMENTO (10)

Il [D.L. 30 luglio 2020, n. 83](#), convertito con modificazioni dalla [L. 25 settembre 2020, n. 124](#), come modificato dal [D.L. 7 ottobre 2020, n. 125](#), ha disposto (con l'art. 1, comma 3) che i termini

previsti dai commi 1 e 3 del presente articolo sono prorogati al 31 dicembre 2020.

AGGIORNAMENTO (22)

Il [D.L. 31 dicembre 2020, n. 183](#), convertito con modificazioni dalla [L. 26 febbraio 2021, n. 21](#), ha disposto (con l'art. 19, comma 1) che i termini previsti dai commi 1 e 3 del presente articolo sono prorogati fino alla data di cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 e comunque non oltre il 30 aprile 2021.

AGGIORNAMENTO (29)

Il [D.L. 22 aprile 2021, n. 52](#) ha disposto (con l'art. 11, comma 1) che i termini previsti dai commi 1 e 3 del presente articolo sono prorogati fino al 31 luglio 2021.

AGGIORNAMENTO (38)

Il [D.L. 23 luglio 2021, n. 105](#) ha disposto (con l'art. 6, comma 1) che i termini previsti dai commi 1 e 3 del presente articolo sono prorogati fino al 31 dicembre 2021.

AGGIORNAMENTO (53)

Il [D.L. 24 dicembre 2021, n. 221](#) ha disposto (con l'art. 16, comma 1) che i termini previsti dai commi 1 e 3 del presente articolo sono prorogati al 31 marzo 2022.

**DECRETO-LEGGE 28 ottobre 2020 , n. 137**

Ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19. (20G00166)

Vigente al : 8-11-2022

Titolo I

Sostegno alle imprese e all'economia

VISTI gli [articoli 77](#) e [87 della Costituzione](#);

VISTE le delibere del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, del 29 luglio 2020 e del 7 ottobre 2020 con le quali e' stato dichiarato e prorogato lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili

VISTA la dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità' dell'11 marzo 2020 con la quale l'epidemia da COVID-19 e' stata valutata come «pandemia» in considerazione dei livelli di diffusività e gravità raggiunti a livello globale:

VISTO il [decreto-legge 17 marzo 2020, n.18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#);

VISTO il [decreto-legge 8 aprile 2020, n.23](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 5 giugno 2020, n. 40](#);

VISTO il [decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#);

VISTO il [decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#) convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#);

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 24 ottobre 2020 recante Ulteriori disposizioni attuative del [decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 25 maggio 2020, n. 35](#), recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del [decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 14 luglio 2020, n. 74](#), recante «Ulteriori misure urgenti

per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19» con il quale sono state disposte restrizioni all'esercizio di talune attività economiche al fine di contenere la diffusione del virus COVID-19;

CONSIDERATA la straordinaria necessità ed urgenza di introdurre misure a sostegno dei settori più direttamente interessati dalle misure restrittive, adottate con il predetto Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 24 ottobre 2020, per la tutela della salute in connessione all'emergenza epidemiologica da Covid-19;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 27 ottobre 2020;

SULLA PROPOSTA del Presidente del Consiglio dei Ministri e del Ministro dell'economia e delle finanze e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro della salute;

Emana
il seguente decreto-legge:

Art. 1.

(Contributo a fondo perduto da destinare agli operatori IVA dei settori economici interessati dalle nuove misure restrittive)

1. Al fine di sostenere gli operatori dei settori economici interessati dalle misure restrittive introdotte con il [decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 ottobre 2020](#), pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 265 del 25 ottobre 2020, per contenere la diffusione dell'epidemia "Covid-19", è riconosciuto un contributo a fondo perduto a favore dei soggetti che, alla data del 25 ottobre 2020, hanno la partita IVA attiva e, ai sensi dell'[articolo 35 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972 n. 633](#), dichiarano di svolgere come attività prevalente una di quelle riferite ai codici ATECO riportati nell'Allegato 1 al presente decreto. Il contributo non spetta ai soggetti che hanno attivato la partita IVA a partire dal 25 ottobre 2020.

2. COMMA SOPPRESSO DALLA [L. 18 DICEMBRE 2020, N. 176](#).

3. Il contributo a fondo perduto spetta a condizione che l'ammontare del fatturato e dei corrispettivi del mese di aprile 2020 sia inferiore ai due terzi dell'ammontare del fatturato e dei corrispettivi del mese di aprile 2019. Al fine di determinare correttamente i predetti importi, si fa riferimento alla data di effettuazione dell'operazione di cessione di beni o di prestazione dei servizi.

4. Il predetto contributo spetta anche in assenza dei requisiti di fatturato di cui al comma 3 ai soggetti che dichiarano di svolgere come attività prevalente una di quelle riferite ai codici ATECO riportati nell'Allegato 1 che hanno attivato la partita IVA a partire dal 1° gennaio 2019.

5. Per i soggetti che hanno già beneficiato del contributo a fondo perduto di cui all'[articolo 25 del decreto-legge 19 maggio 2020, n.](#)

34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, che non abbiano restituito il predetto contributo indebitamente percepito, il contributo di cui al comma 1 e' corrisposto dall'Agenzia delle entrate mediante accreditamento diretto sul conto corrente bancario o postale sul quale e' stato erogato il precedente contributo.

6. Per i soggetti che non hanno presentato istanza di contributo a fondo perduto di cui all'articolo 25 del decreto-legge n. 34 del 2020, il contributo di cui al comma 1 e' riconosciuto previa presentazione di apposita istanza esclusivamente mediante la procedura telematica e il modello approvati con il provvedimento del Direttore dell'Agenzia delle entrate del 10 giugno 2020; il contributo non spetta, in ogni caso, ai soggetti la cui partita IVA risulti cessata alla data di presentazione dell'istanza.

7. L'ammontare del contributo a fondo perduto e' determinato: a) per i soggetti di cui al comma 5, come quota del contributo gia' erogato ai sensi dell'articolo 25 del decreto-legge n. 34 del 2020; b) per i soggetti di cui al comma 6, come quota del valore calcolato sulla base dei dati presenti nell'istanza trasmessa e dei criteri stabiliti dai commi 4, 5 e 6 dell'articolo 25 del decreto-legge n. 34 del 2020; qualora l'ammontare dei ricavi o compensi di tali soggetti sia superiore a 5 milioni di euro nel periodo d'imposta precedente a quello in corso alla data di entrata in vigore del presente decreto, il valore e' calcolato applicando la percentuale di cui al comma 5, lettera c), dell'articolo 25 del decreto-legge n. 34 del 2020. Le predette quote sono differenziate per settore economico e sono riportate nell'Allegato 1 al presente decreto.

8. In ogni caso, l'importo del contributo di cui al presente articolo non puo' essere superiore a euro 150.000,00.

9. Per i soggetti di cui al comma 5, in possesso dei requisiti di cui al comma 4, l'ammontare del contributo e' determinato applicando le percentuali riportate nell'Allegato 1 al presente decreto agli importi minimi di 1.000 euro per le persone fisiche e di 2.000 euro per i soggetti diversi dalle persone fisiche.

10. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 25, commi da 7 a 14, del decreto-legge n. 34 del 2020.

11. Con provvedimento del Direttore dell'Agenzia delle entrate sono definiti i termini e le modalita' per la trasmissione delle istanze di cui al comma 6 e ogni ulteriore disposizione per l'attuazione del presente articolo.

12. Le disposizioni del presente articolo si applicano nel rispetto dei limiti e delle condizioni previsti dalla Comunicazione della Commissione europea del 19 marzo 2020 C(2020) 1863 final "Quadro temporaneo per le misure di aiuto di Stato a sostegno dell'economia nell'attuale emergenza del COVID-19", e successive modifiche.

13. E' abrogato l'articolo 25-bis del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.

14. Per gli operatori dei settori economici individuati dai codici ATECO 561030 - Gelaterie e pasticcerie, 561041 - Gelaterie e pasticcerie ambulanti, 563000 - Bar e altri esercizi simili senza cucina e 551000 - Alberghi, con domicilio fiscale o sede operativa nelle aree del territorio nazionale, caratterizzate da uno scenario di elevata o massima gravita' e da un livello di rischio alto, individuate con le ordinanze del Ministro della salute adottate ai sensi degli [articoli 2 e 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 novembre 2020, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 275 del 4 novembre 2020](#), e dell'articolo 19-bis del presente decreto, il contributo a fondo perduto di cui al presente articolo e' aumentato di un ulteriore 50 per cento rispetto alla quota indicata nell'Allegato 1.

14-bis. ((**COMMA ABROGATO DAL [D.L. 22 MARZO 2021, N. 41](#)**)).

14-ter. ((**COMMA ABROGATO DAL [D.L. 22 MARZO 2021, N. 41](#)**)).

14-quater. Agli oneri derivanti dal presente articolo, valutati in 2.935 milioni di euro per l'anno 2020 e pari a 280 milioni di euro per l'anno 2021, di cui 477 milioni di euro per l'anno 2020 e 280 milioni di euro per l'anno 2021 conseguenti all'[ordinanza del Ministro della salute del 4 novembre 2020, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 276 del 5 novembre 2020](#), si provvede, quanto a 2.930 milioni di euro per l'anno 2020, ai sensi dell'articolo 34 e, quanto a 5 milioni di euro per l'anno 2020, mediante utilizzo delle risorse rivenienti dall'abrogazione della disposizione di cui al comma 13.

14-quinquies. All'[articolo 13, comma 9, del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 5 giugno 2020, n. 40](#), il secondo periodo e' soppresso.

Art. 1-bis.

((Contributo a fondo perduto da destinare agli operatori IVA dei settori economici interessati dalle nuove misure restrittive di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 novembre 2020).))

((1. Al fine di sostenere gli operatori dei settori economici interessati dalle misure restrittive introdotte con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 novembre 2020 per contenere la diffusione dell'epidemia da COVID-19, e' riconosciuto un contributo a fondo perduto a favore dei soggetti che, alla data del 25 ottobre 2020, hanno la partita IVA attiva, dichiarano, ai sensi dell'[articolo 35 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633](#), di svolgere come attivita' prevalente una di quelle riferite ai codici ATECO riportati nell'Allegato 2 al presente decreto e hanno il domicilio fiscale o la sede operativa nelle aree del territorio nazionale, caratterizzate da uno scenario di massima gravita' e da un livello di rischio alto, individuate con ordinanze del Ministro della salute adottate ai sensi dell'articolo 3 del

decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 novembre 2020 e dell'articolo 19-bis del presente decreto. Il contributo non spetta ai soggetti che hanno attivato la partita IVA a partire dal 25 ottobre 2020.

2. Con riferimento al contributo a fondo perduto di cui al comma 1, si applicano le disposizioni di cui ai commi da 3 a 11 dell'articolo 1. Il valore del contributo e' calcolato in relazione alle percentuali riportate nell'Allegato 2.

3. Agli oneri derivanti dal presente articolo, valutati in 563 milioni di euro per l'anno 2020, conseguenti all'[ordinanza del Ministro della salute del 4 novembre 2020, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 276 del 5 novembre 2020](#), si provvede ai sensi dell'articolo 34.))

Art. 1-ter.

(((Estensione dell'applicazione dell'articolo 1 ad ulteriori attivita' economiche).))

((1. Le disposizioni di cui all'articolo 1 si applicano anche ai soggetti che, alla data del 25 ottobre 2020, hanno la partita IVA attiva e, ai sensi dell'[articolo 35 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633](#), abbiano dichiarato di svolgere come attivita' prevalente una di quelle riferite ai codici ATECO riportati nell'Allegato 4 al presente decreto.

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo, valutati in 446 milioni di euro per l'anno 2020 e, in termini di fabbisogno e indebitamento netto, in 338 milioni di euro per l'anno 2021, si provvede ai sensi dell'articolo 34.))

Art. 1-quater.

(((Fondo perequativo).))

((1. Per l'anno 2021 e' istituito un Fondo nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze con una dotazione di 5.300 milioni di euro per l'anno 2021, alimentato con quota parte delle maggiori entrate fiscali e contributive di cui agli articoli 13-quater, 13-quinquies, 13-septies e 13-novies del presente decreto, finalizzato alla perequazione delle misure fiscali e di ristoro concesse ai sensi del [decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), del [decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 5 giugno 2020, n. 40](#), del [decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), del [decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#), del [decreto-legge 20 ottobre 2020, n. 129](#), nonche' del presente decreto, per i soggetti

che con i medesimi provvedimenti siano stati destinatari di sospensioni fiscali e contributive e che registrino una significativa perdita di fatturato. Per tali soggetti puo' essere previsto l'esonero totale o parziale dalla ripresa dei versamenti fiscali e contributivi sulla base dei parametri individuati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, adottato, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze e del Ministro dello sviluppo economico, acquisito il parere delle competenti Commissioni parlamentari da rendere entro sette giorni dalla trasmissione, decorsi i quali il decreto puo' essere adottato. Ai relativi oneri, pari a 5.300 milioni di euro per l'anno 2021, si provvede ai sensi dell'articolo 34.))

Art. 1-quinquies.

(((Modificazioni urgenti della legislazione emergenziale).))

((All'[articolo 1 del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 14 luglio 2020, n. 74](#), dopo il comma 16-bis, come introdotto dall'articolo 19-bis del presente decreto, e' aggiunto il seguente:

"16-ter. L'accertamento della permanenza per quattordici giorni in un livello di rischio o scenario inferiore a quello che ha determinato le misure restrittive, effettuato ai sensi del comma 16-bis, come verificato dalla cabina di regia, comporta l'applicazione, per un ulteriore periodo di quattordici giorni, delle misure relative allo scenario immediatamente inferiore, salvo che la cabina di regia ritenga congruo un periodo inferiore. Sono fatti salvi gli atti gia' adottati conformemente ai principi definiti dal presente comma".))

Art. 1-sexies.

(((Controlli antimafia).))

((1. Le previsioni del protocollo d'intesa di cui al [comma 9 dell'articolo 25 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), sottoscritto tra il Ministero dell'interno, il Ministero dell'economia e delle finanze e l'Agenzia delle entrate, si applicano anche in relazione ai contributi a fondo perduto disciplinati dal presente decreto.))

Art. 1-septies.

(((Imprese sociali e inserimento lavorativo dei lavoratori svantaggiati).))

((1. L'[articolo 14 del decreto legislativo 10 settembre 2003, n.](#)

276, e' sostituito dal seguente:

"Art. 14 (Cooperative sociali, imprese sociali e inserimento lavorativo dei lavoratori svantaggiati). - 1. Al fine di favorire l'inserimento lavorativo dei lavoratori svantaggiati e dei lavoratori disabili, i servizi di cui all'[articolo 6, comma 1, della legge 12 marzo 1999, n. 68](#), sentito l'organismo di cui all'[articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 23 dicembre 1997, n. 469](#), stipulano con le associazioni sindacali dei datori di lavoro e dei prestatori di lavoro comparativamente piu' rappresentative a livello nazionale e con le associazioni di rappresentanza, assistenza e tutela delle cooperative di cui all'[articolo 1, comma 1, lettera b\), della legge 8 novembre 1991, n. 381](#), con i consorzi di cui all'articolo 8 della stessa legge e con le imprese sociali di cui al [decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 112](#), convenzioni quadro su base territoriale, che devono essere validate da parte delle regioni, sentiti gli organismi di concertazione di cui al [decreto legislativo 23 dicembre 1997, n. 469](#), aventi ad oggetto il conferimento di commesse di lavoro alle cooperative sociali e imprese sociali medesime da parte delle imprese associate o aderenti.

2. La convenzione quadro disciplina i seguenti aspetti:

a) le modalita' di adesione da parte delle imprese interessate;
b) i criteri di individuazione dei lavoratori svantaggiati da inserire al lavoro in cooperativa e nell'impresa sociale; l'individuazione dei disabili e' curata dai servizi di cui all'[articolo 6, comma 1, della legge 12 marzo 1999, n. 68](#);

c) le modalita' di attestazione del valore complessivo del lavoro annualmente conferito da ciascuna impresa e la correlazione con il numero dei lavoratori svantaggiati inseriti al lavoro in cooperativa e nell'impresa sociale;

d) la determinazione del coefficiente di calcolo del valore unitario delle commesse, ai fini del computo di cui al comma 3, secondo criteri di congruita' con i costi del lavoro derivati dai contratti collettivi di categoria applicati dalle cooperative sociali e dalle imprese sociali;

e) la promozione e lo sviluppo delle commesse di lavoro a favore delle cooperative sociali e delle imprese sociali;

f) l'eventuale costituzione, anche nell'ambito dell'agenzia sociale di cui all'articolo 13, di una struttura tecnico-operativa senza scopo di lucro a supporto delle attivita' previste dalla convenzione;

g) i limiti di percentuali massime di copertura della quota d'obbligo da realizzare con lo strumento della convenzione.

3. Qualora l'inserimento lavorativo nelle cooperative sociali e nelle imprese sociali, realizzato ai sensi dei commi 1 e 2, riguardi i lavoratori disabili, che presentino particolari caratteristiche e difficolta' di inserimento nel ciclo lavorativo ordinario, in base all'esclusiva valutazione dei servizi di cui all'[articolo 6, comma 1, della legge 12 marzo 1999, n. 68](#), lo stesso si considera utile ai

fini della copertura della quota di riserva, di cui all'articolo 3 della stessa legge, cui sono tenute le imprese conferenti. Il numero delle coperture per ciascuna impresa e' dato dall'ammontare annuo delle commesse dalla stessa conferite diviso per il coefficiente di cui al comma 2, lettera d), e nei limiti di percentuali massime stabilite con le convenzioni quadro di cui al comma 1. Tali limiti percentuali non hanno effetto nei confronti delle imprese che occupano da 15 a 35 dipendenti. La congruita' della computabilita' dei lavoratori inseriti in cooperativa sociale e nell'impresa sociale e' verificata dalla Commissione provinciale del lavoro.

4. L'applicazione delle disposizioni di cui al comma 3 e' subordinata all'adempimento degli obblighi di assunzione di lavoratori disabili ai fini della copertura della restante quota d'obbligo a loro carico determinata ai sensi dell'[articolo 3 della legge 12 marzo 1999, n. 68](#))).

Art. 2.

(Rifinanziamento comparto del Fondo speciale di cui all'[articolo 5, \(\(\[primo comma\]\(#\)\)\)](#), della [legge 24 dicembre 1957, n. 1295](#))

1. Per le finalita' di cui all'[articolo 14, comma 2, del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 5 giugno 2020, n. 40](#), l'apposito comparto del Fondo speciale di cui all'[articolo 5, \(\(\[primo comma\]\(#\)\)\)](#), della [legge 24 dicembre 1957, n. 1295](#), e' incrementato di ulteriori 5 milioni di euro per l'anno 2020.

2. Agli oneri di cui al [\(\(\[comma 1\]\(#\)\)\)](#) si provvede ai sensi dell'articolo 34.

Art. 3.

(Fondo per il sostegno delle associazioni e societa' sportive dilettantistiche)

1. Al fine di far fronte alla crisi economica delle associazioni e societa' sportive dilettantistiche determinatasi in ragione delle misure in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, e' istituito nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze il "Fondo unico per il sostegno delle associazioni e societa' sportive dilettantistiche", con una dotazione di 142 milioni di euro per l'anno 2020, che costituisce limite di spesa, le cui risorse, sono trasferite al bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei ministri, per essere assegnate al Dipartimento per lo Sport.

2. Il Fondo di cui al comma 1 e' destinato all'adozione di misure

di sostegno e ripresa delle associazioni e società sportive dilettantistiche che hanno cessato o ridotto la propria attività istituzionale a seguito dei provvedimenti statali di sospensione delle attività sportive. I criteri di ripartizione delle risorse del Fondo sono stabiliti con il provvedimento del Capo del Dipartimento per lo sport della Presidenza del Consiglio dei ministri che dispone la loro erogazione. ((23))

2-bis. Le risorse di cui all'[articolo 218-bis del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), già nella disponibilità del bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei ministri, sono portate ad incremento, nell'ambito del predetto bilancio, delle risorse provenienti dal Fondo di cui al comma 1.

3. Agli oneri di cui al presente articolo si provvede ai sensi dell'articolo 34.

AGGIORNAMENTO (23)

La Corte Costituzionale, con sentenza 11 gennaio - 22 febbraio 2022, n. 40 (in G.U. 1^a s.s. 23/02/2022, n. 8), ha dichiarato "l'illegittimità costituzionale dell'[art. 3, comma 2, del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137](#) (Ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19), convertito, con modificazioni, in [legge 18 dicembre 2020, n. 176](#), nella parte in cui non prevede che il provvedimento del Capo del Dipartimento per lo sport della Presidenza del Consiglio dei ministri sia adottato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano".

Art. 4.

(Sospensione delle procedure esecutive immobiliari sulla prima casa)

1. All'[articolo 54-ter, comma 1, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), le parole "per la durata di sei mesi a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto" sono sostituite dalle seguenti "fino al 31 dicembre 2020". È inefficace ogni procedura esecutiva per il pignoramento immobiliare, di cui all'[articolo 555 del codice di procedura civile](#), che abbia ad oggetto l'abitazione principale del debitore, effettuata dal 25 ottobre 2020 alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.

((25))

AGGIORNAMENTO (25)

La Corte Costituzionale, con sentenza 9 marzo - 4 aprile 2022, n. 87 (in G.U. 1^a s.s. 6/04/2022, n. 14), ha dichiarato "l'illegittimità costituzionale dell'[art. 4 del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137](#) (Ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19), convertito, con modificazioni, nella [legge 18 dicembre 2020, n. 176](#), nella parte in cui prevede che «E' inefficace ogni procedura esecutiva per il pignoramento immobiliare, di cui all'[articolo 555 del codice di procedura civile](#), che abbia ad oggetto l'abitazione principale del debitore, effettuata dal 25 ottobre 2020 alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto»".

Art. 4-bis.

((*Modifiche in materia di fondo di garanzia per la prima casa*).))

((1. All'[articolo 41-bis, comma 1, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126, la lettera a\)](#) e' abrogata. A decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, riacquistano efficacia le disposizioni dell'articolo 1, comma 48, lettera c), terzo periodo, della [legge 27 dicembre 2013, n. 147](#), nel testo vigente prima della data di entrata in vigore del citato [decreto-legge n. 104 del 2020](#).)

Art. 4-ter.

((*Semplificazioni in materia di accesso alle procedure di sovraindebitamento per le imprese e i consumatori di cui alla [legge 27 gennaio 2012, n. 3](#), e norme relative alle procedure pendenti*).))

((1. Alla [legge 27 gennaio 2012, n. 3](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 6, comma 2, la lettera b) e' sostituita dalla seguente:

"b) per 'consumatore': la persona fisica che agisce per scopi estranei all'attività imprenditoriale, commerciale, artigianale o professionale eventualmente svolta, anche se socio di una delle società appartenenti ad uno dei tipi regolati nei capi III, IV e VI del titolo V del libro quinto del [codice civile](#), per i debiti estranei a quelli sociali";

b) all'articolo 7:

1) al comma 1, il terzo periodo e' soppresso;

2) al comma 2, dopo la lettera d) sono aggiunte le seguenti:

"d-bis) ha già beneficiato dell'esdebitazione per due volte;

d-ter) limitatamente al piano del consumatore, ha determinato la situazione di sovraindebitamento con colpa grave, malafede o frode;

d-quater) limitatamente all'accordo di composizione della crisi, risulta abbia commesso atti diretti a frodare le ragioni dei creditori";

3) dopo il comma 2-bis è aggiunto il seguente:

"2-ter. L'accordo di composizione della crisi della società produce i suoi effetti anche nei confronti dei soci illimitatamente responsabili";

c) dopo l'articolo 7 è inserito il seguente:

"Art. 7-bis (Procedure familiari). - 1. I membri della stessa famiglia possono presentare un'unica procedura di composizione della crisi da sovraindebitamento quando sono conviventi o quando il sovraindebitamento ha un'origine comune.

2. Ai fini del comma 1, oltre al coniuge, si considerano membri della stessa famiglia i parenti entro il quarto grado e gli affini entro il secondo, nonché le parti dell'unione civile e i conviventi di fatto di cui alla [legge 20 maggio 2016, n. 76](#).

3. Le masse attive e passive rimangono distinte.

4. Nel caso in cui siano presentate più richieste di composizione della crisi da sovraindebitamento riguardanti membri della stessa famiglia, il giudice adotta i necessari provvedimenti per assicurarne il coordinamento. La competenza appartiene al giudice adito per primo.

5. La liquidazione del compenso dovuto all'organismo di composizione della crisi è ripartita tra i membri della famiglia in misura proporzionale all'entità dei debiti di ciascuno. Quando uno dei debitori non è un consumatore, al progetto unitario si applicano le disposizioni in materia di accordo di composizione della crisi";

d) all'articolo 8, dopo il comma 1 sono inseriti i seguenti:

"1-bis. La proposta di piano del consumatore può prevedere anche la falcidia e la ristrutturazione dei debiti derivanti da contratti di finanziamento con cessione del quinto dello stipendio, del trattamento di fine rapporto o della pensione e dalle operazioni di prestito su pegno, salvo quanto previsto dall'articolo 7, comma 1, secondo periodo.

1-ter. La proposta di piano del consumatore e la proposta di accordo formulata dal consumatore possono prevedere anche il rimborso, alla scadenza convenuta, delle rate a scadere del contratto di mutuo garantito da ipoteca iscritta sull'abitazione principale del debitore se lo stesso, alla data del deposito della proposta, ha adempiuto le proprie obbligazioni o se il giudice lo autorizza al pagamento del debito per capitale ed interessi scaduto a tale data.

1-quater. Quando l'accordo è proposto da un soggetto che non è consumatore e contempla la continuazione dell'attività aziendale, è possibile prevedere il rimborso, alla scadenza convenuta, delle rate

a scadere del contratto di mutuo con garanzia reale gravante su beni strumentali all'esercizio dell'impresa se il debitore, alla data della presentazione della proposta di accordo, ha adempiuto le proprie obbligazioni o se il giudice lo autorizza al pagamento del debito per capitale ed interessi scaduto a tale data. L'organismo di composizione della crisi attesta che il credito garantito potrebbe essere soddisfatto integralmente con il ricavato della liquidazione del bene effettuata a valore di mercato e che il rimborso delle rate a scadere non lede i diritti degli altri creditori.

1-quinquies. L'organismo di composizione della crisi, entro sette giorni dall'avvenuto conferimento dell'incarico da parte del debitore, ne dà notizia all'agente della riscossione e agli uffici fiscali, anche degli enti locali, competenti sulla base dell'ultimo domicilio fiscale dell'istante, i quali entro trenta giorni debbono comunicare il debito tributario accertato e gli eventuali accertamenti pendenti";

e) all'articolo 9:

1) il comma 3-bis è sostituito dal seguente:

"3-bis. Alla proposta di piano del consumatore deve essere allegata una relazione dell'organismo di composizione della crisi, che deve contenere:

a) l'indicazione delle cause dell'indebitamento e della diligenza impiegata dal debitore nell'assumere le obbligazioni;

b) l'esposizione delle ragioni dell'incapacità del debitore di adempiere le obbligazioni assunte;

c) la valutazione sulla completezza e sull'attendibilità della documentazione depositata a corredo della domanda;

d) l'indicazione presunta dei costi della procedura;

e) l'indicazione del fatto che, ai fini della concessione del finanziamento, il soggetto finanziatore abbia o meno tenuto conto del merito creditizio del debitore valutato, con deduzione dell'importo necessario a mantenere un dignitoso tenore di vita, in relazione al suo reddito disponibile. A tal fine si ritiene idonea una quantificazione non inferiore all'ammontare dell'assegno sociale, moltiplicato per un parametro corrispondente al numero dei componenti del nucleo familiare della scala di equivalenza dell'ISEE prevista dal regolamento di cui al [decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 159](#)";

2) dopo il comma 3-bis sono inseriti i seguenti:

"3-bis.1. Alla domanda di accordo di composizione della crisi deve essere allegata una relazione particolareggiata dell'organismo di composizione della crisi, che comprende:

a) l'indicazione delle cause dell'indebitamento e della diligenza impiegata dal debitore nell'assumere le obbligazioni;

b) l'esposizione delle ragioni dell'incapacità del debitore di adempiere le obbligazioni assunte;

c) l'indicazione dell'eventuale esistenza di atti del debitore impugnati dai creditori;

- d) la valutazione sulla completezza e sull'attendibilit  della documentazione depositata a corredo della domanda, nonch  sulla convenienza del piano rispetto all'alternativa liquidatoria;
- e) l'indicazione presumibile dei costi della procedura;
- f) la percentuale, le modalit  e i tempi di soddisfacimento dei creditori;
- g) l'indicazione dei criteri adottati nella formazione delle classi, ove previste dalla proposta.

3-bis.2. L'organismo di composizione della crisi, nella sua relazione, deve indicare anche se il soggetto finanziatore, ai fini della concessione del finanziamento, abbia tenuto conto del merito creditizio del debitore. Nel caso di proposta formulata da un consumatore, si applica quanto previsto alla lettera e) del comma 3-bis.

3-bis.3. L'organismo di composizione della crisi, entro sette giorni dall'avvenuto conferimento dell'incarico da parte del debitore, ne da' notizia all'agente della riscossione e agli uffici fiscali, anche degli enti locali, competenti sulla base dell'ultimo domicilio fiscale dell'istante, i quali entro trenta giorni debbono comunicare il debito tributario accertato e gli eventuali accertamenti pendenti";

f) all'articolo 12, dopo il comma 3-bis sono inseriti i seguenti:

"3-ter. Il creditore che ha colpevolmente determinato la situazione di indebitamento o il suo aggravamento ovvero, nel caso di accordo proposto dal consumatore, che ha violato i principi di cui all'articolo 124-bis del testo unico di cui al [decreto legislativo 1  settembre 1993, n. 385](#), non puo' presentare opposizione o reclamo in sede di omologa, anche se dissenziente, ne' far valere cause di inammissibilit  che non derivino da comportamenti dolosi del debitore.

3-quater. Il tribunale omologa l'accordo di composizione della crisi anche in mancanza di adesione da parte dell'amministrazione finanziaria quando l'adesione e' decisiva ai fini del raggiungimento delle percentuali di cui all'articolo 11, comma 2, e quando, anche sulla base delle risultanze della relazione dell'organismo di composizione della crisi, la proposta di soddisfacimento della predetta amministrazione e' conveniente rispetto all'alternativa liquidatoria";

g) all'articolo 12-bis:

1) il comma 3 e' sostituito dal seguente:

"3. Verificate l'ammissibilit  e la fattibilit  del piano nonch  l'idoneit  dello stesso ad assicurare il pagamento dei crediti impignorabili e risolta ogni altra contestazione anche in ordine all'effettivo ammontare dei crediti, il giudice omologa il piano, disponendo per il relativo provvedimento una forma idonea di pubblicit . Quando il piano prevede la cessione o l'affidamento a terzi di beni immobili o di beni mobili registrati, il decreto deve

essere trascritto, a cura dell'organismo di composizione della crisi. Con l'ordinanza di rigetto il giudice dichiara l'inefficacia del provvedimento di sospensione di cui al comma 2, ove adottato";

2) dopo il comma 3 e' inserito il seguente:

"3-bis. Il creditore che ha colpevolmente determinato la situazione di indebitamento o il suo aggravamento o che ha violato i principi di cui all'articolo 124-bis del testo unico di cui al [decreto legislativo 1° settembre 1993, n. 385](#), non puo' presentare opposizione o reclamo in sede di omologa, ne' far valere cause di inammissibilita' che non derivino da comportamenti dolosi del debitore";

3) al comma 5 sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: ", e comma 3-bis";

h) all'articolo 13:

1) al comma 3, le parole: "e dei crediti di cui all'articolo 7, comma 1, terzo periodo" sono soppresse;

2) al comma 4-bis, dopo le parole: "di cui alla presente sezione" sono inserite le seguenti: ", compresi quelli relativi all'assistenza dei professionisti,";

i) all'articolo 14-ter, dopo il comma 7 e' aggiunto il seguente:

"7-bis. Il decreto di apertura della liquidazione della societa' produce i suoi effetti anche nei confronti dei soci illimitatamente responsabili";

1) l'articolo 14-decies e' sostituito dal seguente:

"Art. 14-decies (Azioni del liquidatore). - 1. Il liquidatore, autorizzato dal giudice, esercita o, se pendente, prosegue ogni azione prevista dalla legge finalizzata a conseguire la disponibilita' dei beni compresi nel patrimonio del debitore e ogni azione diretta al recupero dei crediti.

2. Il liquidatore, autorizzato dal giudice, esercita o, se pendenti, prosegue le azioni dirette a far dichiarare inefficaci gli atti compiuti dal debitore in pregiudizio dei creditori, secondo le norme del [codice civile](#).

3. Il giudice autorizza il liquidatore ad esercitare o proseguire le azioni di cui ai commi 1 e 2, quando e' utile per il miglior soddisfacimento dei creditori";

m) dopo l'articolo 14-terdecies e' inserito il seguente:

"Art. 14-quaterdecies (Debitore incapiente). - 1. Il debitore persona fisica meritevole, che non sia in grado di offrire ai creditori alcuna utilita', diretta o indiretta, nemmeno in prospettiva futura, puo' accedere all'esdebitazione solo per una volta, fatto salvo l'obbligo di pagamento del debito entro quattro anni dal decreto del giudice nel caso in cui sopravvengano utilita' rilevanti che consentano il soddisfacimento dei creditori in misura non inferiore al 10 per cento. Non sono considerati utilita', ai sensi del periodo precedente, i finanziamenti, in qualsiasi forma erogati.

2. La valutazione di rilevanza di cui al comma 1 deve essere

condotta su base annua, dedotti le spese di produzione del reddito e quanto occorrente al mantenimento del debitore e della sua famiglia in misura pari all'ammontare dell'assegno sociale aumentato della meta', moltiplicato per un parametro corrispondente al numero dei componenti del nucleo familiare della scala di equivalenza dell'ISEE prevista dal regolamento di cui al [decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 159](#).

3. La domanda di esdebitazione e' presentata per il tramite dell'organismo di composizione della crisi al giudice competente, unitamente alla seguente documentazione:

a) l'elenco di tutti i creditori, con l'indicazione delle somme dovute;

b) l'elenco degli atti di straordinaria amministrazione compiuti negli ultimi cinque anni;

c) la copia delle dichiarazioni dei redditi degli ultimi tre anni;

d) l'indicazione degli stipendi, delle pensioni, dei salari e di tutte le altre entrate del debitore e del suo nucleo familiare.

4. Alla domanda deve essere allegata una relazione particolareggiata dell'organismo di composizione della crisi, che comprende:

a) l'indicazione delle cause dell'indebitamento e della diligenza impiegata dal debitore nell'assumere le obbligazioni;

b) l'esposizione delle ragioni dell'incapacita' del debitore di adempiere le obbligazioni assunte;

c) l'indicazione dell'eventuale esistenza di atti del debitore impugnati dai creditori;

d) la valutazione sulla completezza e sull'attendibilita' della documentazione depositata a corredo della domanda.

5. L'organismo di composizione della crisi, nella sua relazione, deve indicare anche se il soggetto finanziatore, ai fini della concessione del finanziamento, abbia tenuto conto del merito creditizio del debitore, valutato in relazione al suo reddito disponibile, dedotto l'importo necessario a mantenere un dignitoso tenore di vita; a tal fine si ritiene idonea una quantificazione non inferiore a quella indicata al comma 2.

6. I compensi dell'organismo di composizione della crisi sono ridotti della meta'.

7. Il giudice, assunte le informazioni ritenute utili, valutata la meritevolezza del debitore e verificata, a tal fine, l'assenza di atti in frode e la mancanza di dolo o colpa grave nella formazione dell'indebitamento, concede con decreto l'esdebitazione, indicando le modalita' e il termine entro il quale il debitore deve presentare, a pena di revoca del beneficio, ove positiva, la dichiarazione annuale relativa alle sopravvenienze rilevanti ai sensi dei commi 1 e 2.

8. Il decreto e' comunicato al debitore e ai creditori, i quali possono proporre opposizione nel termine di trenta giorni. Decorsi trenta giorni dall'ultima delle comunicazioni, il giudice, instaurato

nelle forme ritenute piu' opportune il contraddittorio tra i creditori oppositori e il debitore, conferma o revoca il decreto. La decisione e' soggetta a reclamo da presentare al tribunale; del collegio non puo' far parte il giudice che ha pronunciato il provvedimento.

9. L'organismo di composizione della crisi, se il giudice ne fa richiesta, compie le verifiche necessarie per accertare l'esistenza di sopravvenienze rilevanti ai sensi dei commi 1 e 2".

2. Le disposizioni di cui al comma 1 si applicano anche alle procedure pendenti alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.

3. Nei procedimenti di omologazione degli accordi e dei piani del consumatore pendenti alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il debitore puo' presentare, fino all'udienza fissata ai sensi dell'[articolo 10 della legge 27 gennaio 2012, n. 3](#), istanza al tribunale per la concessione di un termine non superiore a novanta giorni per il deposito di una nuova proposta di accordo o di un nuovo piano del consumatore, redatti in conformita' a quanto previsto dal presente articolo. Il termine decorre dalla data del decreto con cui il tribunale assegna il termine e non e' prorogabile. L'istanza e' inammissibile se presentata nell'ambito di un procedimento di omologazione della proposta di accordo nel corso del quale e' gia' stata tenuta l'udienza, ma non sono state raggiunte le maggioranze stabilite dall'[articolo 11, comma 2, della legge 27 gennaio 2012, n. 3](#).

4. Quando il debitore intende modificare unicamente i termini di adempimento dell'accordo di ristrutturazione o del piano, deposita fino all'udienza fissata per l'omologa una memoria contenente l'indicazione dei nuovi termini, depositando altresì la documentazione che comprova la necessita' della modifica dei termini. Il differimento dei termini non puo' essere superiore di sei mesi rispetto alle scadenze originarie. Il tribunale, riscontrata la sussistenza dei presupposti di cui all'[articolo 12](#) o di cui all'[articolo 12-bis della legge 27 gennaio 2012, n. 3](#), procede all'omologa, dando espressamente atto delle nuove scadenze.))

Art. 4-quater.

(((Sospensione delle procedure di sequestro o pignoramento nei territori colpiti dal sisma del Centro Italia).))

((1. A sostegno dell'economia nell'attuale emergenza da COVID-19 e al fine di assicurare la compiuta attuazione degli interventi per la riparazione, la ricostruzione, l'assistenza alla popolazione e la ripresa economica nei territori delle regioni Abruzzo, Lazio, Marche e Umbria, interessati dagli eventi sismici verificatisi a far data dal 24 agosto 2016, ricompresi nei comuni indicati negli allegati 1,

2 e 2-bis al [decreto-legge 17 ottobre 2016, n. 189](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 15 dicembre 2016, n. 229](#), le risorse provenienti dal Fondo per la ricostruzione delle aree terremotate di cui all'articolo 4 del medesimo decreto-legge, le somme depositate su conti correnti bancari a tal fine attivati o intestati alla gestione del Commissario delegato o straordinario del Governo per la relativa ricostruzione, nonché i contributi e ogni ulteriore risorsa destinati al finanziamento degli interventi inerenti alla ricostruzione pubblica o privata, all'assistenza alla popolazione e alla ripresa economica dei territori colpiti non sono soggetti a procedure di sequestro o pignoramento e, in ogni caso, a esecuzione forzata in virtù di qualsivoglia azione esecutiva o cautelare, restando sospesa ogni azione esecutiva e privi di effetto i pignoramenti comunque notificati. Le risorse e i contributi di cui al primo periodo non sono altresì da ricomprendere nel fallimento e sono comunque esclusi dall'applicazione della disciplina della [legge fallimentare](#) di cui al [regio decreto 16 marzo 1942, n. 267](#), nonché del codice della crisi d'impresa e dell'insolvenza, di cui al [decreto legislativo 12 gennaio 2019, n. 14](#). Le disposizioni di cui al primo e al secondo periodo si applicano fino al 31 marzo 2021)).

Art. 5.

(Misure a sostegno degli operatori turistici e della cultura)

1. Il fondo di parte corrente di cui all'[articolo 89, comma 1, del decreto-legge 17 marzo 2020, n.18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n.27](#), istituito nello stato di previsione del Ministero per i beni e le attività culturali e per il turismo e' incrementato di 100 milioni di euro per l'anno 2020.

2. Il fondo di cui all'[articolo 182 del decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), istituito nello stato di previsione del Ministero per i beni e le attività culturali e per il turismo, e' incrementato di 400 milioni di euro per l'anno 2020.

3. Il fondo di cui all'[articolo 183, comma 2, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), istituito nello stato di previsione del Ministero per i beni e le attività culturali e per il turismo e' incrementato di 50 milioni di euro per l'anno 2020.

((4. Le disposizioni di cui all'[articolo 88, commi 1 e 2, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), si applicano anche a decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 24 ottobre 2020 e fino al 31 luglio 2021 e i termini di cui al medesimo comma 2 decorrono dalla data di entrata in vigore della presente disposizione)).

4-bis. All'[articolo 7 del decreto-legge 8 agosto 2013, n. 91](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 7 ottobre 2013, n. 112](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, le parole: "esistenti almeno dal 1° gennaio 2012" sono sostituite dalle seguenti: "esistenti da almeno un anno prima della richiesta di accesso alla misura" e le parole: "fino all'importo massimo di 200.000 euro nei tre anni d'imposta" sono sostituite dalle seguenti: "fino all'importo massimo di 800.000 euro nei tre anni d'imposta";

b) il comma 4 e' abrogato.

4-ter. Le disposizioni di cui al comma 4-bis si applicano nei limiti delle risorse appositamente stanziare e previa autorizzazione ai sensi del [comma 6-bis dell'articolo 80 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#).

5. Agli oneri di cui dai commi 1, 2 e 3, pari a 550 milioni di euro per l'anno 2020, si provvede ai sensi dell'articolo 34.

6. All'[articolo 176 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito con modificazioni dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, le parole "Per il periodo di imposta 2020 e' riconosciuto" sono sostituite dalle seguenti: "Per i periodi di imposta 2020 e 2021 e' riconosciuto, una sola volta," e le parole "1° luglio al 31 dicembre 2020" sono sostituite dalle seguenti: "1° luglio 2020 al 30 giugno 2021";

b) dopo il comma 5, e' inserito il seguente "5-bis. Ai fini della concessione dell'agevolazione sono prese in considerazione le domande presentate entro il 31 dicembre 2020, secondo le modalita' applicative gia' definite ai sensi del comma 6".

7. Agli oneri derivanti dal comma 6, valutati in 280 milioni di euro per l'anno 2021 e in 122,5 milioni di euro per l'anno 2022, si provvede quanto a 280 milioni per l'anno 2021 ai sensi dell'articolo 34, quanto a 50 milioni di euro per l'anno 2022 mediante riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#) e quanto a 72,50 milioni di euro per l'anno 2022 mediante utilizzo del Fondo per interventi strutturali di politica economica di cui all'[articolo 10, comma 5, del decreto legge 29 novembre 2004, n. 282](#) convertito, con modificazioni, dalla [legge 27 dicembre 2004, n. 307](#).

7-bis. In considerazione del persistente stato di crisi del settore editoriale, le disposizioni di cui all'[articolo 96, commi 3 e 5, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#), si applicano, alle medesime condizioni, anche con riferimento all'anno di contribuzione 2021. Le disposizioni di cui al comma 4 del medesimo articolo 96 si applicano, alle medesime condizioni, anche con riferimento al contributo dovuto per l'annualita' 2020.

Art. 6.

(Misure urgenti di sostegno all'export e al sistema delle fiere internazionali)

1. Le disponibilit  del fondo rotativo di cui all'[articolo 2, \(\(primo comma\)\), del decreto-legge 28 maggio 1981, n. 251](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 29 luglio 1981, n. 394](#), sono incrementate di 150 milioni di euro per l'anno 2020.

2. L'autorizzazione di spesa di cui all'[articolo 72, comma 1, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), e' ulteriormente incrementata di euro 200 milioni per l'anno 2020, per le finalita' di cui alla lettera d) del medesimo comma.

3. All'[articolo 91, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

1) al comma 1, primo periodo, dopo la parola "capitali" sono aggiunte le seguenti: "nonche' delle imprese aventi come attivita' prevalente l'organizzazione di eventi fieristici di rilievo internazionale";

2) al comma 3, e' aggiunto, in fine, il seguente periodo: "A valere sullo stanziamento di cui al primo periodo e nel rispetto delle vigenti disposizioni **((dell'Unione europea))** in materia di aiuti di Stato, possono essere concessi, per il tramite di Simest SpA, ai soggetti di cui al comma 1, contributi a fondo perduto commisurati ai costi fissi sostenuti dal **((1° marzo))** 2020 e non coperti da utili, misure di sostegno erogate da pubbliche amministrazioni o da altre fonti di ricavo, secondo termini, modalita' e condizioni stabiliti con delibera del Comitato agevolazioni di cui all'[articolo 1, comma 270, della legge 27 dicembre 2017, n. 205](#)."

4. Agli oneri di cui al presente articolo, pari a 350 milioni di euro, si provvede ai sensi dell'articolo 34.

Art. 6-bis.

(Misure urgenti per il sostegno dei settori del turismo e della cultura e per l'internazionalizzazione).

1. Il fondo di parte corrente di cui all'[articolo 89, comma 1, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), istituito nello stato di previsione del Ministero per i beni e le attivita' culturali e per il turismo, e' incrementato di 90 milioni di euro per l'anno 2021.

2. Il fondo di cui all'[articolo 182, comma 1, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17](#)

[luglio 2020, n. 77](#), istituito nello stato di previsione del Ministero per i beni e le attività culturali e per il turismo, e' incrementato di 10 milioni di euro per l'anno 2020. All'[articolo 182, comma 1, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), dopo le parole: "accompagnatori turistici" sono inserite le seguenti: "e le imprese, non soggette a obblighi di servizio pubblico, autorizzate ai sensi del [decreto legislativo 19 novembre 1997, n. 422](#), e delle relative leggi regionali di attuazione, esercenti, mediante autobus scoperti, le attività riferite al codice ATECO 49.31.00,".

3. Il fondo di cui all'[articolo 183, comma 2, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), istituito nello stato di previsione del Ministero per i beni e le attività culturali e per il turismo, e' incrementato di 350 milioni di euro per l'anno 2020 e di 50 milioni di euro per l'anno 2021. I predetti incrementi, nella misura di 350 milioni di euro per l'anno 2020, sono destinati al ristoro delle perdite subite dal settore delle fiere e dei congressi.

4. Il fondo di cui al comma 3 e' incrementato di 1 milione di euro per l'anno 2021 per il ristoro, nella misura di 1 milione di euro per l'anno 2021, che costituisce tetto di spesa massima, delle perdite subite dagli organizzatori di eventi sportivi internazionali in programma nel territorio italiano, limitatamente alle spese sostenute per garantire la presenza in sicurezza del pubblico, nei dieci giorni successivi alla data di entrata in vigore del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 24 ottobre 2020 e del conseguente annullamento delle presenze di pubblico a tali eventi. Agli oneri derivanti dal presente comma, pari a 1 milione di euro per l'anno 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#), come rifinanziato dall'articolo 34, comma 6, del presente decreto.

5. All'[articolo 2, comma 1, della legge 20 dicembre 2012, n. 238](#), dopo le parole: "i festival musicali e operistici italiani" sono inserite le seguenti: "e le orchestre giovanili italiane" e sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: "nonche', a decorrere dall'anno 2021, un contributo di un milione di euro a favore della Fondazione Orchestra giovanile Luigi Cherubini".

6. Nel titolo della [legge 20 dicembre 2012, n. 238](#), dopo le parole: "dei festival musicali ed operistici italiani" sono inserite le seguenti: "e delle orchestre giovanili italiane".

7. All'onere derivante dal comma 5 si provvede a valere sul Fondo unico per lo spettacolo di cui all'[articolo 1 della legge 30 aprile 1985, n. 163](#).

8. All'[articolo 24, comma 1, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#), le parole: "a decorrere dalla data di pubblicazione" sono sostituite dalle seguenti: "nelle more della pubblicazione".

9. ((COMMA ABROGATO DAL [D.L. 25 MAGGIO 2021, N. 73](#), CONVERTITO CON

MODIFICAZIONI DALLA [L. 23 LUGLIO 2021, N. 106](#))).

10. Con riferimento ai settori del turismo e della cultura, ai soli fini dell'erogazione dei contributi di cui al comma 9, i documenti unici di regolarità contributiva in corso di validità alla data del 29 ottobre 2020 conservano la loro validità nel periodo compreso tra il 30 ottobre 2020 e il 31 gennaio 2021.

11. Per il ristoro delle perdite subite nel 2020 dagli enti gestori a fini turistici di siti speleologici e grotte, situati nei territori dei comuni anche aderenti all'Associazione nazionale città delle Grotte, in conseguenza delle misure restrittive adottate per contenere l'epidemia da COVID-19, nel limite di spesa di cui al presente comma che costituisce tetto di spesa massimo, è istituito nello stato di previsione del Ministero per i beni e le attività culturali e per il turismo un Fondo per la valorizzazione delle grotte con una dotazione di 2 milioni di euro per l'anno 2021.

12. Con decreto del Ministro per i beni e le attività culturali e per il turismo, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono stabilite le modalità di assegnazione e ripartizione delle risorse agli enti gestori dei siti, tenendo conto dell'impatto economico negativo conseguente all'adozione di misure di contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19.

13. Agli oneri derivanti dai commi 11 e 12, pari a 2 milioni di euro per l'anno 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#), come rifinanziato dall'articolo 34, comma 6, del presente decreto.

14. Per il sostegno dell'internazionalizzazione le disponibilità del fondo rotativo di cui all'[articolo 2, primo comma, del decreto-legge 28 maggio 1981, n. 251](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 29 luglio 1981, n. 394](#), sono incrementate di 400 milioni di euro per l'anno 2020, e l'autorizzazione di spesa di cui all'[articolo 72, comma 1, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), è ulteriormente incrementata di 100 milioni di euro per l'anno 2020, per le finalità di cui alla lettera d) del medesimo comma.

15. Al fine di sostenere, nel limite dello stanziamento di cui al presente comma, le strutture destinate all'ospitalità degli studenti universitari fuori sede, ai collegi universitari di merito accreditati di cui al [decreto legislativo 29 marzo 2012, n. 68](#), è riconosciuto un contributo di 3 milioni di euro per l'anno 2021.

16. Con decreto del Ministero dell'università e della ricerca sono stabilite le modalità di attuazione del comma 15.

17. Agli oneri derivanti dal comma 15, pari a 3 milioni di euro per l'anno 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#), come rifinanziato dall'articolo 34, comma 6, del presente decreto.

18. All'articolo 27, comma 6, del testo unico dei servizi di media audiovisivi e radiofonici, di cui al [decreto legislativo 31 luglio 2005, n. 177](#), l'ultimo periodo e' sostituito dal seguente: "In caso di trasferimento di concessione per emittente di radiodiffusione sonora in ambito nazionale o locale o di trasformazione della forma giuridica del titolare, la concessione e' convertita in concessione a carattere comunitario o commerciale secondo i requisiti del nuovo titolare".

19. L'articolo 27, comma 6, del testo unico di cui al [decreto legislativo 31 luglio 2005, n. 177](#), si applica anche alle emittenti nazionali.

20. Agli oneri derivanti dai commi 1, 2, 3 e 14 del presente articolo, pari a 860 milioni di euro per l'anno 2020 e a 140 milioni di euro per l'anno 2021, si provvede ai sensi dell'articolo 34.

Art. 6-ter.

((Misure urgenti a sostegno dell'attivita' di rivendita di giornali e riviste).))

((1. A titolo di sostegno economico per gli ulteriori oneri straordinari sostenuti per lo svolgimento dell'attivita' durante l'emergenza sanitaria connessa alla diffusione del COVID-19, alle persone fisiche esercenti punti vendita esclusivi per la rivendita di giornali e riviste, non titolari di reddito da lavoro dipendente, e' riconosciuto un contributo una tantum fino a 1.000 euro, entro il limite di 7,2 milioni di euro per l'anno 2021, che costituisce tetto di spesa. Nel caso di insufficienza delle risorse disponibili rispetto alle richieste ammesse, si procede alla ripartizione delle stesse tra i beneficiari in misura proporzionale al contributo spettante. Il contributo e' riconosciuto previa istanza al Dipartimento per l'informazione e l'editoria della Presidenza del Consiglio dei ministri, da presentare entro il termine del 28 febbraio 2021, secondo le modalita' di cui al [decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 3 agosto 2020, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 240 del 28 settembre 2020](#). Per quanto non previsto dal presente articolo si applicano le disposizioni di cui al citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 3 agosto 2020.

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 7,2 milioni di euro per l'anno 2021, si provvede mediante utilizzo delle risorse del Fondo per il pluralismo e l'innovazione dell'informazione, di cui all'[articolo 1 della legge 26 ottobre 2016, n. 198](#), nell'ambito della quota spettante alla Presidenza del Consiglio dei ministri, che e' corrispondentemente incrementato di 7,2 milioni di euro per l'anno 2021. All'onere derivante dall'attuazione del presente comma, pari a 7,2 milioni di euro per l'anno 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'[articolo 1, comma 200,](#)

della legge 23 dicembre 2014, n. 190, come rifinanziato dall'articolo 34, comma 6, del presente decreto)).

Art. 7.

((ARTICOLO SOPPRESSO DALLA L. 18 DICEMBRE 2020, N. 176))

Art. 7-bis.

((Misure di sostegno ai familiari del personale di bordo posto sotto sequestro).))

((1. Le risorse del Fondo di cui all'articolo 5, comma 1-bis, del decreto-legge 10 gennaio 2006, n. 2, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 marzo 2006, n. 81, sono destinate, nei limiti dello stanziamento di cui al comma 2 del presente articolo, anche alla corresponsione nell'anno 2021 di misure di sostegno ai familiari del personale imbarcato e di contributi alle imprese di pesca, nei casi di sequestro in alto mare da parte di forze straniere anche non regolari.

2. Ai fini indicati dal comma 1, il Fondo di cui all'articolo 5, comma 1-bis, del decreto-legge 10 gennaio 2006, n. 2, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 marzo 2006, n. 81, e' incrementato di 0,5 milioni di euro per l'anno 2021.

3. Con decreto del Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali, da emanare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono definiti i criteri e le modalita' di erogazione dei contributi di cui al comma 1, nell'ambito dello stanziamento di cui al comma 2, che costituisce tetto di spesa massimo, anche con riferimento agli avvenimenti verificatisi nell'anno 2020.

4. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 0,5 milioni di euro per l'anno 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, come rifinanziato dall'articolo 34, comma 6, del presente decreto)).

Art. 8.

(Credito d'imposta per i canoni di locazione degli immobili a uso non abitativo e affitto d'azienda)

1. Per le imprese operanti nei settori ((di cui ai codici ATECO riportati nell'Allegato 1)) al presente decreto, indipendentemente dal volume di ricavi e compensi registrato nel periodo d'imposta

precedente, il credito d'imposta per i canoni di locazione degli immobili a uso non abitativo e affitto d'azienda di cui all'[articolo 28 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), spetta altresì con riferimento a ciascuno dei mesi di ottobre, novembre e dicembre.

2. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui al medesimo [articolo 28 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#).

3. Le disposizioni del presente articolo si applicano nel rispetto dei limiti e delle condizioni previsti dalla Comunicazione della Commissione europea del 19 marzo 2020 C(2020) 1863 final "Quadro temporaneo per le misure di aiuto di Stato a sostegno dell'economia nell'attuale emergenza del COVID-19", e successive modifiche.

4. Agli oneri di cui al presente articolo, valutati **((in 274,5 milioni di euro per l'anno 2020 e in 91,5 milioni di euro per l'anno 2021))** in termini di fabbisogno e indebitamento netto, si provvede ai sensi dell'articolo 34.

Art. 8-bis.

(((Credito d'imposta per i canoni di locazione degli immobili a uso non abitativo e affitto d'azienda per le imprese interessate dalle nuove misure restrittive di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 novembre 2020).))

((1. Alle imprese operanti nei settori riferiti ai codici ATECO riportati nell'Allegato 2, nonché alle imprese che svolgono le attività di cui ai codici ATECO 79.1, 79.11 e 79.12 che hanno la sede operativa nelle aree del territorio nazionale, caratterizzate da uno scenario di massima gravità e da un livello di rischio alto, individuate con le ordinanze del Ministro della salute adottate ai sensi dell'articolo 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 novembre 2020 e dell'articolo 19-bis del presente decreto, spetta il credito d'imposta per i canoni di locazione degli immobili a uso non abitativo e affitto d'azienda di cui all'articolo 8 del presente decreto, con riferimento a ciascuno dei mesi di ottobre, novembre e dicembre 2020.

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo, valutati in 234,3 milioni di euro per l'anno 2020 e 78,1 milioni di euro per l'anno 2021 in termini di indebitamento netto e fabbisogno, conseguenti all'[ordinanza del Ministro della salute del 4 novembre 2020, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 276 del 5 novembre 2020](#), si provvede ai sensi dell'articolo 34.))

Art. 8-ter.

((**ARTICOLO ABROGATO DAL [D.L. 22 MARZO 2021, N. 41](#)**))

Art. 9.

(Cancellazione della seconda rata IMU ((*concernente gli immobili e le relative pertinenze in cui si esercitano le attività riferite ai codici ATECO riportati nell'Allegato 1*)))

1. Ferme restando le disposizioni dell'[articolo 78 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#), in considerazione degli effetti connessi all'emergenza epidemiologica da COVID-19, per l'anno 2020, non è dovuta la seconda rata dell'imposta municipale propria (IMU) di cui all'[articolo 1, commi da 738 a 783, della legge 27 dicembre 2019, n. 160](#), concernente gli immobili e le relative pertinenze in cui si esercitano le attività' **((*riferite ai codici ATECO riportati nell'Allegato 1*)**) al presente decreto, a condizione che i relativi proprietari siano anche gestori delle attività ivi esercitate.

2. Le disposizioni del comma 1 si applicano nel rispetto dei limiti e delle condizioni previsti dalla Comunicazione della Commissione europea del 19 marzo 2020 C(2020) 1863 final «Quadro temporaneo per le misure di aiuto di Stato a sostegno dell'economia nell'attuale emergenza del COVID-19», e successive modifiche.

3. Per il ristoro ai comuni delle minori entrate derivanti dal comma 1, il Fondo di cui all'[articolo 177, comma 2, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), è incrementato di **((112,7))** milioni di euro per l'anno 2020. **((Alla ripartizione degli incrementi di cui al primo periodo si provvede con i decreti di cui al [comma 5 dell'articolo 78 del decreto-legge n. 104 del 2020](#), che sono adottati entro sessanta giorni a far data dal 9 novembre 2020))**.

4. Agli oneri derivanti dai commi 1 e 3 pari a **((137))** milioni di euro per l'anno 2020 si provvede ai sensi dell'articolo 34.

Art. 9-bis.

(((Cancellazione della seconda rata IMU concernente gli immobili e le relative pertinenze in cui si esercitano le attività riferite ai codici ATECO riportati nell'Allegato 2).))

((1. Ferme restando le disposizioni dell'[articolo 78 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#), e dell'[articolo 9](#) del presente decreto, in considerazione degli effetti connessi all'emergenza epidemiologica da COVID-19, per l'anno 2020, non è dovuta la seconda rata dell'imposta municipale propria (IMU) di cui all'[articolo 1,](#)

commi da 738 a 783, della legge 27 dicembre 2019, n. 160, che deve essere versata entro il 16 dicembre 2020, concernente gli immobili e le relative pertinenze in cui si esercitano le attività riferite ai codici ATECO riportati nell'Allegato 2, a condizione che i relativi proprietari siano anche gestori delle attività ivi esercitate e che gli immobili siano ubicati nei comuni delle aree del territorio nazionale, caratterizzate da uno scenario di massima gravità e da un livello di rischio alto, individuate, alla data del 26 novembre 2020, con ordinanze del Ministro della salute adottate ai sensi dell'articolo 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 novembre 2020 e dell'articolo 19-bis del presente decreto.

2. Per il ristoro ai comuni delle minori entrate derivanti dal comma 1, il Fondo di cui all'articolo 177, comma 2, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, è incrementato di 31,4 milioni di euro per l'anno 2020. Alla ripartizione degli incrementi di cui al primo periodo si provvede con i decreti di cui al comma 5 dell'articolo 78 del decreto-legge n. 104 del 2020, che sono adottati entro sessanta giorni a far data dal 9 novembre 2020.

3. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 38,7 milioni di euro per l'anno 2020, conseguenti all'ordinanza del Ministro della salute del 4 novembre 2020, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 276 del 5 novembre 2020, si provvede ai sensi dell'articolo 34.))

Art. 9-ter.

(Individuazione dei soggetti esenti dal versamento dell'IMU e disposizioni per il sostegno delle imprese di pubblico esercizio).

1. Le disposizioni di cui all'articolo 177, comma 1, lettera b), del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, all'articolo 78, comma 1, lettere b), d) ed e), del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, e agli articoli 9, comma 1, e 9-bis, comma 1, del presente decreto si applicano ai soggetti passivi dell'imposta municipale propria (IMU), come individuati dal comma 743 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2019, n. 160, che siano anche gestori delle attività economiche indicate dalle predette disposizioni.

2. Al fine di promuovere la ripresa delle attività turistiche, danneggiate dall'emergenza epidemiologica da COVID-19, le imprese di pubblico esercizio di cui all'articolo 5 della legge 25 agosto 1991, n. 287, titolari di concessioni o di autorizzazioni concernenti l'utilizzazione del suolo pubblico, tenuto conto di quanto stabilito dall'articolo 4, comma 3-quater, del decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2020, n. 8, già esonerate dal 1° maggio 2020 al 31 dicembre 2020, ai sensi

dell'[articolo 181, comma 1, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), sono esonerate, dal 1° gennaio 2021 al 31 dicembre 2021, dal pagamento del canone di cui all'[articolo 1, commi 816 e seguenti, della legge 27 dicembre 2019, n. 160](#). (21)

3. In considerazione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, i titolari di concessioni o di autorizzazioni concernenti l'utilizzazione temporanea del suolo pubblico per l'esercizio del commercio su aree pubbliche, di cui al [decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 114](#), già esonerati dal 1° marzo 2020 al 15 ottobre 2020, ai sensi dell'[articolo 181, comma 1-bis, del decreto-legge n. 34 del 2020](#), sono esonerati, dal 1° gennaio 2021 al 31 dicembre 2021, dal pagamento del canone di cui all'[articolo 1, commi 837 e seguenti, della legge n. 160 del 2019](#). (21)

4. A far data dal 1° gennaio 2021 e fino al 31 dicembre 2021, le domande di nuove concessioni per l'occupazione di suolo pubblico o di ampliamento delle superfici già concesse sono presentate in via telematica all'ufficio competente dell'ente locale, con allegata la sola planimetria, in deroga al regolamento di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 7 settembre 2010, n. 160](#), e senza applicazione dell'imposta di bollo di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 642](#). (21) (20) (25)

5. Ai soli fini di assicurare il rispetto delle misure di distanziamento connesse all'emergenza da COVID-19, a far data dal 1° gennaio 2021 e comunque non oltre il 31 dicembre 2021, la posa in opera temporanea su vie, piazze, strade e altri spazi aperti di interesse culturale o paesaggistico, da parte dei soggetti di cui al comma 2, di strutture amovibili, quali dehors, elementi di arredo urbano, attrezzature, pedane, tavolini, sedute e ombrelloni, purché funzionali all'attività di cui all'[articolo 5 della legge n. 287 del 1991](#), non è subordinata alle autorizzazioni di cui agli articoli 21 e 146 del codice di cui al [decreto legislativo 22 gennaio 2004, n. 42](#). Per la posa in opera delle strutture amovibili di cui al periodo precedente è disapplicato il limite temporale di cui all'articolo 6, comma 1, lettera e-bis), del testo unico di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 6 giugno 2001, n. 380](#). (21) (20) (25) ((29))

6. Per il ristoro ai comuni delle minori entrate derivanti dai commi 2 e 3, è istituito, nello stato di previsione del Ministero dell'interno, un fondo con una dotazione di 330 milioni di euro per l'anno 2021. Alla ripartizione del fondo tra gli enti interessati si provvede con uno o più decreti del Ministro dell'interno, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-città ed autonomie locali, da adottare entro il 30 giugno 2021. Nel caso in cui ricorra la condizione prevista dal [comma 3 dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, il decreto](#) è comunque adottato.

7. All'onere derivante dai commi da 2 a 6, pari a 82,5 milioni di

euro per l'anno 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#), come rifinanziato dall'articolo 34, comma 6, del presente decreto.

8. All'articolo 10, comma 5, primo periodo, del [decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 11 settembre 2020, n. 120](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) la parola: "adiacenti" e' sostituita dalla seguente: "prospicienti";

b) la parola: "particolare" e' sostituita dalla seguente: "eccezionale".

AGGIORNAMENTO (21)

La [L. 30 dicembre 2021, n. 234](#) ha disposto (con l'art. 1, comma 706) che "Le disposizioni in materia di esonero di cui all'[articolo 9-ter, commi da 2 a 5, del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 18 dicembre 2020, n. 176](#), sono prorogate fino al 31 marzo 2022".

AGGIORNAMENTO (20)

Il [D.L. 30 dicembre 2021, n. 228](#), convertito con modificazioni dalla [L. 25 febbraio 2022, n. 15](#), ha disposto (con l'art. 3-quinquies, comma 1) che "Fermo restando quanto previsto dall'[articolo 1, comma 706, della legge 30 dicembre 2021, n. 234](#), l'applicazione delle disposizioni dei [commi 4 e 5 dell'articolo 9-ter del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 18 dicembre 2020, n. 176](#), e' prorogata al 30 giugno 2022".

AGGIORNAMENTO (25)

Il [D.L. 21 marzo 2022, n. 21](#), convertito con modificazioni dalla [L. 20 maggio 2022, n. 51](#), ha disposto (con l'art. 10-ter, comma 1) che "Al fine di promuovere la ripresa delle attivita' danneggiate dall'emergenza epidemiologica da COVID-19, le autorizzazioni concernenti l'utilizzazione temporanea del suolo pubblico concesse ai sensi dell'[articolo 9-ter, commi 4 e 5, del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 18 dicembre 2020, n. 176](#), sono prorogate al 30 settembre 2022, salvo disdetta dell'interessato".

AGGIORNAMENTO (29)

Il [D.L. 23 settembre 2022, n. 144](#) ha disposto (con l'art. 40, comma 1) che "L'applicazione delle disposizioni di cui all'[articolo 9-ter, comma 5, del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 18 dicembre 2020, n. 176](#), e' prorogata al 31 dicembre 2022, salvo disdetta dell'interessato".

Art. 9-quater.

(Fondo per la sostenibilit  del pagamento degli affitti di unit  immobiliari residenziali).

1. Per l'anno 2021, al locatore di immobile ad uso abitativo, ubicato in un comune ad alta tensione abitativa, che costituisca l'abitazione principale del locatario, che riduce il canone del contratto di locazione in essere alla data del 29 ottobre 2020, e' riconosciuto, nel limite massimo di spesa di cui al comma 4, un contributo a fondo perduto fino al 50 per cento della riduzione del canone, entro il limite massimo annuo di 1.200 euro per singolo locatore.

2. Ai fini del riconoscimento del contributo di cui al comma 1, il locatore comunica, in via telematica, all'Agenzia delle entrate la rinegoziazione del canone di locazione e ogni altra informazione utile ai fini dell'erogazione del contributo.

3. Con provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono individuate le modalit  applicative del presente articolo, la percentuale di riduzione del canone mediante riparto proporzionale in relazione alle domande presentate, anche ai fini del rispetto del limite di spesa di cui al comma 4, nonch  le modalit  di monitoraggio delle comunicazioni di cui al comma 2.

4. Per le finalit  di cui al comma 1, e' istituito nello stato di previsione del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti un fondo denominato "Fondo per la sostenibilit  del pagamento degli affitti di unit  immobiliari residenziali", con una dotazione pari a 50 milioni di euro per l'anno 2021.((8))

5. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo, pari a 50 milioni di euro per l'anno 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#), come rifinanziato dall'articolo 34, comma 6, del presente decreto.

AGGIORNAMENTO (8)

Il [D.L. 22 marzo 2021, n. 41](#) ha disposto (con l'art. 42, comma 7) che "Il Fondo di cui all'[articolo 9-quater, comma 4, del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 18 dicembre 2020, n. 176](#), e' incrementato di un importo pari a 50 milioni di euro per l'anno 2021".

Art. 9-quinquies .

((**Estensione della proroga del termine di versamento del secondo**

acconto per i soggetti che applicano gli indici sintetici di affidabilit  fiscale).))

((1. Nei confronti dei soggetti che esercitano attivita' economiche per le quali sono stati approvati gli indici sintetici di affidabilit  fiscale, individuati dall'[articolo 98, comma 1, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#), operanti nei settori economici riferiti ai codici ATECO riportati nell'Allegato 1 e nell'Allegato 2, aventi domicilio fiscale o sede operativa nelle aree del territorio nazionale, caratterizzate da uno scenario di massima gravita' e da un livello di rischio alto, individuate con le ordinanze del Ministro della salute adottate ai sensi dell'articolo 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 novembre 2020 e dell'articolo 19-bis del presente decreto, ovvero esercenti l'attivita' di gestione di ristoranti nelle aree del territorio nazionale, caratterizzate da uno scenario di elevata gravita' e da un livello di rischio alto, individuate con le ordinanze del Ministro della salute adottate ai sensi dell'articolo 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 novembre 2020 e dell'articolo 19-bis del presente decreto, la proroga al 30 aprile 2021 del termine relativo al versamento della seconda o unica rata dell'acconto delle imposte sui redditi e dell'imposta regionale sulle attivita' produttive (IRAP), dovuto per il periodo d'imposta successivo a quello in corso al 31 dicembre 2019, prevista dall'[articolo 98, comma 1, del decreto-legge n. 104 del 2020](#), si applica indipendentemente dalla diminuzione del fatturato o dei corrispettivi indicata nel comma 2 del medesimo articolo 98. Non si fa luogo al rimborso di quanto gia' versato.

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo, valutati in 35,8 milioni di euro per l'anno 2020, conseguenti all'[ordinanza del Ministro della salute del 4 novembre 2020, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 276 del 5 novembre 2020](#), si provvede ai sensi dell'articolo 34.))

Art. 10.

(Proroga del termine per la presentazione del modello 770)

1. Il termine per la presentazione della dichiarazione dei sostituti d'imposta di cui all'[articolo 4, comma 1, del Decreto del Presidente della Repubblica 22 luglio 1998, n. 322](#), relativa all'anno di imposta 2019, e' prorogato al 10 dicembre 2020.

Art. 10-bis.

(Detassazione di contributi, di indennita' e di ogni altra misura a favore di imprese e lavoratori autonomi, relativi all'emergenza COVID-19).

1. I contributi e le indennita' di qualsiasi natura erogati in via eccezionale a seguito dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e diversi da quelli esistenti prima della medesima emergenza, da chiunque erogati e indipendentemente dalle modalita' di fruizione e contabilizzazione, spettanti ai soggetti esercenti impresa, arte o professione, nonche' ai lavoratori autonomi, non concorrono alla formazione del reddito imponibile ai fini delle imposte sui redditi e del valore della produzione ai fini dell'imposta regionale sulle attivita' produttive (IRAP) e non rilevano ai fini del rapporto di cui agli articoli 61 e 109, comma 5, del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917](#).

2. ((COMMA ABROGATO DAL [D.L. 25 MAGGIO 2021, N. 73](#), CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA [L. 23 LUGLIO 2021, N. 106](#))).

Art. 10-ter.

((*Proroga dell'esercizio di poteri speciali nei settori di rilevanza strategica*).)

((1. Ai [commi 3-bis e 3-quater dell'articolo 4-bis del decreto-legge 21 settembre 2019, n. 105](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 18 novembre 2019, n. 133](#), le parole: "fino al 31 dicembre 2020" sono sostituite dalle seguenti: "fino al 30 giugno 2021".))

Titolo II

Disposizioni in materia di lavoro

Art. 11.

(Finanziamento della prosecuzione delle misure di sostegno al reddito per le conseguenze dell'emergenza epidemiologica)

1. Al fine di consentire l'attuazione di quanto disposto dall'articolo 12 nonche' l'accesso anche nell'anno 2021 a integrazioni salariali nei casi di sospensione o riduzione dell'attivita' lavorativa per eventi riconducibili all'emergenza epidemiologica da COVID-19 nei limiti delle risorse disponibili, all'[articolo 265, comma 9, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#),

convertito con modificazioni dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), e' aggiunto alla fine il seguente periodo: "Le disposizioni di cui al primo periodo del presente comma non trovano applicazione per l'importo complessivo di 3.588,4 milioni di euro per l'anno 2020 con riferimento all'autorizzazione di spesa di cui all'[articolo 19, comma 9, del decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18](#), convertito con modificazioni dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#) e all'autorizzazione di spesa di cui all'[articolo 1, comma 11, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#), ((in relazione al quale)) e' consentita la conservazione in conto residui per il relativo utilizzo nell'esercizio successivo."

Art. 12.

(Nuovi trattamenti di Cassa integrazione ordinaria, Assegno ordinario e Cassa integrazione in deroga. Disposizioni in materia di licenziamento. Esonero dal versamento dei contributi previdenziali per datori di lavoro che non richiedono trattamenti di cassa integrazione)

1. I datori di lavoro che sospendono o riducono l'attivita' lavorativa per eventi riconducibili all'emergenza epidemiologica da COVID-19 possono presentare domanda di concessione dei trattamenti di Cassa integrazione ordinaria, Assegno ordinario e Cassa integrazione in deroga di cui agli [articoli da 19 a 22 quinquies del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito con modificazioni dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), per una durata massima di sei settimane, secondo le modalita' previste al comma 2. Le sei settimane devono essere collocate nel periodo ricompreso tra il 16 novembre 2020 e il 31 gennaio 2021. Con riferimento a tale periodo, le predette sei settimane costituiscono la durata massima che puo' essere richiesta con causale COVID-19. I periodi di integrazione precedentemente richiesti e autorizzati ai sensi dell'[articolo 1 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito con modificazioni dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#), collocati, anche parzialmente, in periodi successivi al 15 novembre 2020 sono imputati, ove autorizzati, alle sei settimane di cui al presente comma.

2. Le sei settimane di trattamenti di cui al comma 1 sono riconosciute ai datori di lavoro ai quali sia stato gia' interamente autorizzato l'ulteriore periodo di nove settimane di cui all'[articolo 1, comma 2, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito con modificazioni dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#), decorso il periodo autorizzato, nonche' ai datori di lavoro appartenenti ai settori interessati dal Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 24 ottobre 2020 che dispone la chiusura o limitazione delle attivita' economiche e produttive al fine di fronteggiare l'emergenza

epidemiologica da COVID-19. I datori di lavoro che presentano domanda per periodi di integrazione relativi alle sei settimane di cui al comma 1 versano un contributo addizionale determinato sulla base del raffronto tra il fatturato aziendale del primo semestre 2020 e quello del corrispondente semestre del 2019, pari:

a) al 9% della retribuzione globale che sarebbe spettata al lavoratore per le ore di lavoro non prestate durante la sospensione o riduzione dell'attività lavorativa, per i datori di lavoro che hanno avuto una riduzione del fatturato inferiore al venti per cento;

b) al 18% della retribuzione globale che sarebbe spettata al lavoratore per le ore di lavoro non prestate durante la sospensione o riduzione dell'attività lavorativa, per i datori di lavoro che non hanno avuto alcuna riduzione del fatturato.

3. Il contributo addizionale non è dovuto dai datori di lavoro che hanno subito una riduzione del fatturato pari o superiore al venti per cento, dai datori di lavoro che hanno avviato l'attività di impresa successivamente al 1° gennaio 2019, e dai datori di lavoro appartenenti ai settori interessati dal Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 24 ottobre 2020 che dispone la chiusura o limitazione delle attività economiche e produttive.

4. Ai fini dell'accesso alle sei settimane di cui al comma 1, il datore di lavoro deve presentare all'Inps domanda di concessione, nella quale autocertifica, ai sensi di quanto previsto dall'[articolo 47 del decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n. 445](#), la sussistenza dell'eventuale riduzione del fatturato di cui al comma 2. L'Inps autorizza i trattamenti di cui al presente articolo e, sulla base della autocertificazione allegata alla domanda, individua l'aliquota del contributo addizionale che il datore di lavoro è tenuto a versare a partire dal periodo di paga successivo al provvedimento di concessione dell'integrazione salariale. In mancanza di autocertificazione, si applica l'aliquota del 18% di cui al comma 2, lettera b). Sono comunque disposte le necessarie verifiche relative alla sussistenza dei requisiti richiesti e autocertificati per l'accesso ai trattamenti di integrazione salariale di cui al presente articolo, ai fini delle quali l'Inps e l'Agenzia delle Entrate sono autorizzati a scambiarsi i dati.

5. Le domande di accesso ai trattamenti di cui al presente articolo devono essere inoltrate all'Inps, a pena di decadenza, entro la fine del mese successivo a quello in cui ha avuto inizio il periodo di sospensione o di riduzione dell'attività lavorativa. In fase di prima applicazione, il termine di decadenza di cui al presente comma è fissato entro la fine del mese successivo a quello di entrata in vigore del presente decreto-legge.

6. In caso di pagamento diretto delle prestazioni di cui al presente articolo da parte dell'Inps, il datore di lavoro è tenuto ad inviare all'Istituto tutti i dati necessari per il pagamento o per il saldo dell'integrazione salariale entro la fine del mese

successivo a quello in cui e' collocato il periodo di integrazione salariale, ovvero, se posteriore, entro il termine di trenta giorni dall'adozione del provvedimento di concessione. In sede di prima applicazione, i termini di cui al presente comma sono spostati al trentesimo giorno successivo all'entrata in vigore del presente decreto, se tale ultima data e' posteriore a quella di cui al primo periodo. Trascorsi inutilmente tali termini, il pagamento della prestazione e gli oneri ad essa connessi rimangono a carico del datore di lavoro inadempiente.

7. COMMA SOPPRESSO DALLA [L. 18 DICEMBRE 2020, N. 176](#).

8. I Fondi di cui all'[articolo 27 del decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 148](#), garantiscono l'erogazione dell'assegno ordinario di cui al comma 1 con le medesime modalita' di cui al presente articolo. ((Il concorso del bilancio dello Stato agli oneri finanziari relativi alla predetta prestazione per l'anno 2021 e' stabilito nell'ambito e a valere sull'importo di cui all'[articolo 1, comma 303, della legge 30 dicembre 2020, n. 178](#)..))

9. Fino al 31 gennaio 2021 resta precluso l'avvio delle procedure di cui agli [articoli 4, 5 e 24 della legge 23 luglio 1991, n. 223](#) e restano altresì sospese le procedure pendenti avviate successivamente alla data del 23 febbraio 2020, fatte salve le ipotesi in cui il personale interessato dal recesso, già impiegato nell'appalto, sia riassunto a seguito di subentro di nuovo appaltatore in forza di legge, di contratto collettivo nazionale di lavoro, o di clausola del contratto di appalto.

10. Fino alla stessa data di cui al comma 9, resta, altresì, preclusa al datore di lavoro, indipendentemente dal numero dei dipendenti, la facoltà di recedere dal contratto per giustificato motivo oggettivo ai sensi dell'[articolo 3 della legge 15 luglio 1966, n. 604](#), e restano altresì sospese le procedure in corso di cui all'articolo 7 della medesima legge.

11. Le preclusioni e le sospensioni di cui ai commi 9 e 10 non si applicano nelle ipotesi di licenziamenti motivati dalla cessazione definitiva dell'attività dell'impresa, conseguenti alla messa in liquidazione della società senza continuazione, anche parziale, dell'attività, nei casi in cui nel corso della liquidazione non si configuri la cessione di un complesso di beni od attività che possano configurare un trasferimento d'azienda o di un ramo di essa ai sensi dell'[articolo 2112 del codice civile](#), o nelle ipotesi di accordo collettivo aziendale, stipulato dalle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative a livello nazionale, di incentivo alla risoluzione del rapporto di lavoro, limitatamente ai lavoratori che aderiscono al predetto accordo, a detti lavoratori e' comunque riconosciuto il trattamento di cui all'[articolo 1 del decreto legislativo 4 marzo 2015, n. 22](#). Sono altresì esclusi dal divieto i licenziamenti intimati in caso di fallimento, quando non sia previsto l'esercizio provvisorio dell'impresa, ovvero ne sia disposta la cessazione. Nel caso in cui l'esercizio provvisorio sia

disposto per uno specifico ramo dell'azienda, sono esclusi dal divieto i licenziamenti riguardanti i settori non compresi nello stesso.

12. ((Il trattamento di cui al comma 1 e' concesso nel limite massimo di spesa pari a 1.290,1 milioni di euro, ripartito in 892,4 milioni di euro per i trattamenti di Cassa integrazione ordinaria e Assegno ordinario e in 397,7 milioni di euro per i trattamenti di Cassa integrazione in deroga.)) L'INPS provvede al monitoraggio del limite di spesa di cui al presente comma. Qualora dal predetto monitoraggio emerga che e' stato raggiunto anche in via prospettica il limite di spesa, l'INPS non prende in considerazione ulteriori domande.

13. ((All'onere derivante dal comma 12, pari a 582,7 milioni di euro per l'anno 2020 e a 707,4 milioni di euro per l'anno 2021 si provvede a valere sull'importo di cui all'articolo 11, comma 1.))

14. In via eccezionale, al fine di fronteggiare l'emergenza da Covid-19, ai datori di lavoro privati, con esclusione del settore agricolo, che non richiedono i trattamenti di cui al comma 1, ferma restando l'aliquota di computo delle prestazioni pensionistiche, e' riconosciuto l'esonero dal versamento dei contributi previdenziali a loro carico di cui all'[articolo 3, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#), per un ulteriore periodo massimo di quattro settimane, fruibili entro il 31 gennaio 2021, nei limiti delle ore di integrazione salariale gia' fruite nel mese di giugno 2020, con esclusione dei premi e contributi dovuti all'INAIL, riparametrato e applicato su base mensile.

15. I datori di lavoro privati che abbiano richiesto l'esonero dal versamento dei contributi previdenziali ai sensi dell'[articolo 3, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#), possono rinunciare per la frazione di esonero richiesto e non goduto e contestualmente presentare domanda per accedere ai trattamenti di integrazione salariale di cui al presente articolo. La facolta' di cui al periodo precedente puo' essere esercitata anche per una frazione del numero dei lavoratori interessati dal beneficio.

16. Il beneficio previsto dai commi 14 e 15 e' concesso ai sensi della sezione 3.1 della Comunicazione della Commissione europea recante un "Quadro temporaneo per le misure di aiuto di Stato a sostegno dell'economia nell'attuale emergenza del COVID-19" e nei limiti ed alle condizioni di cui alla medesima Comunicazione. L'efficacia delle disposizioni del presente articolo e' subordinata, ai sensi dell'[articolo 108, paragrafo 3, del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea](#), all'autorizzazione della Commissione europea.

16-bis. All'[articolo 1, comma 220, della legge 27 dicembre 2017, n. 205](#), e' aggiunto, in fine, il seguente periodo: "Il contributo di cui al presente comma e' attribuito anche, per un periodo massimo di

dodici mesi ed entro il limite di spesa di 1 milione di euro per l'anno 2021, con riferimento alle nuove assunzioni con contratto di lavoro a tempo indeterminato a decorrere dal 1° gennaio 2021 e non oltre il 31 dicembre 2021".

16-ter. Agli oneri di cui al comma 16-bis, pari a 1 milione di euro per l'anno 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#), come rifinanziato dall'articolo 34, comma 6, del presente decreto.

17. Alle minori entrate derivanti dai commi 14 e 15, valutate in 61,4 milioni di euro per l'anno 2021 si provvede con le maggiori entrate contributive derivanti dai commi da 2 a 4 del presente articolo. Alle minori entrate derivanti dal presente articolo, valutate in 3 milioni di euro per l'anno 2022, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#).

Art. 12-bis.

(((Misure in materia di integrazione salariale).))

((1. Sono prorogati al 15 novembre 2020 i termini decadenziali di invio delle domande di accesso ai trattamenti collegati all'emergenza da COVID-19 di cui agli [articoli da 19 a 22-quinquies del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), e quelli di trasmissione dei dati necessari per il pagamento o per il saldo degli stessi che, in applicazione della disciplina ordinaria, si collocano tra il 1° e il 30 settembre 2020.

2. I trattamenti di integrazione salariale di cui all'articolo 12 sono riconosciuti anche in favore dei lavoratori in forza alla data del 9 novembre 2020.

3. I trattamenti di cui ai commi 1 e 2 sono concessi nel limite massimo di spesa pari a 57,8 milioni di euro, ripartito in 41,1 milioni di euro per i trattamenti di cassa integrazione ordinaria e assegno ordinario e in 16,7 milioni di euro per i trattamenti di cassa integrazione in deroga. L'INPS provvede al monitoraggio del limite di spesa di cui al presente comma. Qualora dal predetto monitoraggio emerga che e' stato raggiunto anche in via prospettica il limite di spesa, l'INPS non prende in considerazione ulteriori domande.

4. Al maggiore onere e alle minori entrate derivanti dai commi 2 e 3, pari rispettivamente a 57,8 milioni di euro per l'anno 2021 e a 1 milione di euro per l'anno 2022, si provvede, quanto a 2,5 milioni di euro per l'anno 2021, mediante le maggiori entrate derivanti dai commi 2 e 3, quanto a 55,3 milioni di euro per l'anno 2021, ai sensi dell'articolo 34 e, quanto a 1 milione di euro per l'anno 2022,

mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#).))

Art. 12-ter.

((Ulteriori misure in materia di integrazione salariale).))

((1. I trattamenti di integrazione salariale di cui all'[articolo 1 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#), sono riconosciuti anche in favore dei lavoratori in forza alla data del 9 novembre 2020, nel limite di 35,1 milioni di euro, ripartito in 24,9 milioni di euro per i trattamenti di cassa integrazione ordinaria e assegno ordinario e in 10,2 milioni di euro per i trattamenti di cassa integrazione in deroga.

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 35,1 milioni di euro per l'anno 2021 e valutati in 0,6 milioni di euro per l'anno 2022, si provvede ai sensi dell'articolo 34.))

Art. 12-quater.

((Misure in favore degli operatori volontari del servizio civile universale).))

((1. In deroga a quanto previsto all'[articolo 14 del decreto legislativo 6 marzo 2017, n. 40](#), nell'anno 2021 sono ammessi a svolgere il servizio civile universale i giovani che, alla data di presentazione della domanda, abbiano compiuto il ventottesimo e non superato il ventinovesimo anno di età, a condizione che abbiano interrotto lo svolgimento del servizio civile nell'anno 2020 a causa dell'emergenza epidemiologica da COVID-19)).

Art. 13.

(Sospensione dei versamenti dei contributi previdenziali e assistenziali e dei premi per l'assicurazione ((obbligatoria)) per i dipendenti delle aziende dei settori economici interessati dalle nuove misure restrittive)

1. Per i datori di lavoro privati di cui al comma 2, che hanno la sede operativa nel territorio dello Stato, sono sospesi i termini relativi ai versamenti dei contributi previdenziali e assistenziali e dei premi per l'assicurazione obbligatoria ((contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali)) dovuti per la competenza del mese di novembre 2020 ((.))

2. La sospensione dei termini di cui al comma 1 si applica ai datori di lavoro appartenenti ai settori interessati dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 ottobre 2020, che svolgono come attività prevalente una di quelle riferite ai codici ATECO riportati nell'Allegato 1 al presente decreto i cui dati identificativi verranno comunicati, ((a cura dell'Agenzia)) delle Entrate, a INPS e a INAIL, al fine di consentire il riconoscimento ai beneficiari delle misure concernenti la sospensione.

3. I pagamenti dei contributi previdenziali e assistenziali e dei premi per l'assicurazione obbligatoria, sospesi ai sensi del comma 1, sono effettuati, senza applicazione di sanzioni e interessi, in un'unica soluzione entro il 16 marzo 2021 o mediante rateizzazione fino a un massimo di quattro rate mensili di pari importo, con il versamento della prima rata entro il 16 marzo 2021. Il mancato pagamento di due rate, anche non consecutive, determina la decadenza dal beneficio della rateazione.

4. I benefici del presente articolo sono attribuiti in coerenza con la normativa vigente dell'Unione europea in materia di aiuti di Stato.

5. Agli oneri di cui al presente articolo, valutati in 504 milioni di euro per l'anno 2020, si provvede ai sensi dell'articolo 34.

Art. 13-bis.

(((Sospensione dei versamenti dei contributi previdenziali e assistenziali per i datori di lavoro privati con sede operativa nei territori interessati dalle nuove misure restrittive appartenenti ai settori economici riferiti ai codici ATECO riportati nell'Allegato 1 e nell'Allegato 2).))

((1. La sospensione dei versamenti contributivi dovuti nel mese di novembre 2020, di cui all'articolo 13, si applica anche in favore dei datori di lavoro privati appartenenti ai settori economici riferiti ai codici ATECO riportati nell'Allegato 1. La predetta sospensione non opera relativamente ai premi per l'assicurazione obbligatoria INAIL.

2. E' altresì sospeso il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali dovuti nel mese di novembre 2020, in favore dei datori di lavoro privati che abbiano unità produttive od operative nelle aree del territorio nazionale, caratterizzate da uno scenario di massima gravità e da un livello di rischio alto, individuate con le ordinanze del Ministro della salute adottate ai sensi dell'articolo 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 novembre 2020 e dell'articolo 19-bis del presente decreto, appartenenti ai settori economici riferiti ai codici ATECO riportati nell'Allegato 2.

3. I dati identificativi relativi ai suddetti datori di lavoro sono comunicati, a cura dell'Agenzia delle entrate, all'INPS, al fine di

consentire il riconoscimento ai beneficiari delle misure concernenti la sospensione.

4. I pagamenti dei contributi previdenziali e assistenziali sospesi ai sensi del presente articolo sono effettuati, senza applicazione di sanzioni e interessi, in un'unica soluzione entro il 16 marzo 2021 o mediante rateizzazione fino a un massimo di quattro rate mensili di pari importo, con il versamento della prima rata entro il 16 marzo 2021. Il mancato pagamento di due rate, anche non consecutive, determina la decadenza dal beneficio della rateizzazione.

5. I benefici di cui al presente articolo sono attribuiti in coerenza con la normativa vigente dell'Unione europea in materia di aiuti di Stato.

6. Agli oneri derivanti dal presente articolo, valutati in 206 milioni di euro per l'anno 2020, si provvede ai sensi dell'articolo 34.))

Art. 13-ter.

(((Sospensione dei versamenti tributari).))

((1. Per i soggetti che esercitano le attività economiche sospese ai sensi dell'articolo 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 novembre 2020, aventi domicilio fiscale, sede legale o sede operativa in qualsiasi area del territorio nazionale, per i soggetti che esercitano le attività dei servizi di ristorazione che hanno domicilio fiscale, sede legale o sede operativa nelle aree del territorio nazionale, caratterizzate da uno scenario di elevata o massima gravità e da un livello di rischio alto, individuate con le ordinanze del Ministro della salute adottate ai sensi degli articoli 2 e 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 novembre 2020 e dell'articolo 19-bis del presente decreto, nonché per i soggetti che operano nei settori economici riferiti ai codici ATECO riportati nell'Allegato 2, ovvero esercitano l'attività alberghiera, l'attività di agenzia di viaggio o quella di tour operator, e che hanno domicilio fiscale, sede legale o sede operativa nelle aree del territorio nazionale, caratterizzate da uno scenario di massima gravità e da un livello di rischio alto, individuate con le ordinanze del Ministro della salute adottate ai sensi dell'articolo 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 novembre 2020 e dell'articolo 19-bis del presente decreto, sono sospesi i termini che scadono nel mese di novembre 2020 relativi:

a) ai versamenti relativi alle ritenute alla fonte, di cui agli [articoli 23 e 24 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600](#), e alle trattenute relative all'addizionale regionale e comunale, che i predetti soggetti operano in qualità di sostituti d'imposta. Conseguentemente sono regolati i rapporti finanziari per garantire la neutralità finanziaria per lo Stato, le

regioni e i comuni;

b) ai versamenti relativi all'imposta sul valore aggiunto.

2. Non si fa luogo al rimborso di quanto già versato.

3. I versamenti sospesi ai sensi del comma 1 sono effettuati, senza applicazione di sanzioni e interessi, in un'unica soluzione entro il 16 marzo 2021 o mediante rateizzazione fino a un massimo di quattro rate mensili di pari importo, con il versamento della prima rata entro il 16 marzo 2021.

4. Agli oneri derivanti dal presente articolo, valutati in 549 milioni di euro per l'anno 2020, conseguenti all'[ordinanza del Ministro della salute del 4 novembre 2020, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 276 del 5 novembre 2020](#), si provvede ai sensi dell'articolo 34.))

Art. 13-quater.

(((Sospensione dei versamenti tributari e contributivi in scadenza nel mese di dicembre).))

((1. Per i soggetti esercenti attività d'impresa, arte o professione, che hanno il domicilio fiscale, la sede legale o la sede operativa nel territorio dello Stato, con ricavi o compensi non superiori a 50 milioni di euro nel periodo d'imposta precedente a quello in corso alla data di entrata in vigore del presente decreto e che hanno subito una diminuzione del fatturato o dei corrispettivi di almeno il 33 per cento nel mese di novembre dell'anno 2020 rispetto allo stesso mese dell'anno precedente, sono sospesi i termini che scadono nel mese di dicembre 2020 relativi:

a) ai versamenti delle ritenute alla fonte, di cui agli [articoli 23 e 24 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600](#), e delle trattenute relative all'addizionale regionale e comunale, che i predetti soggetti operano in qualità di sostituti d'imposta. Conseguentemente sono regolati i rapporti finanziari per garantire la neutralità finanziaria per lo Stato, le regioni e i comuni;

b) ai versamenti relativi all'imposta sul valore aggiunto;

c) ai versamenti dei contributi previdenziali e assistenziali.

2. I versamenti di cui al comma 1 sono sospesi anche per i soggetti esercenti attività d'impresa, arte o professione, che hanno il domicilio fiscale, la sede legale o la sede operativa nel territorio dello Stato e che hanno intrapreso l'attività di impresa, di arte o professione, in data successiva al 30 novembre 2019.

3. Le disposizioni di cui al comma 1 si applicano, a prescindere dai requisiti relativi ai ricavi o compensi e alla diminuzione del fatturato o dei corrispettivi stabiliti nel comma 1, ai soggetti che esercitano le attività economiche sospese ai sensi dell'articolo 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 novembre

2020, aventi domicilio fiscale, sede legale o sede operativa in qualsiasi area del territorio nazionale, ai soggetti che esercitano le attivita' dei servizi di ristorazione che hanno domicilio fiscale, sede legale o sede operativa nelle aree del territorio nazionale, caratterizzate da uno scenario di elevata o massima gravita' e da un livello di rischio alto, come individuate alla data del 26 novembre 2020 con le ordinanze del Ministro della salute adottate ai sensi degli articoli 2 e 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 novembre 2020 e dell'articolo 19-bis del presente decreto, nonche' ai soggetti che operano nei settori economici riferiti ai codici ATECO riportati nell'Allegato 2, ovvero esercitano l'attivita' alberghiera, l'attivita' di agenzia di viaggio o di tour operator, e che hanno domicilio fiscale, sede legale o sede operativa nelle aree del territorio nazionale, caratterizzate da uno scenario di massima gravita' e da un livello di rischio alto, come individuate alla data del 26 novembre 2020 con le ordinanze del Ministro della salute adottate ai sensi dell'articolo 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 novembre 2020 e dell'articolo 19-bis del presente decreto.

4. I versamenti sospesi ai sensi dei commi 1, 2 e 3 sono effettuati, senza applicazione di sanzioni e interessi, in un'unica soluzione entro il 16 marzo 2021 o mediante rateizzazione, fino a un massimo di quattro rate mensili di pari importo, con il versamento della prima rata entro il 16 marzo 2021. Non si fa luogo al rimborso di quanto gia' versato.

5. Agli oneri derivanti dal presente articolo, valutati in 3.925 milioni di euro per l'anno 2020, si provvede ai sensi dell'articolo 34.))

Art. 13-quinquies.

(((Proroga del termine di versamento del secondo acconto delle imposte sui redditi e dell'IRAP).))

((1. Per i soggetti esercenti attivita' d'impresa, arte o professione, che hanno il domicilio fiscale, la sede legale o la sede operativa nel territorio dello Stato, il termine di versamento della seconda o unica rata dell'acconto delle imposte sui redditi e dell'IRAP in scadenza il 30 novembre 2020 e' prorogato al 10 dicembre 2020.

2. Restano ferme le disposizioni di cui all'[articolo 98 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#), e all'[articolo 9-quinquies](#) del presente decreto, che disciplinano la proroga del termine di versamento della seconda o unica rata dell'acconto delle imposte sui redditi e dell'IRAP per i soggetti che applicano gli indici sintetici di affidabilita' fiscale.

3. Per i soggetti esercenti attivita' d'impresa, arte o professione, che hanno il domicilio fiscale, la sede legale o la sede operativa nel territorio dello Stato, con ricavi o compensi non superiori a 50 milioni di euro nel periodo d'imposta precedente a quello in corso alla data di entrata in vigore del presente decreto e che hanno subito una diminuzione del fatturato o dei corrispettivi di almeno il 33 per cento nel primo semestre dell'anno 2020 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, il termine di versamento della seconda o unica rata dell'acconto delle imposte sui redditi e dell'IRAP, dovuto per il periodo d'imposta successivo a quello in corso al 31 dicembre 2019, e' prorogato al 30 aprile 2021.

4. Le disposizioni di cui al comma 3 si applicano altresì, a prescindere dai requisiti relativi ai ricavi o compensi e alla diminuzione del fatturato o dei corrispettivi stabiliti nel suddetto comma, ai soggetti esercenti attivita' d'impresa, arte o professione che operano nei settori economici riferiti ai codici ATECO riportati negli Allegati 1 e 2, aventi domicilio fiscale o sede operativa nelle aree del territorio nazionale, caratterizzate da uno scenario di massima gravita' e da un livello di rischio alto, come individuate alla data del 26 novembre 2020 con le ordinanze del Ministro della salute adottate ai sensi dell'articolo 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 novembre 2020 e dell'articolo 19-bis del presente decreto, ovvero per gli esercenti servizi di ristorazione nelle aree del territorio nazionale, caratterizzate da uno scenario di elevata gravita' e da un livello di rischio alto, come individuate alla medesima data del 26 novembre 2020 con le ordinanze del Ministro della salute adottate ai sensi dell'articolo 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 novembre 2020 e dell'articolo 19-bis del presente decreto.

5. I versamenti sospesi ai sensi dei commi 3 e 4 sono effettuati, senza applicazione di sanzioni e interessi, in un'unica soluzione entro il 30 aprile 2021 o mediante rateizzazione fino a un massimo di quattro rate mensili di pari importo, con il versamento della prima rata entro il 30 aprile 2021. Non si fa luogo al rimborso di quanto già versato.

6. All'[articolo 42-bis, comma 5, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#), le parole: "30 novembre 2020" sono sostituite dalle seguenti: "30 aprile 2021".

7. Agli oneri derivanti dai commi 3 e 4, valutati in 1.759 milioni di euro per l'anno 2020, si provvede ai sensi dell'articolo 34.))

Art. 13-sexies.

(((Proroga del termine per la presentazione della dichiarazione in materia di imposte sui redditi e IRAP).))

((1. Il termine per la presentazione in via telematica della dichiarazione in materia di imposte sui redditi e di imposta regionale sulle attività produttive, di cui all'articolo 2 del regolamento di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 22 luglio 1998, n. 322](#), in scadenza il 30 novembre 2020, e' prorogato al 10 dicembre 2020.))

Art. 13-septies.

(((Proroga del termine per le definizioni agevolate).))

((1. All'[articolo 68, comma 3, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), le parole: "10 dicembre 2020" sono sostituite dalle seguenti: "1° marzo 2021".

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo si provvede ai sensi dell'articolo 34.))

Art. 13-octies.

(((Proroga dell'accesso al cosiddetto Fondo Gasparrini).))

((1. All'[articolo 12 del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 5 giugno 2020, n. 40](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 2, le parole: "nove mesi" sono sostituite dalle seguenti: "ventiquattro mesi";

b) al comma 2-bis, le parole: "31 dicembre 2020" sono sostituite dalle seguenti: "31 dicembre 2021".))

Art. 13-novies.

(((Proroga dei termini per i versamenti del prelievo erariale unico sugli apparecchi di cui all'articolo 110, comma 6, lettera a) e lettera b), del testo unico di cui al [regio decreto 18 giugno 1931, n. 773](#)).))

((1. Il versamento del saldo del prelievo erariale unico sugli apparecchi di cui all'[articolo 110, comma 6, lettera a\)](#) e [lettera b\)](#), [del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza](#), di cui al [regio decreto 18 giugno 1931, n. 773](#), e del canone concessorio del quinto bimestre 2020 e' effettuato in misura pari al 20 per cento del dovuto sulla base della raccolta di gioco del medesimo bimestre, con scadenza entro il 18 dicembre 2020. La restante quota, pari all'80 per cento, puo' essere versata con rate mensili di pari importo, con

debenza degli interessi legali calcolati giorno per giorno. La prima rata e' versata entro il 22 gennaio 2021 e le successive entro l'ultimo giorno di ciascun mese successivo; l'ultima rata e' versata entro il 30 giugno 2021.

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo, valutati in 559 milioni di euro per l'anno 2020, si provvede ai sensi dell'articolo 34.))

Art. 13-decies.

(Razionalizzazione dell'istituto della rateizzazione).

1. All'[articolo 19 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 602](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il comma 1-quater e' sostituito dal seguente:

"1-quater. A seguito della presentazione della richiesta di cui al comma 1 e fino alla data dell'eventuale rigetto della stessa richiesta ovvero dell'eventuale decadenza dalla dilazione ai sensi del comma 3:

a) sono sospesi i termini di prescrizione e decadenza;

b) non possono essere iscritti nuovi fermi amministrativi e ipoteche, fatti salvi quelli gia' iscritti alla data di presentazione;

c) non possono essere avviate nuove procedure esecutive";

b) dopo il comma 1-quater sono inseriti i seguenti:

"1-quater.1. Non puo' in nessun caso essere concessa la dilazione delle somme oggetto di verifica effettuata, ai sensi dell'articolo 48-bis, in qualunque momento antecedente alla data di accoglimento della richiesta di cui al comma 1.

1-quater.2. Il pagamento della prima rata determina l'estinzione delle procedure esecutive precedentemente avviate, a condizione che non si sia ancora tenuto l'incanto con esito positivo o non sia stata presentata istanza di assegnazione, ovvero il terzo non abbia reso dichiarazione positiva o non sia stato gia' emesso provvedimento di assegnazione dei crediti pignorati".

2. Le disposizioni del comma 1 si applicano ai provvedimenti di accoglimento emessi con riferimento alle richieste di rateazione presentate a decorrere dal 30 novembre 2020.

3. Con riferimento alle richieste di rateazione presentate a decorrere dalla medesima data di cui al comma 2 e fino al 31 dicembre 2021, in deroga a quanto disposto dall'articolo 19, comma 1, ultimo periodo, del citato [decreto del Presidente della Repubblica n. 602 del 1973](#), la temporanea situazione di obiettiva difficolta' e' documentata, ai fini della relativa concessione, nel caso in cui le somme iscritte a ruolo sono di importo superiore a 100.000 euro.

4. Relativamente ai provvedimenti di accoglimento emessi con riferimento alle richieste di rateazione di cui al comma 3, gli

effetti di cui all'[articolo 19, comma 3, lettere a\), b\) e c\), del decreto del Presidente della Repubblica n. 602 del 1973](#) si determinano in caso di mancato pagamento, nel periodo di rateazione, di dieci rate, anche non consecutive.

5. I carichi contenuti nei piani di dilazione per i quali, anteriormente alla data di inizio della sospensione di cui ai [commi 1 e 2-bis dell'articolo 68 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), e' intervenuta la decadenza dal beneficio possono essere nuovamente dilazionati ai sensi dell'[articolo 19 del decreto del Presidente della Repubblica n. 602 del 1973](#), presentando la richiesta di rateazione entro il 31 dicembre 2021, senza necessita' di saldare le rate scadute alla data di relativa presentazione. Ai provvedimenti di accoglimento si applicano le disposizioni del comma 4.

((5-bis. Le disposizioni del comma 5, primo periodo, si applicano anche alle richieste di rateazione relative ai carichi di cui allo stesso comma 5, presentate dal 1° gennaio 2022 al 30 aprile 2022. Con riferimento a tali richieste restano definitivamente acquisite le somme eventualmente gia' versate anche ai sensi dell'[articolo 19, comma 3, lettera c\), del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 602](#))).

6. All'[articolo 68, comma 3-bis, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), e' aggiunto, in fine, il seguente periodo: "Tali dilazioni possono essere accordate anche relativamente ai debiti per i quali, alla medesima data, si e' determinata l'inefficacia delle definizioni di cui all'[articolo 6 del decreto-legge 22 ottobre 2016, n. 193](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 1° dicembre 2016, n. 225](#), e all'[articolo 1, commi da 4 a 10-quater, del decreto-legge 16 ottobre 2017, n. 148](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 4 dicembre 2017, n. 172](#), in deroga alle previsioni in essi contenute".

Art. 13-undecies.

(((Disposizioni in materia di contribuzione volontaria).))

((1. In via eccezionale, in considerazione della situazione di emergenza epidemiologica da COVID-19, in deroga a quanto stabilito dall'[articolo 8, comma 3, del decreto legislativo 30 aprile 1997, n. 184](#), i versamenti dei contributi volontari all'INPS, dovuti per il periodo dal 31 gennaio 2020 al 31 dicembre 2020, sono considerati validi anche se effettuati in ritardo, purché entro i due mesi successivi e comunque entro il 28 febbraio 2021.

2. All'onere derivante dal comma 1, pari a 1 milione di euro per l'anno 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#), come rifinanziato dall'articolo 34, comma 6, del presente

decreto.))

Art. 13-duodecies.

(Disposizioni di adeguamento e di compatibilit  degli aiuti con le disposizioni europee).

1. Per la classificazione e l'aggiornamento delle aree del territorio nazionale, caratterizzate da uno scenario di elevata o massima gravita' e da un livello di rischio alto, si rinvia alle ordinanze del Ministro della salute adottate ai sensi dell'articolo 19-bis.

2. Agli oneri derivanti dall'estensione delle misure di cui agli articoli 1, 1-bis, 8-bis, 9-bis, 9-quinquies, 13-bis, 13-ter, 13-terdecies e 22-bis, anche in conseguenza delle ordinanze del Ministro della salute del 10 novembre 2020, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 280 del 10 novembre 2020, del 13 novembre 2020, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 284 del 14 novembre 2020, e del 20 novembre 2020, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 290 del 21 novembre 2020, nonche' in conseguenza delle eventuali successive ordinanze del Ministro della salute, adottate ai sensi dell'articolo 19-bis, si provvede nei limiti del fondo allo scopo istituito nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, con una dotazione di 1.790 milioni di euro per l'anno 2020 e 190,1 milioni di euro per l'anno 2021.

3. Le risorse del fondo di cui al comma 2 sono utilizzate anche per le eventuali regolazioni contabili mediante versamento sulla contabilit  speciale n. 1778, intestata: "Agenzia delle Entrate - Fondi di bilancio". In relazione alle maggiori esigenze derivanti dall'attuazione degli articoli 9-bis, 13-bis, 13-terdecies e 22-bis, il Ministro dell'economia e delle finanze e' autorizzato ad apportare, nei limiti delle risorse disponibili del fondo di cui al comma 2, le occorrenti variazioni di bilancio anche in conto residui.

4. Le risorse del fondo non utilizzate alla fine dell'esercizio finanziario 2020 sono conservate nel conto dei residui per essere utilizzate per le medesime finalita' previste dal comma 2 anche negli esercizi successivi.

5. Le disposizioni di cui agli articoli 1, 1-bis, 8-bis e 9-bis si applicano nel rispetto dei limiti e delle condizioni previsti dalla comunicazione della Commissione europea del 19 marzo 2020 C(2020) 1863 final "Quadro temporaneo per le misure di aiuto di Stato a sostegno dell'economia nell'attuale emergenza del COVID-19", e successive modificazioni.

6. Agli oneri derivanti dal presente articolo si provvede ai sensi dell'articolo 34.

((12))

AGGIORNAMENTO (12)

Il [D.L. 28 ottobre 2020, n. 137](#) ha disposto (con l'art. 77, comma 6) che "Le risorse del Fondo di cui all'[articolo 13-duodecies del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137](#), convertito con modificazioni, dalla [legge 18 dicembre 2020, n. 176](#), e' incrementato di 100 milioni di euro per l'anno 2021 e 130 milioni di euro per l'anno 2022".

Art. 13-terdecies.

(((Bonus baby-sitting).))

((1. A decorrere dalla data del 9 novembre 2020 limitatamente alle aree del territorio nazionale, caratterizzate da uno scenario di massima gravita' e da un livello di rischio alto, individuate con ordinanze del Ministro della salute adottate ai sensi dell'articolo 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 novembre 2020 e dell'articolo 19-bis del presente decreto, nelle quali sia stata disposta la sospensione dell'attivita' didattica in presenza nelle scuole secondarie di primo grado, i genitori lavoratori di alunni delle suddette scuole iscritti alla Gestione separata di cui all'[articolo 2, comma 26, della legge 8 agosto 1995, n. 335](#), o iscritti alle gestioni speciali dell'assicurazione generale obbligatoria, e non iscritti ad altre forme previdenziali obbligatorie, hanno diritto a fruire di uno o piu' bonus per l'acquisto di servizi di baby-sitting nel limite massimo complessivo di 1.000 euro, da utilizzare per prestazioni effettuate nel periodo di sospensione dell'attivita' didattica in presenza prevista dal predetto decreto del Presidente del Consiglio dei ministri. La fruizione del bonus di cui al presente articolo e' riconosciuta alternativamente ad entrambi i genitori, nelle sole ipotesi in cui la prestazione lavorativa non possa essere svolta in modalita' agile, ed e' subordinata alla condizione che nel nucleo familiare non vi sia altro genitore beneficiario di strumenti di sostegno al reddito in caso di sospensione o cessazione dell'attivita' lavorativa o altro genitore disoccupato o non lavoratore.

2. Il beneficio di cui al presente articolo si applica, in riferimento ai figli con disabilita' in situazione di gravita' accertata ai sensi dell'[articolo 4, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104](#), iscritti a scuole di ogni ordine e grado per le quali sia stata disposta la sospensione dell'attivita' didattica in presenza o ospitati in centri diurni a carattere assistenziale per i quali sia stata disposta la chiusura ai sensi dei decreti del Presidente del Consiglio dei ministri del 24 ottobre 2020 e del 3 novembre 2020.

3. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche nei confronti dei genitori affidatari.

4. Il bonus non e' riconosciuto per le prestazioni rese dai familiari.

5. Il bonus e' erogato mediante il Libretto Famiglia di cui all'[articolo 54-bis del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 21 giugno 2017, n. 96](#). La fruizione del bonus di cui al presente articolo e' incompatibile con la fruizione del bonus per la frequenza di asili nido di cui all'[articolo 1, comma 355, della legge 11 dicembre 2016, n. 232](#).

6. I benefici di cui ai commi da 1 a 5 sono riconosciuti nel limite complessivo di 7,5 milioni di euro per l'anno 2020. Sulla base delle domande pervenute, l'INPS provvede al monitoraggio comunicandone le risultanze al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e al Ministero dell'economia e delle finanze. Qualora dal monitoraggio emerga il superamento del limite di spesa di cui al primo periodo, l'INPS procede al rigetto delle ulteriori domande presentate.

7. Agli oneri derivanti dal comma 6, primo periodo, pari a 7,5 milioni di euro per l'anno 2020 in termini di saldo netto da finanziare e a 7,5 milioni di euro per l'anno 2021 in termini di indebitamento netto e fabbisogno, conseguenti all'[ordinanza del Ministro della salute del 4 novembre 2020, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 276 del 5 novembre 2020](#), si provvede ai sensi dell'articolo 34.))

Art. 13-quaterdecies.

(Fondo straordinario per il sostegno degli enti del Terzo settore).

1. Al fine di far fronte alla crisi economica degli enti del Terzo settore, determinatasi in ragione delle misure in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, e' istituito nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali il "Fondo straordinario per il sostegno degli enti del Terzo settore", con una dotazione di 70 milioni di euro per l'anno 2021, per interventi in favore delle organizzazioni di volontariato iscritte nei registri regionali e delle province autonome, di cui alla [legge 11 agosto 1991, n. 266](#), delle associazioni di promozione sociale iscritte nei registri nazionale, regionali e delle province autonome di Trento e di Bolzano, di cui all'[articolo 7 della legge 7 dicembre 2000, n. 383](#), nonche' delle organizzazioni non lucrative di utilita' sociale, di cui all'[articolo 10 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460](#), iscritte nella relativa anagrafe. ((13))

2. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabiliti i criteri di ripartizione delle risorse

del fondo tra le regioni e le province autonome, anche al fine di assicurare l'omogenea applicazione della misura su tutto il territorio nazionale.

3. Il contributo erogato attraverso il fondo di cui al presente articolo non e' cumulabile con le misure previste dagli articoli 1 e 3.

4. Agli oneri derivanti dal presente articolo si provvede ai sensi dell'articolo 34.

(8)

AGGIORNAMENTO (8)

Il [D.L. 22 marzo 2021, n. 41](#) ha disposto (con l'art. 14, comma 1) che "Il Fondo straordinario per il sostegno degli enti del Terzo settore di cui all'[articolo 13-quaterdecies del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 18 dicembre 2020, n. 176](#), e' incrementato di 100 milioni di euro per l'anno 2021".

AGGIORNAMENTO (13)

Il [D.L. 25 maggio 2021, n. 73](#), convertito con modificazioni dalla [L. 23 luglio 2021, n. 106](#), ha disposto (con l'art. 1-quater, comma 1) che "La dotazione del Fondo straordinario per il sostegno degli enti del Terzo settore, di cui all'[articolo 13-quaterdecies del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 18 dicembre 2020, n. 176](#), e' incrementata di 60 milioni di euro per l'anno 2021".

Art. 13-quinquiesdecies.

(((Rifinanziamento dei CAF).))

((1. Al fine di consentire ai beneficiari delle prestazioni sociali agevolate di ricevere l'assistenza nella presentazione delle dichiarazioni sostitutive uniche ai fini dell'ISEE, affidata ai centri di assistenza fiscale (CAF), e' autorizzata per l'anno 2020 la spesa di 5 milioni di euro, da trasferire all'INPS. Agli oneri derivanti dal presente comma, pari a 5 milioni di euro per l'anno 2020 in termini di saldo netto da finanziare e a 5 milioni di euro per l'anno 2021 in termini di indebitamento netto e fabbisogno, si provvede ai sensi dell'articolo 34.

2. Per le medesime finalita' di cui al comma 1 sono altresì utilizzate le risorse residue di cui al [comma 10 dell'articolo 82 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), nei limiti dello stanziamento ivi previsto, per la parte non già utilizzata ai fini del Reddito di

emergenza.))

Art. 13-sexiesdecies.

((Modifiche al [decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81](#). Attuazione della [direttiva \(UE\) 2019/1833](#) e della [direttiva \(UE\) 2020/739](#)).))

((1. Gli allegati XLVII e XLVIII annessi al [decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81](#), sono sostituiti dai seguenti:

"ALLEGATO XLVII

INDICAZIONI SU MISURE E LIVELLI DI CONTENIMENTO

Le misure previste nel presente allegato devono essere applicate secondo la natura delle attività, la valutazione del rischio per i lavoratori e la natura dell'agente biologico in questione.

Nella tabella, 'raccomandato' significa che le misure dovrebbero essere applicate in linea di principio, a meno che i risultati della valutazione del rischio non indichino il contrario.

B. Livelli di contenimento			
A. Misure di contenimento	2	3	4
Luogo di lavoro			
1. Il luogo di lavoro deve essere separato da qualsiasi altra attività svolta nello stesso edificio	No	Raccomandato	Si'
2. Il luogo di lavoro deve essere sigillabile in modo da consentire la fumigazione	No	Raccomandato	Si'
Impianti			
3. Il materiale infetto, compreso qualsiasi animale, deve essere manipolato in cabine di sicurezza o in condizioni di isolamento o di adeguato contenimento	Se del caso	Si', in caso di infezione messa per via aerea	Si'

 Attrezzature				
+-----+-----+-----+-----+				
 4. L'aria in entrata e in				
 uscita dal luogo di lavoro		 Si', per		
 deve essere filtrata con un		 l'aria in	 Si', per	
 sistema di filtrazione		 entrata e	 l'aria in	
 HEPA(1) o simile	 No	 in uscita	 uscita	
+-----+-----+-----+-----+				
		 Si', per		
		 bancone,		
		 pavimento e		
		 altre super-		
		 fici deter-	 Si' per ban-	
	 Si', per	 minate nella	 cone, pareti,	
 5. Superfici impermeabili	 bancone e	 valutazione	 pavimento e	
 all'acqua e facili da pulire	 pavimento	 del rischio	 soffitto	
+-----+-----+-----+-----+				
 6. Il luogo di lavoro deve				
 essere mantenuto a una				
 pressione negativa rispetto				
 alla pressione atmosferica	 No	 Raccomandato	 Si'	
+-----+-----+-----+-----+				
 7. Superfici resistenti ad				
 acidi, alcali, solventi e	 Racco-			
 disinfettanti	 mandato	 Si'	 Si'	
+-----+-----+-----+-----+				
 Sistema di funzionamento				
+-----+-----+-----+-----+				
			 Si', attra-	
 8. L'accesso deve essere			 verso una zona	
 limitato soltanto agli	 Racco-		 filtro (air-	
 operatori addetti	 mandato	 Si'	 lock)(2)	
+-----+-----+-----+-----+				
 9. Controllo efficace dei				
 vettori, per esempio	 Racco-			
 roditori e insetti	 mandato	 Si'	 Si'	
+-----+-----+-----+-----+				
 10. Procedure specifiche di				
 disinfezione	 Si'	 Si'	 Si'	
+-----+-----+-----+-----+				
			 Si', stoc-	
 11. Stoccaggio in condizioni			 caggio in	
 di sicurezza dell'agente			 condizioni	
 biologico	 Si'	 Si'	 di sicurezza	
+-----+-----+-----+-----+				
 12. Il personale deve fare				
 una doccia prima di uscire		 Racco-		
 dall'area di contenimento	 No	 mandato	 Raccomandato	

+-----+-----+-----+-----+			
Rifiuti			
+-----+-----+-----+-----+			
13. Processo di			
inattivazione convalidato			
per lo smaltimento sicuro	Racco-	Si', sul sito	
delle carcasse di animali	mandato	o fuori sito	Si', sul sito
+-----+-----+-----+-----+			
Altre misure			
+-----+-----+-----+-----+			
14. Il laboratorio deve			
contenere la propria		Racco-	
attrezzatura	No	mandato	Si'
+-----+-----+-----+-----+			
15. Presenza di una finestra			
di osservazione, o di una			
soluzione alternativa, che			
consenta di vedere gli	Racco-		
occupanti	mandato	Raccomandato	Si'
+-----+-----+-----+-----+			

(1) HEPA: filtro antiparticolato ad alta efficienza

(2) Airlock/zona filtro: l'accesso deve avvenire attraverso una zona filtro che e' un locale isolato dal laboratorio. La parte esente da contaminazione della zona filtro deve essere separata dalla parte ad accesso limitato tramite uno spogliatoio o docce e preferibilmente da porte interbloccanti.

ALLEGATO XLVIII

CONTENIMENTO PER PROCESSI INDUSTRIALI

Nella tabella, 'raccomandato' significa che le misure dovrebbero essere applicate in linea di principio, a meno che i risultati della valutazione del rischio non indichino il contrario.

Agenti biologici del gruppo 1

Per le attivita' con agenti biologici del gruppo 1, compresi i vaccini vivi attenuati, devono essere rispettati i principi in materia di sicurezza ed igiene del lavoro.

Agenti biologici dei gruppi 2, 3 e 4

Puo' essere opportuno selezionare e combinare le prescrizioni di contenimento delle diverse categorie sottoindicate in base ad una valutazione del rischio connesso ad un particolare processo o a una sua parte.

+-----+-----+	
	B. Livelli di contenimento
+-----+-----+	
A. Misure di contenimento	

/	/2	/3	/4	/
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
Informazioni generali				
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
1. Gli organismi vivi				
devono essere manipolati				
in un sistema che separi				
fisicamente il processo				
dall'ambiente	Si'	Si'	Si'	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
2. I gas di scarico del				
sistema chiuso devono	minimizzare			
essere trattati in modo	la	impedire la	impedire la	
da:	dispersione	dispersione	dispersione	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
3. Il prelievo di				
campioni, l'aggiunta di				
materiale a un sistema				
chiuso e il trasferimento				
di organismi vivi ad un				
altro sistema chiuso	minimizzare			
devono essere effettuati	la	impedire la	impedire la	
in modo da:	dispersione	dispersione	dispersione	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
4. La massa dei fluidi di	inattivati	inattivati	inattivati	
coltura non puo' essere	con mezzi	con mezzi	con mezzi	
rimossa dal sistema chiuso	chimici o	chimici o	chimici o	
a meno che gli organismi	fisici	fisici	fisici	
vivi non siano stati:	convalidati	convalidati	convalidati	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
	minimizzare			
5. I sigilli devono essere	la	impedire la	impedire la	
progettati in modo da:	dispersione	dispersione	dispersione	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
6. L'area controllata deve				
essere progettata in modo				
da trattenere l'intero				
contenuto del sistema				
chiuso in caso di				
fuoriuscita	No	Raccomandato	Si'	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
7. L'area controllata deve				
essere sigillabile in modo				
da consentire la				
fumigazione	No	Raccomandato	Si'	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
Impianti				
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+

8. Il personale deve avere			
accesso a impianti di			
decontaminazione e di			
lavaggio	Si'	Si'	Si'
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
Attrezzature			
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
9. L'aria in entrata e in			
uscita dall'area			
controllata deve essere			
filtrata con un sistema di			
filtrazione HEPA (1)	No	Raccomandato	Si'
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
10. L'area controllata			
deve essere mantenuta a			
una pressione negativa			
rispetto alla pressione			
atmosferica	No	Raccomandato	Si'
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
11. L'area controllata			
deve essere adeguatamente			
ventilata per ridurre al			
minimo la contaminazione			
dell'aria	Raccomandato	Raccomandato	Si'
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
Sistema di funzionamento			
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
12. I sistemi chiusi (2)			
devono essere situati			Si', e
all'interno di un'area			costruiti a
controllata	Raccomandato	Raccomandato	tal fine
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
13. Affissione di avvisi			
di pericolo biologico	Raccomandato	Si'	Si'
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
			Si',
			attraverso
			una zona
14. L'accesso deve essere			filtro
limitato soltanto al			(airlock)
personale addetto	Raccomandato	Si'	(3)
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
15. Il personale deve fare			
una doccia prima di uscire			
dall'area controllata	No	Raccomandato	Si'
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
16. Il personale deve	Si',		Si', cambio
indossare indumenti	indumenti da		completo di

protettivi	lavoro	Si'	indumenti	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
Rifiuti				
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
17. Gli effluenti dei				
lavandini e delle docce				
devono essere raccolti e				
inattivati prima dello				
scarico	No	Raccomandato	Si'	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
	Inattivati	Inattivati	Inattivati	
	con mezzi	con mezzi	con mezzi	
18. Trattamento degli	chimici o	chimici o	chimici o	
effluenti prima dello	fisici	fisici	fisici	
scarico finale	convalidati	convalidati	convalidati	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+

(1) HEPA: filtro antiparticolato ad alta efficienza (High Efficiency Particulate Air Filter)

(2) Sistema chiuso: un sistema che separa fisicamente il processo dall'ambiente (per esempio vasche di incubazione, serbatoi ecc.).

(3) Airlock/zona filtro: l'accesso deve avvenire attraverso una zona filtro che e' un locale isolato dal laboratorio. La parte esente da contaminazione della zona filtro deve essere separata dalla parte ad accesso limitato tramite uno spogliatoio o docce e, preferibilmente, da porte interbloccanti".))

Art. 13-septiesdecies.

(((Modifiche all'[articolo 42-bis del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#)).))

((1. All'[articolo 42-bis del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, dopo le parole: "21 dicembre 2020" sono inserite le seguenti: "o scaduti nelle annualita' 2018 e 2019" e dopo le parole: "sono effettuati" sono inserite le seguenti: ", nel limite del 40 per cento dell'importo dovuto, ad eccezione dell'imposta sul valore aggiunto (IVA),";

b) dopo il comma 1 e' inserito il seguente:

"1-bis. Per i soggetti che svolgono attivita' economica, la riduzione al 40 per cento di cui al comma 1 si applica nel rispetto delle condizioni e dei limiti del [regolamento \(UE\) n. 1407/2013 della Commissione, del 18 dicembre 2013](#), relativo all'applicazione degli

articoli 107 e [108 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea](#) agli aiuti 'de minimis', del [regolamento \(UE\) n. 1408/2013 della Commissione, del 18 dicembre 2013](#), relativo all'applicazione degli articoli 107 e [108 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea](#) agli aiuti 'de minimis' nel settore agricolo, e del [regolamento \(UE\) n. 717/2014 della Commissione, del 27 giugno 2014](#), relativo all'applicazione degli articoli 107 e [108 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea](#) agli aiuti 'de minimis' nel settore della pesca e dell'acquacoltura. I soggetti che intendono avvalersi dell'agevolazione devono presentare apposita comunicazione all'Agenzia delle entrate. Le modalità, i termini di presentazione e il contenuto della comunicazione sono stabiliti con provvedimento del direttore dell'Agenzia medesima, da emanare entro venti giorni a far data dal 9 novembre 2020".

2. Agli oneri derivanti dalle disposizioni di cui al comma 1, valutati in 14,8 milioni di euro per l'anno 2020, si provvede ai sensi dell'articolo 34.))

Art. 13-duodevicies.

(((Proroga della disposizione di cui all'[articolo 10 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), in materia di potenziamento delle risorse umane dell'INAIL).))

((1. La disposizione di cui all'[articolo 10 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), e' prorogata fino al 31 dicembre 2021.

2. Al relativo onere, pari ad euro 20.000.000, si provvede a valere sul bilancio dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL), sulle risorse per la copertura dei rapporti in convenzione con i medici specialisti ambulatoriali. Alla compensazione degli effetti finanziari in termini di fabbisogno e indebitamento netto, pari a euro 10.300.000 per l'anno 2021, si provvede ai sensi dell'articolo 34.))

Art. 13-undevicies.

(((Finanziamento dei fondi bilaterali di cui all'[articolo 27 del decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 148](#), per l'erogazione dell'assegno ordinario COVID-19).))

((1. I fondi bilaterali di cui all'[articolo 27 del decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 148](#), sono autorizzati ad utilizzare le somme stanziati dall'[articolo 1, comma 7, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13](#)

ottobre 2020, n. 126, anche per le erogazioni dell'assegno ordinario COVID-19 fino alla data del 12 luglio 2020)).

Art. 14.

(Nuove misure in materia di Reddito di emergenza)

1. Ai nuclei familiari già beneficiari della quota del Reddito di emergenza (di seguito "Rem") di cui all'articolo 23, comma 1, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, è riconosciuta la medesima quota anche per il mese di novembre 2020, nonché per il mese di dicembre 2020.

2. Il Rem è altresì riconosciuto, per una singola quota pari all'ammontare di cui all'articolo 82, comma 5, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, ((relativa alle mensilità)) di novembre e dicembre 2020, ai nuclei familiari in possesso cumulativamente dei seguenti requisiti:

a) un valore del reddito familiare, nel mese di settembre 2020, inferiore ad una soglia pari all'ammontare di cui all'articolo 82, comma 5, del decreto-legge n. 34 del 2020;

b) assenza nel nucleo familiare di componenti che percepiscono o hanno percepito una delle indennità di cui all'articolo 15 del presente decreto-legge;

c) possesso dei requisiti di cui ai commi 2, lettere a), c) e d), 2-bis e 3, dell'articolo 82 del decreto-legge n. 34 del 2020.

3. La domanda per le quote di Rem di cui al comma 2 è presentata all'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) entro il 30 novembre 2020 tramite modello di domanda predisposto dal medesimo Istituto e presentato secondo le modalità stabilite dallo stesso.

4. Il riconoscimento delle quote del Rem di cui ai commi 1 e 2 è effettuato nel limite di spesa di 452 milioni di euro per l'anno 2020 nell'ambito dell'autorizzazione di spesa relativa al Fondo per il reddito di emergenza di cui all'articolo 82, comma 10, del decreto-legge n. 34 del 2020, in relazione alla quale resta in ogni caso ferma l'applicazione di quanto previsto dall'articolo 265, comma 9, del ((medesimo decreto-legge n. 34 del 2020)).

5. Per quanto non previsto dal presente articolo, si applica la disciplina di cui all'articolo 82 del decreto-legge n. 34 del 2020, ove compatibile.

Art. 15.

(Nuova indennità per i lavoratori stagionali del turismo, degli stabilimenti termali e dello spettacolo)

1. Ai soggetti beneficiari dell'indennita' di cui all'[articolo 9 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito con modificazioni dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#), la medesima indennita' pari a 1000 euro e' nuovamente erogata una tantum.

2. Ai lavoratori dipendenti stagionali del settore turismo e degli stabilimenti termali che hanno cessato involontariamente il rapporto di lavoro nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2019 e la data di entrata in vigore del presente decreto-legge e che abbiano svolto la prestazione lavorativa per almeno trenta giornate nel medesimo periodo, non titolari di pensione, ne' di rapporto di lavoro dipendente, ne' di NASPI, alla data di entrata in vigore della presente disposizione, e' riconosciuta un'indennita' onnicomprensiva pari a 1000 euro. La medesima indennita' e' riconosciuta ai lavoratori in somministrazione, impiegati presso imprese utilizzatrici operanti nel settore del turismo e degli stabilimenti termali, che abbiano cessato involontariamente il rapporto di lavoro nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2019 e la data di entrata in vigore del presente decreto e che abbiano svolto la prestazione lavorativa per almeno trenta giornate nel medesimo periodo, non titolari di pensione, ne' di rapporto di lavoro dipendente, ne' di NASPI, alla data di entrata in vigore del presente decreto.

3. E' riconosciuta un'indennita' onnicomprensiva pari a 1000 euro ai lavoratori dipendenti e autonomi che in conseguenza dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 hanno cessato, ridotto o sospeso la loro attivita' o il loro rapporto di lavoro, individuati nei seguenti:

a) lavoratori dipendenti stagionali appartenenti a settori diversi da quelli del turismo e degli stabilimenti termali che hanno cessato involontariamente il rapporto di lavoro nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2019 e la data di entrata in vigore del presente decreto-legge e che abbiano svolto la prestazione lavorativa per almeno trenta giornate nel medesimo periodo;

b) lavoratori intermittenti, di cui agli [articoli da 13 a 18 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81](#), che abbiano svolto la prestazione lavorativa per almeno trenta giornate nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2019 e la data di entrata in vigore del presente decreto;

c) lavoratori autonomi, privi di partita IVA, non iscritti ad altre forme previdenziali obbligatorie, che nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2019 e la data di entrata in vigore del presente decreto siano stati titolari di contratti autonomi occasionali riconducibili alle disposizioni di cui all'[articolo 2222 del codice civile](#) e che non abbiano un contratto in essere alla data di entrata in vigore del presente decreto. Gli stessi, per tali contratti, devono essere gia' iscritti alla data del 17 marzo 2020 alla Gestione separata di cui all'[articolo 2, comma 26, della legge 8 agosto 1995, n. 335](#), con accredito nello stesso arco temporale di almeno un contributo mensile;

d) incaricati alle vendite a domicilio di cui all'[articolo 19 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 114](#), con reddito annuo 2019 derivante dalle medesime attività superiore ad euro 5.000 e titolari di partita IVA attiva e iscritti alla Gestione Separata di cui all'[articolo 2, comma 26, della legge 8 agosto 1995, n. 335](#), alla data di entrata in vigore del presente decreto e non iscritti ad altre forme previdenziali obbligatorie.

4. I soggetti di cui al comma 3, alla data di presentazione della domanda, non devono essere in alcuna delle seguenti condizioni:

a) titolari di altro contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, diverso dal contratto intermittente di cui agli [articoli da 13 a 18 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81](#);

b) titolari di pensione.

5. Ai lavoratori dipendenti a tempo determinato del settore del turismo e degli stabilimenti termali in possesso cumulativamente dei requisiti di seguito elencati, è riconosciuta una indennità onnicomprensiva pari a 1000 euro:

a) titolarità nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2019 e la data di entrata in vigore del presente decreto-legge di uno o più contratti di lavoro a tempo determinato nel settore del turismo e degli stabilimenti termali, di durata complessiva pari ad almeno trenta giornate;

b) titolarità nell'anno 2018 di uno o più contratti di lavoro a tempo determinato o stagionale nel medesimo settore di cui alla lettera a), di durata complessiva pari ad almeno trenta giornate;

c) assenza di titolarità, al momento dell'entrata in vigore del presente decreto-legge, di pensione e di rapporto di lavoro dipendente.

6. Ai lavoratori iscritti al Fondo pensioni lavoratori dello spettacolo con almeno 30 contributi giornalieri versati dal 1° gennaio 2019 alla data di entrata in vigore del presente decreto al medesimo Fondo, cui deriva un reddito non superiore a 50.000 euro, e non titolari di pensione, è riconosciuta un'indennità, pari a 1000 euro. L'indennità di cui al presente articolo non concorre alla formazione del reddito ai sensi del [decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917](#). La medesima indennità viene erogata anche ai lavoratori iscritti al Fondo pensioni lavoratori dello spettacolo con almeno 7 contributi giornalieri versati dal 1 gennaio 2019 alla data di entrata in vigore del presente decreto-legge, cui deriva un reddito non superiore ai 35.000 euro.

7. Le indennità di cui ai commi 1, 2, 3, 5 e 6 non sono tra loro cumulabili e non sono cumulabili con l'indennità di cui all'articolo 14. La domanda per le indennità di cui ai commi 2, 3, 5 e 6 è presentata all'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) entro il 30 novembre 2020 tramite modello di domanda predisposto dal medesimo Istituto e presentato secondo le modalità stabilite dallo stesso.

8. Le indennità di cui al presente articolo non concorrono alla

formazione del reddito ai sensi del [decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917](#) e sono erogate dall'INPS, previa domanda, nel limite di spesa complessivo di 550 milioni di euro per l'anno 2020. L'INPS provvede al monitoraggio del rispetto del limite di spesa e comunica i risultati di tale attività al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e al Ministero dell'economia e delle finanze. Qualora dal predetto monitoraggio emerga il verificarsi di scostamenti, anche in via prospettica, rispetto al predetto limite di spesa, non sono adottati altri provvedimenti concessori. In relazione all'autorizzazione di spesa di cui al primo periodo del presente comma trova applicazione di quanto previsto dall'[articolo 265, comma 9, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#).

9. Decorsi quindici giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto-legge si decade dalla possibilità di richiedere l'indennità di cui all'[articolo 9 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito con modificazioni dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#).

10. L'autorizzazione di cui all'[articolo 29, comma 2, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito con modificazioni dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), è incrementata di 9,1 milioni di euro per l'anno 2020.

11. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 559,1 milioni di euro per l'anno 2020 si provvede ai sensi dell'articolo 34.

Art. 15.

(Nuova indennità per i lavoratori stagionali del turismo, degli stabilimenti termali e dello spettacolo)

1. Ai soggetti beneficiari dell'indennità di cui all'[articolo 9 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito con modificazioni dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#), la medesima indennità pari a 1000 euro è nuovamente erogata una tantum.

2. Ai lavoratori dipendenti stagionali del settore turismo e degli stabilimenti termali che hanno cessato involontariamente il rapporto di lavoro nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2019 e la data di entrata in vigore del presente decreto-legge e che abbiano svolto la prestazione lavorativa per almeno trenta giornate nel medesimo periodo, non titolari di pensione, né di rapporto di lavoro dipendente, né di NASPI, alla data di entrata in vigore della presente disposizione, è riconosciuta un'indennità onnicomprensiva pari a 1000 euro. La medesima indennità è riconosciuta ai lavoratori in somministrazione, impiegati presso imprese utilizzatrici operanti nel settore del turismo e degli stabilimenti termali, che abbiano cessato involontariamente il rapporto di lavoro

nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2019 e la data di entrata in vigore del presente decreto e che abbiano svolto la prestazione lavorativa per almeno trenta giornate nel medesimo periodo, non titolari di pensione, ne' di rapporto di lavoro dipendente, ne' di NASPI, alla data di entrata in vigore del presente decreto.

3. E' riconosciuta un'indennita' onnicomprensiva pari a 1000 euro ai lavoratori dipendenti e autonomi che in conseguenza dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 hanno cessato, ridotto o sospeso la loro attivita' o il loro rapporto di lavoro, individuati nei seguenti:

a) lavoratori dipendenti stagionali appartenenti a settori diversi da quelli del turismo e degli stabilimenti termali che hanno cessato involontariamente il rapporto di lavoro nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2019 e la data di entrata in vigore del presente decreto-legge e che abbiano svolto la prestazione lavorativa per almeno trenta giornate nel medesimo periodo;

b) lavoratori intermittenti, di cui agli [articoli da 13 a 18 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81](#), che abbiano svolto la prestazione lavorativa per almeno trenta giornate nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2019 e la data di entrata in vigore del presente decreto;

c) lavoratori autonomi, privi di partita IVA, non iscritti ad altre forme previdenziali obbligatorie, che nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2019 e la data di entrata in vigore del presente decreto siano stati titolari di contratti autonomi occasionali riconducibili alle disposizioni di cui all'[articolo 2222 del codice civile](#) e che non abbiano un contratto in essere alla data di entrata in vigore del presente decreto. Gli stessi, per tali contratti, devono essere gia' iscritti alla data del 17 marzo 2020 alla Gestione separata di cui all'[articolo 2, comma 26, della legge 8 agosto 1995, n. 335](#), con accredito nello stesso arco temporale di almeno un contributo mensile;

d) incaricati alle vendite a domicilio di cui all'[articolo 19 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 114](#), con reddito annuo 2019 derivante dalle medesime attivita' superiore ad euro 5.000 e titolari di partita IVA attiva e iscritti alla Gestione Separata di cui all'[articolo 2, comma 26, della legge 8 agosto 1995, n. 335](#), alla data di entrata in vigore del presente decreto e non iscritti ad altre forme previdenziali obbligatorie.

4. I soggetti di cui al comma 3, alla data di presentazione della domanda, non devono essere in alcuna delle seguenti condizioni:

a) titolari di altro contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, diverso dal contratto intermittente di cui agli [articoli da 13 a 18 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81](#);

b) titolari di pensione.

5. Ai lavoratori dipendenti a tempo determinato del settore del turismo e degli stabilimenti termali in possesso cumulativamente dei requisiti di seguito elencati, e' riconosciuta una indennita' onnicomprensiva pari a 1000 euro:

a) titolarita' nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2019 e la data di entrata in vigore del presente decreto-legge di uno o piu' contratti di lavoro a tempo determinato nel settore del turismo e degli stabilimenti termali, di durata complessiva pari ad almeno trenta giornate;

b) titolarita' nell'anno 2018 di uno o piu' contratti di lavoro a tempo determinato o stagionale nel medesimo settore di cui alla lettera a), di durata complessiva pari ad almeno trenta giornate;

c) assenza di titolarita', al momento dell'entrata in vigore del presente decreto-legge, di pensione e di rapporto di lavoro dipendente.

6. Ai lavoratori iscritti al Fondo pensioni lavoratori dello spettacolo con almeno 30 contributi giornalieri versati dal 1° gennaio 2019 alla data di entrata in vigore del presente decreto al medesimo Fondo, cui deriva un reddito non superiore a 50.000 euro, e non titolari di pensione, e' riconosciuta un'indennita', pari a 1000 euro. ((PERIODO SOPPRESSO DALLA [L. 18 DICEMBRE 2020, N. 176](#))). La medesima indennita' viene erogata anche ai lavoratori iscritti al Fondo pensioni lavoratori dello spettacolo con almeno 7 contributi giornalieri versati ((dal 1° gennaio)) 2019 alla data di entrata in vigore del presente decreto-legge, cui deriva un reddito non superiore ai 35.000 euro.

7. Le indennita' di cui ai commi 1, 2, 3, 5 e 6 non sono tra loro cumulabili e non sono cumulabili con l'indennita' di cui all'articolo 14. La domanda per le indennita' di cui ai commi 2, 3, 5 e 6 e' presentata all'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) entro il 30 novembre 2020 tramite modello di domanda predisposto dal medesimo Istituto e presentato secondo le modalita' stabilite dallo stesso.

8. Le indennita' di cui al presente articolo non concorrono alla formazione del reddito ai sensi del [decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917](#) e sono erogate dall'INPS, previa domanda, nel limite di spesa complessivo di 550 milioni di euro per l'anno 2020. L'INPS provvede al monitoraggio del rispetto del limite di spesa e comunica i risultati di tale attivita' al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e al Ministero dell'economia e delle finanze. Qualora dal predetto monitoraggio emerga il verificarsi di scostamenti, anche in via prospettica, rispetto al predetto limite di spesa, non sono adottati altri provvedimenti concessori. In relazione all'autorizzazione di spesa di cui al primo periodo del presente comma ((si applica quanto previsto)) dall'[articolo 265, comma 9, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#).

9. Decorsi quindici giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto-legge si decade dalla possibilita' di richiedere l'indennita' di cui all'[articolo 9 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito con modificazioni dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#).

10. L'autorizzazione ((di spesa)) di cui all'[articolo 29, comma 2, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito con modificazioni dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), e' incrementata di 9,1 milioni di euro per l'anno 2020.

11. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 559,1 milioni di euro per l'anno 2020 si provvede ai sensi dell'articolo 34.

Art. 15-bis.

(((Indennita' per i lavoratori stagionali del turismo, degli stabilimenti termali, dello spettacolo e per gli incaricati alle vendite nonche' disposizioni per promuovere l'occupazione giovanile).))

((1. Ai soggetti gia' beneficiari dell'indennita' di cui all'articolo 15, comma 1, e' erogata una tantum un'ulteriore indennita' pari a 1.000 euro.

2. Ai lavoratori dipendenti stagionali del settore del turismo e degli stabilimenti termali che hanno cessato involontariamente il rapporto di lavoro nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2019 e il 30 novembre 2020 e che abbiano svolto la prestazione lavorativa per almeno trenta giornate nel medesimo periodo, non titolari di pensione, ne' di rapporto di lavoro dipendente, ne' di NASpI, alla data del 30 novembre 2020, e' riconosciuta un'indennita' onnicomprensiva pari a 1.000 euro. La medesima indennita' e' riconosciuta ai lavoratori in somministrazione, impiegati presso imprese utilizzatrici operanti nel settore del turismo e degli stabilimenti termali, che abbiano cessato involontariamente il rapporto di lavoro nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2019 e il 30 novembre 2020 e che abbiano svolto la prestazione lavorativa per almeno trenta giornate nel medesimo periodo, non titolari di pensione, ne' di rapporto di lavoro dipendente, ne' di NASpI, alla data del 30 novembre 2020.

3. E' riconosciuta un'indennita' onnicomprensiva pari a 1.000 euro ai lavoratori dipendenti e autonomi che in conseguenza dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 hanno cessato, ridotto o sospeso la loro attivita' o il loro rapporto di lavoro, individuati nei seguenti:

a) lavoratori dipendenti stagionali appartenenti a settori diversi da quelli del turismo e degli stabilimenti termali che hanno cessato involontariamente il rapporto di lavoro nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2019 e il 30 novembre 2020 e che abbiano svolto la prestazione lavorativa per almeno trenta giornate nel medesimo periodo;

b) lavoratori intermittenti, di cui agli [articoli da 13 a 18 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81](#), che abbiano svolto la prestazione lavorativa per almeno trenta giornate nel periodo

compreso tra il 1° gennaio 2019 e il 30 novembre 2020;

c) lavoratori autonomi, privi di partita IVA, non iscritti ad altre forme previdenziali obbligatorie, che nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2019 e il 30 novembre 2020 siano stati titolari di contratti autonomi occasionali riconducibili alle disposizioni di cui all'[articolo 2222 del codice civile](#) e che non abbiano un contratto in essere alla data del 30 novembre 2020. Gli stessi, per tali contratti, devono essere già iscritti alla data del 17 marzo 2020 alla Gestione separata di cui all'[articolo 2, comma 26, della legge 8 agosto 1995, n. 335](#), con accredito nello stesso arco temporale di almeno un contributo mensile;

d) incaricati alle vendite a domicilio di cui all'[articolo 19 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 114](#), con reddito nell'anno 2019 derivante dalle medesime attività superiore ad euro 5.000 e titolari di partita IVA attiva, iscritti alla Gestione separata di cui all'[articolo 2, comma 26, della legge 8 agosto 1995, n. 335, alla data del 30 novembre 2020](#) e non iscritti ad altre forme previdenziali obbligatorie.

4. I soggetti di cui al comma 3, alla data di presentazione della domanda, non devono essere in alcuna delle seguenti condizioni:

a) titolari di altro contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, diverso dal contratto intermittente di cui agli [articoli da 13 a 18 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81](#);

b) titolari di pensione.

5. Ai lavoratori dipendenti a tempo determinato del settore del turismo e degli stabilimenti termali in possesso cumulativamente dei requisiti di seguito elencati, è riconosciuta un'indennità onnicomprensiva pari a 1.000 euro:

a) titolarità nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2019 e il 30 novembre 2020 di uno o più contratti di lavoro a tempo determinato nel settore del turismo e degli stabilimenti termali, di durata complessiva pari ad almeno trenta giornate;

b) titolarità nell'anno 2018 di uno o più contratti di lavoro a tempo determinato o stagionale nel medesimo settore di cui alla lettera a), di durata complessiva pari ad almeno trenta giornate;

c) assenza di titolarità, alla data del 30 novembre 2020, di pensione e di rapporto di lavoro dipendente.

6. Ai lavoratori iscritti al Fondo pensioni lavoratori dello spettacolo con almeno trenta contributi giornalieri versati dal 1° gennaio 2019 al 30 novembre 2020 al medesimo Fondo, cui deriva un reddito non superiore a 50.000 euro, e non titolari di pensione né di contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, diverso dal contratto intermittente di cui agli [articoli 13, 14, 15, 17 e 18 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81](#), senza corresponsione dell'indennità di disponibilità di cui all'articolo 16 del medesimo decreto, è riconosciuta un'indennità pari a 1.000 euro. La medesima indennità è erogata anche ai lavoratori iscritti al Fondo pensioni lavoratori dello spettacolo con almeno sette contributi giornalieri

versati dal 1° gennaio 2019 al 30 novembre 2020, cui deriva un reddito non superiore a 35.000 euro.

7. Il requisito di cui all'[articolo 38, comma 2, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), richiesto anche ai sensi dell'[articolo 84, comma 10, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), e dell'[articolo 9, comma 4, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#), si riferisce esclusivamente a contratti di lavoro a tempo indeterminato.

8. Le indennita' di cui ai commi 1, 2, 3, 5 e 6 non sono tra loro cumulabili. La domanda per le indennita' di cui ai commi 2, 3, 5 e 6 e' presentata all'INPS entro il 15 dicembre 2020 tramite modello di domanda predisposto dal medesimo Istituto e presentato secondo le modalita' stabilite dallo stesso.

9. Le indennita' di cui al presente articolo non concorrono alla formazione del reddito ai sensi del testo unico di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917](#), e sono erogate dall'INPS, previa domanda, nel limite di spesa complessivo di 466,5 milioni di euro per l'anno 2020. L'INPS provvede al monitoraggio del rispetto del limite di spesa e comunica i risultati di tale attivita' al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e al Ministero dell'economia e delle finanze. Qualora dal predetto monitoraggio emerga il verificarsi di scostamenti, anche in via prospettica, rispetto al predetto limite di spesa, non sono adottati altri provvedimenti concessori. In relazione all'autorizzazione di spesa di cui al primo periodo del presente comma trova applicazione quanto previsto dall'[articolo 265, comma 9, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#).

10. Le indennita' di cui all'[articolo 9 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#), possono essere richieste, a pena di decadenza, entro quindici giorni a decorrere dal 30 novembre 2020.

11. Agli oneri derivanti dal presente articolo ad esclusione del comma 12, pari a 466,5 milioni di euro per l'anno 2020 e, in soli termini di fabbisogno e indebitamento netto, a 26,5 milioni di euro per l'anno 2021, si provvede ai sensi dell'articolo 34.

12. Al fine di promuovere l'occupazione giovanile, per l'anno 2021, per i contratti di apprendistato di primo livello per la qualifica e il diploma professionale, il diploma di istruzione secondaria superiore e il certificato di specializzazione tecnica superiore, stipulati nell'anno 2021, e' riconosciuto ai datori di lavoro, che occupano alle proprie dipendenze un numero di addetti pari o inferiore a nove, uno sgravio contributivo del 100 per cento con riferimento alla contribuzione dovuta ai sensi dell'articolo 1, comma 773, quinto periodo, della [legge 27 dicembre 2006, n. 296](#), per i periodi contributivi maturati nei primi tre anni di contratto, fermo

restando il livello di aliquota del 10 per cento per i periodi contributivi maturati negli anni di contratto successivi al terzo.

13. All'onere derivante dal comma 12, valutato in 1,2 milioni di euro per l'anno 2021, 3,3 milioni di euro per l'anno 2022, 5 milioni di euro per l'anno 2023, 3,5 milioni di euro per l'anno 2024, 0,1 milioni di euro per l'anno 2025 e 0,5 milioni di euro per l'anno 2026, si provvede:

a) quanto a 1,2 milioni di euro per l'anno 2021, mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#), come rifinanziato dall'articolo 34, comma 6, del presente decreto;

b) quanto a 2,9 milioni di euro per l'anno 2022, 4 milioni di euro per l'anno 2023, 2,1 milioni di euro per l'anno 2024 e 0,5 milioni di euro per l'anno 2026, mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#);

c) quanto a 0,4 milioni di euro per l'anno 2022, 1 milione di euro per l'anno 2023, 1,4 milioni di euro per l'anno 2024 e 0, 1 milioni di euro per l'anno 2025, mediante corrispondente utilizzo delle maggiori entrate derivanti dal comma 12.)).

Art. 16.

(Esonero contributivo a favore delle filiere agricole, della pesca e dell'acquacoltura)

1. Al fine di assicurare la tutela produttiva e occupazionale delle filiere agricole, della pesca e dell'acquacoltura e contenere gli effetti negativi del perdurare dell'epidemia da Covid 19, alle aziende appartenenti alle predette filiere, comprese le aziende produttrici di vino e birra, e' riconosciuto l'esonero dal versamento dei contributi previdenziali e assistenziali, con esclusione dei premi e contributi dovuti all'INAIL, per la quota a carico dei datori di lavoro per la mensilita' relativa a novembre 2020. L'esonero e' riconosciuto nei limiti della contribuzione dovuta al netto di altre agevolazioni o riduzioni delle aliquote di finanziamento della previdenza obbligatoria, ((previste dalla normativa)) vigente e spettanti nel periodo di riferimento dell'esonero.

2. Il medesimo esonero e' riconosciuto agli imprenditori agricoli professionali, ai coltivatori diretti, ai mezzadri e ai coloni con riferimento alla contribuzione dovuta per il mese di novembre 2020.

3. Resta ferma per l'esonero di cui ai commi 1 e 2 l'aliquota di computo delle prestazioni pensionistiche.

4. L'esonero e' riconosciuto sui versamenti che i datori di lavoro potenziali destinatari del beneficio devono effettuare entro il 16 dicembre 2020 per il periodo retributivo del mese di novembre 2020. Per i contribuenti iscritti alla «Gestione dei contributi e delle

prestazioni previdenziali dei coltivatori diretti, mezzadri e coloni» l'esonero e' riconosciuto sul versamento della rata in scadenza il 16 novembre 2020 nella misura pari ad un dodicesimo della contribuzione dovuta per l'anno 2020, con esclusione dei premi e contributi dovuti all'INAIL.

5. Per i datori di lavoro per i quali la contribuzione dovuta per il periodo retributivo del mese di novembre 2020, ricadente nel quarto trimestre 2020, e' determinata sulla base della dichiarazione di manodopera agricola occupata del mese di novembre da trasmettere entro il mese di dicembre 2020, l'esonero e' riconosciuto sui versamenti in scadenza al 16 giugno 2021.

6. L'INPS e' chiamato ad effettuare le verifiche in ordine allo svolgimento da parte dei contribuenti delle attivita' identificate dai codici ATECO, nell'ambito delle filiere di cui al comma 1.

7. Agli oneri del presente articolo, valutati in 273 milioni di euro per l'anno 2020 e 83 milioni di euro per l'anno 2021, si provvede ai sensi dell'articolo 34.

Art. 16-bis.

(Esonero contributivo a favore delle filiere agricole, della pesca e dell'acquacoltura appartenenti ai settori economici riferiti ai codici ATECO riportati nell'Allegato 3).

1. Agli stessi soggetti interessati dall'esonero dal versamento dei contributi previdenziali e assistenziali di cui all'articolo 16, che svolgono le attivita' identificate dai codici ATECO riportati nell'Allegato 3, e' riconosciuto il medesimo beneficio anche per il periodo retributivo del mese di dicembre 2020 ((e del mese di gennaio 2021)).

2. ((L'esonero e' riconosciuto nel rispetto della disciplina dell'Unione europea in materia di aiuti di Stato, in particolare ai sensi delle sezioni 3.1 e 3.12 della Comunicazione della Commissione europea recante un "Quadro temporaneo per le misure di aiuto di Stato a sostegno dell'economia nell'attuale emergenza del COVID-19" e nei limiti ed alle condizioni di cui alla medesima Comunicazione.))

3. Agli oneri derivanti dal presente articolo, valutati in 112,2 milioni di euro per l'anno 2020 e 226,8 milioni di euro per l'anno 2021, si provvede ai sensi dell'articolo 34.

Art. 16-ter.

(((Quarta gamma).))

((1. L'[articolo 58-bis del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#),

e' sostituito dal seguente:

"Art. 58-bis (Interventi per la gestione della crisi di mercato dei prodotti ortofrutticoli di quarta gamma e di prima gamma evoluta). -

1. Al fine di far fronte alla crisi di mercato dei prodotti ortofrutticoli di quarta gamma di cui alla [legge 13 maggio 2011, n. 77](#), e di quelli della cosiddetta prima gamma evoluta, ossia freschi, confezionati, non lavati e pronti per il consumo, conseguente alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, alle organizzazioni dei produttori ortofrutticoli riconosciute ed alle loro associazioni e' concesso un contributo per far fronte alla riduzione del valore della produzione commercializzata verificatasi nel periodo di vigenza dello stato di emergenza rispetto al medesimo periodo dell'anno precedente.

2. Il contributo e' concesso, nel limite complessivo di spesa di 20 milioni di euro per l'anno 2020, per la raccolta prima della maturazione o la mancata raccolta dei prodotti ortofrutticoli destinati alla quarta gamma ed alla prima gamma evoluta, sulla base delle informazioni disponibili nel fascicolo aziendale e nel registro dei trattamenti di cui al [decreto legislativo 14 agosto 2012, n. 150](#). Il contributo e' pari alla differenza tra l'ammontare del fatturato del periodo da marzo a luglio 2019 e l'ammontare del fatturato dello stesso periodo dell'anno 2020. Il contributo e' ripartito dalle organizzazioni ed associazioni beneficiarie tra i soci produttori in ragione della riduzione di prodotto conferito. Nel caso di superamento del limite complessivo di spesa di cui al primo periodo, l'importo del contributo e' ridotto proporzionalmente tra i soggetti beneficiari.

3. Con decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali da adottare, sentite le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, entro trenta giorni a far data dal 9 novembre 2020, sono stabiliti i criteri e le modalita' di attuazione del presente articolo, nonche' la procedura di revoca del contributo nel caso in cui non sia rispettata la condizione di cui al comma 2 relativamente alla ripartizione del contributo tra i soci produttori.

4. Il contributo e' concesso nel rispetto della disciplina dell'Unione europea in materia di aiuti di Stato.

5. Agli oneri derivanti dal presente articolo, definiti nel limite complessivo di 20 milioni di euro per l'anno 2020, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#), come rifinanziato dall'articolo 114, comma 4, del presente decreto.")).

Art. 17.

(Disposizioni a favore dei lavoratori ((dello sport)))

1. Per il mese di novembre 2020, e' erogata dalla societa' Sport e Salute S.p.A., nel limite massimo di 124 milioni di euro per l'anno

2020, un'indennita' pari a 800 euro in favore dei lavoratori impiegati con rapporti di collaborazione presso il Comitato Olimpico Nazionale ((Italiano)) (CONI), il Comitato Italiano Paralimpico (CIP), le federazioni sportive nazionali, le discipline sportive associate, gli enti di promozione sportiva, riconosciuti dal Comitato Olimpico Nazionale ((Italiano)) (CONI) e dal Comitato Italiano Paralimpico (CIP), le societa' e associazioni sportive dilettantistiche, di cui all'[articolo 67, comma 1, lettera m\), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917](#), i quali, in conseguenza dell'emergenza epidemiologica da COVID 19, hanno cessato, ridotto o sospeso la loro attivita'. Il predetto emolumento non concorre alla formazione del reddito ai sensi del [decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917](#), e non e' riconosciuto ai percettori di altro reddito da lavoro e del reddito di cittadinanza di cui al [decreto-legge 28 gennaio 2019, n. 4](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 marzo 2019, n. 26](#), del reddito di emergenza e delle prestazioni di cui agli [articoli 19, 20, 21, 22, 27, 28, 29, 30, 38 e 44 del decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), cosi' come prorogate e integrate dal [decreto-legge 17 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), dal (([decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#), e dal presente decreto)). Si considerano reddito da lavoro che esclude il diritto a percepire l'indennita' i redditi da lavoro autonomo di cui all'[articolo 53 del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917](#), i redditi da lavoro dipendente e assimilati di cui agli [articoli 49 e 50 del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917](#), nonche' le pensioni di ogni genere e gli assegni ad esse equiparati, con esclusione dell'assegno ordinario di invalidita' di cui alla [legge 12 giugno 1984, n. 222](#).

2. Le domande degli interessati, unitamente all'autocertificazione del possesso dei requisiti di cui al comma 1, sono presentate entro il 30 novembre 2020 tramite la piattaforma informatica di cui all'articolo 5 del decreto ((...)) del Ministro dell'Economia e delle Finanze di concerto con il Ministro per le politiche giovanili e lo sport del 6 aprile 2020, alla societa' Sport e Salute s.p.a. che, sulla base del registro di cui all'[articolo 7, comma 2, del decreto-legge 28 maggio 2004, n. 136](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 27 luglio 2004, n. 186](#), acquisito ((dal CONI)) sulla base di apposite intese, le istruisce secondo l'ordine cronologico di presentazione.

3. Ai soggetti gia' beneficiari per i mesi di marzo, aprile, maggio o giugno dell'indennita' di cui all'[articolo 96 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), all'articolo 98 del (([decreto-legge 19 maggio 2020](#))), [n. 34](#), convertito con modificazioni dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), e di cui all'articolo 12 del [decreto legge 14 agosto](#)

2020, n. 104, convertito con modificazioni dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, per i quali permangono i requisiti, l'indennita' pari a 800 euro e' erogata dalla societa' Sport e Salute s.p.a., senza necessita' di ulteriore domanda, anche per il mese di novembre 2020.

4. Per le finalita' di cui ai commi da 1 a 3 le risorse trasferite a Sport e Salute s.p.a. sono incrementate di 124 milioni di euro per l'anno 2020. ((Il limite di spesa di cui al presente articolo e' incrementato degli eventuali avanzi di spesa disponibili nel bilancio di Sport e Salute S.p.a. verificatisi con riferimento all'erogazione dell'indennita' di cui all'articolo 96 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, o di cui all'articolo 98 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, o di cui all'articolo 12 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126)).

5. Ai fini dell'erogazione automatica dell'indennita' prevista dall'articolo 12, comma 3, ultimo periodo, del ((decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104)), convertito con modificazioni dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, si considerano cessati a causa dell'emergenza epidemiologica anche tutti i rapporti di collaborazione scaduti alla data del 31 maggio 2020 e non rinnovati.

((5-bis. Ai fini dell'erogazione dell'indennita' di cui al presente articolo, si considerano cessati a causa dell'emergenza epidemiologica tutti i rapporti di collaborazione scaduti alla data del 31 ottobre 2020 e non rinnovati)).

6. Sport e Salute s.p.a. provvede al monitoraggio del rispetto del limite di spesa di cui al primo periodo del comma 1 e comunica, con cadenza settimanale, i risultati di tale attivita' al Ministro per le politiche giovanili e lo sport e al Ministero dell'economia e delle finanze. Qualora dal predetto monitoraggio emerga che siano in procinto di verificarsi scostamenti rispetto al limite di spesa di cui al predetto primo periodo del comma 1 Sport e Salute s.p.a. non prende in considerazione ulteriori domande, dandone comunicazione al Ministro per le politiche giovanili e lo sport e al Ministero dell'economia e delle finanze. Alla copertura dei costi di funzionamento derivanti dal presente articolo, provvede Sport e Salute s.p.a. nell'ambito delle proprie disponibilita' di bilancio. In relazione all'autorizzazione di spesa di cui al primo periodo del comma 1 ((si applica quanto previsto)) dall'articolo 265, comma 9, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.

7. Agli oneri del presente articolo, pari a 124 milioni di euro per l'anno 2020, si provvede ai sensi dell'articolo 34.

Art. 17-bis.

(((Ulteriori disposizioni a favore dei lavoratori dello sport).))

((1. Per il mese di dicembre 2020, e' erogata dalla societa' Sport e Salute S.p.a., nel limite massimo di 170 milioni di euro per l'anno 2020, un'indennita' pari a 800 euro in favore dei lavoratori impiegati con rapporti di collaborazione presso il CONI, il CIP, le federazioni sportive nazionali, le discipline sportive associate, gli enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI e dal CIP, le societa' e le associazioni sportive dilettantistiche, di cui all'articolo 67, comma 1, lettera m), del testo unico di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917](#), i quali, in conseguenza dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, hanno cessato, ridotto o sospeso la loro attivita'. Il predetto emolumento non concorre alla formazione del reddito ai sensi del [decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917](#), e non e' riconosciuto ai percettori di altro reddito da lavoro e del reddito di cittadinanza di cui al [decreto-legge 28 gennaio 2019, n. 4](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 marzo 2019, n. 26](#), del Reddito di emergenza e delle prestazioni di cui agli [articoli 19, 20, 21, 22, 27, 28, 29, 30, 38 e 44 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), come prorogate e integrate dal [decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), dal [decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#), e dal presente decreto. Si considerano reddito da lavoro che esclude il diritto a percepire l'indennita' i redditi da lavoro autonomo di cui all'[articolo 53 del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917](#), i redditi da lavoro dipendente e assimilati di cui agli [articoli 49 e 50 del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917](#), nonche' le pensioni di ogni genere e gli assegni ad esse equiparati, con esclusione dell'assegno ordinario di invalidita' di cui alla [legge 12 giugno 1984, n. 222](#).

2. Le domande degli interessati, unitamente all'autocertificazione del possesso dei requisiti di cui al comma 1, sono presentate, entro il 7 dicembre 2020 tramite la piattaforma informatica di cui all'articolo 5 del decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro per le politiche giovanili e lo sport, del 6 aprile 2020, alla societa' Sport e Salute S.p.a. che, sulla base dell'elenco di cui all'[articolo 7, comma 2, del decreto-legge 28 maggio 2004, n. 136](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 27 luglio 2004, n. 186](#), acquisito dal CONI sulla base di apposite intese, le istruisce secondo l'ordine cronologico di presentazione.

3. Ai soggetti gia' beneficiari dell'indennita' di cui all'[articolo 96 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), o di cui all'[articolo 98 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito,

con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77, o di cui all'articolo 12 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126, o di cui all'articolo 17 del presente decreto](#), per i quali permangano i requisiti, l'indennita' pari a 800 euro e' erogata dalla societa' Sport e Salute S.p.a., senza necessita' di ulteriore domanda, anche per il mese di dicembre 2020.

4. Per le finalita' di cui ai commi 1 e 3 le risorse trasferite a Sport e Salute S.p.a. per l'anno 2020 sono incrementate di 170 milioni di euro. Per le stesse finalita' di cui ai commi da 1 a 3, Sport e Salute S.p.a. impiega, ove necessario in considerazione del numero delle domande pervenute, gli eventuali avanzi di spesa verificatisi con riferimento all'erogazione dell'indennita' di cui all'[articolo 96 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27, o di cui all'articolo 98 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77, o di cui all'articolo 12 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126, o di cui all'articolo 17 del presente decreto](#). Entro il 31 dicembre 2020, le eventuali risorse residue, di cui al presente comma, sono ripartite da Sport e Salute S.p.a., tra tutti gli aventi diritto, in parti uguali, ad integrazione dell'indennita' erogata per il mese di dicembre 2020.

5. Ai fini dell'erogazione delle indennita' di cui ai commi da 1 a 3, si considerano cessati a causa dell'emergenza epidemiologica anche tutti i rapporti di collaborazione scaduti entro la data del 30 novembre 2020 e non rinnovati.

6. Sport e Salute S.p.a. provvede al monitoraggio del rispetto del limite di spesa di cui al primo periodo del comma 1 e comunica, con cadenza settimanale, i risultati di tale attivita' all'Autorita' di governo preposta alle politiche giovanili e lo sport e al Ministero dell'economia e delle finanze. Qualora dal predetto monitoraggio emerga che siano in procinto di verificarsi scostamenti rispetto al limite di spesa di cui al predetto primo periodo del comma 1, Sport e Salute S.p.a. non prende in considerazione ulteriori domande, dandone comunicazione al Ministro per le politiche giovanili e lo sport e al Ministero dell'economia e delle finanze. Alla copertura dei costi di funzionamento derivanti dal presente articolo provvede Sport e Salute S.p.a. nell'ambito delle proprie disponibilita' di bilancio.

7. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 170 milioni di euro per l'anno 2020, si provvede ai sensi dell'articolo 34.))

Art. 17-ter.

((Disposizioni urgenti in materia di equo compenso per le prestazioni professionali).))

((1. Ai fini di quanto disposto dagli [articoli 119 e 121 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), e dal [decreto del Ministro dello sviluppo economico 6 agosto 2020, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 246 del 5 ottobre 2020](#), in materia di requisiti tecnici per l'accesso alle detrazioni fiscali per la riqualificazione energetica degli edifici-ecobonus, nell'ambito delle procedure previste per le detrazioni fiscali in materia di edilizia di efficienza energetica sotto forma di crediti di imposta o sconti sui corrispettivi, cedibili ai soggetti interessati dalla vigente normativa, compresi gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari, e' fatto obbligo a questi ultimi di osservare le disposizioni in materia di disciplina dell'equo compenso previste dall'[articolo 13-bis della legge 31 dicembre 2012, n. 247](#), nei riguardi dei professionisti incaricati degli interventi per i lavori previsti, iscritti ai relativi ordini o collegi professionali.

2. Il Ministro dello sviluppo economico, d'intesa con il Ministro per la pubblica amministrazione, garantisce le misure di vigilanza ai sensi del comma 1, segnalando eventuali violazioni all'Autorita' garante della concorrenza e del mercato, ai fini del rispetto di quanto previsto dal presente articolo.)).

Titolo III

Misure in materia di salute e sicurezza e altre disposizioni urgenti

Art. 18.

(Disposizioni urgenti per l'esecuzione di tamponi antigenici rapidi da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta)

1. Al fine di sostenere ed implementare il sistema diagnostico dei casi di positività al virus SARS-CoV-2 attraverso l'esecuzione di tamponi antigenici rapidi da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, secondo le modalità definite dagli Accordi collettivi nazionali di settore, e' autorizzata per l'anno 2020 la spesa di euro 30.000.000.

2. Alla spesa di cui al comma 1, individuata per ciascuna regione e provincia autonoma negli importi di cui alla Tabella 1 ((allegata)) al presente decreto, tutte le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano provvedono a valere sul finanziamento sanitario corrente già disposto e assegnato per l'anno 2020 ai sensi della legislazione vigente.

Art. 19.

(Disposizioni urgenti per la comunicazione dei dati concernenti l'esecuzione di tamponi antigenici rapidi da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta)

1. Per l'implementazione del sistema diagnostico dei casi di positività al virus SARS-CoV-2 attraverso l'esecuzione di tamponi antigenici rapidi di cui all'articolo 18, le regioni e le province autonome comunicano al Sistema Tessera Sanitaria (TS) i quantitativi dei tamponi antigenici rapidi consegnati ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, i quali, ai sensi dell'[articolo 17-bis del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito con modificazioni dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), utilizzando le funzionalità del Sistema Tessera Sanitaria, predispongono il referto elettronico relativo al tampone eseguito per ciascun assistito, con l'indicazione dei relativi esiti, dei dati di contatto, nonché delle ulteriori informazioni necessarie alla sorveglianza epidemiologica, individuate con il decreto di cui al comma 2. Il Sistema Tessera Sanitaria rende disponibile immediatamente:

a) all'assistito, il referto elettronico, nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e, per agevolarne la consultazione, anche attraverso una piattaforma nazionale gestita dal Sistema Tessera Sanitaria (TS) e integrata con i singoli sistemi regionali;

b) al Dipartimento di prevenzione dell'Azienda sanitaria locale territorialmente competente, attraverso la piattaforma nazionale di cui alla lettera a), il referto elettronico, con esito positivo;

c) al Commissario straordinario per l'emergenza epidemiologica di cui all'[articolo 122 del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), il numero dei tamponi antigenici rapidi effettuati, aggregato per regione o provincia autonoma,

d) alla piattaforma istituita presso l'Istituto Superiore di Sanità ai sensi dell'ordinanza del Capo del [Dipartimento della protezione civile 27 febbraio 2020, n. 640](#), il numero dei tamponi antigenici rapidi effettuati, aggregati per tipologia di assistito, con l'indicazione degli esiti, positivi o negativi, per la successiva trasmissione al Ministero della salute, ai fini dell'espletamento delle relative funzioni in materia di prevenzione e controllo delle malattie infettive e, in particolare, del Covid-19.

2. Le modalità attuative delle disposizioni di cui al comma 1 sono definite con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali.

Art. 19-bis.

((Pubblicazione dei risultati del monitoraggio dei dati inerenti all'emergenza epidemiologica da COVID-19 e individuazione delle regioni destinatarie di misure restrittive).))

((1. All'[articolo 1 del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 14 luglio 2020, n. 74](#), dopo il comma 16 e' aggiunto il seguente:

"16-bis. Il Ministero della salute, con frequenza settimanale, pubblica nel proprio sito internet istituzionale e comunica ai Presidenti del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati i risultati del monitoraggio dei dati epidemiologici di cui al [decreto del Ministro della salute 30 aprile 2020, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 112 del 2 maggio 2020](#). Il Ministro della salute con propria ordinanza, sentiti i Presidenti delle regioni interessate, puo' individuare, sulla base dei dati in possesso ed elaborati dalla cabina di regia di cui al decreto del Ministro della salute 30 aprile 2020 in coerenza con il documento in materia di 'Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale', di cui all'allegato 25 al [decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 novembre 2020, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 275 del 4 novembre 2020](#), sentito altresì sui dati monitorati il Comitato tecnico scientifico di cui all'ordinanza del Capo del [Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020](#), una o piu' regioni nel cui territorio si manifesta un piu' elevato rischio epidemiologico e in cui, conseguentemente, si applicano le specifiche misure individuate con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri tra quelle di cui all'[articolo 1, comma 2, del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 22 maggio 2020, n. 35](#), aggiuntive rispetto a quelle applicabili sull'intero territorio nazionale. Le ordinanze di cui al secondo periodo sono efficaci per un periodo minimo di quindici giorni, salvo che dai risultati del monitoraggio risulti necessaria l'adozione di misure piu' rigorose, e vengono comunque meno allo scadere del termine di efficacia dei decreti del Presidente del Consiglio dei ministri sulla base dei quali sono adottate, salva la possibilita' di reiterazione. L'accertamento della permanenza per quattordici giorni in un livello di rischio o in uno scenario inferiore a quello che ha determinato le misure restrittive comporta in ogni caso la nuova classificazione. Con ordinanza del Ministro della salute, adottata d'intesa con i Presidenti delle regioni interessate, in ragione dell'andamento del rischio epidemiologico certificato dalla cabina di regia di cui al decreto del Ministro della salute 30 aprile 2020, puo' essere in ogni momento prevista, in relazione a specifiche parti del territorio regionale, l'esenzione dall'applicazione delle misure di cui al secondo periodo. I verbali del Comitato tecnico scientifico e della cabina di regia di cui al

presente articolo sono pubblicati per estratto in relazione al monitoraggio dei dati nel sito internet istituzionale del Ministero della salute. Ferma restando l'[ordinanza del Ministro della salute del 4 novembre 2020, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 276 del 5 novembre 2020](#), i dati sulla base dei quali la stessa e' stata adottata sono pubblicati entro tre giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione.")).

Art. 19-ter.

(((Prestazioni acquistate dal Servizio sanitario nazionale da privati accreditati).))

((1. All'[articolo 4 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 5, le parole: "Nelle more dell'adozione del decreto di cui al comma 2, le" sono sostituite dalla seguente: "Le";

b) dopo il comma 5 sono inseriti i seguenti:

"5-bis. Le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano che, in funzione dell'andamento dell'emergenza da COVID-19, hanno sospeso, anche per il tramite dei propri enti, le attivita' ordinarie possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2020 fino a un massimo del 90 per cento del budget assegnato nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'[articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), stipulati per l'anno 2020, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale. Il predetto riconoscimento tiene conto, pertanto, sia delle attivita' ordinarariamente erogate nel corso dell'anno 2020 di cui deve essere rendicontata l'effettiva produzione, sia, fino a concorrenza del predetto limite massimo del 90 per cento del budget, di un contributo *un tantum* legato all'emergenza in corso ed erogato dalle regioni e province autonome nelle quali insiste la struttura destinataria di budget, a ristoro dei soli costi fissi comunque sostenuti dalla struttura privata accreditata e rendicontati dalla stessa struttura che, sulla base di uno specifico provvedimento regionale, ha sospeso le attivita' previste dai relativi accordi e contratti stipulati per l'anno 2020. Resta fermo il riconoscimento, nell'ambito del budget assegnato per l'anno 2020, in caso di produzione del volume di attivita' superiore al 90 per cento e fino a concorrenza del budget previsto negli accordi e contratti stipulati per l'anno 2020, come rendicontato dalla medesima struttura interessata.

5-ter. La disposizione di cui al comma 5-bis si applica altresì agli acquisti di prestazioni socio-sanitarie per la sola parte a rilevanza sanitaria con riferimento alle strutture private accreditate destinatarie di un budget 2020 come riportato nei

relativi accordi e contratti stipulati per l'anno 2020.")).

Art. 19-quater.

(((Acquisto e distribuzione dei farmaci per la cura dei pazienti con COVID-19).))

((1. Al fine di procedere all'acquisto e alla distribuzione sul territorio nazionale dei farmaci per la cura dei pazienti con COVID-19, il Fondo di cui all'articolo 44 del codice della protezione civile, di cui al [decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1](#), e' incrementato di 100 milioni di euro per l'anno 2020 da destinare agli interventi di competenza del Commissario straordinario di cui all'[articolo 122 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), e da trasferire sull'apposita contabilita' speciale intestata al medesimo Commissario.

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 100 milioni di euro per l'anno 2020, si provvede ai sensi dell'articolo 34.))

Art. 19-quinquies.

(((Disposizioni urgenti per l'esecuzione di test sierologici e tamponi antigenici rapidi).))

((1. Al fine di sostenere e implementare il sistema diagnostico dei casi di positivita' al virus SARS-CoV-2, con accordo stipulato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della salute, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono stabiliti i costi massimi per l'esecuzione di test sierologici e tamponi antigenici rapidi presso le strutture sanitarie private accreditate.))

Art. 19-sexies.

(((Disposizioni in materia di attivita' svolte presso le Unità speciali di continuita' assistenziale e le scuole di specializzazione in medicina).))

((1. Lo svolgimento dell'attivita' presso le Unità speciali di continuita' assistenziale (Usca) di cui all'[articolo 4-bis del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), e' compatibile con lo svolgimento

dell'attività di formazione presso le scuole di specializzazione in medicina.))

Art. 19-septies.

((Disposizioni per favorire l'accesso a prestazioni di telemedicina nei piccoli centri).))

((1. Al fine di favorire l'accesso a prestazioni di telemedicina da parte dei cittadini dei piccoli centri urbani, alle farmacie che operano nei comuni o centri abitati con meno di 3.000 abitanti e' riconosciuto un contributo sotto forma di credito d'imposta nella misura del 50 per cento, fino a un importo massimo di 3.000 euro per ciascun soggetto beneficiario e comunque nei limiti di spesa di cui al comma 6, delle spese per l'acquisto e il noleggio, nell'anno 2021, di apparecchiature necessarie per l'effettuazione di prestazioni di telemedicina di cui all'[articolo 3 del decreto del Ministro della salute 16 dicembre 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 57 del 10 marzo 2011.](#)

2. Le prestazioni di telemedicina di cui al presente articolo possono essere erogate presso le farmacie di cui al comma 1 previo accordo con l'azienda sanitaria di riferimento che definisce il tetto massimo di prestazioni annuali e, nei limiti dello stesso, sulla base di prescrizione del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, applicando le tariffe stabilite dal nomenclatore tariffario regionale ovvero l'eventuale regime di esenzione previsto, nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente per il finanziamento del Servizio sanitario regionale.

3. Il credito d'imposta di cui al comma 1 e' utilizzabile esclusivamente in compensazione, ai sensi dell'[articolo 17 del decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241.](#) Non si applicano i limiti di cui all'[articolo 1, comma 53, della legge 24 dicembre 2007, n. 244,](#) e di cui all'[articolo 34 della legge 23 dicembre 2000, n. 388.](#) Il credito d'imposta non concorre alla formazione del reddito ai fini delle imposte sui redditi e del valore della produzione ai fini dell'imposta regionale sulle attività produttive e non rileva ai fini del rapporto di cui agli articoli 61 e 109, comma 5, del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917.](#)

4. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono stabiliti i criteri e le modalità di attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo, con particolare riguardo agli investimenti che danno accesso al beneficio, alle procedure di concessione e di utilizzo del contributo, alla documentazione richiesta, alle condizioni di revoca

e all'effettuazione dei controlli.

5. Il credito d'imposta di cui al presente articolo e' concesso ai sensi e nei limiti del [regolamento \(UE\) n. 1407/2013 della Commissione, del 18 dicembre 2013](#), relativo all'applicazione degli articoli 107 e [108 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea](#) agli aiuti "de minimis".

6. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 10,715 milioni di euro per l'anno 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#), come rifinanziato dall'articolo 34, comma 6, del presente decreto.))

Art. 19-octies.

(Finanziamento della diagnostica molecolare).

1. Per consentire il miglioramento dell'efficacia degli interventi di cura e delle relative procedure, anche alla luce degli sviluppi e dei progressi della ricerca scientifica applicata con specifico riguardo alla prevenzione e alla terapia delle alterazioni molecolari che originano i tumori, per l'anno 2021 e' autorizzata la spesa di 5 milioni di euro da destinare per il potenziamento dei test di Next-Generation Sequencing di profilazione genomica dei tumori dei quali sono riconosciute evidenza e appropriatezza, nel limite di spesa autorizzato ai sensi del presente articolo.

2. Con decreto del Ministero della salute, da adottare, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono stabilite le modalita' di attuazione del presente articolo anche con riguardo alla destinazione e distribuzione delle risorse allocate ai sensi del presente articolo.((23))

3. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo, pari a 5 milioni di euro per l'anno 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#), come rifinanziato dall'articolo 34, comma 6, del presente decreto.

AGGIORNAMENTO (23)

La Corte Costituzionale, con sentenza 11 gennaio - 22 febbraio 2022, n. 40 (in G.U. 1^a s.s. 23/02/2022, n. 8), ha dichiarato "l'illegittimita' costituzionale dell'[art. 19-octies, comma 2, del d.l. n. 137 del 2020](#), come convertito, nella parte in cui non prevede che il decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sia adottato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le

Province autonome di Trento e di Bolzano".

Art. 19-novies.

((Disposizioni finalizzate a facilitare l'acquisizione di dispositivi di protezione e medicali nelle RSA e nelle altre strutture residenziali).))

((1. Al fine di fronteggiare le criticita' straordinarie derivanti dalla diffusione dell'epidemia da COVID-19 e di facilitare la tempestiva acquisizione di dispositivi di protezione individuali (DPI), come individuati dalla [circolare del Ministero della salute n. 4373 del 12 febbraio 2020](#), e di altri dispositivi medicali idonei a prevenire il rischio di contagio, per le residenze sanitarie assistenziali (RSA), le case di riposo, i centri di servizi per anziani, gestiti da enti pubblici e da enti del Terzo settore accreditati, e le altre strutture residenziali pubbliche e private, accreditate e convenzionate, comunque denominate dalle normative regionali, che durante l'emergenza erogano prestazioni di carattere sanitario, socio-sanitario, riabilitativo, socio-educativo, socio-occupazionale o socio-assistenziale per anziani, persone con disabilita', minori, persone affette da tossicodipendenza o altri soggetti in condizione di fragilita', e' istituito nello stato di previsione del Ministero della salute un fondo con una dotazione di 40 milioni di euro per l'anno 2021.

2. Con decreto del Ministero della salute da adottare, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i criteri di riparto del fondo di cui al comma 1 secondo linee guida che consentano alle regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano di garantire la sicurezza di tutto il personale, sanitario e non sanitario, impiegato presso le strutture di cui al comma 1 e di tener conto della demografia del processo di invecchiamento della popolazione ultrasettantacinquenne residente su base regionale. All'onere di cui al comma 1, pari a 40 milioni di euro per l'anno 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#), come rifinanziato dall'articolo 34, comma 6, del presente decreto.))

Art. 19-decies.

((Misure urgenti di solidarieta' alimentare).))

((1. Al fine di consentire ai comuni l'adozione di misure urgenti di solidarietà alimentare, e' istituito nello stato di previsione del Ministero dell'interno un fondo di 400 milioni di euro per l'anno 2020, da erogare a ciascun comune, entro sette giorni a far data dal 24 novembre 2020, sulla base degli allegati 1 e 2 all'ordinanza del Capo del [Dipartimento della protezione civile n. 658 del 29 marzo 2020](#).

2. Per l'attuazione del presente articolo i comuni applicano la disciplina di cui alla citata ordinanza n. 658 del 2020.

3. Le variazioni di bilancio riguardanti l'utilizzo delle risorse trasferite dal bilancio dello Stato connesse all'emergenza da COVID-19 possono essere stabilite dagli enti locali fino al 31 dicembre 2020 con delibera della giunta.

4. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 400 milioni di euro per l'anno 2020, si provvede ai sensi dell'articolo 34.))

Art. 19-undecies.

(Arruolamento a tempo determinato di medici e infermieri militari).

1. Per le finalita' di cui all'[articolo 7 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), e nel rispetto di quanto ivi previsto in materia di modalita', di requisiti, di procedure e di trattamento giuridico ed economico, per l'anno 2021 e' autorizzato l'arruolamento, a domanda, di personale dell'Esercito italiano, della Marina militare e dell'Aeronautica militare in servizio a tempo determinato, con una ferma della durata di un anno, non prorogabile, e posto alle dipendenze funzionali dell'Ispettorato generale della Sanita' militare, nelle misure di seguito stabilite per ciascuna categoria e Forza armata:

a) 30 ufficiali medici con il grado di tenente o grado corrispondente, di cui 14 dell'Esercito italiano, 8 della Marina militare e 8 dell'Aeronautica militare;

b) 70 sottufficiali infermieri con il grado di maresciallo, di cui 30 dell'Esercito italiano, 20 della Marina militare e 20 dell'Aeronautica militare. (21) (20) ((28))

2. Le domande di arruolamento possono essere presentate entro il termine di dieci giorni dalla data di pubblicazione della relativa procedura da parte della Direzione generale del personale militare sul portale online del sito internet del Ministero della difesa www.difesa.it e sono definite entro i successivi venti giorni.

3. I periodi di servizio prestato ai sensi del presente articolo costituiscono titolo di merito da valutare nelle procedure concorsuali per il reclutamento di personale militare in servizio permanente appartenente ai medesimi ruoli delle Forze armate.

4. Agli ufficiali medici reclutati ai sensi del presente articolo

si applica l'[articolo 19, comma 3-bis, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#).

5. All'[articolo 2197-ter.1, comma 2, lettera a\), del codice dell'ordinamento militare](#), di cui al [decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66](#), le parole: "la professione sanitaria infermieristica" sono sostituite dalle seguenti: "le professioni sanitarie di cui all'articolo 212, comma 1,".

6. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 4,89 milioni di euro per l'anno 2021, si provvede ai sensi dell'articolo 34.

AGGIORNAMENTO (21)

La [L. 30 dicembre 2021, n. 234](#) ha disposto (con l'art. 1, comma 691) che la durata della ferma dei medici e degli infermieri militari prevista dal comma 1 del presente articolo, in servizio alla data del 31 dicembre 2021, e' prorogata, con il consenso degli interessati, sino al 31 marzo 2022.

AGGIORNAMENTO (20)

La [L. 30 dicembre 2021, n. 234](#), come modificata dal [D.L. 30 dicembre 2021, n. 228](#), convertito con modificazioni dalla [L. 25 febbraio 2022, n. 15](#), ha disposto (con l'art. 1, comma 691) che la durata della ferma dei medici e degli infermieri militari prevista dal comma 1 del presente articolo, in servizio alla data del 31 dicembre 2021, e' prorogata, con il consenso degli interessati, sino al 30 giugno 2022.

AGGIORNAMENTO (28)

Il [D.L. 21 giugno 2022, n. 73](#), ha disposto (con l'art. 36, comma 2) che "La durata della ferma dei medici e degli infermieri militari di cui [...] all'[articolo 19-undecies, comma 1, del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 18 dicembre 2020, n. 176](#), in servizio alla data del 30 giugno 2022, e' prorogata, con il consenso degli interessati, sino al 31 dicembre 2022".

Art. 19-duodecies.

(((Potenziamento della Sanita' militare per l'emergenza da COVID-19).))

((1. Per il potenziamento dei servizi sanitari militari necessario ad affrontare le eccezionali esigenze connesse all'andamento dell'epidemia da COVID-19 sul territorio nazionale, anche mediante l'approvvigionamento di dispositivi medici e presidi igienico-sanitari per incrementare le attuali capacita' di

prevenzione, diagnostiche, di profilassi e di cura, e' autorizzata la spesa complessiva di 7.800.000 euro per l'anno 2021.

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 7.800.000 euro per l'anno 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#), come rifinanziato dall'articolo 34, comma 6, del presente decreto)).

Art. 20.

(Istituzione del servizio nazionale di risposta telefonica per la sorveglianza sanitaria)

1. Il Ministero della salute svolge attivita' di tracciamento dei contatti e sorveglianza sanitaria nonche' di informazione e accompagnamento verso i servizi di prevenzione e assistenza delle competenti aziende sanitarie locali. A tal fine, il Ministero della salute attiva un servizio nazionale di supporto telefonico e telematico alle persone risultate positive al virus SARS-Cov-2, che hanno avuto contatti cosi' come definiti dalla [circolare del Ministero della salute n. 18584 del 29 maggio 2020](#), e successivi aggiornamenti, con soggetti risultati positivi o che hanno ricevuto una notifica di allerta attraverso l'applicazione "Immuni" di cui all'[articolo 6 del decreto-legge 30 aprile 2020, n. 28](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 25 giugno 2020, n. 70](#) ((...)). PERIODO SOPPRESSO DAL [D.L. 24 DICEMBRE 2021, N. 221](#), CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA [L. 18 FEBBRAIO 2022, N. 11](#).

2. Il Ministro della salute puo' delegare la disciplina dell'organizzazione e del funzionamento del servizio di cui al comma 1 al commissario straordinario per l'emergenza di cui all'[articolo 122 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), oppure provvedervi con proprio decreto.

3. Per le finalita' del presente articolo e' autorizzata la spesa di 1.000.000 di euro per l'anno 2020 e 3.000.000 di euro per l'anno 2021. Ai predetti oneri si provvede ai sensi dell'articolo 34.

3-bis. Dal 1° gennaio 2021 e fino al termine di cui all'[articolo 6, comma 6, del decreto-legge 30 aprile 2020, n. 28](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 25 giugno 2020, n. 70](#), le attivita' dirette a garantire lo sviluppo, l'implementazione e il funzionamento della piattaforma e dell'applicazione "Immuni", di cui all'articolo 6 del medesimo [decreto-legge 30 aprile 2020, n. 28](#), sono realizzate dalla competente struttura per l'innovazione tecnologica e la digitalizzazione della Presidenza del Consiglio dei ministri.

Art. 20-bis.

((Disposizioni in materia di attivita' degli psicologi).))

((1. Al fine di garantire la salute e il benessere psicologico individuale e collettivo nell'eccezionale situazione causata dall'epidemia da COVID-19 e di assicurare le prestazioni psicologiche, anche domiciliari, ai cittadini e agli operatori sanitari, di ottimizzare e razionalizzare le risorse professionali degli psicologi dipendenti e convenzionati nonche' di garantire le attivita' previste dai livelli essenziali di assistenza (LEA) ai fini dell'applicazione della direttiva del [Presidente del Consiglio dei ministri del 13 giugno 2006, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 200 del 29 agosto 2006](#), le aziende sanitarie e gli altri enti del Servizio sanitario nazionale possono organizzare l'attivita' degli psicologi in un'unica funzione aziendale.))

Art. 20-ter.

((Contratti d'opera da parte di aziende sanitarie pubbliche nella Regione Trentino-Alto Adige).))

((1. All'[articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205](#), dopo il comma 449 e' inserito il seguente:

"449-bis. Per il triennio 2020-2022, i contratti di cui al comma 449 possono essere rinnovati per un'ulteriore annualita' nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi oneri a carico del bilancio dello Stato."))

Art. 21.

(Misure per la didattica digitale integrata)

1. ((L'autorizzazione di spesa di cui all'[articolo 1, comma 62, della legge 13 luglio 2015, n. 107](#), e' incrementata)) di euro 85 milioni per l'anno 2020.

2. Le risorse di cui al comma 1 sono destinate all'acquisto di dispositivi e strumenti digitali individuali per la fruizione delle attivita' di didattica digitale integrata, da concedere in comodato d'uso alle studentesse e agli studenti meno abbienti, anche nel rispetto dei criteri di accessibilita' per le persone con disabilita', nonche' per l'utilizzo delle piattaforme digitali per l'apprendimento a distanza e per la necessaria connettivita' di rete.

3. Con decreto del Ministro dell'istruzione le risorse di cui al comma 1 sono ripartite tra le istituzioni scolastiche, tenuto conto del fabbisogno rispetto al numero di studenti di ciascuna e del contesto socio-economico delle famiglie.

4. Le istituzioni scolastiche provvedono agli acquisti di cui al comma 2 mediante ricorso agli strumenti di cui all'[articolo 1, commi 449 e 450, della legge 27 dicembre 2006, n. 296](#). Qualora non sia possibile ricorrere ai predetti strumenti, le istituzioni scolastiche provvedono all'acquisto anche in deroga alle disposizioni del [decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50](#).

5. Il Ministero dell'istruzione e' autorizzato ad anticipare in un'unica soluzione alle istituzioni scolastiche le somme assegnate in attuazione del presente articolo, nel limite delle risorse a tal fine iscritte in bilancio e fermo restando il successivo svolgimento dei controlli a cura dei revisori dei conti delle istituzioni scolastiche sull'utilizzo delle risorse finanziarie di cui al presente articolo in relazione alle finalita' in esso stabilite.

6. Ai fini dell'immediata attuazione delle disposizioni del presente articolo il Ministro dell'economia e delle finanze e' autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio e, ove necessario, puo' disporre il ricorso ad anticipazioni di tesoreria.

((6-bis. In conseguenza anche dei periodi di sospensione dell'attivita' didattica in presenza negli istituti scolastici, e' istituito nello stato di previsione del Ministero dell'istruzione un fondo per il recupero dei gap formativi, con una dotazione pari a 5.532.195 euro per l'anno 2021.

6-ter. Le risorse di cui al comma 6-bis sono destinate esclusivamente all'attivazione di attivita' didattiche extracurricolari in presenza, con riferimento alle istituzioni scolastiche del primo ciclo di istruzione, volte anche a sopperire ad eventuali carenze formative conseguenti allo svolgimento dell'attivita' didattica in forma integrata ovvero a distanza, per il recupero degli insegnamenti curricolari inclusi nel piano triennale dell'offerta formativa.

6-quater. Con decreto del Ministro dell'istruzione da adottare, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono definiti le modalita' di presentazione delle istanze da parte delle singole istituzioni scolastiche per l'assegnazione delle risorse di cui al comma 6-bis, impiegate per la remunerazione del personale docente, secondo la disciplina contrattuale vigente, a titolo di attivita' aggiuntive di insegnamento, nonche' i criteri per il riparto delle medesime, con riferimento alle istituzioni scolastiche del primo ciclo di istruzione che, sulla base dei dati relativi ai livelli di apprendimento degli studenti, si trovano in una situazione di maggiore svantaggio.

6-quinquies. Agli oneri derivanti dal comma 6-bis, pari a 5.532.195 euro per l'anno 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#), come rifinanziato dall'articolo 34, comma 6, del

presente decreto.))

7. Ai maggiori oneri derivanti dal presente articolo si provvede ai sensi dell'articolo 34.

((7-bis. In considerazione dello stato di emergenza dichiarato con delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020 e prorogato con delibere del Consiglio dei ministri del 29 luglio 2020 e del 7 ottobre 2020, sono stanziati, per le finalita' di cui al comma 2, 2 milioni di euro per l'anno 2021 da trasferire alla Regione Valle d'Aosta/Vallee d'Aoste e alle Province autonome di Trento e di Bolzano per il riparto, nei limiti delle risorse disponibili, in favore delle istituzioni scolastiche situate nei territori di competenza. All'onere derivante dal presente comma, pari a 2 milioni di euro per l'anno 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#), come rifinanziato ai sensi dell'articolo 34, comma 6, del presente decreto)).

Art. 21-bis.

(((Misure per la proroga dei dottorati di ricerca).))

((1. In considerazione del protrarsi dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, i dottorandi dell'ultimo anno di corso che abbiano beneficiato della proroga ai sensi dell'[articolo 236, comma 5, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), possono presentare richiesta di proroga, non superiore a tre mesi, del termine finale del corso con conseguente erogazione della borsa di studio per il periodo corrispondente. Della proroga del termine finale del corso possono fruire anche i dottorandi non percettori di borsa di studio, nonche' i pubblici dipendenti in congedo per la frequenza di un dottorato di ricerca. In tale ultimo caso la pubblica amministrazione di appartenenza ha facolta' di prolungare il congedo per un periodo pari a quello della proroga del corso di dottorato. Per le finalita' di cui al presente comma, il Fondo per il finanziamento ordinario delle universita', di cui all'[articolo 5, comma 1, lettera a\), della legge 24 dicembre 1993, n. 537](#), e' incrementato di 21,6 milioni di euro per l'anno 2021. Agli oneri derivanti dal presente comma, pari a 21,6 milioni di euro per l'anno 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#), come rifinanziato dall'articolo 34, comma 6, del presente decreto. Le eventuali risorse non utilizzate per la predetta finalita' sono rese disponibili per le altre finalita' del Fondo per il finanziamento ordinario delle universita')).

Art. 22.

(Scuole e misure per la famiglia)

1. All'[articolo 21 bis, del decreto legge 14 agosto 2020, n. 104](#) convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, le parole: ", minore di anni quattordici," sono sostituite dalle seguenti: ", minore di anni sedici" e dopo le parole: "sia pubblici che privati" sono aggiunte le seguenti: ", nonche' nel caso in cui sia stata disposta la sospensione dell'attivita' didattica in presenza del figlio convivente minore di anni sedici";

b) al comma 3, dopo le parole: "plesso scolastico" sono aggiunte le seguenti: ", nonche' nel caso in cui sia stata disposta la sospensione dell'attivita' didattica in presenza del figlio convivente minore di anni quattordici. In caso di figli di eta' compresa fra 14 e 16 anni, i genitori hanno diritto di astenersi dal lavoro senza corresponsione di retribuzione o indennita' ne' riconoscimento di contribuzione figurativa, con divieto di licenziamento e diritto alla conservazione del posto di lavoro.".

((b-bis) al comma 5, le parole: "minori di anni quattordici" sono sostituite dalle seguenti: "minori di anni sedici")).

c) al comma 7, le parole: "50 milioni di euro" sono sostituite dalle seguenti: "93 milioni di euro".

d) al comma 8, le parole: "1,5 milioni di euro" sono sostituite dalle seguenti: "4 milioni di euro".

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo pari a 45,5 milioni di euro per l'anno 2020, si provvede mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui l'[articolo 85, comma 5, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#).

Art. 22-bis.

(((Congedo straordinario per i genitori in caso di sospensione dell'attivita' didattica in presenza nelle scuole secondarie di primo grado).))

((1. Limitatamente alle aree del territorio nazionale, caratterizzate da uno scenario di massima gravita' e da un livello di rischio alto, individuate con ordinanze del Ministro della salute adottate ai sensi dell'articolo 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 novembre 2020 e dell'articolo 19-bis del presente decreto, nelle quali sia stata disposta la sospensione dell'attivita' didattica in presenza nelle scuole secondarie di primo grado, e nelle sole ipotesi in cui la prestazione lavorativa non possa essere svolta in modalita' agile, e' riconosciuta

alternativamente ad entrambi i genitori di alunni delle suddette scuole, lavoratori dipendenti, la facoltà di astenersi dal lavoro per l'intera durata della sospensione dell'attività didattica in presenza prevista dal predetto decreto del Presidente del Consiglio dei ministri.

2. Per i periodi di congedo fruiti ai sensi del comma 1 e' riconosciuta, in luogo della retribuzione, un'indennità pari al 50 per cento della retribuzione stessa, calcolata secondo quanto previsto dall'articolo 23 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al [decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151](#), ad eccezione del comma 2 del medesimo articolo 23. I suddetti periodi sono coperti da contribuzione figurativa.

3. Il beneficio di cui al presente articolo e' riconosciuto anche ai genitori di figli con disabilità in situazione di gravità accertata ai sensi dell'[articolo 4, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104](#), iscritti a scuole di ogni ordine e grado per le quali sia stata disposta la sospensione dell'attività didattica in presenza o ospitati in centri diurni a carattere assistenziale per i quali sia stata disposta la chiusura ai sensi dei decreti del Presidente del Consiglio dei ministri del 24 ottobre 2020 e del 3 novembre 2020.

4. I benefici di cui ai commi da 1 a 3 sono riconosciuti nel limite complessivo di 52,1 milioni di euro per l'anno 2020. Sulla base delle domande pervenute, l'INPS provvede al monitoraggio, comunicandone le risultanze al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e al Ministero dell'economia e delle finanze. Qualora dal monitoraggio emerga il superamento del limite di spesa di cui al primo periodo, l'INPS procede al rigetto delle ulteriori domande presentate.

5. Al fine di garantire la sostituzione del personale docente, educativo, amministrativo, tecnico ed ausiliario delle istituzioni scolastiche che usufruisce dei benefici di cui ai commi da 1 a 3, e' autorizzata la spesa di 2,4 milioni di euro per l'anno 2020.

6. Agli oneri derivanti dai commi 4, primo periodo, e 5, pari a 54,5 milioni di euro per l'anno 2020 e a 31,4 milioni di euro per l'anno 2021 in termini di indebitamento netto e fabbisogno, conseguenti all'[ordinanza del Ministro della salute del 4 novembre 2020, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 276 del 5 novembre 2020](#), si provvede ai sensi dell'articolo 34.))

Art. 22-ter.

(Disposizioni in materia di trasporto pubblico locale).

1. All'[articolo 200, comma 1, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), le parole: "nel periodo dal 23 febbraio 2020 al 31 dicembre 2020"

sono sostituite dalle seguenti: "nel periodo dal 23 febbraio 2020 al 31 gennaio 2021".

2. Per le finalita' di cui al comma 1, la dotazione del fondo previsto dall'[articolo 200, comma 1, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), e' incrementata di 390 milioni di euro per l'anno 2021. ((Tali risorse possono essere utilizzate, oltre che per le medesime finalita' di cui al citato articolo 200, anche per il finanziamento, nel limite di 190 milioni di euro, di servizi aggiuntivi di trasporto pubblico locale e regionale, destinato anche a studenti, occorrenti nell'anno 2021 per fronteggiare le esigenze di trasporto conseguenti all'attuazione delle misure di contenimento e non finanziabili a valere sulle risorse ordinariamente destinate ai servizi di trasporto pubblico locale ove i predetti servizi nel periodo precedente alla diffusione del COVID-19 abbiano avuto un riempimento superiore a quello previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in vigore all'atto dell'adozione del decreto di cui al comma 3 anche tenuto conto della programmazione e conseguente erogazione di servizi aggiuntivi da parte delle Regioni, delle Province autonome di Trento e di Bolzano o dei comuni coerentemente all'esito dello specifico procedimento previsto dal medesimo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri per la definizione del piu' idoneo raccordo tra gli orari di inizio e termine delle attivita' didattiche e gli orari dei servizi di trasporto pubblico locale, urbano ed extraurbano e nelle forme ivi stabilite. Per i servizi aggiuntivi, le Regioni, le Province autonome e i comuni, nonche' la gestione governativa della ferrovia circumetnea, la concessionaria del servizio ferroviario Domodossola confine svizzero e la gestione governativa navigazione laghi, nei limiti di 90 milioni di euro, possono anche ricorrere, mediante apposita convenzione ed imponendo obblighi di servizio, a operatori economici esercenti il servizio di trasporto di passeggeri su strada ai sensi della [legge 11 agosto 2003, n. 218](#), nonche' ai titolari di licenza per l'esercizio del servizio di taxi o di autorizzazione per l'esercizio del servizio di noleggio con conducente.))

3. Con decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro trenta giorni a far data dal 9 novembre 2020, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'[articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281](#), si provvede alla definizione delle quote da assegnare a ciascuna regione e provincia autonoma ((nonche' alla gestione governativa della ferrovia-circumetnea, alla concessionaria del servizio ferroviario Domodossola confine svizzero e alla gestione governativa navigazione laghi)) per il finanziamento dei servizi aggiuntivi di trasporto pubblico locale e regionale previsti dal comma 2 nonche' per l'utilizzo delle residue risorse, tenuto conto delle modalita' e dei criteri di cui al decreto del Ministro delle infrastrutture e dei

trasporti, di concerto con il [Ministro dell'economia e delle finanze, n. 340 dell'11 agosto 2020](#).

4. Agli oneri derivanti dal comma 2 si provvede ai sensi dell'articolo 34.

Art. 23.

(Disposizioni per l'esercizio dell'attività giurisdizionale nella vigenza dell'emergenza epidemiologica da COVID-19)

1. Dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 31 luglio 2021 si applicano le disposizioni di cui ai commi da 2 a 9-ter. Resta ferma fino alla scadenza del medesimo termine del 31 luglio 2021 l'applicazione delle disposizioni di cui all'[articolo 221 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#) ove non espressamente derogate dalle disposizioni del presente articolo.

2. Nel corso delle indagini preliminari il pubblico ministero e la polizia giudiziaria possono avvalersi di collegamenti da remoto, individuati e regolati con provvedimento del direttore generale dei sistemi informativi e automatizzati del Ministero della giustizia, per compiere atti che richiedono la partecipazione della persona sottoposta alle indagini, della persona offesa, del difensore, di consulenti, di esperti o di altre persone, salvo che il difensore della persona sottoposta alle indagini si opponga, quando l'atto richiede la sua presenza. Le persone chiamate a partecipare all'atto sono tempestivamente invitate a presentarsi presso l'ufficio di polizia giudiziaria più vicino al luogo di residenza, che abbia in dotazione strumenti idonei ad assicurare il collegamento da remoto. Presso tale ufficio le persone partecipano al compimento dell'atto in presenza di un ufficiale o agente di polizia giudiziaria, che procede alla loro identificazione. Il compimento dell'atto avviene con modalità idonee a salvaguardarne, ove necessario, la segretezza e ad assicurare la possibilità per la persona sottoposta alle indagini di consultarsi riservatamente con il proprio difensore. Il difensore partecipa da remoto mediante collegamento dal proprio studio, salvo che decida di essere presente nel luogo ove si trova il suo assistito. Il pubblico ufficiale che redige il verbale da atto nello stesso delle modalità di collegamento da remoto utilizzate, delle modalità con cui si accerta l'identità dei soggetti partecipanti e di tutte le ulteriori operazioni, nonché dell'impossibilità dei soggetti non presenti fisicamente di sottoscrivere il verbale, ai sensi dell'[articolo 137, comma 2, del codice di procedura penale](#). La partecipazione delle persone detenute, internate o in stato di custodia cautelare è assicurata con le modalità di cui al comma 4. Con le medesime modalità di cui al presente comma il giudice può procedere all'interrogatorio di cui all'[articolo 294 del codice di](#)

procedura penale. (15) ((20))

3. Le udienze dei procedimenti civili e penali alle quali e' ammessa la presenza del pubblico possono celebrarsi a porte chiuse, ai sensi, rispettivamente, dell'articolo 128 del codice di procedura civile e dell'articolo 472, comma 3, del codice di procedura penale.

4. La partecipazione a qualsiasi udienza delle persone detenute, internate, in stato di custodia cautelare, fermate o arrestate, e' assicurata, ove possibile, mediante videoconferenze o con collegamenti da remoto individuati e regolati con provvedimento del Direttore generale dei sistemi informativi e automatizzati del Ministero della giustizia. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui ai commi 3, 4 e 5 dell'articolo 146-bis delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271. Il comma 9 dell'articolo 221 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, e' abrogato. (15)((20))

5. Le udienze penali che non richiedono la partecipazione di soggetti diversi dal pubblico ministero, dalle parti private, dai rispettivi difensori e dagli ausiliari del giudice possono essere tenute mediante collegamenti da remoto individuati e regolati con provvedimento del direttore generale dei sistemi informativi e automatizzati del Ministero della giustizia. Lo svolgimento dell'udienza avviene con modalita' idonee a salvaguardare il contraddittorio e l'effettiva partecipazione delle parti. Prima dell'udienza il giudice fa comunicare ai difensori delle parti, al pubblico ministero e agli altri soggetti di cui e' prevista la partecipazione giorno, ora e modalita' del collegamento. I difensori attestano l'identita' dei soggetti assistiti, i quali, se liberi o sottoposti a misure cautelari diverse dalla custodia in carcere, partecipano all'udienza solo dalla medesima postazione da cui si collega il difensore. In caso di custodia dell'arrestato o del fermato in uno dei luoghi indicati dall'articolo 284, comma 1, del codice di procedura penale, la persona arrestata o fermata e il difensore possono partecipare all'udienza di convalida da remoto anche dal piu' vicino ufficio della polizia giudiziaria attrezzato per la videoconferenza, quando disponibile. In tal caso, l'identita' della persona arrestata o fermata e' accertata dall'ufficiale di polizia giudiziaria presente. L'ausiliario del giudice partecipa all'udienza dall'ufficio giudiziario e da' atto nel verbale d'udienza delle modalita' di collegamento da remoto utilizzate, delle modalita' con cui si accerta l'identita' dei soggetti partecipanti e di tutte le ulteriori operazioni, nonche' dell'impossibilita' dei soggetti non presenti fisicamente di sottoscrivere il verbale, ai sensi dell'articolo 137, comma 2, del codice di procedura penale, o di vistarli, ai sensi dell'articolo 483, comma 1, del codice di procedura penale. Le disposizioni di cui al presente comma si applicano, qualora le parti vi acconsentano, anche alle udienze

preliminari e dibattimentali. Resta esclusa, in ogni caso, l'applicazione delle disposizioni del presente comma alle udienze nelle quali devono essere esaminati testimoni, parti, consulenti o periti, nonché alle ipotesi di cui agli [articoli 392, 441 e 523 del codice di procedura penale](#).

6. Il giudice può disporre che le udienze civili in materia di separazione consensuale di cui all'[articolo 711 del codice di procedura civile](#) e di divorzio congiunto di cui all'[articolo 9 della legge 1° dicembre 1970, n. 898](#) siano sostituite dal deposito telematico di note scritte di cui all'[articolo 221, comma 4, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), nel caso in cui tutte le parti che avrebbero diritto a partecipare all'udienza vi rinuncino espressamente con comunicazione, depositata almeno quindici giorni prima dell'udienza, nella quale dichiarano di essere a conoscenza delle norme processuali che prevedono la partecipazione all'udienza, di aver aderito liberamente alla possibilità di rinunciare alla partecipazione all'udienza, di confermare le conclusioni rassegnate nel ricorso e, nei giudizi di separazione e divorzio, di non volersi conciliare. (15) ((20))

7. In deroga al disposto dell'[articolo 221, comma 7, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), il giudice può partecipare all'udienza anche da un luogo diverso dall'ufficio giudiziario. (15) ((20))

8. Per la decisione sui ricorsi proposti per la trattazione a norma degli [articoli 127 e 614 del codice di procedura penale](#) la Corte di cassazione procede in Camera di consiglio senza l'intervento del procuratore generale e dei difensori delle altre parti, salvo che una delle parti private o il procuratore generale faccia richiesta di discussione orale. Entro il quindicesimo giorno precedente l'udienza, il procuratore generale formula le sue richieste con atto spedito alla cancelleria della Corte a mezzo di posta elettronica certificata. La cancelleria provvede immediatamente a inviare, con lo stesso mezzo, l'atto contenente le richieste ai difensori delle altre parti che, entro il quinto giorno antecedente l'udienza, possono presentare con atto scritto, inviato alla cancelleria della corte a mezzo di posta elettronica certificata, le conclusioni. Alla deliberazione si procede con le modalità di cui al comma 9; non si applica l'[articolo 615, comma 3, del codice di procedura penale](#) e il dispositivo è comunicato alle parti. La richiesta di discussione orale è formulata per iscritto dal procuratore generale o dal difensore abilitato a norma dell'[articolo 613 del codice di procedura penale](#) entro il termine perentorio di venticinque giorni liberi prima dell'udienza e presentata, a mezzo di posta elettronica certificata, alla cancelleria. Le previsioni di cui al presente comma non si applicano ai procedimenti per i quali l'udienza di trattazione ricade entro il termine di quindici giorni dall'entrata in vigore del presente decreto. Per i procedimenti nei quali l'udienza ricade tra

il sedicesimo e il trentesimo giorno dall'entrata in vigore del presente decreto la richiesta di discussione orale deve essere formulata entro dieci giorni dall'entrata in vigore del presente decreto. (15) ((20))

8-bis. Per la decisione sui ricorsi proposti per la trattazione in udienza pubblica a norma degli articoli 374, 375, ultimo comma, e 379 del [codice di procedura civile](#), la Corte di cassazione procede in camera di consiglio senza l'intervento del procuratore generale e dei difensori delle parti, salvo che una delle parti o il procuratore generale faccia richiesta di discussione orale. Entro il quindicesimo giorno precedente l'udienza, il procuratore generale formula le sue conclusioni motivate con atto spedito alla cancelleria della Corte a mezzo di posta elettronica certificata. La cancelleria provvede immediatamente a inviare, con lo stesso mezzo, l'atto contenente le conclusioni ai difensori delle parti che, entro il quinto giorno antecedente l'udienza, possono depositare memorie ai sensi dell'[articolo 378 del codice di procedura civile](#) con atto inviato alla cancelleria a mezzo di posta elettronica certificata. La richiesta di discussione orale e' formulata per iscritto dal procuratore generale o dal difensore di una delle parti entro il termine perentorio di venticinque giorni liberi prima dell'udienza e presentata, a mezzo di posta elettronica certificata, alla cancelleria. Le previsioni di cui al presente comma non si applicano ai procedimenti per i quali l'udienza di trattazione ricade entro il termine di quindici giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. Per i procedimenti nei quali l'udienza ricade tra il sedicesimo e il trentesimo giorno dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto la richiesta di discussione orale deve essere formulata entro dieci giorni dalla predetta data di entrata in vigore. (15) ((20))

9. Nei procedimenti civili e penali le deliberazioni collegiali in camera di consiglio possono essere assunte mediante collegamenti da remoto individuati e regolati con provvedimento del direttore generale dei sistemi informativi e automatizzati del Ministero della giustizia. Il luogo da cui si collegano i magistrati e' considerato Camera di consiglio a tutti gli effetti di legge. Nei procedimenti penali, dopo la deliberazione, il presidente del collegio o il componente del collegio da lui delegato sottoscrive il dispositivo della sentenza o l'ordinanza e il provvedimento e' depositato in cancelleria ai fini dell'inserimento nel fascicolo il prima possibile. Nei procedimenti penali le disposizioni di cui al presente comma non si applicano alle deliberazioni conseguenti alle udienze di discussione finale, in pubblica udienza o in camera di consiglio, svolte senza il ricorso a collegamento da remoto. (15) ((20))

9-bis. La copia esecutiva delle sentenze e degli altri provvedimenti dell'autorita' giudiziaria di cui all'[articolo 475 del codice di procedura civile](#) puo' essere rilasciata dal cancelliere in forma di documento informatico previa istanza, da depositare in

modalita' telematica, della parte a favore della quale fu pronunciato il provvedimento. La copia esecutiva di cui al primo periodo consiste in un documento informatico contenente la copia, anche per immagine, della sentenza o del provvedimento del giudice, in calce ai quali sono aggiunte l'intestazione e la formula di cui all'[articolo 475, terzo comma, del codice di procedura civile](#) e l'indicazione della parte a favore della quale la spedizione e' fatta. Il documento informatico cosi' formato e' sottoscritto digitalmente dal cancelliere. La firma digitale del cancelliere tiene luogo, ai sensi dell'[articolo 24, comma 2, del codice dell'amministrazione digitale](#), di cui al [decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82](#), del sigillo previsto dall'articolo 153, primo comma, secondo periodo, delle disposizioni per l'attuazione del [codice di procedura civile](#) e disposizioni transitorie, di cui al [regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368](#). Il difensore o il dipendente di cui si avvale la pubblica amministrazione per stare in giudizio possono estrarre dal fascicolo informatico il duplicato e la copia analogica o informatica della copia esecutiva in forma di documento informatico. Le copie analogiche e informatiche, anche per immagine, della copia esecutiva in forma di documento informatico estratte dal fascicolo informatico e munite dell'attestazione di conformita' a norma dell'[articolo 16-undecies del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 dicembre 2012, n. 221](#), equivalgono all'originale. (15) ((20))

9-ter. In ragione delle limitazioni poste dalle misure antipandemiche, l'incolpato e il suo difensore possono partecipare all'udienza di cui all'[articolo 18 del decreto legislativo 23 febbraio 2006, n. 109](#), mediante collegamento da remoto, a mezzo dei sistemi informativi individuati e resi disponibili con provvedimento del direttore dell'ufficio dei sistemi informativi del Consiglio superiore della magistratura. Prima dell'udienza, la sezione disciplinare fa comunicare all'incolpato e al difensore, che abbiano fatto richiesta di partecipare da remoto, giorno, ora e modalita' del collegamento.

10. Le disposizioni di cui al presente articolo, nonche' quelle di cui all'[articolo 221 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), in quanto compatibili, si applicano altresì ai procedimenti relativi agli arbitrati rituali e alla magistratura militare. (15) ((20))

10-bis. All'allegato 1 al [decreto-legge 30 luglio 2020, n. 83](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 25 settembre 2020, n. 124, il numero 33-bis](#) e' abrogato.

10-ter. All'[articolo 190 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di spese di giustizia](#), di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 2002, n. 115](#), e' aggiunto, in fine, il seguente comma:

"1-bis. Nel processo amministrativo le modalita' di pagamento telematico dei diritti di copia sono quelle previste nelle forme e

con le modalita' disciplinate dalle regole tecniche del processo amministrativo telematico, con decreto del Presidente del Consiglio di Stato".

10-quater. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate alla relativa attuazione vi provvedono con le sole risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

AGGIORNAMENTO (15)

Il [D.L. 23 luglio 2021, n. 105](#) ha disposto (con l'art. 7, comma 1) che "Le disposizioni di cui [...] all'articolo 23, commi 2, 4, 6, 7, 8, primo, secondo, terzo, quarto e quinto periodo, 8-bis, primo, secondo, terzo e quarto periodo, 9, 9-bis, 10 [...] del [decreto-legge 28 ottobre 2020 n. 137](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 18 dicembre 2020, n. 176](#), continuano ad applicarsi fino alla data del 31 dicembre 2021".

Ha inoltre disposto (con l'art. 7, comma 2) che "Le disposizioni di cui all'articolo 23, commi 8, primo, secondo, terzo, quarto e quinto periodo, e 8-bis, primo, secondo, terzo e quarto periodo [...] del [decreto-legge n. 137 del 2020](#) non si applicano ai procedimenti per i quali l'udienza di trattazione e' fissata tra il 1° agosto 2021 e il 30 settembre 2021".

AGGIORNAMENTO (20)

- Il [D.L. 30 dicembre 2021, n. 228](#), convertito con modificazioni dalla [L. 25 febbraio 2022, n. 15](#), ha disposto:

- (con l'art. 16, comma 1) che "Le disposizioni di cui [...] all'articolo 23, commi 2, 6, 7, 8, primo, secondo, terzo, quarto e quinto periodo, 8-bis, primo, secondo, terzo e quarto periodo, 9, 9-bis e 10, e agli articoli 23-bis, commi 1, 2, 3, 4 e 7, e 24 del [decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 18 dicembre 2020, n. 176](#), in materia di processo civile e penale, continuano ad applicarsi fino alla data del 31 dicembre 2022".

- (con l'art. 16, comma 2) che "Le disposizioni di cui all'articolo 23, commi 8, primo, secondo, terzo, quarto e quinto periodo, e 8-bis, primo, secondo, terzo e quarto periodo, e all'[articolo 23-bis, commi 1, 2, 3, 4 e 7, del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 18 dicembre 2020, n. 176](#), non si applicano ai procedimenti per i quali l'udienza di trattazione e' fissata tra il 1° gennaio 2022 e il 31 gennaio 2022".

- (con l'art. 16, comma 1-bis) che "L'[articolo 23, comma 4, del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 18 dicembre 2020, n. 176](#), in materia di processo penale, continua ad applicarsi fino alla data di cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19".

Art. 23-bis.

(Disposizioni per la decisione dei giudizi penali di appello nel periodo di emergenza epidemiologica da COVID-19).

1. A decorrere dal 9 novembre 2020 e fino al 31 luglio 2021, fuori dai casi di rinnovazione dell'istruzione dibattimentale, per la decisione sugli appelli proposti contro le sentenze di primo grado la corte di appello procede in camera di consiglio senza l'intervento del pubblico ministero e dei difensori, salvo che una delle parti private o il pubblico ministero faccia richiesta di discussione orale o che l'imputato manifesti la volontà di comparire. (15) ((20))

2. Entro il decimo giorno precedente l'udienza, il pubblico ministero formula le sue conclusioni con atto trasmesso alla cancelleria della corte di appello per via telematica ai sensi dell'[articolo 16, comma 4, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 dicembre 2012, n. 221](#), o a mezzo dei sistemi che sono resi disponibili e individuati con provvedimento del direttore generale dei sistemi informativi e automatizzati. La cancelleria invia l'atto immediatamente, per via telematica, ai sensi dell'[articolo 16, comma 4, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 dicembre 2012, n. 221](#), ai difensori delle altre parti che, entro il quinto giorno antecedente l'udienza, possono presentare le conclusioni con atto scritto, trasmesso alla cancelleria della corte di appello per via telematica, ai sensi dell'articolo 24 del presente decreto. (15) ((20))

3. Alla deliberazione la corte di appello procede con le modalità di cui all'articolo 23, comma 9. Il dispositivo della decisione è comunicato alle parti. (15) ((20))

4. La richiesta di discussione orale è formulata per iscritto dal pubblico ministero o dal difensore entro il termine perentorio di quindici giorni liberi prima dell'udienza ed è trasmessa alla cancelleria della corte di appello attraverso i canali di comunicazione, notificazione e deposito rispettivamente previsti dal comma 2. Entro lo stesso termine perentorio e con le medesime modalità l'imputato formula, a mezzo del difensore, la richiesta di partecipare all'udienza. (15) ((20))

5. Le disposizioni del presente articolo non si applicano nei procedimenti nei quali l'udienza per il giudizio di appello è fissata entro quindici giorni a far data dal 9 novembre 2020.

6. In deroga alla disposizione di cui al comma 4, nei procedimenti nei quali l'udienza è fissata tra il sedicesimo e il trentesimo giorno dalla data del 9 novembre 2020, la richiesta di discussione orale o di partecipazione dell'imputato all'udienza è formulata entro il termine perentorio di cinque giorni a far data dal 9 novembre 2020.

7. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano, in quanto compatibili, anche nei procedimenti di cui agli articoli 10 e 27 del codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, di cui al [decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159](#), e agli [articoli 310 e 322-bis del codice di procedura penale](#). In quest'ultimo caso, la richiesta di discussione orale di cui al comma 4 deve essere formulata entro il termine perentorio di cinque giorni liberi prima dell'udienza. (15) ((20))

AGGIORNAMENTO (15)

Il [D.L. 23 luglio 2021, n. 105](#) ha disposto (con l'art. 7, comma 1) che "Le disposizioni di cui all'articolo [...] 23-bis, commi 1, 2, 3, 4 e 7 [...] del [decreto-legge 28 ottobre 2020 n. 137](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 18 dicembre 2020, n. 176](#), continuano ad applicarsi fino alla data del 31 dicembre 2021".

Ha inoltre disposto (con l'art. 7, comma 2) che "Le disposizioni di cui all'articolo [...] 23-bis, [commi 1, 2, 3, 4 e 7, del decreto-legge n. 137 del 2020](#) non si applicano ai procedimenti per i quali l'udienza di trattazione e' fissata tra il 1° agosto 2021 e il 30 settembre 2021".

AGGIORNAMENTO (20)

Il [D.L. 30 dicembre 2021, n. 228](#) ha disposto (con l'art. 16, comma 1) che "Le disposizioni di cui [...] all'articolo 23, commi 2, 4, 6, 7, 8, primo, secondo, terzo, quarto e quinto periodo, 8-bis, primo, secondo, terzo e quarto periodo, 9, 9-bis e 10, e agli articoli 23-bis, commi 1, 2, 3, 4 e 7, e 24 del [decreto-legge 28 ottobre 2020 n. 137](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 18 dicembre 2020, n. 176](#), in materia di processo civile e penale, continuano ad applicarsi fino alla data del 31 dicembre 2022".

Ha inoltre disposto (con l'art. 16, comma 2) che "Le disposizioni di cui all'articolo 23, commi 8, primo, secondo, terzo, quarto e quinto periodo, e 8-bis, primo, secondo, terzo e quarto periodo, e all'[articolo 23-bis, commi 1, 2, 3, 4 e 7, del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 18 dicembre 2020, n. 176](#), non si applicano ai procedimenti per i quali l'udienza di trattazione e' fissata tra il 1° gennaio 2022 e il 31 gennaio 2022".

Art. 23-ter.

(Disposizioni sulla sospensione del corso della prescrizione e dei termini di custodia cautelare nei procedimenti penali, nonche' sulla sospensione dei termini nel procedimento disciplinare nei confronti dei magistrati, nel periodo di emergenza epidemiologica da COVID-19).

1. A decorrere dal 9 novembre 2020 e fino ((al 31 luglio 2021)), i giudizi penali sono sospesi durante il tempo in cui l'udienza e' rinviata per l'assenza del testimone, del consulente tecnico, del perito o dell'imputato in procedimento connesso i quali siano stati citati a comparire per esigenze di acquisizione della prova, quando l'assenza e' giustificata dalle restrizioni ai movimenti imposte dall'obbligo di quarantena o dalla sottoposizione a isolamento fiduciario in conseguenza delle misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 sul territorio nazionale previste dalla legge o dalle disposizioni attuative dettate con decreti del Presidente del Consiglio dei ministri o del Ministro della salute. Per lo stesso periodo di tempo sono sospesi il corso della prescrizione e i termini previsti dall'[articolo 303 del codice di procedura penale](#).

2. Nei casi di cui al comma 1, l'udienza non puo' essere differita oltre il sessantesimo giorno successivo alla prevedibile cessazione delle restrizioni ai movimenti, dovendosi avere riguardo, in caso contrario, agli effetti della durata della sospensione del corso della prescrizione e dei termini previsti dall'[articolo 303 del codice di procedura penale](#), al tempo della restrizione aumentato di sessanta giorni.

3. Nel computo dei termini di cui all'[articolo 304, comma 6, del codice di procedura penale](#), salvo che per il limite relativo alla durata complessiva della custodia cautelare, non si tiene conto dei periodi di sospensione di cui al comma 1.

4. Il corso dei termini di cui all'[articolo 15, commi 2 e 6, del decreto legislativo 23 febbraio 2006, n. 109](#), e' sospeso durante il tempo in cui il procedimento disciplinare e' rinviato per l'assenza del testimone, del consulente tecnico, del perito o di altra persona citata a comparire per esigenze di acquisizione della prova, quando l'assenza e' giustificata dalle restrizioni ai movimenti imposte dall'obbligo di quarantena o dalla sottoposizione a isolamento fiduciario in conseguenza delle misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 sul territorio nazionale previste dalla legge o dalle disposizioni attuative dettate con decreti del Presidente del Consiglio dei ministri o del Ministro della salute. Agli effetti della durata della sospensione dei termini si applica la disposizione di cui al comma 2.

Art. 23-quater.

(((Unita' ulteriori che concorrono alla determinazione dei saldi di finanza pubblica del conto economico consolidato delle amministrazioni pubbliche).))

((1. Agli enti indicati nell'elenco 1 annesso al presente decreto, in quanto unita' che, secondo criteri stabiliti dal Sistema europeo

dei conti nazionali e regionali nell'Unione europea (SEC 2010), di cui al [regolamento \(UE\) n. 549/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 21 maggio 2013](#), concorrono alla determinazione dei saldi di finanza pubblica del conto economico consolidato delle amministrazioni pubbliche, si applicano in ogni caso le disposizioni in materia di equilibrio dei bilanci e sostenibilit  del debito delle amministrazioni pubbliche, ai sensi e per gli effetti degli [articoli 3 e 4 della legge 24 dicembre 2012, n. 243](#), nonch  quelle in materia di obblighi di comunicazione dei dati e delle informazioni rilevanti in materia di finanza pubblica.

2. All'articolo 11, comma 6, lettera b), del codice della giustizia contabile, di cui all'allegato 1 al [decreto legislativo 26 agosto 2016, n. 174](#), dopo le parole: "operata dall'ISTAT" sono aggiunte le seguenti: ", ai soli fini dell'applicazione della normativa nazionale sul contenimento della spesa pubblica".))

Art. 23-quinquies.

((Estensione delle risorse finanziarie ai soggetti accolti presso le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza).))

((1. Al fine di non vanificare la portata innovativa dell'[articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 febbraio 2012, n. 9](#), di rispettare le misure di prevenzione legate all'emergenza da COVID-19 e contestualmente di implementare la capienza e il numero delle strutture sul territorio nazionale delle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, l'autorizzazione di spesa di cui all'[articolo 3-ter, comma 7, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 febbraio 2012, n. 9](#), e' incrementata di 1 milione di euro a decorrere dall'anno 2021.

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 1 milione di euro a decorrere dall'anno 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione delle quote annuali delle risorse del Fondo unico giustizia da destinare mediante riassegnazione ai sensi dell'[articolo 2, comma 7, lettere a\) e b\), del decreto-legge 16 settembre 2008, n. 143](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 novembre 2008, n. 181](#), che, a tale fine, restano acquisite all'entrata del bilancio dello Stato)).

Art. 24.

(Disposizioni per la semplificazione delle attivita' di deposito di atti, documenti e istanze nella vigenza dell'emergenza epidemiologica da COVID-19)

1. In deroga a quanto previsto dall'articolo 221, comma 11, del decreto-legge n. 34 del 2020 convertito con modificazioni dalla legge n. 77 del 2020, fino al 31 luglio 2021, il deposito di memorie, documenti, richieste ed istanze indicate dall'articolo 415-bis, comma 3, del codice di procedura penale presso gli uffici delle procure della repubblica presso i tribunali avviene, esclusivamente, mediante deposito dal portale del processo penale telematico individuato con provvedimento del Direttore generale dei sistemi informativi e automatizzati del Ministero della giustizia e con le modalità stabilite nel medesimo provvedimento, anche in deroga alle previsioni del decreto emanato ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto-legge 29 dicembre 2009, n. 193, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 febbraio 2010, n. 24. Il deposito degli atti si intende eseguito al momento del rilascio della ricevuta di accettazione da parte dei sistemi ministeriali, secondo le modalità stabilite dal provvedimento. Il deposito è tempestivo quando è eseguito entro le ore 24 del giorno di scadenza.

2. Con uno o più decreti del Ministro della giustizia, saranno indicati gli ulteriori atti per quali sarà reso possibile il deposito telematico nelle modalità di cui al comma 1.

2-bis. Il malfunzionamento del portale del processo penale è attestato dal Direttore generale per i servizi informativi automatizzati, con provvedimento pubblicato nel Portale dei servizi telematici del Ministero della giustizia con indicazione del relativo periodo. In tali ipotesi, il termine di scadenza per il deposito degli atti di cui ai commi 1 e 2 è prorogato di diritto fino al giorno successivo al ripristino della funzionalità del Portale.

2-ter. L'autorità giudiziaria può autorizzare il deposito di singoli atti e documenti in formato analogico per ragioni specifiche.

3. Gli uffici giudiziari, nei quali è reso possibile il deposito telematico ai sensi dei commi 1 e 2, sono autorizzati all'utilizzo del portale, senza necessità di ulteriore verifica o accertamento da parte del Direttore generale dei servizi informativi automatizzati.

4. Per tutti gli atti, documenti e istanze comunque denominati diversi da quelli indicati nei commi 1 e 2, fino al 31 luglio 2021, è consentito il deposito con valore legale mediante invio dall'indirizzo di posta elettronica certificata inserito nel Registro generale degli indirizzi certificati di cui all'articolo 7 del regolamento di cui al decreto del Ministro della giustizia 21 febbraio 2011, n. 44. Il deposito con le modalità di cui al periodo precedente deve essere effettuato presso gli indirizzi PEC degli uffici giudiziari destinatari ed indicati in apposito provvedimento del Direttore generale dei sistemi informativi e automatizzati, pubblicato nel portale dei servizi telematici. Con il medesimo provvedimento sono indicate le specifiche tecniche relative ai formati degli atti e alla sottoscrizione digitale e le ulteriori modalità di invio. Quando il messaggio di posta elettronica certificata eccede la dimensione massima stabilita nel provvedimento

del Direttore generale dei sistemi informativi e automatizzati di cui al presente comma, il deposito puo' essere eseguito mediante l'invio di piu' messaggi di posta elettronica certificata. Il deposito e' tempestivo quando e' eseguito entro la fine del giorno di scadenza.

5. Ai fini dell'attestazione del deposito degli atti dei difensori inviati tramite posta elettronica certificata ai sensi del comma 4, il personale di segreteria e di cancelleria degli uffici giudiziari provvede ad annotare nel registro la data di ricezione e ad inserire l'atto nel fascicolo telematico. Ai fini della continuita' della tenuta del fascicolo cartaceo provvede, altresì, all'inserimento nel predetto fascicolo di copia analogica dell'atto ricevuto con l'attestazione della data di ricezione nella casella di posta elettronica certificata dell'ufficio e dell'intestazione della casella di posta elettronica certificata di provenienza.

6. Per gli atti di cui al comma 1 e per quelli che saranno individuati ai sensi del comma 2 l'invio tramite posta elettronica certificata non e' consentito e non produce alcun effetto di legge.

6-bis. Fermo quanto previsto dagli articoli 581, 582, comma 1, e 583 del [codice di procedura penale](#), quando il deposito di cui al comma 4 ha ad oggetto un'impugnazione, l'atto in forma di documento informatico e' sottoscritto digitalmente secondo le modalita' indicate con il provvedimento del Direttore generale dei sistemi informativi e automatizzati di cui al comma 4 e contiene la specifica indicazione degli allegati, che sono trasmessi in copia informatica per immagine, sottoscritta digitalmente dal difensore per conformita' all'originale.

6-ter. L'impugnazione e' trasmessa tramite posta elettronica certificata dall'indirizzo di posta elettronica certificata del difensore a quello dell'ufficio che ha emesso il provvedimento impugnato, individuato ai sensi del comma 4, con le modalita' e nel rispetto delle specifiche tecniche ivi indicate. Non si applica la disposizione di cui all'[articolo 582, comma 2, del codice di procedura penale](#).

6-quater. I motivi nuovi e le memorie sono proposti, nei termini rispettivamente previsti, secondo le modalita' indicate nei commi 6-bis e 6-ter, con atto in formato elettronico trasmesso tramite posta elettronica certificata dall'indirizzo di posta elettronica certificata del difensore a quello dell'ufficio del giudice dell'impugnazione, individuato ai sensi del comma 4.

6-quinquies. Le disposizioni di cui ai commi 6-bis, 6-ter e 6-quater si applicano a tutti gli atti di impugnazione, comunque denominati, e, in quanto compatibili, alle opposizioni di cui agli [articoli 410, 461 e 667, comma 4, del codice di procedura penale](#) e ai reclami giurisdizionali previsti dalla [legge 26 luglio 1975, n. 354](#). Nel caso di richiesta di riesame o di appello contro ordinanze in materia di misure cautelari personali e reali, l'atto di impugnazione, in deroga a quanto disposto dal comma 6-ter, e' trasmesso all'indirizzo di posta elettronica certificata del

tribunale di cui all'[articolo 309, comma 7, del codice di procedura penale](#).

6-sexies. Fermo quanto previsto dall'[articolo 591 del codice di procedura penale](#), nel caso di proposizione dell'atto ai sensi del comma 6-bis l'impugnazione e' altresì inammissibile:

a) quando l'atto di impugnazione non e' sottoscritto digitalmente dal difensore;

b) quando le copie informatiche per immagine di cui al comma 6-bis non sono sottoscritte digitalmente dal difensore per conformita' all'originale;

c) quando l'atto e' trasmesso da un indirizzo di posta elettronica certificata che non e' presente nel Registro generale degli indirizzi certificati di cui al comma 4;

d) quando l'atto e' trasmesso da un indirizzo di posta elettronica certificata che non e' intestato al difensore;

e) quando l'atto e' trasmesso a un indirizzo di posta elettronica certificata diverso da quello indicato per l'ufficio che ha emesso il provvedimento impugnato dal provvedimento del Direttore generale dei sistemi informativi e automatizzati di cui al comma 4 o, nel caso di richiesta di riesame o di appello contro ordinanze in materia di misure cautelari personali e reali, a un indirizzo di posta elettronica certificata diverso da quello indicato per il tribunale di cui all'[articolo 309, comma 7, del codice di procedura penale](#) dal provvedimento del Direttore generale dei sistemi informativi e automatizzati di cui al comma 4.

6-septies. Nei casi previsti dal comma 6-sexies, il giudice che ha emesso il provvedimento impugnato dichiara, anche d'ufficio, con ordinanza l'inammissibilita' dell'impugnazione e dispone l'esecuzione del provvedimento impugnato.

6-octies. Le disposizioni del comma 6-sexies si applicano, in quanto compatibili, agli atti indicati al comma 6-quinquies.

6-novies. Ai fini dell'attestazione del deposito degli atti trasmessi tramite posta elettronica certificata ai sensi dei commi da 6-bis a 6-quinquies e della continuita' della tenuta del fascicolo cartaceo, la cancelleria provvede ai sensi del comma 5.

6-decies. Le disposizioni di cui ai commi da 6-bis a 6-novies si applicano agli atti di impugnazione di qualsiasi tipo, agli atti di opposizione e ai reclami giurisdizionali proposti successivamente alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. Fino alla suddetta data conservano efficacia gli atti di impugnazione di qualsiasi tipo, gli atti di opposizione e i reclami giurisdizionali in formato elettronico, sottoscritti digitalmente, trasmessi a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto alla casella di posta elettronica certificata del giudice competente, ai sensi del comma 4.

6-undecies. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate alla relativa attuazione vi provvedono

con le sole risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

(15) ((20))

AGGIORNAMENTO (15)

Il [D.L. 23 luglio 2021, n. 105](#) ha disposto (con l'art. 7, comma 1) che "Le disposizioni di cui all'articolo [...] 24 del [decreto-legge 28 ottobre 2020 n. 137](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 18 dicembre 2020, n. 176](#), continuano ad applicarsi fino alla data del 31 dicembre 2021".

AGGIORNAMENTO (20)

Il [D.L. 30 dicembre 2021, n. 228](#) ha disposto (con l'art. 16, comma 1) che "Le disposizioni di cui [...] all'articolo 23, commi 2, 4, 6, 7, 8, primo, secondo, terzo, quarto e quinto periodo, 8-bis, primo, secondo, terzo e quarto periodo, 9, 9-bis e 10, e agli articoli 23-bis, commi 1, 2, 3, 4 e 7, e 24 del [decreto-legge 28 ottobre 2020 n. 137](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 18 dicembre 2020, n. 176](#), in materia di processo civile e penale, continuano ad applicarsi fino alla data del 31 dicembre 2022".

Art. 25.

(Misure urgenti relative allo svolgimento del processo amministrativo)

1. Le disposizioni dei periodi quarto e seguenti del [comma 1 dell'articolo 4 del decreto-legge 30 aprile 2020, n. 28](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 25 giugno 2020, n. 70](#), si applicano altresì alle udienze pubbliche e alle camere di consiglio del Consiglio di Stato, del Consiglio di giustizia amministrativa per la Regione siciliana e dei tribunali amministrativi regionali che si svolgono dal 9 novembre 2020 ((al 31 luglio 2021)) e, fino a tale ultima data, il decreto di cui al comma 1 dell'articolo 13 dell'allegato 2 al [decreto legislativo 2 luglio 2010, n. 104](#), prescinde dai pareri previsti dallo stesso articolo 13.

2. Durante tale periodo, salvo quanto previsto dal comma 1, gli affari in trattazione passano in decisione, senza discussione orale, sulla base degli atti depositati, ferma restando la possibilità di definizione del giudizio ai sensi dell'[articolo 60 del codice del processo amministrativo](#), di cui al [decreto legislativo 2 luglio 2010, n. 104](#), omissis ogni avviso. Il giudice delibera in camera di consiglio, se necessario avvalendosi di collegamenti da remoto. Restano fermi i poteri presidenziali di rinvio degli affari e di modifica della composizione del collegio.

3. Per le udienze pubbliche e le camere di consiglio che si svolgono tra il 9 e il 20 novembre 2020, l'istanza di discussione orale, di cui al quarto periodo del comma 1 del citato [articolo 4 del decreto-legge n. 28 del 2020](#), puo' essere presentata fino a cinque giorni liberi prima dell'udienza pubblica o camerale.

Art. 26.

(Disposizioni in materia di giudizio contabile nonche' misure urgenti relative allo svolgimento delle adunanze e delle udienze del processo contabile durante l'ulteriore periodo di proroga dello stato di emergenza epidemiologica)

1. Ferma restando l'applicabilita' dell'[articolo 85 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), per contrastare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e contenerne gli effetti negativi sullo svolgimento e sui tempi delle attivita' istituzionali della Corte dei conti, dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 31 luglio 2021, le adunanze e le udienze dinanzi alla Corte dei conti alle quali e' ammessa la presenza del pubblico si celebrano a porte chiuse ai sensi dell'articolo 91, comma 2, del codice della giustizia contabile, di cui all'allegato 1 al [decreto legislativo 26 agosto 2016, n. 174](#). (15) ((20))

2. All'[articolo 257, comma 1, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonche' di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) le parole "31 dicembre 2020" sono sostituite dalle parole "termine dell'emergenza epidemiologica in corso";

b) le lettere "in corso" sono soppresse;

c) dopo le parole "personale della Corte dei conti" sono inserite le parole ", ivi incluso quello di magistratura".

All'attuazione delle previsioni di cui al presente articolo si provvede con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

AGGIORNAMENTO (15)

Il [D.L. 23 luglio 2021, n. 105](#) ha disposto (con l'art. 6, comma 1) che il termine previsto dal comma 1 del presente articolo e' prorogato fino al 31 dicembre 2021.

AGGIORNAMENTO (20)

Il D.L. 30 dicembre 2021, n. 228 ha disposto (con l'art. 16, comma 6) che "Il termine di cui all'articolo 26, comma 1, del decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 dicembre 2020, n. 176, relativo allo svolgimento delle adunanze e delle udienze dinanzi alla Corte dei conti, e' ulteriormente prorogato al 31 marzo 2022".

Art. 27.

(Misure urgenti relative allo svolgimento del processo tributario)

1. Fino al 31 luglio 2021, nel processo tributario, lo svolgimento delle udienze pubbliche e camerali e delle camere di consiglio con collegamento da remoto e' autorizzato, secondo la rispettiva competenza, con decreto motivato del presidente della Commissione tributaria provinciale o regionale da comunicarsi almeno cinque giorni prima della data fissata per un'udienza pubblica o una camera di consiglio. I decreti possono disporre che le udienze e le camere di consiglio si svolgano anche solo parzialmente da remoto, ove le dotazioni informatiche della giustizia tributaria lo consentano e nei limiti delle risorse tecniche e finanziarie disponibili. In tutti i casi in cui sia disposta la discussione da remoto, la segreteria comunica alle parti, di regola, almeno tre giorni prima della trattazione, l'avviso dell'ora e delle modalita' di collegamento. Si da' atto a verbale delle modalita' con cui si accerta l'identita' dei soggetti partecipanti e la libera volonta' delle parti, anche ai fini della disciplina sulla protezione dei dati personali. I verbali redatti in occasione di un collegamento da remoto e i provvedimenti adottati in esito a un collegamento da remoto si intendono assunti presso la sede dell'ufficio giudiziario. (15) ((20))

2. In alternativa alla discussione con collegamento da remoto, le controversie fissate per la trattazione in udienza pubblica, passano in decisione sulla base degli atti, salvo che almeno una delle parti non insista per la discussione, con apposita istanza da notificare alle altre parti costituite e da depositare almeno due giorni liberi anteriori alla data fissata per la trattazione. I difensori sono comunque considerati presenti a tutti gli effetti. Nel caso in cui sia chiesta la discussione e non sia possibile procedere mediante collegamento da remoto, si procede mediante trattazione scritta, con fissazione di un termine non inferiore a dieci giorni prima dell'udienza per deposito di memorie conclusionali e di cinque giorni prima dell'udienza per memorie di replica. Nel caso in cui non sia possibile garantire il rispetto dei termini di cui al periodo precedente, la controversia e' rinviata a nuovo ruolo con possibilita' di prevedere la trattazione scritta nel rispetto dei medesimi termini. In caso di trattazione scritta le parti sono considerate presenti e i provvedimenti si intendono comunque assunti

presso la sede dell'ufficio.

3. I componenti dei collegi giudicanti residenti, domiciliati o comunque dimoranti in luoghi diversi da quelli in cui si trova la commissione di appartenenza sono esonerati, su richiesta e previa comunicazione al Presidente di sezione interessata, dalla partecipazione alle udienze o camere di consiglio da svolgersi presso la sede della Commissione interessata.

4. Salvo quanto previsto nel presente articolo, le modalita' di svolgimento delle udienze da remoto sono disciplinate ai sensi dell'[articolo 16 del decreto-legge 23 ottobre 2018, n. 119](#), convertito, con modificazioni, dalla legge dicembre 2018, n. 136.

4-bis. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate alla relativa attuazione vi provvedono con le sole risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

AGGIORNAMENTO (15)

Il [D.L. 23 luglio 2021, n. 105](#) ha disposto (con l'art. 6, comma 1) che il termine previsto dal comma 1 del presente articolo e' prorogato fino al 31 dicembre 2021.

AGGIORNAMENTO (20)

Il [D.L. 30 dicembre 2021, n. 228](#), convertito con modificazioni dalla [L. 25 febbraio 2022, n. 15](#), ha disposto (con l'art. 16, comma 3) che "Il termine di cui all'articolo 27, comma 1, primo periodo, del [decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 18 dicembre 2020, n. 176](#), relativo allo svolgimento delle udienze da remoto nel processo tributario, e' ulteriormente prorogato al 30 aprile 2022. Entro il termine di cui al primo periodo il Consiglio di presidenza della giustizia tributaria bandisce una procedura di interpello per il trasferimento dei componenti delle commissioni tributarie nei posti vacanti a livello nazionale, previa ricognizione dei medesimi".

Art. 28.

(Licenze premio straordinarie per i detenuti in regime di semiliberta')

1. Dalla data di entrata in vigore del presente decreto, ferme le ulteriori disposizioni di cui all'[articolo 52 della legge 26 luglio 1975, n. 354](#), al condannato ammesso al regime di semiliberta' possono essere concesse licenze con durata superiore a quella prevista dal primo comma del predetto articolo 52, salvo che il magistrato di sorveglianza ravvisi gravi motivi ostativi alla concessione della

misura.

2. In ogni caso la durata delle licenze premio non puo' estendersi oltre il 31 luglio 2021. (15) ((19))

AGGIORNAMENTO (15)

Il [D.L. 23 luglio 2021, n. 105](#) ha disposto (con l'art. 6, comma 1) che il termine previsto dal comma 2 del presente articolo e' prorogato fino al 31 dicembre 2021.

AGGIORNAMENTO (19)

Il [D.L. 24 dicembre 2021, n. 221](#) ha disposto (con l'art. 16, comma 1) che il termine previsto dal comma 2 del presente articolo e' prorogato fino al 31 marzo 2022.

Art. 29.

(Durata straordinaria dei permessi premio)

1. Dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino alla data del 31 luglio 2021 ai condannati cui siano stati gia' concessi i permessi di cui all'[articolo 30-ter della legge 26 luglio 1975, n. 354](#) o che siano stati assegnati al lavoro all'esterno ai sensi dell'[articolo 21 della legge 26 luglio 1975, n. 354](#) o ammessi all'istruzione o alla formazione professionale all'esterno ai sensi dell'[articolo 18 del decreto legislativo 2 ottobre 2018, n. 121](#), i permessi di cui all'articolo 30-ter della citata [legge n. 354 del 1975](#), quando ne ricorrono i presupposti, possono essere concessi anche in deroga ai limiti temporali indicati dai commi 1 e 2 dello stesso articolo 30-ter. (15) ((19))

2. La disposizione di cui al comma 1 non si applica ai soggetti condannati per taluno dei delitti indicati dall'[articolo 4-bis della legge 26 luglio 1975, n. 354](#) e dagli [articoli 572 e 612-bis del codice penale](#) e, con riferimento ai condannati per delitti commessi per finalita' di terrorismo, anche internazionale, o di eversione dell'ordine democratico mediante il compimento di atti di violenza e ai delitti di cui all'[articolo 416-bis del codice penale](#), o commessi avvalendosi delle condizioni previste dallo stesso articolo ovvero al fine di agevolare l'attivita' delle associazioni in esso previste, anche nel caso in cui i condannati abbiano gia' espiato la parte di pena relativa ai predetti delitti quando, in caso di cumulo, sia stata accertata dal giudice della cognizione o dell'esecuzione la connessione ai sensi dell'[articolo 12, comma 1, lettere b e c, del codice di procedura penale](#) tra i reati la cui pena e' in esecuzione.

AGGIORNAMENTO (15)

Il [D.L. 23 luglio 2021, n. 105](#) ha disposto (con l'art. 6, comma 1) che il termine previsto dal comma 1 del presente articolo e' prorogato fino al 31 dicembre 2021.

AGGIORNAMENTO (19)

Il [D.L. 24 dicembre 2021, n. 221](#) ha disposto (con l'art. 16, comma 1) che il termine previsto dal comma 1 del presente articolo e' prorogato fino al 31 marzo 2022.

Art. 30.

(Disposizioni in materia di detenzione domiciliare)

1. In deroga a quanto disposto ai [commi 1, 2 e 4 dell'articolo 1 della legge 26 novembre 2010, n. 199](#), dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino alla data del 31 luglio 2021, la pena detentiva e' eseguita, su istanza, presso l'abitazione del condannato o in altro luogo pubblico o privato di cura, assistenza e accoglienza, ove non sia superiore a diciotto mesi, anche se costituente parte residua di maggior pena, salvo che riguardi:

a) soggetti condannati per taluno dei delitti indicati dall'[articolo 4-bis della legge 26 luglio 1975, n. 354](#), e successive modificazioni e dagli [articoli 572 e 612-bis del codice penale](#); con riferimento ai condannati per delitti commessi per finalita' di terrorismo, anche internazionale, o di eversione dell'ordine democratico mediante il compimento di atti di violenza, nonche' ai delitti di cui all'[articolo 416-bis del codice penale](#), o commessi avvalendosi delle condizioni previste dallo stesso articolo ovvero al fine di agevolare l'attivita' delle associazioni in esso previste, anche nel caso in cui i condannati abbiano gia' espiato la parte di pena relativa ai predetti delitti quando, in caso di cumulo, sia stata accertata dal giudice della cognizione o dell'esecuzione la connessione ai sensi dell'[articolo 12, comma 1, lettere b e c, del codice di procedura penale](#) tra i reati la cui pena e' in esecuzione;

b) delinquenti abituali, professionali o per tendenza, ai sensi degli [articoli 102, 105 e 108 del codice penale](#);

c) detenuti che sono sottoposti al regime di sorveglianza particolare, ai sensi dell'[articolo 14-bis della legge 26 luglio 1975, n. 354](#), salvo che sia stato accolto il reclamo previsto dall'articolo 14-ter della medesima legge;

d) detenuti che nell'ultimo anno siano stati sanzionati per le infrazioni disciplinari di cui all'[articolo 77, comma 1, numeri 18, 19, 20 e 21 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230](#);

e) detenuti nei cui confronti, in data successiva all'entrata in vigore del presente decreto, sia redatto rapporto disciplinare ai sensi dell'[articolo 81, comma 1, del decreto del Presidente della](#)

Repubblica 30 giugno 2000, n. 230 in relazione alle infrazioni di cui all'articolo 77, comma 1, numeri 18 e 19 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230;

f) detenuti privi di un domicilio effettivo e idoneo anche in funzione delle esigenze di tutela delle persone offese dal reato.(15)
(19))

2. Il magistrato di sorveglianza adotta il provvedimento che dispone l'esecuzione della pena presso il domicilio, salvo che ravvisi gravi motivi ostativi alla concessione della misura.

3. Salvo si tratti di condannati minorenni o di condannati la cui pena da eseguire non e' superiore a sei mesi e' applicata la procedura di controllo mediante mezzi elettronici o altri strumenti tecnici resi disponibili per i singoli istituti penitenziari.

4. La procedura di controllo di cui al comma 3, alla cui applicazione il condannato deve prestare il consenso, viene disattivata quando la pena residua da espiare scende sotto la soglia di sei mesi.

5. Con provvedimento del capo del dipartimento dell'amministrazione penitenziaria del Ministero della giustizia, d'intesa con il capo della Polizia-Direttore Generale della Pubblica Sicurezza, adottato entro il termine di dieci giorni dall'entrata in vigore del presente decreto e periodicamente aggiornato e' individuato il numero dei mezzi elettronici e degli altri strumenti tecnici da rendere disponibili, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente, che possono essere utilizzati per l'esecuzione della pena con le modalita' stabilite dal presente articolo, tenuto conto anche delle emergenze sanitarie rappresentate dalle autorita' competenti. L'esecuzione dei provvedimenti nei confronti dei condannati per i quali e' necessario attivare gli strumenti di controllo indicati avviene progressivamente a partire dai detenuti che devono scontare la pena residua inferiore. Nel caso in cui la pena residua non superi di trenta giorni la pena per la quale e' imposta l'applicazione delle procedure di controllo mediante mezzi elettronici o altri strumenti tecnici, questi non sono attivati.

6. Ai fini dell'esecuzione della pena detentiva con le modalita' di cui al comma 1, la direzione dell'istituto penitenziario puo' omettere la relazione prevista dall'articolo 1, comma 4, della legge 26 novembre 2010, n. 199. La direzione e' in ogni caso tenuta ad attestare che la pena da eseguire non sia superiore a diciotto mesi, anche se costituente parte residua di maggior pena, che non sussistono le preclusioni di cui al comma 1 e che il condannato abbia fornito l'espresso consenso alla attivazione delle procedure di controllo, nonche' a trasmettere il verbale di accertamento dell'idoneita' del domicilio, redatto in via prioritaria dalla polizia penitenziaria o, se il condannato e' sottoposto ad un programma di recupero o intende sottoporsi ad esso, la documentazione di cui all'articolo 94, comma 1, del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive

modificazioni.

7. Per il condannato minorenni nei cui confronti e' disposta l'esecuzione della pena detentiva con le modalita' di cui al comma 1, l'ufficio servizio sociale minorenni territorialmente competente in relazione al luogo di domicilio, in raccordo con l'equipe educativa dell'istituto penitenziario, provvedera', entro trenta giorni dalla ricevuta comunicazione dell'avvenuta esecuzione della misura in esame, alla redazione di un programma educativo secondo le modalita' indicate dall'[articolo 3 del decreto legislativo 2 ottobre 2018, n. 121](#), da sottoporre al magistrato di sorveglianza per l'approvazione.

8. Restano ferme le ulteriori disposizioni dell'[articolo 1 della legge 26 novembre 2010, n. 199](#), ove compatibili.

9. Le disposizioni di cui ai commi da 1 a 8 si applicano ai detenuti che maturano i presupposti per l'applicazione della misura entro la scadenza del termine indicato nel comma 1.

9-bis. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate alla relativa attuazione vi provvedono con le sole risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

AGGIORNAMENTO (15)

Il [D.L. 23 luglio 2021, n. 105](#) ha disposto (con l'art. 6, comma 1) che il termine previsto dal comma 1 del presente articolo e' prorogato fino al 31 dicembre 2021.

AGGIORNAMENTO (19)

Il [D.L. 24 dicembre 2021, n. 221](#) ha disposto (con l'art. 16, comma 1) che il termine previsto dal comma 1 del presente articolo e' prorogato fino al 31 marzo 2022.

Art. 31.

(Disposizioni in materia di elezioni degli organi territoriali e nazionali degli ordini professionali vigilati dal Ministero della giustizia)

1. Le procedure elettorali per la composizione degli organi territoriali degli ordini professionali vigilati dal Ministero della giustizia possono svolgersi con modalita' telematiche da remoto disciplinate ((con regolamento del)) consiglio nazionale dell'ordine, da adottarsi entro il termine di sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto-legge, previa approvazione del Ministero della giustizia.

2. Con il regolamento di cui al comma 1, il consiglio nazionale puo' prevedere e disciplinare modalita' telematiche di votazione

anche per il rinnovo della rappresentanza nazionale e dei relativi organi, ove previsto in forma assembleare o con modalita' analoghe a quelle stabilite per gli organi territoriali.

3. Il consiglio nazionale puo' disporre un differimento della data prevista per lo svolgimento delle elezioni di cui ai commi 1 e 2 non superiore a novanta giorni, ove gia' fissata alla data di entrata in vigore del presente decreto.

Art. 31-bis.

(((Misure urgenti in tema di prove orali del concorso notarile e dell'esame di abilitazione all'esercizio della professione forense nonche' in materia di elezioni degli organi territoriali e nazionali degli ordini professionali).))

((1. All'[articolo 254, comma 3, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), le parole: "programmati sino al 30 settembre 2020" sono soppresse.

2. Il rinnovo degli organi collegiali degli ordini e dei collegi professionali, nazionali e territoriali, puo' avvenire, in tutto o in parte, secondo modalita' telematiche, nel rispetto dei principi di segretezza e liberta' nella partecipazione al voto.

3. Il consiglio nazionale dell'ordine o del collegio stabilisce, con proprio regolamento da adottare, secondo le norme previste dai rispettivi ordinamenti, entro sessanta giorni a far data dal 9 novembre 2020, le modalita' di espressione del voto a distanza e le procedure di insediamento degli organi.

4. Nel caso di cui al comma 2 e per il medesimo fine, il consiglio nazionale dell'ordine o del collegio dispone con proprio provvedimento il differimento della data delle elezioni degli organi territoriali e nazionali che si svolgono in forma assembleare, ove in corso di svolgimento alla data del 9 novembre 2020, per un periodo non superiore a novanta giorni dalla medesima data.

5. Fino alla data di insediamento dei nuovi organi eletti ai sensi del presente articolo e in deroga ai termini di cui all'[articolo 3 della legge 15 luglio 1994, n. 444](#), sono fatti salvi gli atti emanati dagli ordini e collegi territoriali e nazionali scaduti.))

Art. 31-ter.

(((Differimento dell'entrata in vigore della class action).))

((1. All'[articolo 7, comma 1, della legge 12 aprile 2019, n. 31](#), le parole: "diciannove mesi" sono sostituite dalle seguenti: "venticinque mesi".))

Art. 31-quater.

(Disposizioni d'urgenza per lo svolgimento delle elezioni suppletive per la Camera dei deputati e per il Senato della Repubblica per l'anno 2020).

1. In considerazione della grave recrudescenza dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e al fine di contenere il carattere particolarmente diffusivo del contagio, in deroga a quanto previsto dall'articolo 86, commi 3 e 4, del testo unico di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 30 marzo 1957, n. 361, nonché dall'articolo 21-ter, comma 3](#), del testo unico di cui al [decreto legislativo 20 dicembre 1993, n. 533](#), le elezioni suppletive per i seggi della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica dichiarati vacanti ((entro il 28 febbraio 2021)) si svolgono ((entro il 20 maggio 2021)).

2. Dall'attuazione del comma 1 non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Ad essa si provvede con le sole risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

Art. 31-quinquies.

((Differimento delle elezioni degli organismi della rappresentanza sindacale).))

((1. Tenuto conto dell'emergenza epidemiologica in atto, con riferimento al periodo contrattuale 2022-2024, i dati relativi alle deleghe rilasciate a ciascuna amministrazione, necessari per l'accertamento della rappresentatività di cui all'[articolo 43 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165](#), sono rilevati alla data del 31 dicembre 2021 e trasmessi all'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) non oltre il 31 marzo dell'anno successivo dalle pubbliche amministrazioni, controfirmati da un rappresentante dell'organizzazione sindacale interessata, con modalità che garantiscano la riservatezza delle informazioni. In via eccezionale e con riferimento al periodo contrattuale 2022-2024 sono prorogati, in deroga all'[articolo 42, comma 4, del decreto legislativo n. 165 del 2001](#), gli organismi di rappresentanza del personale anche se le relative elezioni siano state già indette. Le elezioni relative al rinnovo dei predetti organismi di rappresentanza si svolgono entro il 15 aprile 2022.

2. Gli appositi accordi di cui all'[articolo 42, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165](#), per le elezioni per il rinnovo delle rappresentanze sindacali unitarie possono prevedere il ricorso a modalità telematiche in funzione dello snellimento delle

procedure, anche con riferimento alla presentazione delle liste ed alle assemblee sindacali.))

Art. 31-sexies.

(((Rinvio del federalismo fiscale).))

((1. Nelle more del riordino del sistema della fiscalita' locale, al [decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 2, comma 1, la parola: "2021", ovunque ricorre, e' sostituita dalla seguente: "2023";

b) all'articolo 4:

1) al comma 2, le parole: "Per gli anni dal 2011 al 2020" sono sostituite dalle seguenti: "Per gli anni dal 2011 al 2022" e le parole: "A decorrere dall'anno 2021" sono sostituite dalle seguenti: "A decorrere dall'anno 2023";

2) al comma 3, le parole: "A decorrere dall'anno 2021" sono sostituite dalle seguenti: "A decorrere dall'anno 2023";

c) all'articolo 7:

1) al comma 1, le parole: "A decorrere dall'anno 2021" sono sostituite dalle seguenti: "A decorrere dall'anno 2023";

2) al comma 2, le parole: "entro il 31 luglio 2020" sono sostituite dalle seguenti: "entro il 31 luglio 2022";

d) all'articolo 15, commi 1 e 5, la parola: "2021" e' sostituita dalla seguente: "2023".))

Art. 31-septies.

(((Disposizioni in materia di razionalizzazione del modello contrattuale del Ministero dell'economia e delle finanze con la SOGEI Spa).))

((1. All'[articolo 4, comma 3-bis, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 7 agosto 2012, n. 135](#), le parole da: "che, sulla base" fino alla fine del comma sono sostituite dalle seguenti: "e sono svolte sulla base delle strategie di sviluppo per l'informatica, definite dal Ministero dell'economia e delle finanze, di comune intesa tra i capi dei Dipartimenti. Ciascun Dipartimento del Ministero dell'economia e delle finanze, fatta eccezione per il Dipartimento delle finanze relativamente al Sistema informativo della fiscalita', entro il 31 dicembre 2021, stipula un apposito accordo con la Societa' di cui all'[articolo 83, comma 15, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 6 agosto 2008, n. 133](#), per la progettazione, lo sviluppo e la conduzione delle infrastrutture, dei

sistemi e delle soluzioni informatiche, della connettività e per l'erogazione dei connessi servizi, secondo il modello relazionale definito dal Dipartimento. Analoga facoltà è riconosciuta al Segretariato generale della Corte dei conti per quanto concerne i sistemi informativi attinenti al sistema di finanza pubblica. A partire dal 1° gennaio 2021 con uno o più provvedimenti del Capo del Dipartimento dell'amministrazione generale del personale e dei servizi, sentita la SOGEI Spa, gli importi dei corrispettivi previsti dalla convenzione per la realizzazione e gestione delle attività informatiche dello Stato 2013-2016 sono rideterminati, in conseguenza della sottoscrizione degli accordi e dei disciplinari stipulati dai singoli Dipartimenti, secondo criteri di ripartizione definiti ed applicati nell'ambito della convenzione, ivi inclusi quelli applicati nell'ambito delle attività di customer satisfaction, approvati dal Comitato di governo della convenzione relativamente all'anno precedente. Gli effetti della convenzione di cui al quarto periodo e degli altri accordi e rapporti contrattuali ad essa correlati cessano a seguito dell'efficacia di tutti gli accordi previsti al secondo e al terzo periodo. Il Dipartimento delle finanze, ai sensi dall'[articolo 56, comma 1, lettera e\), del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300](#), e dell'[articolo 5, comma 4, del decreto-legge 2 marzo 2012, n. 16](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 26 aprile 2012, n. 44](#), stipula, d'intesa con le Agenzie fiscali e gli altri enti della fiscalità, entro il 31 dicembre 2021, un nuovo atto regolativo con la Società di cui all'[articolo 83, comma 15, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 6 agosto 2008, n. 133](#), per il Sistema informativo della fiscalità. Fino alla stipula del nuovo atto regolativo, continuano ad avere vigore gli istituti contrattuali che disciplinano il rapporto di servizio tra l'Amministrazione finanziaria e la SOGEI Spa".))

Art. 31-octies.

(Responsabilità per l'inadempimento degli obblighi previsti dall'[articolo 52, comma 7, della legge 24 dicembre 2012, n. 234](#), e risoluzione delle controversie internazionali).

1. In considerazione dell'incremento del numero di aiuti individuali alle imprese e dei soggetti concedenti gli aiuti, anche per effetto delle misure eccezionali e transitorie attivabili nell'ambito del quadro temporaneo per gli aiuti di Stato a sostegno dell'economia nel corso dell'attuale emergenza da COVID-19, e tenuto conto dell'esigenza di procedere al tempestivo utilizzo delle risorse pubbliche per contrastare e mitigare gli effetti della crisi, in deroga all'articolo 52, comma 7, terzo periodo, della [legge 24 dicembre 2012, n. 234](#), e all'[articolo 17, comma 3](#), del regolamento di

cui al [decreto del Ministro dello sviluppo economico 31 maggio 2017, n. 115](#), nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2020 e il ((31 dicembre 2023)), l'inadempimento degli obblighi di registrazione degli aiuti di Stato di cui al citato articolo 52, commi 1, 3 e 7, secondo periodo, non comporta responsabilit  patrimoniale del responsabile della concessione o dell'erogazione degli aiuti medesimi.

2. Al fine di definire modalit  semplificate per l'inserimento degli aiuti di Stato di natura fiscale, contributiva e assicurativa nel Registro nazionale degli aiuti di Stato e di razionalizzare il relativo regime di responsabilit , sono apportate le necessarie modifiche al regolamento di cui all'[articolo 52, comma 6](#), e all'[articolo 52, comma 7, della legge 24 dicembre 2012, n. 234](#), entro il 31 dicembre 2022.

3. All'articolo 29, comma 7, secondo periodo, del [decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 30 luglio 2010, n. 122](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) le parole: "vigenti convenzioni contro le doppie imposizioni sui redditi e" sono sostituite dalle seguenti: "vigenti convenzioni contro le doppie imposizioni sui redditi,";

b) dopo le parole: "[legge 22 marzo 1993, n. 99](#)," sono inserite le seguenti: "e dalla [direttiva \(UE\) 2017/1852 del Consiglio, del 10 ottobre 2017](#), attuata con [decreto legislativo 10 giugno 2020, n. 49](#), e al fine della definizione delle procedure amichevoli interpretative di carattere generale e degli atti dell'Agenzia delle entrate adottati in attuazione di tali procedure amichevoli,".

4. All'[articolo 20 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 602](#), dopo il primo periodo e' aggiunto il seguente: "Nel caso in cui le imposte o le maggiori imposte sono dovute in esecuzione di accordi conclusi con le autorit  competenti degli Stati esteri a seguito delle procedure amichevoli interpretative a carattere generale previste dalle Convenzioni contro le doppie imposizioni sui redditi, gli interessi di cui al periodo precedente si applicano a decorrere dalla data dei predetti accordi".

Art. 31-novies.

(Facolt  di estensione del termine di durata dei fondi immobiliari quotati).

1. I gestori di fondi di investimento alternativi che, ai sensi delle previsioni di legge e del regolamento del fondo, gestiscono fondi immobiliari italiani i cui certificati rappresentativi delle quote risultino ammessi alle negoziazioni in un mercato regolamentato o in un sistema multilaterale di negoziazione, possono, ((entro il 31 dicembre 2022)), nell'esclusivo interesse dei partecipanti, modificare il regolamento del fondo secondo le procedure di cui al

presente articolo, per stabilire la possibilita' di prorogare in via straordinaria il termine di durata del fondo ((non oltre il 31 dicembre 2023)) al solo fine di completare lo smobilizzo degli investimenti (la "Proroga Straordinaria"). Tale modifica del regolamento e' possibile per i fondi immobiliari anzidetti, esistenti alla data del 30 novembre 2020, anche nel caso in cui: 1) il relativo regolamento di gestione gia' preveda la possibilita' di prorogarne la durata per un massimo di tre anni, ai sensi dell'articolo 11, comma 2, del regolamento di cui al [decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 5 marzo 2015, n. 30](#) (il "Periodo di Grazia"), ma tale facolta' non sia stata ancora esercitata alla data del 30 novembre 2020, fermo restando che in tal caso i gestori dovranno eventualmente avvalersi prima della Proroga Straordinaria e, solo in seguito, della proroga di cui al Periodo di Grazia; 2) sia gia' stata deliberata la proroga della durata ai sensi dell'articolo 11, comma 2, del regolamento di cui al [decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 5 marzo 2015, n. 30](#) ("Periodo di Grazia"), ovvero i fondi immobiliari anzidetti si trovino nel Periodo di Grazia; 3) il relativo regolamento di gestione gia' preveda la possibilita' di avvalersi della proroga straordinaria di cui all'[articolo 22, comma 5-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 91](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 11 agosto 2014, n. 116](#); 4) la loro scadenza ricorra ((entro il 31 dicembre 2022)). L'eventuale adozione della Proroga Straordinaria vale come revoca del Periodo di Grazia, a partire dalla data di effettiva adozione della Proroga Straordinaria, fermo restando che una volta scaduto il termine della Proroga Straordinaria i gestori possono eventualmente avvalersi nuovamente del Periodo di Grazia solo ed esclusivamente per un termine pari alla durata residua del Periodo di Grazia alla data di effettiva adozione della Proroga Straordinaria.

2. I gestori esercitano i poteri di eventuale Proroga Straordinaria di cui al comma 1, previa approvazione dell'assemblea dei partecipanti dei fondi. I gestori possono prevedere la riunione ed il voto esclusivamente mediante mezzi di telecomunicazione, nel rispetto dei termini e delle condizioni, quanto alle modalita' di svolgimento, di cui all'[articolo 106, comma 2, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#). L'avviso di convocazione dell'assemblea e' pubblicato, anche in deroga ai termini di preavviso previsti nei regolamenti di gestione, con un preavviso minimo di sette giorni di calendario. Durante il periodo di Proroga Straordinaria e, nel caso in cui il gestore vi faccia ricorso, nel successivo Periodo di Grazia, la misura della commissione di gestione su base annuale e' ridotta di due terzi rispetto alla commissione di gestione originariamente indicata nel relativo regolamento al momento dell'istituzione del fondo gestito ed e' fatto divieto di prelevare dal fondo provvigioni di incentivo.

3. In quanto compatibili si applicano le disposizioni di cui all'[articolo 22, commi da 5-quater a 5-novies, del decreto-legge 24](#)

giugno 2014, n. 91, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 116.

4. Le modifiche ai regolamenti di gestione dei fondi apportate in conformita' al presente articolo si intendono approvate in via generale ai sensi del provvedimento della Banca d'Italia del 19 gennaio 2015, sulla gestione collettiva del risparmio, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2015.

Art. 31-decies.

(((Modifiche all'articolo 58 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126).))

((1. All'articolo 58 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, le parole: "pari a 600 milioni di euro per l'anno 2020 che costituisce limite di spesa" sono sostituite dalle seguenti: "pari a 250 milioni di euro per l'anno 2020 e 200 milioni di euro per l'anno 2021 che costituiscono limite di spesa. Le risorse relative all'anno 2021 concorrono al finanziamento e all'integrazione delle istanze di contributo gia' presentate entro il 15 dicembre 2020 e parzialmente soddisfatte con lo stanziamento per l'anno 2020 nonche' al finanziamento delle eventuali ulteriori istanze di contributo raccolte con le medesime modalita' e procedure di cui al comma 6 del presente articolo e al decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali 27 ottobre 2020, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 277 del 6 novembre 2020. Al fine di un celere avvio delle procedure di erogazione del contributo ivi previsto, il Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali provvede a trasferire al soggetto gestore della misura di cui all'articolo 6 del citato decreto ministeriale 27 ottobre 2020, entro il 31 dicembre 2020, un importo pari a 250 milioni di euro";

b) al comma 2, le parole da: "con codice ATECO prevalente" fino a "materia prima di territorio" sono sostituite dalle seguenti: "con codice ATECO prevalente 56.10.11, 56.21.00, 56.29.10, 56.29.20 e, limitatamente alle attivita' autorizzate alla somministrazione di cibo, 55.10.00, nonche' con codice ATECO 55.20.52 e 56.10.12, per l'acquisto di prodotti, inclusi quelli vitivinicoli, di filiere agricole e alimentari, anche DOP e IGP, valorizzando la materia prima di territorio. Gli ittiturismi, ai soli fini della presente procedura, indicano il codice ATECO 56.10.12".

2. L'articolo 3 del decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali 27 ottobre 2020, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 277 del 6 novembre 2020, e' conseguentemente adeguato a

quanto previsto al comma 1, lettera a).

3. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a 200 milioni di euro per l'anno 2021, si provvede ai sensi dell'articolo 34.))

Art. 31-undecies.

(((Disposizioni in materia di infrastrutture stradali).))

((1. In relazione alle infrastrutture autostradali di cui all'[articolo 13-bis, comma 1, del decreto-legge 16 ottobre 2017, n. 148](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 4 dicembre 2017, n. 172](#), al fine di consentire alle regioni e agli enti locali di potersi avvalere di societa' in house esistenti nel ruolo di concessionari ai sensi della lettera b) del medesimo comma 1, la societa' da essi a tale fine individuata puo' procedere, ai sensi e per gli effetti dell'[articolo 2437-sexies del codice civile](#) ed anche in deroga allo statuto, al riscatto previa delibera dell'assemblea dei soci, adottata con la maggioranza prevista per le assemblee straordinarie, delle azioni di titolarita', alla data del 30 novembre 2020, di soggetti diversi dalle pubbliche amministrazioni di cui all'[articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165](#). In caso di riscatto, i termini di quindici giorni e di trenta giorni previsti dall'[articolo 2437-quater, secondo comma, del codice civile](#) sono ridotti rispettivamente a cinque giorni e a dieci giorni e il termine di cui al quinto comma del medesimo articolo 2437-quater e' ridotto a venti giorni. Relativamente all'infrastruttura autostradale A22 Brennero-Modena, ai fini della determinazione del valore di liquidazione delle azioni, non si tiene conto della consistenza del fondo di cui all'[articolo 55, comma 13, della legge 27 dicembre 1997, n. 449](#).))

Art. 31-duodecies.

(((Utilizzo dei materiali legnosi provenienti dalla manutenzione dei corsi d'acqua).))

((1. Al fine di garantire la riduzione degli oneri relativi alla manutenzione dei corsi d'acqua a carico degli enti locali e degli altri enti competenti, nonche' la produzione di energia elettrica mediante impianti alimentati da biomassa, il materiale e i residui legnosi provenienti dalla manutenzione dei corsi d'acqua realizzati in base a progetti autorizzati dagli enti pubblici preposti, contenenti l'indicazione topografica e la stima dei materiali ritratti, rispondono ai criteri della tracciabilita' e rintracciabilita' di cui al [decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali 2 marzo 2010, pubblicato nella](#)

Gazzetta Ufficiale n. 103 del 5 maggio 2010, e sono conseguentemente considerati "biomassa e biogas derivanti da prodotti agricoli, di allevamento e forestali" ai sensi dell'articolo 2 del suddetto decreto nonche' inclusi nella tabella B del medesimo decreto.))

Art. 31-terdecies.

(((Modifiche al decreto legislativo 28 giugno 2005, n. 139).))

((1. Al decreto legislativo 28 giugno 2005, n. 139, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 8, dopo il comma 1 e' aggiunto il seguente:

"1-bis. Presso ogni Consiglio dell'Ordine e' istituito il Comitato pari opportunita' eletto con le modalita' stabilite con regolamento approvato dal Consiglio nazionale";

b) all'articolo 12, comma 1, dopo la lettera m) e' inserita la seguente:

"m-bis) predispone l'elenco dei soggetti, alternati per genere almeno nelle prime posizioni, da trasmettere al presidente del tribunale nel cui circondario e' istituito l'Ordine per la nomina del consiglio di disciplina, riservando almeno i due quinti dei posti al genere meno rappresentato";

c) all'articolo 21, comma 5, e' aggiunto, in fine, il seguente periodo: "Sono ammesse solo le liste nelle quali e' assicurato l'equilibrio tra i generi in modo che al genere meno rappresentato sia attribuita una quota non inferiore a due quinti, arrotondata per difetto";

d) all'articolo 25, comma 6, dopo le parole: "nel rispetto delle proporzioni di cui al comma 2" sono inserite le seguenti: "e dell'equilibrio tra i generi" ed e' aggiunto, in fine, il seguente periodo: "Al fine di assicurare l'equilibrio tra i generi, le liste elettorali devono riservare almeno i due quinti dei posti al genere meno rappresentato";

e) all'articolo 26, dopo il comma 4 e' aggiunto il seguente:

"4-bis. Presso il Consiglio nazionale e' istituito il Comitato nazionale pari opportunita', i cui componenti sono costituiti da un rappresentante per ciascuna regione scelto dai Comitati pari opportunita' locali, oltre a due delegati consiglieri nazionali".

2. Le disposizioni di cui al comma 1, lettere c) e d), non si applicano ai procedimenti elettorali gia' avviati alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto)).

Art. 32.

(Misure per la funzionalita' delle Forze di polizia e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco)

1 .Ai fini della prosecuzione, a decorrere dal 16 ottobre 2020 e fino al 24 novembre 2020, del dispositivo di pubblica sicurezza preordinato al contenimento della diffusione del COVID-19, nonche' dello svolgimento dei maggiori compiti comunque connessi all'emergenza epidemiologica in corso, e' autorizzata, per l'anno 2020, l'ulteriore spesa di euro 67.761.547, di cui euro 52.457.280 per il pagamento delle indennita' di ordine pubblico del personale delle Forze di polizia e degli altri oneri connessi all'impiego del personale delle polizie locali ed euro 15.304.267 per il pagamento delle prestazioni di lavoro straordinario del personale delle Forze di polizia.

2. Al fine di garantire, per il periodo di cui al comma 1, la funzionalita' del Corpo nazionale dei vigili del fuoco in relazione agli accresciuti impegni connessi all'emergenza epidemiologica in corso e' autorizzata, per l'anno 2020, l'ulteriore spesa di euro 734.208 per il pagamento delle prestazioni di lavoro straordinario del personale dei vigili del fuoco.

3. Alla copertura degli oneri di cui al presente articolo, pari complessivamente ad euro 68.495.755, si provvede ai sensi dell'articolo 34.

Art. 32-bis.

(((Misure per la funzionalita' delle Forze di polizia, del Corpo nazionale dei vigili del fuoco, delle Forze armate e del Corpo di polizia penitenziaria, nonche' per l'emersione del lavoro irregolare).))

((1. Ai fini della prosecuzione, a decorrere dal 25 novembre e fino al 31 dicembre 2020, del dispositivo di pubblica sicurezza preordinato al contenimento della diffusione del contagio da COVID-19, nonche' dello svolgimento dei maggiori compiti comunque connessi all'emergenza epidemiologica in corso, e' autorizzata, per l'anno 2020, l'ulteriore spesa di euro 62.296.824, di cui euro 48.522.984 per il pagamento delle indennita' di ordine pubblico del personale delle Forze di polizia e degli altri oneri connessi all'impiego del personale delle polizie locali ed euro 13.773.840 per il pagamento delle prestazioni di lavoro straordinario del personale delle Forze di polizia.

2. Al fine di garantire la piena funzionalita' del dispositivo di soccorso del Corpo nazionale dei vigili del fuoco, a decorrere dal 1° novembre e fino al 31 dicembre 2020, e per garantire le attivita' di soccorso pubblico e di scorta tecnica in caso di trasferimento in condizioni di biocontenimento, a decorrere dal 25 novembre e fino al 31 dicembre 2020, in relazione agli accresciuti impegni connessi

all'emergenza epidemiologica in corso, e' autorizzata, per l'anno 2020, l'ulteriore spesa di euro 5.325.302 per il pagamento delle prestazioni di lavoro straordinario del personale del Corpo nazionale dei vigili del fuoco.

3. A decorrere dal 31 ottobre 2020 e fino al 31 gennaio 2021, per consentire il pagamento delle competenze per lavoro straordinario e del compenso forfetario di impiego al personale militare medico, paramedico, di supporto e a quello costantemente impiegato nelle sale operative delle Forze armate, indispensabile ad assicurare lo svolgimento delle molteplici attivita' aggiuntive necessarie a contrastare l'eccezionale diffusione del COVID-19 sull'intero territorio nazionale, e' autorizzata la spesa complessiva di euro 6.507.485, di cui euro 4.338.323 per l'anno 2020 ed euro 2.169.162 per l'anno 2021. I compensi accessori di cui al presente comma possono essere corrisposti anche in deroga ai limiti individuali di cui all'[articolo 10, comma 3, della legge 8 agosto 1990, n. 231](#), e a quelli stabiliti dall'[articolo 9, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 11 settembre 2007, n. 171](#).

4. All'[articolo 103 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 23, primo periodo, le parole: "24.615.384 euro per il 2020 e di 5.384.616 euro per il 2021" sono sostituite dalle seguenti: "30.000.000 di euro per l'anno 2021";

b) al comma 25, primo periodo, le parole: "euro 24.615.384 per l'anno 2020 e di euro 5.384.616 per l'anno 2021," sono sostituite dalle seguenti: "30.000.000 di euro per l'anno 2021".

5. Al fine di dare piena attuazione alle misure urgenti volte a garantire, nel piu' gravoso contesto di gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, il regolare e pieno svolgimento delle attivita' istituzionali di trattamento e di sicurezza negli istituti penitenziari, e' autorizzata, per l'anno 2020, la spesa complessiva di euro 3.636.500 per il pagamento, anche in deroga ai limiti vigenti, delle prestazioni di lavoro straordinario del personale appartenente al Corpo di polizia penitenziaria svolte nel periodo dal 16 ottobre al 31 dicembre 2020.

6. Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 5 si provvede, per l'anno 2020, quanto a euro 571.500, mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'[articolo 1, comma 457, della legge 27 dicembre 2017, n. 205](#), e, quanto a euro 3.065.000, mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2020-2022, nell'ambito del programma "Fondi di riserva e speciali" della missione "Fondi da ripartire" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2020, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della giustizia.

7. Agli oneri derivanti dai commi 1, 2, 3 e 4 del presente

articolo, pari a 71,96 milioni di euro per l'anno 2020 e a 26,78 milioni di euro per l'anno 2021, si provvede ai sensi dell'articolo 34.))

Art. 32-ter.

((Trattazione scritta di udienze civili da parte di magistrati onorari).))

((1. Al fine della corresponsione dell'indennita' di udienza di cui all'[articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 273](#), in favore dei magistrati onorari che esercitano la funzione di giudice onorario di tribunale, la modalita' di svolgimento delle udienze civili a trattazione scritta, di cui all'[articolo 221, comma 4, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), si intende equiparata alla modalita' di svolgimento delle udienze civili in presenza.

2. Dall'attuazione delle disposizioni di cui al comma 1 non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.))

Art. 32-quater.

(Contributo in favore delle regioni a statuto ordinario per il ristoro delle categorie soggette a restrizioni in relazione all'emergenza da COVID-19).

1. Fermi restando gli obiettivi di finanza pubblica a carico di ciascuna regione a statuto ordinario di cui all'[articolo 1, comma 841, lettera b\), della legge 30 dicembre 2018, n. 145](#), e' assegnato alle regioni a statuto ordinario un contributo per l'anno 2020 di 250 milioni di euro ripartito secondo la tabella A, destinato al finanziamento delle quote capitale dei debiti finanziari in scadenza nell'anno 2020. Il contributo non concorre alla determinazione del saldo di cui al [comma 466 dell'articolo 1 della legge 11 dicembre 2016, n. 232](#). Le risorse conseguentemente liberate sono destinate al ristoro delle categorie soggette a restrizioni in relazione all'emergenza da COVID-19 o riversate al bilancio dello Stato, qualora i ristori stessi non siano assegnati entro il 31 dicembre 2020. Le variazioni di bilancio riguardanti l'utilizzo delle risorse trasferite dal bilancio dello Stato connesse all'emergenza da COVID-19 possono essere stabilite dalle regioni sino al 31 dicembre 2020 con delibera della giunta. Ai relativi oneri, pari a 250 milioni di euro per l'anno 2020 in termini di saldo netto da finanziare e a 250 milioni di euro per l'anno 2021 in termini di fabbisogno e indebitamento netto, si provvede ai sensi dell'articolo 34.

+=====+			
Tabella A			
+=====+			
			Riparto del
			contributo per la
Regioni	Percentuale di riparto	riduzione del debito	
+-----+			
Abruzzo		3,16%	7.906.447,37
+-----+			
Basilicata		2,50%	6.246.447,37
+-----+			
Calabria		4,46%	11.151.447,37
+-----+			
Campania		10,54%	26.349.605,26
+-----+			
Emilia-Romagna		8,51%	21.266.447,37
+-----+			
Lazio		11,70%	29.258.289,47
+-----+			
Liguria		3,10%	7.751.973,68
+-----+			
Lombardia		17,48%	43.706.315,79
+-----+			
Marche		3,48%	8.705.921,05
+-----+			
Molise		0,96%	2.393.026,32
+-----+			
Piemonte		8,23%	20.568.026,32
+-----+			
Puglia		8,15%	20.381.710,53
+-----+			
Toscana		7,82%	19.543.289,47
+-----+			
Umbria		1,96%	4.905.131,58
+-----+			
Veneto		7,95%	19.865.921,05
+-----+			
	TOTALE	100,00%	250.000.000,00
+-----+			

((2. Per l'anno 2021 e' assegnato alle Regioni a statuto ordinario un contributo di 110 milioni di euro destinato al ristoro delle categorie soggette a restrizioni in relazione all'emergenza da COVID-19, ripartito secondo gli importi indicati nella seguente tabella.

Tabella

=====		
		RIPARTO CONTRIBUTO
REGIONE	PERCENTUALE DI RIPARTO	2021
+=====+		
Abruzzo	3,16%	3.500.000
+-----+	+-----+	+-----+
Basilicata	2,50%	2.750.000
+-----+	+-----+	+-----+
Calabria	4,46%	4.900.000
+-----+	+-----+	+-----+
Campania	10,54%	11.600.000
+-----+	+-----+	+-----+
Emilia- Romagna	8,51%	9.350.000
+-----+	+-----+	+-----+
Lazio	11,70%	12.850.000
+-----+	+-----+	+-----+
Liguria	3,10%	3.400.000
+-----+	+-----+	+-----+
Lombardia	17,48%	19.250.000
+-----+	+-----+	+-----+
Marche	3,48%	3.850.000
+-----+	+-----+	+-----+
Molise	0,96%	1.050.000
+-----+	+-----+	+-----+
Piemonte	8,23%	9.050.000
+-----+	+-----+	+-----+
Puglia	8,15%	8.950.000
+-----+	+-----+	+-----+
Toscana	7,82%	8.600.000
+-----+	+-----+	+-----+
Umbria	1,96%	2.150.000
+-----+	+-----+	+-----+
Veneto	7,95%	8.750.000
+-----+	+-----+	+-----+
TOTALE	100,00%	110.000.000
+-----+	+-----+	+-----+))

3. All'onere derivante dal comma 2, pari a 110 milioni di euro, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#), come rifinanziato dall'articolo 34, comma 6, del presente decreto.

Art. 32-quinquies.

((Misure di ristoro per le famiglie residenti e per le imprese locali delle isole minori).))

((1. In considerazione del fatto che l'approvvigionamento idrico delle isole minori e' piu' oneroso rispetto alla media nazionale, a parziale copertura delle spese per l'acquisto dell'acqua e per l'abbattimento della relativa tariffa nei limiti dello stanziamento di cui al presente articolo, allo scopo di non gravare ulteriormente sulla precaria situazione finanziaria creata dalla pandemia alle famiglie residenti e alle imprese locali, e' disposta la concessione di un trasferimento ai comuni delle isole minori di euro 3 milioni per l'anno 2021.

2. Il riparto delle risorse di cui al comma 1 e' effettuato con decreto del Ministro dell'interno, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-citta' ed autonomie locali, da adottare entro il 28 febbraio 2021, in proporzione alle spese sostenute nell'anno 2020 per l'acquisto e l'approvvigionamento dell'acqua, come certificate dai comuni interessati entro il 31 gennaio 2021.

3. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo, pari a 3 milioni di euro per l'anno 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#), come rifinanziato dall'articolo 34, comma 6, del presente decreto.))

Art. 32-sexies.

(Disposizioni in favore dei lavoratori appartenenti al bacino PIP - Emergenza Palermo).

1. Gli enti locali sono autorizzati alla prosecuzione dei rapporti di lavoro di personale con contratto di lavoro atipico appartenente al bacino PIP - Emergenza Palermo di cui alla [legge regionale 26 novembre 2000, n. 24](#), in essere o scaduti nell'anno 2020, fino al ((31 marzo 2022)).

2. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti previsti dal presente articolo con l'utilizzo delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Art. 33.

(Fondo anticipazione di liquidita')

1. Per l'anno 2020 le Regioni a statuto speciale utilizzano le quote accantonate e vincolate del risultato di amministrazione senza operare la nettizzazione del fondo anticipazione liquidita'. Alla compensazione in termini di indebitamento e fabbisogno, pari a 5 milioni di euro per l'anno 2020, a 83 milioni di euro per l'anno 2021, a 137 milioni di euro per l'anno 2022, a 23 milioni di euro per l'anno 2023 e a 21 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024 e 2025, si provvede ((ai sensi)) dell'articolo 34.

Art. 33-bis.

(((Clausola di salvaguardia).))

((1. Le disposizioni del presente decreto sono applicabili nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione, anche con riferimento alla [legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3](#))).

TITOLO IV

Disposizioni finali

Art. 34.

(Disposizioni finanziarie).

1. Il Fondo per interventi strutturali di politica economica di cui all'[articolo 10, comma 5, del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 282](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 27 dicembre 2004, n. 307](#), e' incrementato di 16 milioni di euro per l'anno 2021 e di 50 milioni di euro per l'anno 2023.

2. L'autorizzazione di spesa di cui all'[articolo 1, comma 186, della legge 11 dicembre 2016, n. 232](#), e' incrementata di 2 milioni di euro per l'anno 2025.

3. Le minori entrate derivanti dal comma 7, lettera a), sono valutate in 161 milioni di euro per l'anno 2022.

4. In considerazione delle necessita' connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19, per gli anni 2021 e 2022 la dotazione finanziaria complessiva del Fondo di cui all'articolo 32-ter.1 del testo unico di cui al [decreto legislativo 24 febbraio 1998, n. 58](#), ferma restando la finalita' di assicurare la gratuita' dell'accesso alla procedura ivi prevista, puo' essere utilizzata anche per le esigenze connesse alle spese di funzionamento, comunque denominate, relative, prioritariamente, al sistema di cui all'articolo 32-ter del

citato [decreto legislativo n. 58 del 1998](#).

5. Gli effetti finanziari derivanti dagli articoli 1-ter, 1-quater, 3, 6-bis, 12-ter, 13-quater, 13-quinquies, commi 3 e 4, 13-septies, 13-novies, 15-bis, 17-bis, 31-decies, 32-bis e 32-quater e dai commi 6, 10 e 11 del presente articolo sono coerenti con l'autorizzazione al ricorso all'indebitamento approvata il 26 novembre 2020 dalla Camera dei deputati e dal Senato della Repubblica con le risoluzioni di approvazione della relazione al Parlamento presentata ai sensi dell'[articolo 6 della legge 24 dicembre 2012, n. 243](#). All'allegato 1 di cui all'[articolo 1, comma 1, della legge 27 dicembre 2019, n. 160](#), gli importi, per l'anno 2020, sono rideterminati come indicato nell'Allegato 5 al presente decreto.

6. Il Fondo di cui all'[articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#), e' incrementato di 610 milioni di euro per l'anno 2021.

7. Agli oneri derivanti dagli articoli 1, 1-bis, 1-ter, 1-quater, 2, 3, 5, comma 5, 6, 6-bis, 8, 8-bis, 9, 9-bis, 9-quinquies, 12-bis, 12-ter, 13, 13-bis, 13-ter, 13-quater, 13-quinquies, commi 3 e 4, 13-septies, 13-novies, 13-duodecies, 13-terdecies, 13-quaterdecies, 13-quinquiesdecies, 13-septiesdecies, 13-duodevicies, 15, 15-bis, 16, 16-bis, 17, 17-bis, 19-quater, 19-decies, 19-undecies, 20, 21, 22-bis, 22-ter, 31-decies, 32, 32-bis, 32-quater e 33 e dai commi 1, 2, 3, 6, 10 e 11 del presente articolo, determinati complessivamente in 19.021,356 milioni di euro per l'anno 2020, 7.910,977 milioni di euro per l'anno 2021, 161,6 milioni di euro per l'anno 2022, 50 milioni di euro per l'anno 2023 e 2 milioni di euro per l'anno 2025, che aumentano, ai fini della compensazione degli effetti in termini di indebitamento netto e fabbisogno, in 9.180,177 milioni di euro per l'anno 2021, in 298,6 milioni di euro per l'anno 2022, in 73 milioni di euro per l'anno 2023, in 21 milioni di euro per l'anno 2024 e in 23 milioni di euro per l'anno 2025, si provvede:

a) quanto a 860 milioni di euro per l'anno 2020, mediante corrispondente versamento all'entrata del bilancio dello Stato, da parte dell'Agenzia delle entrate, entro dieci giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, a valere sulle somme trasferite alla predetta Agenzia per effetto dell'[articolo 176 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#);

b) quanto a 1.680 milioni di euro per l'anno 2020, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'[articolo 22-ter, comma 1, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#);

c) quanto a 3.390 milioni di euro per l'anno 2020, mediante corrispondente riduzione delle autorizzazioni di spesa di cui all'[articolo 19, comma 9, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), e di cui all'[articolo 1, comma 11, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n.](#)

126;

d) quanto a 32 milioni di euro per l'anno 2020, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'[articolo 27, comma 2, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#);

e) quanto a 18,7 milioni di euro per l'anno 2020, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'[articolo 28, comma 2, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#);

f) quanto a 18,8 milioni di euro per l'anno 2020, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'[articolo 30, comma 2, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#);

g) quanto a 3,4 milioni di euro per l'anno 2020, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'[articolo 38, comma 3, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#);

h) quanto a 101,3 milioni di euro per l'anno 2020, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'[articolo 44, comma 1, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#). Conseguentemente, il limite di spesa di cui all'articolo 1, comma 1, del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 30 aprile 2020 per il riconoscimento dei benefici di cui all'articolo 2 dello stesso decreto ministeriale, come successivamente rideterminato, e' ridotto di pari importo;

i) quanto a 804 milioni di euro per l'anno 2020, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'[articolo 84, comma 12, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#);

l) quanto a 730 milioni di euro per l'anno 2020, mediante utilizzo delle risorse di cui all'[articolo 2, comma 55, del decreto-legge 29 dicembre 2010, n. 225](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 26 febbraio 2011, n. 10](#), come modificato dall'[articolo 1, comma 167, della legge 27 dicembre 2013, n. 147](#);

m) quanto a 5 milioni di euro per l'anno 2020, a 93,3 milioni di euro per l'anno 2021, a 137 milioni di euro per l'anno 2022, a 23 milioni di euro per l'anno 2023 e a 21 milioni di euro per ciascuno degli anni 2024 e 2025, mediante corrispondente riduzione del Fondo per la compensazione degli effetti finanziari non previsti a legislazione vigente conseguenti all'attualizzazione di contributi pluriennali, di cui all'[articolo 6, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 4 dicembre 2008, n. 189](#);

n) quanto a 131 milioni di euro per l'anno 2022, mediante corrispondente riduzione del Fondo per interventi strutturali di politica economica di cui all'[articolo 10, comma 5, del decreto-legge](#)

29 novembre 2004, n. 282, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 dicembre 2004, n. 307;

o) quanto a 30,6 milioni di euro per l'anno 2022, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190;

p) quanto a 8.233,1 milioni di euro per l'anno 2021 e, in termini di indebitamento netto e fabbisogno, a 69,331 milioni di euro per l'anno 2020, 8.876,522 milioni di euro per l'anno 2021 e 53,8 milioni di euro per l'anno 2023, mediante utilizzo di quota parte delle maggiori entrate e minori spese derivanti dagli articoli 5, 9-quinquies, 12, 12-ter, 13, 13-bis, 13-ter, 13-quater, 13-quinquies, 13-septies, 13-novies, 19-undecies, 22, 32 e 32-bis e dalla lettera a) del presente comma;

q) quanto a 160 milioni di euro per l'anno 2020, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 9, comma 9, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126;

r) quanto a 5.260 milioni di euro per l'anno 2020, mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 115, comma 1, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77;

s) quanto a 200 milioni di euro per l'anno 2020, mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 3, comma 3, del decreto-legge 5 febbraio 2020, n. 3, convertito, con modificazioni, dalla legge 2 aprile 2020, n. 21;

t) quanto a 50 milioni di euro per l'anno 2020, mediante corrispondente utilizzo delle somme versate all'entrata del bilancio dello Stato ai sensi dell'articolo 148, comma 1, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, che, alla data del 9 novembre 2020, non sono state riassegnate ai pertinenti programmi e che sono acquisite per detto importo definitivamente all'erario;

u) quanto a 170 milioni di euro per l'anno 2020, mediante corrispondente utilizzo delle risorse iscritte, per il medesimo anno, nello stato di previsione del Ministero dell'interno, relative all'attivazione, alla locazione e alla gestione dei centri di trattamento e di accoglienza per stranieri irregolari;

v) quanto a 30 milioni di euro per l'anno 2020, mediante utilizzo degli importi di cui all'articolo 7, comma 1, del decreto legislativo 21 aprile 2011, n. 67;

z) quanto a 2 milioni di euro per l'anno 2025, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 256, della legge 30 dicembre 2018, n. 145;

aa) quanto a 500 milioni di euro per l'anno 2020, mediante corrispondente utilizzo del fondo speciale per la reiscrizione dei residui passivi perenti della spesa in conto capitale di cui all'articolo 27, comma 1, della legge 31 dicembre 2009, n. 196;

bb) quanto a 157 milioni di euro per l'anno 2020, mediante corrispondente utilizzo del fondo speciale per la reiscrizione dei

residui passivi perenti della spesa di parte corrente di cui all'[articolo 27, comma 1, della legge 31 dicembre 2009, n. 196](#);

cc) quanto a 220,1 milioni di euro per l'anno 2021, mediante utilizzo delle maggiori entrate e delle minori spese derivanti dagli effetti dell'articolo 13-duodecies;

dd) quanto a 24.615.384 euro per l'anno 2020, mediante corrispondente utilizzo dei risparmi rivenienti dalla disposizione di cui all'articolo 32-bis, comma 4, lettera b);

ee) quanto a 350 milioni di euro per l'anno 2020, mediante corrispondente utilizzo dei risparmi rivenienti dalla disposizione di cui all'articolo 31-decies, comma 1, lettera a);

ff) quanto a 120 milioni di euro per l'anno 2020, in termini di cassa, mediante corrispondente riduzione della missione "Fondi da ripartire", programma "Fondi di riserva e speciali", dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze;

gg) mediante il ricorso all'indebitamento di cui al comma 5.

8. Il Ministero dell'economia e delle finanze effettua il monitoraggio delle risorse destinate alle misure previste dal [decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#), dal [decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), dal [decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 5 giugno 2020, n. 40](#), dal [decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 ottobre 2020, n. 126](#), e dal presente decreto, al fine di assicurare il rispetto del limite complessivo massimo delle autorizzazioni al ricorso all'indebitamento per l'anno 2020 approvate dalla Camera dei deputati e dal Senato della Repubblica con le relative risoluzioni e, ove necessario, l'eventuale adozione delle iniziative previste dall'[articolo 17, comma 13, della legge 31 dicembre 2009, n. 196](#).

9. Le risorse destinate all'attuazione da parte dell'INPS delle misure di cui al presente decreto sono tempestivamente trasferite dal bilancio dello Stato all'Istituto medesimo.

10. Il Fondo da assegnare per la sistemazione contabile delle partite iscritte al conto sospeso, iscritto nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, e' incrementato di 90 milioni di euro per l'anno 2020. Al fine di accelerare nel 2020 l'estinzione delle partite iscritte al conto sospeso, le medesime risorse sono assegnate direttamente all'Istituto cui e' affidato il servizio di tesoreria dello Stato, il quale provvede alle relative sistemazioni fornendo al Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato e alla competente Amministrazione ogni elemento informativo utile delle operazioni effettuate di individuazione e regolazione di ciascuna partita, secondo lo schema trasmesso dal Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato.

11. Al fine di consentire l'attuazione di quanto disposto dagli [articoli 198, comma 2, 199, commi 7 e 10-bis](#), e [229, commi 2-bis](#) e

4-bis, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, e dagli articoli 85, comma 1, 88, comma 2, e 89, comma 4, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, ((nei limiti delle risorse pari a 274 milioni di euro per l'anno 2020)) e' consentita la conservazione in conto residui per il relativo utilizzo nell'esercizio successivo. Conseguentemente, per tale importo, la previsione di cui all'articolo 265, comma 9, primo periodo, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, e' da intendersi riferita all'anno 2021.

12. Ai fini dell'articolo 265, comma 9, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, si considerano utilizzate, oltre alle somme impegnate ai sensi dell'articolo 34 della legge 31 dicembre 2009, n. 196, anche quelle per le quali le amministrazioni destinatarie delle risorse di cui al comma 8 del citato articolo 265, secondo i rispettivi ordinamenti, alla data del 20 dicembre 2020, abbiano adottato gli atti presupposti all'impegno delle risorse. Per gli interventi di conto capitale non si applica quanto disposto dall'articolo 265, comma 9, primo periodo, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, e non trova applicazione la disposizione di cui all'articolo 4-quater, comma 1, lettera b), del decreto-legge 18 aprile 2019, n. 32, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 giugno 2019, n. 55, relativamente ai termini di cui al comma 3 dell'articolo 34-bis della legge n. 196 del 2009.

13. Le somme destinate all'estinzione delle anticipazioni di tesoreria previste ai sensi delle disposizioni contenute nei provvedimenti indicati al comma 8 dell'articolo 265 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, sono impegnate per la necessaria regolarizzazione.

14. Le somme non rientranti nelle fattispecie di cui ai commi 12 e 13 sono versate all'entrata del bilancio dello Stato, ivi comprese quelle relative ad ordini di accreditamento derivanti da impegni di spesa delegata per le quali non ricorrono i presupposti di cui al comma 12. I competenti organi di controllo vigilano sulla corretta applicazione del presente comma.

15. Ai fini dell'immediata attuazione delle disposizioni recate dal presente decreto, il Ministro dell'economia e delle finanze e' autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio, anche nel conto dei residui. Il Ministero dell'economia e delle finanze, ove necessario, puo' disporre il ricorso ad anticipazioni di tesoreria, la cui regolarizzazione e' effettuata con l'emissione di ordini di pagamento sui pertinenti capitoli di spesa.

Art. 35.**(Entrata in vigore)**

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e sarà presentato alle Camere per la conversione in legge.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 28 ottobre 2020

MATTARELLA

Conte, Presidente del Consiglio dei ministri

Gualtieri, Ministro dell'economia e delle finanze

Bonafede, Ministro della giustizia

Speranza, Ministro della salute

Visto, il Guardasigilli: Bonafede

**((Allegato 1
(articolo 1)**

=====	
Codice ATECO	%
+-----+	
493210 - Trasporto con taxi	100,00%
+-----+	
493220 - Trasporto mediante	
noleggio di autovetture da rimessa	
con conducente	100,00%
+-----+	
493901 - Gestioni di funicolari,	
ski-lift e seggiovie se non facenti	
parte dei sistemi di transito	
urbano o sub-urbano	200,00%

+-----+-----+		
522190 - Altre attivita' connesse		
ai trasporti terrestri nca	100,00%	
+-----+-----+		
551000 - Alberghi	150,00%	
+-----+-----+		
552010 - Villaggi turistici	150,00%	
+-----+-----+		
552020 - Ostelli della gioventu'	150,00%	
+-----+-----+		
552030 - Rifugi di montagna	150,00%	
+-----+-----+		
552040 - Colonie marine e montane	150,00%	
+-----+-----+		
552051 - Affittacamere per brevi		
soggiorni, case ed appartamenti per		
vacanze, bed and breakfast,		
residence	150,00%	
+-----+-----+		
552052 - Attivita' di alloggio		
connesse alle aziende agricole	150,00%	
+-----+-----+		
553000 - Aree di campeggio e aree		
attrezzate per camper e roulotte	150,00%	
+-----+-----+		
559020 - Alloggi per studenti e		
lavoratori con servizi accessori di		
tipo alberghiero	150,00%	
+-----+-----+		
561011 - Ristorazione con		
somministrazione	200,00%	
+-----+-----+		
561012 - Attivita' di ristorazione		
connesse alle aziende agricole	200,00%	
+-----+-----+		
561030 - Gelaterie e pasticcerie	150,00%	
+-----+-----+		
561041 - Gelaterie e pasticcerie		
ambulanti	150,00%	
+-----+-----+		
561042 - Ristorazione ambulante	200,00%	
+-----+-----+		
561050 - Ristorazione su treni e		
navi	200,00%	
+-----+-----+		
562100 - Catering per eventi,		
banqueting	200,00%	
+-----+-----+		

563000 - Bar e altri esercizi		
simili senza cucina	150,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
591300 - Attivita' di distribuzione		
cinematografica, di video e di		
programmi televisivi	200,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
591400 - Attivita' di proiezione		
cinematografica	200,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
749094 - Agenzie ed agenti o		
procuratori per lo spettacolo e lo		
sport	200,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
773994 - Noleggio di strutture ed		
attrezzature per manifestazioni e		
spettacoli: impianti luce ed audio		
senza operatore, palchi, stand ed		
addobbi luminosi	200,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
799011 - Servizi di biglietteria		
per eventi teatrali, sportivi ed		
altri eventi ricreativi e		
d'intrattenimento	200,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
799019 - Altri servizi di		
prenotazione e altre attivita' di		
assistenza turistica non svolte		
dalle agenzie di viaggio nca	200,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
799020 - Attivita' delle guide e		
degli accompagnatori turistici	200,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
823000 - Organizzazione di convegni		
e fiere	200,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
855209 - Altra formazione culturale	200,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
900101 - Attivita' nel campo della		
recitazione	200,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
900109 - Altre rappresentazioni		
artistiche	200,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
900201 - Noleggio con operatore di		
strutture ed attrezzature per		
manifestazioni e spettacoli	200,00%	
+-----+	+-----+	+-----+

900209 - Altre attivita' di		
supporto alle rappresentazioni		
artistiche		200,00%
+-----+	+-----+	+-----+
900309 - Altre creazioni artistiche		
e letterarie		200,00%
+-----+	+-----+	+-----+
900400 - Gestione di teatri, sale		
da concerto e altre strutture		
artistiche		200,00%
+-----+	+-----+	+-----+
920009 - Altre attivita' connesse		
con le lotterie e le scommesse		
(comprende le sale bingo)		200,00%
+-----+	+-----+	+-----+
931110 - Gestione di stadi		200,00%
+-----+	+-----+	+-----+
931120 - Gestione di piscine		200,00%
+-----+	+-----+	+-----+
931130 - Gestione di impianti		
sportivi polivalenti		200,00%
+-----+	+-----+	+-----+
931190 - Gestione di altri impianti		
sportivi nca		200,00%
+-----+	+-----+	+-----+
931200 - Attivita' di club sportivi		200,00%
+-----+	+-----+	+-----+
931300 - Gestione di palestre		200,00%
+-----+	+-----+	+-----+
931910 - Enti e organizzazioni		
sportive, promozione di eventi		
sportivi		200,00%
+-----+	+-----+	+-----+
931999 - Altre attivita' sportive		
nca		200,00%
+-----+	+-----+	+-----+
932100 - Parchi di divertimento e		
parchi tematici		200,00%
+-----+	+-----+	+-----+
932910 - Discoteche, sale da ballo		
night-club e simili		400,00%
+-----+	+-----+	+-----+
932930 - Sale giochi e biliardi		200,00%
+-----+	+-----+	+-----+
932990 - Altre attivita' di		
intrattenimento e di divertimento		
nca		200,00%
+-----+	+-----+	+-----+

949920 - Attivita' di		
organizzazioni che perseguono fini		
culturali, ricreativi e la		
coltivazione di hobby	200,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
949990 - Attivita' di altre		
organizzazioni associative nca	200,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
960410 - Servizi di centri per il		
benessere fisico (esclusi gli		
stabilimenti termali)	200,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
960420 - Stabilimenti termali	200,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
960905 - Organizzazione di feste e		
cerimonie	200,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
493909 - Altre attivita' di		
trasporti terrestri di passeggeri		
nca	100,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
503000 - Trasporto di passeggeri		
per vie d'acqua interne (inclusi i		
trasporti lagunari)	100,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
619020 - Posto telefonico pubblico		
ed Internet Point	50,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
742011 - Attivita' di fotoreporter	100,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
742019 - Altre attivita' di riprese		
fotografiche	100,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
855100 - Corsi sportivi e		
ricreativi	200,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
855201 - Corsi di danza	100,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
920002 - Gestione di apparecchi che		
consentono vincite in denaro		
funzionanti a moneta o a gettone	100,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
960110 - Attivita' delle lavanderie		
industriali	100,00%	
+-----+	+-----+	+-----+
477835 - Commercio al dettaglio di		
bomboniere	100,00%	
+-----+	+-----+	+-----+

522130 - Gestione di stazioni per autobus		100,00%	
+-----+			
931992 - Attivita' delle guide alpine		200,00%	
+-----+			
743000 - Traduzione e interpretariato		100,00%	
+-----+			
561020 - Ristorazione senza somministrazione con preparazione di cibi da asporto		50,00%	
+-----+			
910100 - Attivita' di biblioteche ed archivi		200,00%	
+-----+			
910200 - Attivita' di musei		200,00%	
+-----+			
910300 - Gestione di luoghi e monumenti storici e attrazioni simili		200,00%	
+-----+			
910400 - Attivita' degli orti botanici, dei giardini zoologici e delle riserve naturali		200,00%	
+-----+			
205102 - Fabbricazione di articoli esplosivi		100,00%	
+-----+))			

((Allegato 2
(articolo 1-bis)

=====			
Codice ATECO	Descrizione	%	
+-----+			
47.19.10	Grandi magazzini	200%	
+-----+			
	Empori ed altri negozi non		
	specializzati di vari prodotti non		
47.19.90	alimentari	200%	
+-----+			
	Commercio al dettaglio di tessuti		

		per l'abbigliamento, l'arredamento		
	47.51.10	e di biancheria per la casa		200%
+-----+			+-----+	
		Commercio al dettaglio di filati		
	47.51.20	per maglieria e merceria		200%
+-----+			+-----+	
		Commercio al dettaglio di tende e		
	47.53.11	tendine		200%
+-----+			+-----+	
	47.53.12	Commercio al dettaglio di tappeti		200%
+-----+			+-----+	
		Commercio al dettaglio di carta da		
		parati e rivestimenti per pavimenti		
	47.53.20	(moquette e linoleum)		200%
+-----+			+-----+	
		Commercio al dettaglio di		
		elettrodomestici in esercizi		
	47.54.00	specializzati		200%
+-----+			+-----+	
		Commercio al dettaglio di natanti e		
	47.64.20	accessori		200%
+-----+			+-----+	
		Commercio al dettaglio di calzature		
	47.72.10	e accessori		200%
+-----+			+-----+	
		Commercio al dettaglio di articoli		
	47.78.34	da regalo e per fumatori		200%
+-----+			+-----+	
		Commercio al dettaglio di mobili		
	47.59.10	per la casa		200%
+-----+			+-----+	
		Commercio al dettaglio di utensili		
		per la casa, di cristallerie e		
	47.59.20	vasellame		200%
+-----+			+-----+	
		Commercio al dettaglio di macchine		
		per cucire e per maglieria per uso		
	47.59.40	domestico		200%
+-----+			+-----+	
		Commercio al dettaglio di strumenti		
	47.59.60	musicali e spartiti		200%
+-----+			+-----+	
		Commercio al dettaglio di articoli		
		in legno, sughero, vimini e		
		articoli in plastica per uso		
	47.59.91	domestico		200%
+-----+			+-----+	
		Commercio al dettaglio di altri		

	47.59.99	articoli per uso domestico nca		200%	
+-----+			+-----+		
		Commercio al dettaglio di			
		registrazioni musicali e video in			
	47.63.00	esercizi specializzati		200%	
+-----+			+-----+		
		Commercio al dettaglio di			
	47.71.10	confezioni per adulti		200%	
+-----+			+-----+		
		Commercio al dettaglio di pellicce			
	47.71.40	e di abbigliamento in pelle		200%	
+-----+			+-----+		
		Commercio al dettaglio di cappelli,			
	47.71.50	ombrelli, guanti e cravatte		200%	
+-----+			+-----+		
		Commercio al dettaglio di articoli			
	47.72.20	di pelletteria e da viaggio		200%	
+-----+			+-----+		
		Commercio al dettaglio di orologi,			
		articoli di gioielleria e			
	47.77.00	argenteria		200%	
+-----+			+-----+		
		Commercio al dettaglio di mobili			
	47.78.10	per ufficio		200%	
+-----+			+-----+		
		Commercio al dettaglio di oggetti			
	47.78.31	d'arte (incluse le gallerie d'arte)		200%	
+-----+			+-----+		
		Commercio al dettaglio di oggetti			
	47.78.32	d'artigianato		200%	
+-----+			+-----+		
		Commercio al dettaglio di arredi			
	47.78.33	sacri ed articoli religiosi		200%	
+-----+			+-----+		
		Commercio al dettaglio di			
	47.78.35	bomboniere		200%	
+-----+			+-----+		
		Commercio al dettaglio di			
		chincaglieria e bigiotteria			
		(inclusi gli oggetti ricordo e gli			
		articoli di promozione			
	47.78.36	pubblicitaria)		200%	
+-----+			+-----+		
		Commercio al dettaglio di articoli			
	47.78.37	per le belle arti		200%	
+-----+			+-----+		
		Commercio al dettaglio di armi e			
	47.78.50	munizioni, articoli militari		200%	

Pagina 234 di 430

		Commercio al dettaglio ambulante di	
		fiori, piante, bulbi, semi e	
	47.89.01	fertilizzanti	200%
+-----+			+-----+
		Commercio al dettaglio ambulante di	
		macchine, attrezzature e prodotti	
		per l'agricoltura; attrezzature per	
	47.89.02	il giardinaggio	200%
+-----+			+-----+
		Commercio al dettaglio ambulante di	
		profumi e cosmetici; saponi,	
		detersivi ed altri detergenti per	
	47.89.03	qualsiasi uso	200%
+-----+			+-----+
		Commercio al dettaglio ambulante di	
	47.89.04	chincaglieria e bigiotteria	200%
+-----+			+-----+
		Commercio al dettaglio ambulante di	
		arredamenti per giardino; mobili;	
		tappeti e stuoie; articoli	
		casalinghi; elettrodomestici;	
	47.89.05	materiale elettrico	200%
+-----+			+-----+
		Commercio al dettaglio ambulante di	
	47.89.09	altri prodotti nca	200%
+-----+			+-----+
		Commercio al dettaglio di prodotti	
		vari, mediante l'intervento di un	
		dimostratore o di un incaricato	
	47.99.10	alla vendita (porta a porta)	200%
+-----+			+-----+
	96.02.02	Servizi degli istituti di bellezza	200%
+-----+			+-----+
	96.02.03	Servizi di manicure e pedicure	200%
+-----+			+-----+
	96.09.02	Attivita' di tatuaggio e piercing	200%
+-----+			+-----+
	96.09.03	Agenzie matrimoniali e d'incontro	200%
+-----+			+-----+
		Servizi di cura degli animali da	
		compagnia (esclusi i servizi	
	96.09.04	veterinari)	200%
+-----+			+-----+
		Altre attivita' di servizi per la	
	96.09.09	persona nca	200%
+-----+			+-----+))

((Allegato 3
(articolo 16-bis)

=====	
Codice Ateco	Descrizione
+=====+	
	Coltivazioni agricole e produzione di prodotti
01.xx.xx	animali, caccia e servizi connessi
+-----+	
02.xx.xx	Silvicoltura e utilizzo di aree forestali
+-----+	
03.xx.xx	Pesca e acquacoltura
+-----+	
11.02.10	Produzione di vini da tavola e v.q.p.r.d.
+-----+	
11.02.20	Produzione di vino spumante e altri vini speciali
+-----+	
11.05.00	Produzione di birra
+-----+	
	Commercio all'ingrosso di sementi e alimenti per il
	bestiame (mangimi), piante officinali, semi oleosi,
46.21.22	patate da semina
+-----+	
46.22.00	Commercio all'ingrosso di fiori e piante
+-----+	
47.76.10	Commercio al dettaglio di fiori e piante
+-----+	
	Commercio al dettaglio ambulante di fiori, piante,
47.89.01	bulbi, semi e fertilizzanti
+-----+	
55.20.52	Attivita' di alloggio connesse alle aziende agricole
+-----+	
	Attivita' di ristorazione connesse alle aziende
56.10.12	agricole
+-----+	
	Cura e manutenzione del paesaggio inclusi parchi
81.30.00	giardini e aiuole
+-----+	
	Servizi di gestione di pubblici mercati e pese
82.99.30	pubbliche
+-----+))	

((Allegato 4
(articolo 1-ter)

=====				
	CODICE	CODICE ATECO	DESCRIZIONE	%
+-----+				
			Agenti e rappresentanti di	
			carburanti, gpl, gas in bombole e	
	461201	46 12 01	simili; lubrificanti	100%
+-----+				
			Agenti e rappresentanti di	
			macchine ed attrezzature per	
	461403	46 14 03	ufficio	100%
+-----+				
			Agenti e rappresentanti di mobili	
			in legno, metallo e materie	
	461501	46 15 01	plastiche	100%
+-----+				
			Agenti e rappresentanti di	
			articoli casalinghi, porcellane,	
	461503	46 15 03	articoli in vetro eccetera	100%
+-----+				
			Agenti e rappresentanti di mobili	
			e oggetti di arredamento per la	
			casa in canna, vimini, giunco,	
			sughero, paglia; scope, spazzole,	
	461505	46 15 05	cesti e simili	100%
+-----+				
			Procacciatori d'affari di mobili,	
	461506	46 15 06	articoli per la casa e ferramenta	100%
+-----+				
			Mediatori in mobili, articoli per	
	461507	46 15 07	la casa e ferramenta	100%
+-----+				
			Agenti e rappresentanti di	
			vestiario ed accessori di	
	461601	46 16 01	abbigliamento	100%
+-----+				
			Agenti e rappresentanti di	
	461602	46 16 02	pellicce	100%
+-----+				
			Agenti e rappresentanti di	
			tessuti per abbigliamento ed	
			arredamento (incluse merceria e	
	461603	46 16 03	passamaneria)	100%
+-----+				

		Agenti e rappresentanti di		
		camicie, biancheria e maglieria		
461604	46 16 04	intima	100%	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
		Agenti e rappresentanti di		
461605	46 16 05	calzature ed accessori	100%	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
		Agenti e rappresentanti di		
		pelletteria, valige ed articoli		
461606	46 16 06	da viaggio	100%	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
		Agenti e rappresentanti di		
		articoli tessili per la casa,		
461607	46 16 07	tappeti, stuoie e materassi	100%	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
		Procacciatori d'affari di		
		prodotti tessili, abbigliamento,		
		pellicce, calzature e articoli in		
461608	46 16 08	pelle	100%	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
		Mediatori in prodotti tessili,		
		abbigliamento, pellicce,		
461609	46 16 09	calzature e articoli in pelle	100%	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
		Agenti e rappresentanti di		
		prodotti ortofrutticoli freschi,		
461701	46 17 01	congelati e surgelati	100%	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
		Agenti e rappresentanti di carni		
		fresche, congelate, surgelate,		
461702	46 17 02	conservate e secche; salumi	100%	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
		Agenti e rappresentanti di latte,		
461703	46 17 03	burro e formaggi	100%	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
		Agenti e rappresentanti di oli e		
		grassi alimentari: olio d'oliva e		
		di semi, margarina ed altri		
461704	46 17 04	prodotti similari	100%	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
		Agenti e rappresentanti di		
461705	46 17 05	bevande e prodotti similari	100%	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
		Agenti e rappresentanti di		
		prodotti ittici freschi,		
		congelati, surgelati e conservati		
461706	46 17 06	e secchi	100%	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+

		Agenti e rappresentanti di altri		
		prodotti alimentari (incluse le		
		uova e gli alimenti per gli		
461707	46 17 07	animali domestici); tabacco	100%	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
		Procacciatori d'affari di		
		prodotti alimentari, bevande e		
461708	46 17 08	tabacco	100%	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
		Mediatori in prodotti alimentari,		
461709	46 17 09	bevande e tabacco	100%	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
		Agenti e rappresentanti di		
461822	46 18 22	apparecchi elettrodomestici	100%	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
		Agenti e rappresentanti di		
		orologi, oggetti e semilavorati		
461892	46 18 92	per gioielleria e oreficeria	100%	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
		Agenti e rappresentanti di		
		articoli fotografici, ottici e		
		prodotti simili; strumenti		
		scientifici e per laboratori di		
461893	46 18 93	analisi	100%	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
		Agenti e rappresentanti di		
461896	46 18 96	chincaglieria e bigiotteria	100%	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
		Agenti e rappresentanti di altri		
		prodotti non alimentari nca		
		(inclusi gli imballaggi e gli		
		articoli antinfortunistici,		
461897	46 18 97	antincendio e pubblicitari)	100%	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
		Agenti e rappresentanti di vari		
		prodotti senza prevalenza di		
461901	46 19 01	alcuno	100%	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
		Procacciatori d'affari di vari		
		prodotti senza prevalenza di		
461902	46 19 02	alcuno	100%	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
		Mediatori in vari prodotti senza		
461903	46 19 03	prevalenza di alcuno	100%	
+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+))

((Allegato 5
(articolo 34, comma 5)
(importi in milioni di euro)

+-----+-----+-----+		
	RISULTATI DIFFERENZIALI	
+-----+-----+-----+		
	- COMPETENZA -	
+-----+-----+-----+		
	Descrizione risultato differenziale	2020
+-----+-----+-----+		
Livello massimo del saldo netto da		
finanziare, tenuto conto degli		
effetti derivanti dalla presente		
legge		-341.000
+-----+-----+-----+		
Livello massimo del ricorso al		
mercato finanziario, tenuto conto		
degli effetti derivanti dalla		
presente legge (*)		599.840
+-----+-----+-----+		
+-----+-----+-----+		
	- CASSA -	
+-----+-----+-----+		
	Descrizione risultato	
	differenziale	2020
+-----+-----+-----+		
Livello massimo del saldo		
netto da finanziare, tenuto		
conto degli effetti derivanti		
dalla presente legge		-389.000
+-----+-----+-----+		
Livello massimo del ricorso		
al mercato finanziario,		
tenuto conto degli effetti		
derivanti dalla presente		
legge (*)		647.840
+-----+-----+-----+		
(*) al netto delle operazioni effettuate al fine di rimborsare		
prima della scadenza o di ristrutturare passività preesistenti		
con ammortamento a carico dello Stato.		
+-----+-----+-----+))		

((Elenco 1
(articolo 23-quater, comma 1)

Elenco di enti per i quali la Corte dei conti ha accolto il ricorso dell'unita' avverso la classificazione operata ai sensi del SEC 2010 per l'anno 2019:

1. Acquirente unico Spa
2. Societa' finanziaria di promozione della cooperazione economica con i Paesi dell'Est europeo - Finest
3. Trentino Sviluppo Spa
4. Finlombarda - Finanziaria per lo sviluppo della Lombardia societa' per azioni - Finlombarda Spa
5. Garanzia partecipazioni e finanziamenti Spa - GEPAFIN Spa
6. Finanziaria regionale Valle d'Aosta - Societa' per azioni - Finaosta Spa
7. Fondazione Teatro alla Scala di Milano
8. Fondazione Accademia nazionale di Santa Cecilia)).

Tabella 1 (ARTICOLO 18)

=====		
	Quota accesso	RISORSE PER MMG TAMPONI
Regioni	2020	RAPIDI
+-----+-----+-----+		
PIEMONTE	7,36%	2.209.433,59
+-----+	+-----+	+-----+
V D'AOSTA	0,21%	63.013,50
+-----+	+-----+	+-----+
LOMBARDIA	16,64%	4.993.267,96
+-----+	+-----+	+-----+
BOLZANO	0,86%	257.461,47
+-----+	+-----+	+-----+
TRENTO	0,89%	267.069,57
+-----+	+-----+	+-----+
VENETO	8,14%	2.442.545,00
+-----+	+-----+	+-----+
FRIULI	2,06%	619.330,03
+-----+	+-----+	+-----+
LIGURIA	2,68%	804.230,97
+-----+	+-----+	+-----+
E ROMAGNA	7,46%	2.237.377,56
+-----+	+-----+	+-----+
TOSCANA	6,30%	1.889.704,34
+-----+	+-----+	+-----+

/	UMBRIA	/	1,49%	/	447.008,12	/
+-----+		+-----+		+-----+		+-----+
/	MARCHE	/	2,56%	/	769.003,80	/
+-----+		+-----+		+-----+		+-----+
/	LAZIO	/	9,68%	/	2.903.510,03	/
+-----+		+-----+		+-----+		+-----+
/	ABRUZZO	/	2,19%	/	656.940,83	/
+-----+		+-----+		+-----+		+-----+
/	MOLISE	/	0,51%	/	153.958,45	/
+-----+		+-----+		+-----+		+-----+
/	CAMPANIA	/	9,30%	/	2.790.545,16	/
+-----+		+-----+		+-----+		+-----+
/	PUGLIA	/	6,62%	/	1.986.526,10	/
+-----+		+-----+		+-----+		+-----+
/	BASILICATA	/	0,93%	/	280.312,58	/
+-----+		+-----+		+-----+		+-----+
/	CALABRIA	/	3,19%	/	957.153,68	/
+-----+		+-----+		+-----+		+-----+
/	SICILIA	/	8,16%	/	2.448.426,26	/
+-----+		+-----+		+-----+		+-----+
/	SARDEGNA	/	2,74%	/	823.181,00	/
+-----+		+-----+		+-----+		+-----+
/	TOTALE	/	100%	/	30.000.000,00	/
+-----+		+-----+		+-----+		+-----+

**DECRETO-LEGGE 9 novembre 2020 , n. 149**

Ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese e giustizia, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20G00170)

Vigente al : 8-11-2022

Titolo II

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI SALUTE, LAVORO E FAMIGLIA

Art. 9

((PROVVEDIMENTO ABROGATO DALLA [L. 18 DICEMBRE 2020, N. 176](#)))
((2))

AGGIORNAMENTO (2)

La [L. 18 dicembre 2020, n. 176](#) ha disposto (con l'art. 1, comma 2) che "Il [decreto-legge 9 novembre 2020, n. 149](#), il [decreto-legge 23 novembre 2020, n. 154](#), e il [decreto-legge 30 novembre 2020, n. 157](#), sono abrogati. Restano validi gli atti e i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base dei medesimi [decreti-legge 9 novembre 2020, n. 149](#), [23 novembre 2020, n. 154](#), e [30 novembre 2020, n. 157](#)".

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015)

(GU n.65 del 18-3-2017 - Suppl. Ordinario n. 15)

Capo I

Livelli essenziali di assistenza

IL PRESIDENTE
DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, con particolare riferimento all'art. 1, commi 1, 2, 3, 7 e 8;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, recante «Definizione dei livelli essenziali di assistenza» pubblicato nel Supplemento ordinario n. 26 alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, e successive modificazioni;

Vista la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, adottata a New York il 13 dicembre 2006, ratificata e resa esecutiva con la legge 3 marzo 2009, n. 18;

Vista la legge 15 marzo 2010, n. 38, recante «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore»;

Vista la legge 18 agosto 2015, n. 134, recante «Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie» e, in particolare, l'art. 3, comma 1, che prevede l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, con l'inserimento, per quanto attiene ai disturbi dello spettro autistico, delle prestazioni della diagnosi precoce, della cura e del trattamento individualizzato, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche disponibili;

Visto l'art. 1, comma 553, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)» con cui si dispone che, in attuazione dell'art. 1, comma 3, del Patto per la salute 2014/2016, approvato con l'Intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 1, comma 556, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, e dall'art. 9-septies del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, e in misura non superiore a 800 milioni di euro annui, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della stessa legge si provvede all'aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, recante «Definizione dei livelli essenziali di assistenza», nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica;

Visto l'art. 1, comma 554, della citata legge 28 dicembre 2015, n. 208 con cui si dispone che la definizione e l'aggiornamento dei LEA di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono effettuati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza

permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari;

Visto l'art. 1, comma 559, della stessa legge 28 dicembre 2015, n. 208 secondo il quale se la proposta attiene esclusivamente alla modifica degli elenchi di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale, ovvero alla individuazione di misure volte ad incrementare l'appropriatezza della loro erogazione e la sua approvazione non comporta ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, l'aggiornamento dei LEA e' effettuato con decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previo parere delle 2 competenti Commissioni parlamentari, da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale previa registrazione della Corte dei conti;

Visto l'art. 6, comma 3, del decreto legge 30 dicembre 2015, n. 210, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 febbraio 2016, n. 21, che ha sostituito il comma 16 dell'art. 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, disponendo che le tariffe massime vigenti delle strutture che erogano assistenza ambulatoriale, nonche' le tariffe delle prestazioni relative all'assistenza protesica di cui all'art. 2, comma 380, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, costituiscono riferimento, fino alla data del 30 settembre 2016, per la valutazione della congruita' delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica e che le tariffe massime vigenti delle strutture che erogano assistenza ospedaliera costituiscono riferimento, fino alla data del 31 dicembre 2016, per la valutazione della congruita' delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica;

Vista la legge 19 agosto 2016, n. 167, recante «Disposizioni in materia di accertamenti diagnostici neonatali obbligatori per la prevenzione e la cura delle malattie metaboliche ereditarie»;

Ritenuto, pertanto, che le nuove tariffe che saranno definite rispettivamente entro il 30 settembre 2016 ed entro il 31 dicembre 2016, debbano essere determinate in coerenza con il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato;

Acquisito il parere delle competenti Commissioni parlamentari della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica, reso in data 14 dicembre 2016;

Vista l'intesa sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 7 settembre 2016 (Rep. Atti n. 157/CSR);

Decreta:

Art. 1

Oggetto

1. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche e in coerenza con i principi e i criteri indicati dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni, i seguenti livelli essenziali di assistenza:

- a) Prevenzione collettiva e sanita' pubblica;
- b) Assistenza distrettuale;
- c) Assistenza ospedaliera.

2. I livelli essenziali di assistenza di cui al comma 1 si articolano nelle attivita', servizi e prestazioni individuati dal presente decreto e dagli allegati che ne costituiscono parte integrante.

Capo II

Prevenzione collettiva e sanita' pubblica

Art. 2

Aree di attivita' della prevenzione collettiva e sanita' pubblica

1. Nell'ambito della Prevenzione collettiva e sanita' pubblica, il Servizio sanitario nazionale garantisce, attraverso i propri servizi nonche' avvalendosi dei medici ed i pediatri convenzionati, le seguenti attivita':

- a) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- b) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- c) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- d) salute animale e igiene urbana veterinaria;
- e) sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- f) sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- g) attivita' medico legali per finalita' pubbliche.

2. Nell'ambito delle attivita' di cui al comma 1, il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni indicate nell'allegato 1 al presente decreto.

Capo III

Assistenza distrettuale

Art. 3

Aree di attivita' dell'assistenza distrettuale

1. Il livello dell'assistenza distrettuale si articola nelle seguenti aree di attivita':

- a) assistenza sanitaria di base;
- b) emergenza sanitaria territoriale;
- c) assistenza farmaceutica;
- d) assistenza integrativa;
- e) assistenza specialistica ambulatoriale;
- f) assistenza protesica;
- g) assistenza termale;
- h) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
- i) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

Art. 4

Assistenza sanitaria di base

1. Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, il Servizio sanitario nazionale garantisce, attraverso i propri servizi ed attraverso i medici ed i pediatri convenzionati, la gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche secondo la migliore pratica ed in accordo con il malato, inclusi gli interventi e le azioni di promozione e di tutela globale della salute.

2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce in particolare le seguenti attivita' e prestazioni:

- a) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e la sensibilizzazione sulle tematiche attinenti l'adozione di comportamenti e stili di vita positivi per la salute;

b) l'informazione ai cittadini sui servizi e le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale e regionale e sul loro corretto uso, incluso il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie ed il regime delle esenzioni;

c) l'educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari, il counselling per la gestione della malattia o della disabilità e la prevenzione delle complicanze;

d) l'attivazione di percorsi assistenziali a favore del bambino, che prevedano la presa in carico entro il primo mese di vita, in collaborazione con le strutture consultoriali ed ospedaliere, e a favore dell'adulto, anche attraverso la valutazione multidimensionale e la tenuta della scheda sanitaria, il consulto con lo specialista e la continuità assistenziale nelle fasi dell'accesso al ricovero ospedaliero, della degenza e in quella successiva alla dimissione, con particolare riguardo alle patologie ad andamento cronico ed evolutivo;

e) il controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale del bambino e la ricerca di fattori di rischio, con particolare riguardo alla individuazione precoce dei sospetti handicap neuro-sensoriali e psichici ed alla individuazione precoce di problematiche anche socio sanitarie;

f) le visite ambulatoriali e domiciliari a scopo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo;

g) la prescrizione di medicinali inclusi nel prontuario terapeutico nazionale, la prescrizione di prestazioni specialistiche incluse nel Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale, la proposta di prestazioni di assistenza integrativa, la proposta di ricovero e la proposta di cure termali;

h) le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie previste dalla normativa nazionale e dalla normativa regionale applicativa;

i) l'esecuzione degli screening previsti dalla normativa nazionale e dalla normativa regionale applicativa;

j) l'assistenza domiciliare programmata alle persone con impossibilità a raggiungere lo studio del medico perché non deambulanti, o con gravi limitazioni funzionali o non trasportabili con mezzi comuni, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa ed in collegamento, se necessario, con l'assistenza sociale;

k) le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori, nonché ai fini dell'astensione dal lavoro del genitore a seguito di malattia del bambino;

l) la certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al decreto del Ministro della sanità del 24 aprile 2013 e successive modifiche e integrazioni, art. 3, lettera a) e c) nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente;

m) la certificazione per l'incapacità temporanea al lavoro;

n) la certificazione per la riammissione al lavoro, laddove prevista;

o) le vaccinazioni obbligatorie e le vaccinazioni raccomandate alla popolazione a rischio;

p) l'osservazione e la rilevazione di reazioni indesiderate post-vaccinali.

Art. 5

Continuità assistenziale

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana. Le aziende sanitarie organizzano le attività sanitarie per assicurare l'erogazione, nelle ore serali e notturne e nei giorni prefestivi e festivi, delle prestazioni assistenziali non differibili.

Art. 6

Assistenza ai turisti

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce nelle localita' a forte afflusso turistico individuate sulla base di apposite determinazioni regionali, l'assistenza sanitaria di base rivolta agli assistiti non residenti nella regione stessa, dietro pagamento della tariffa fissata dalla normativa regionale.

Art. 7

Emergenza sanitaria territoriale

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce, in situazioni di emergenza urgenza in ambito territoriale extraospedaliero, interventi sanitari tempestivi e finalizzati alla stabilizzazione del paziente, assicurando il trasporto in condizioni di sicurezza al presidio ospedaliero piu' appropriato. Il coordinamento e la gestione dell'attivita' di emergenza territoriale sono effettuati dalle Centrali operative 118, nell'arco delle 24 ore.

2. In particolare, sono garantiti:

a) gli interventi sanitari mediante mezzi di soccorso di base e avanzato, terrestri e aerei, con personale sanitario adeguatamente formato,

b) i trasporti sanitari secondari assistiti e non assistiti,

c) le attivita' assistenziali e organizzative in occasione di maxiemergenze, eventi a rischio nucleare, biologico, chimico e radiologico (NBCR),

d) le attivita' assistenziali in occasione di eventi e manifestazioni programmati, con le modalita' fissate dalle regioni e province autonome.

3. L'attivita' di emergenza sanitaria territoriale e' svolta in modo integrato con le attivita' di emergenza intraospedaliera assicurate nei PS/DEA e con le attivita' effettuate nell'ambito dell'Assistenza sanitaria di base e Continuita' assistenziale.

Art. 8

Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce attraverso le farmacie convenzionate la fornitura dei medicinali appartenenti alla classe a) di cui all'art. 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, la cui erogazione non sia affidata direttamente alle strutture sanitarie regionali. Limitatamente ai medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, nonche' forma farmaceutica, via di somministrazione, modalita' di rilascio, numero di unita' posologiche e dosaggio unitario uguali, la fornitura attraverso le farmacie e' assicurata fino alla concorrenza del prezzo piu' basso fra quelli dei farmaci disponibili nel normale ciclo distributivo regionale; se per tale tipologia di medicinali l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) ha fissato il prezzo massimo di rimborso ai sensi dell'art. 11 del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122 e tale prezzo e' inferiore al piu' basso dei prezzi dei medicinali considerati, la fornitura attraverso la farmacia e' assicurata fino a concorrenza del prezzo massimo di rimborso.

2. Attraverso le medesime farmacie sono inoltre assicurati i nuovi servizi individuati dai decreti legislativi adottati ai sensi dell'art. 11, comma 1, della legge 18 giugno 2009, n. 69, nel rispetto di quanto previsto dai piani regionali socio-sanitari e nei limiti delle risorse rese disponibili in attuazione del citato art. 11, comma 1, lettera e).

Art. 9

Assistenza farmaceutica erogata attraverso

1 servizi territoriali e ospedalieri

1. Ai sensi dell'art. 8, comma 1, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano garantiscono attraverso i propri servizi territoriali e ospedalieri i medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale nonché i farmaci per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali.

2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce altresì:

a) qualora non esista valida alternativa terapeutica, i medicinali innovativi la cui commercializzazione è autorizzata in altri Stati ma non sul territorio nazionale, i medicinali non ancora autorizzati per i quali siano disponibili almeno dati favorevoli di sperimentazioni cliniche di fase seconda e i medicinali da impiegare per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata, qualora per tale indicazione siano disponibili almeno dati favorevoli di sperimentazione clinica di fase seconda, inseriti in un elenco predisposto e periodicamente aggiornato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), conformemente alle procedure ed ai criteri adottati dalla stessa;

b) i medicinali utilizzabili per un'indicazione diversa da quella autorizzata, alle condizioni previste dall'art. 1, comma 4-bis del decreto legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito con modificazioni dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648.

Art. 10

Assistenza integrativa

1. Nell'ambito dell'assistenza integrativa il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni che comportano l'erogazione dei dispositivi medici monouso, dei presidi per diabetici e dei prodotti destinati a un'alimentazione particolare nei limiti e con le modalità di cui agli articoli 11, 12, 13 e 14.

Art. 11

Erogazione di dispositivi medici monouso

1. Agli assistiti tracheostomizzati, ileostomizzati, colostomizzati e urostomizzati, agli assistiti che necessitano permanentemente di cateterismo, agli assistiti affetti da grave incontinenza urinaria o fecale cronica, e agli assistiti affetti da patologia cronica grave che obbliga all'allettamento, sono garantite le prestazioni che comportano l'erogazione dei dispositivi medici monouso di cui al nomenclatore allegato 2 al presente decreto. La condizione di avente diritto alle prestazioni è certificata dal medico specialista del Servizio sanitario nazionale, dipendente o convenzionato, competente per la specifica menomazione o disabilità.

2. Le prestazioni che comportano l'erogazione dei dispositivi medici monouso di cui al nomenclatore allegato 2 al presente decreto, sono erogate su prescrizione del medico specialista effettuata sul ricettario standardizzato del Servizio sanitario nazionale. È fatta salva la possibilità per le regioni e per le province autonome di individuare le modalità con le quali la prescrizione è consentita ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta ed ai medici dei servizi territoriali. I prodotti per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito sono prescritti dal medico nell'ambito di un piano di trattamento di durata definita, eventualmente rinnovabile, predisposto dallo stesso medico; il medico prescrittore è responsabile della conduzione del piano.

Art. 12

Modalita' di erogazione dei dispositivi medici monouso

1. Le modalita' di erogazione dei dispositivi medici monouso sono definite nell'allegato 11.

Art. 13

Erogazione di presidi per persone affette da malattia diabetica o da malattie rare

1. Agli assistiti affetti da malattia diabetica o dalle malattie rare di cui allegato 3 al presente decreto, sono garantite le prestazioni che comportano l'erogazione dei presidi indicati nel nomenclatore di cui al medesimo allegato 3.

2. Le regioni e le province autonome disciplinano le modalita' di accertamento del diritto alle prestazioni, le modalita' di fornitura dei prodotti e i quantitativi massimi concedibili sulla base del fabbisogno determinato in funzione del livello di gravita' della malattia, assicurando l'adempimento agli obblighi di cui all'art. 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni.

Art. 14

Erogazione di prodotti dietetici

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni che comportano l'erogazione di alimenti a fini medici speciali alle persone affette da malattie metaboliche congenite e da fibrosi cistica. Le patologie sono accertate e certificate dai centri di riferimento a tal fine identificati dalle regioni e delle province autonome.

2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce altresì ai nati da madri sieropositive per HIV, fino al compimento del sesto mese di età, l'erogazione dei sostituti del latte materno e alle persone affette da celiachia l'erogazione degli alimenti senza glutine specificamente formulati per celiaci o per persone intolleranti al glutine.

3. I prodotti erogabili alle persone di cui al comma 1 sono elencati nel Registro nazionale istituito presso il Ministero della salute ai sensi dell'art. 7 del decreto ministeriale 8 giugno 2001. Ai soggetti affetti da celiachia l'erogazione dei prodotti senza glutine è garantita nei limiti dei tetti massimi di spesa mensile fissati dal medesimo Ministero della salute.

4. Le regioni e le province autonome provvedono alla fornitura gratuita dei prodotti dietetici a favore delle persone affette da nefropatia cronica nonché dei preparati addensanti a favore delle persone con grave disfagia affette malattie neuro-degenerative, nei limiti e con le modalita' fissate dalle stesse regioni e le province autonome.

5. Le regioni e le province autonome disciplinano le modalita' di erogazione delle prestazioni di cui al presente articolo, assicurando l'adempimento agli obblighi di cui all'art. 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni.

Art. 15

Assistenza specialistica ambulatoriale

1. Nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni elencate nel nomenclatore di cui all'allegato 4 al presente decreto. L'erogazione della prestazione è subordinata all'indicazione sulla ricetta del quesito o sospetto diagnostico formulato dal medico prescrittore.

2. Il nomenclatore riporta, per ciascuna prestazione, il codice identificativo, la definizione, eventuali modalita' di erogazione in relazione ai requisiti necessari a garantire la sicurezza del paziente, eventuali note riferite a condizioni di erogabilita' o indicazioni di appropriatezza prescrittiva. L'elenco delle note e delle corrispondenti condizioni di erogabilita' o indicazioni di appropriatezza prescrittiva e' contenuto nell'allegato 4D.

3. Al solo fine di consentire l'applicazione delle disposizioni legislative relative ai limiti di prescrivibilita' delle prestazioni per ricetta e di partecipazione al costo da parte dei cittadini, il nomenclatore riporta altresì le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale raggruppate per branche specialistiche.

4. Le regioni e le province autonome disciplinano le modalita' di erogazione delle prestazioni di cui al presente articolo, assicurando l'adempimento agli obblighi di cui all'art. 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni.

5. Sono erogati in forma ambulatoriale organizzata i pacchetti di prestazioni orientati a finalita' diagnostica o terapeutica, individuati con le modalita' indicate dall'art. 5, comma 20 dell'Intesa tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014 concernente il Nuovo Patto per la salute per gli anni 2014/2016, nel rispetto della disciplina in materia di partecipazione alla spesa sanitaria.

Art. 16

Condizioni o limiti di erogabilita' delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

1. Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per le quali sono indicate note corrispondenti a specifiche condizioni di erogabilita' riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalita' della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni) al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi, sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai casi in cui sussistono le medesime condizioni, risultanti dal numero della nota e dal quesito clinico o dal sospetto diagnostico riportati sulla ricetta dal medico prescrittore.

2. Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per le quali sono indicate specifiche indicazioni di appropriatezza prescrittiva riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalita' della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni) al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi, sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale a seguito di una autonoma e responsabile valutazione del medico circa la loro utilita' nel singolo caso clinico, fermo restando l'obbligo del medico prescrittore di riportare il solo quesito o sospetto diagnostico sulla ricetta.

3. Le prestazioni ambulatoriali di densitometria ossea sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai soggetti che presentano le condizioni definite nell'allegato 4A al presente decreto.

4. Le prestazioni ambulatoriali di chirurgia refrattiva sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai soggetti che presentano le condizioni definite nell'allegato 4B al presente decreto.

5. Le prestazioni ambulatoriali di assistenza odontoiatrica sono erogabili dal Servizio sanitario nazionale limitatamente ai soggetti indicati nelle note corrispondenti a ciascuna prestazione, sulla base dei criteri generali riportati nell'allegato 4C al presente decreto.

6. Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con patologia diabetica le prestazioni specialistiche ambulatoriali di assistenza podologica incluse nel nomenclatore di cui all'allegato 4.

Art. 17

Assistenza protesica

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone di cui all'art. 18 le prestazioni sanitarie che comportano l'erogazione di protesi, ortesi ed ausili tecnologici nell'ambito di un piano riabilitativo-assistenziale volto alla prevenzione, alla correzione o alla compensazione di menomazioni o disabilità funzionali conseguenti a patologie o lesioni, al potenziamento delle abilità residue, nonché alla promozione dell'autonomia dell'assistito.

2. Il nomenclatore di cui all'allegato 5 contiene gli elenchi delle prestazioni e delle tipologie di dispositivi, inclusi i dispositivi provvisori, temporanei e di riserva di cui all'art. 18, commi 2 e 3, erogabili dal Servizio sanitario nazionale. Il nomenclatore riporta, per ciascuna prestazione o tipologia di dispositivo, il codice identificativo, la definizione, la descrizione delle caratteristiche principali, eventuali condizioni o limiti di erogabilità, eventuali indicazioni cliniche prioritarie volte a migliorare l'appropriatezza della prescrizione. Le prestazioni e i dispositivi sono erogabili nei limiti e secondo le indicazioni cliniche e d'uso riportate nel nomenclatore.

3. Il nomenclatore contiene:

a) le protesi e le ortesi costruite o allestite su misura da un professionista abilitato all'esercizio della specifica professione sanitaria o arte sanitaria ausiliaria, gli aggiuntivi e le prestazioni di manutenzione, riparazione, adattamento o sostituzione di componenti di ciascuna protesi o ortesi. I dispositivi e le prestazioni di cui alla presente lettera sono indicati nell'elenco 1;

b) gli ausili tecnologici di fabbricazione continua o di serie, indicati nell'elenco 2A, che, a garanzia della corretta utilizzazione da parte dell'assistito in condizioni di sicurezza, devono essere applicati dal professionista sanitario abilitato;

c) gli ausili tecnologici di fabbricazione continua o di serie, pronti per l'uso, che non richiedono l'applicazione da parte del professionista sanitario abilitato, indicati nell'elenco 2B.

4. Nel caso in cui risulti necessario l'adattamento o la personalizzazione di un ausilio di serie, la prestazione è prescritta dal medico specialista ed eseguita, a cura dei soggetti aggiudicatari delle procedure pubbliche di acquisto degli ausili, da professionisti abilitati all'esercizio della professione sanitaria o arte sanitaria ausiliaria, nel rispetto dei compiti individuati dai rispettivi profili professionali.

5. Qualora l'assistito, al fine di soddisfare specifiche, apprezzabili, necessita' derivanti dallo stile di vita o dal contesto ambientale, relazionale o sociale richieda, in accordo con il medico, un dispositivo appartenente a una delle tipologie descritte negli elenchi allegati, con caratteristiche strutturali o funzionali o estetiche non indicate nella descrizione, il medico effettua la prescrizione riportando le motivazioni della richiesta, indicando il codice della tipologia cui il dispositivo appartiene e informando l'assistito sulle sue caratteristiche e funzionalità riabilitative-assistenziali. L'azienda sanitaria locale di competenza autorizza la fornitura. L'eventuale differenza tra la tariffa o il prezzo assunto a carico dall'azienda sanitaria locale per il corrispondente dispositivo incluso negli elenchi ed il prezzo del dispositivo fornito rimane a carico dell'assistito; parimenti, rimane a carico dell'assistito l'onere di tutte le prestazioni professionali correlate alle modifiche richieste o alle caratteristiche peculiari del dispositivo fornito.

Art. 18

Destinatari delle prestazioni di assistenza protesica

1. Hanno diritto alle prestazioni di assistenza protesica che comportano l'erogazione dei dispositivi contenuti nell'allegato 5 al

presente decreto gli assistiti di seguito indicati, in connessione alle menomazioni e disabilità specificate:

a) le persone con invalidità civile, di guerra e per servizio, le persone con cecità totale o parziale o ipovedenti gravi ai sensi della legge 3 aprile 2001, n. 138 e le persone sorde di cui all'art. 1, comma 2, della legge 12 marzo 1999, n. 68, in relazione alle menomazioni accertate dalle competenti commissioni mediche;

b) i minori di anni 18 che necessitano di un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di un'invalidità grave e permanente;

c) le persone di cui alla lettera a) affette da gravissime patologie evolutive o degenerative che hanno determinato menomazioni permanenti insorte in epoca successiva al riconoscimento dell'invalidità, in relazione alle medesime menomazioni, accertate dal medico specialista;

d) le persone che hanno presentato istanza di riconoscimento dell'invalidità cui siano state accertate, dalle competenti commissioni mediche, menomazioni che, singolarmente, per concorso o coesistenza, comportano una riduzione della capacità lavorativa superiore ad un terzo, in relazione alle suddette menomazioni risultanti dai verbali di cui all'art. 1, comma 7, della legge 15 ottobre 1990, n. 295;

e) le persone in attesa di accertamento dell'invalidità per i quali il medico specialista prescrittore attesti la necessità e urgenza di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio per la tempestiva attivazione di un piano riabilitativo-assistenziale, in relazione alle menomazioni certificate ai fini del riconoscimento dell'invalidità;

f) le persone ricoverate in una struttura sanitaria accreditata, pubblica o privata, per le quali il medico responsabile dell'unità operativa certifichi la presenza di una menomazione grave e permanente e la necessità e l'urgenza dell'applicazione di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio prima della dimissione, per l'attivazione tempestiva o la conduzione del piano riabilitativo-assistenziale. Contestualmente alla fornitura della protesi o dell'ortesi deve essere avviata la procedura per il riconoscimento dell'invalidità;

g) le persone amputate di arto, le donne con malformazione congenita che comporti l'assenza di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria ovvero che abbiano subito un intervento di mastectomia e le persone che abbiano subito un intervento demolitore dell'occhio, in relazione alle suddette menomazioni;

h) le persone affette da una malattia rara di cui all'allegato 7 al presente decreto, in relazione alle menomazioni correlate alla malattia.

2. Hanno diritto ai dispositivi provvisori e temporanei le donne con malformazione congenita che comporti l'assenza di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria ovvero che abbiano subito un intervento di mastectomia, le persone con enucleazione del bulbo oculare. Le persone con amputazione di arto hanno diritto al dispositivo provvisorio in alternativa al dispositivo temporaneo.

3. Le regioni e le province autonome o le aziende sanitarie locali possono fornire dispositivi di serie di cui all'elenco 2B dell'allegato 5 alle persone con grave disabilità transitoria, assistite in regime di ospedalizzazione domiciliare, di dimissione protetta o di assistenza domiciliare integrata, su prescrizione dello specialista, per un periodo massimo di 60 giorni, eventualmente prorogabile, nei casi in cui le medesime regioni o aziende sanitarie locali abbiano attivato servizi di riutilizzo dei suddetti dispositivi.

4. Qualora i dispositivi siano prescritti, per motivi di necessità e urgenza, nel corso di ricovero presso strutture sanitarie accreditate, pubbliche o private, ubicate fuori del territorio della azienda sanitaria locale di residenza dell'assistito, la prescrizione è inoltrata dalla unità operativa di ricovero all'azienda sanitaria locale di residenza, che rilascia l'autorizzazione tempestivamente, anche per via telematica. Limitatamente ai dispositivi inclusi nell'elenco 1 dell'allegato 5, in caso di silenzio dell'azienda

sanitaria locale, trascorsi cinque giorni dal ricevimento della prescrizione, l'autorizzazione si intende concessa. In caso di autorizzazione tacita il corrispettivo riconosciuto al fornitore e' pari alla tariffa o al prezzo fissati dalla regione di residenza dell'assistito.

5. L'azienda sanitaria locale puo' autorizzare la fornitura di una protesi di riserva per le persone con amputazione di arto. Nei confronti di altri soggetti per i quali la mancanza del dispositivo impedisce lo svolgimento delle attivita' essenziali della vita, l'azienda sanitaria locale e' tenuta a provvedere immediatamente alla sua eventuale riparazione o sostituzione.

6. Agli invalidi del lavoro, i dispositivi dovuti ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, sono erogati dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (Inail) con spesa a carico dell'Istituto, secondo le indicazioni e le modalita' stabilite dall'Istituto stesso.

7. Sono fatti salvi i benefici gia' previsti dalle norme in vigore in favore degli invalidi di guerra e categorie assimilate.

8. In casi eccezionali, per i soggetti affetti da gravissime disabilità, le aziende sanitarie locali possono garantire l'erogazione di protesi, ortesi o ausili non appartenenti ad una delle tipologie riportate nel nomenclatore allegato, nel rispetto delle procedure fissate dalla regione e sulla base di criteri e linee guida.

9. I dispositivi inclusi nell'allegato 5 sono ceduti in proprietà all'assistito, fatta salva la facoltà delle regioni e delle province autonome di disciplinare modalità di cessione in comodato dei dispositivi di serie di cui agli elenchi 2A e 2B dell'allegato 5 per i quali le regioni, le province autonome o le aziende abbiano attivato servizi di riutilizzo dei dispositivi stessi. L'assistito e' responsabile della custodia e della buona tenuta della protesi, dell'ortesi o dell'ausilio tecnologico.

10. L'azienda sanitaria locale autorizza la fornitura di nuovi dispositivi inclusi nell'elenco 1 dell'allegato 5, in favore dei propri assistiti di età superiore a 18 anni, quando siano trascorsi i tempi minimi di rinnovo riportati, per ciascuna classe, nel medesimo elenco e in ogni caso quando sussistono le condizioni di cui alle lettere a) e b) e con le procedure ivi indicate. Per i dispositivi per i quali non sono indicati tempi minimi di rinnovo si applicano le previsioni di cui alle lettere a) e b). Per i dispositivi forniti agli assistiti di età inferiore a 18 anni, non si applicano i tempi minimi di rinnovo e l'azienda sanitaria locale autorizza le sostituzioni o modificazioni dei dispositivi erogati in base ai controlli clinici prescritti e secondo il piano riabilitativo-assistenziale. La fornitura di nuovi dispositivi puo' essere autorizzata nei casi di:

a) particolari necessita' terapeutiche o riabilitative o modifica dello stato psicofisico dell'assistito, sulla base di una dettagliata relazione del medico prescrittore allegata alla prescrizione che attesti, con adeguata motivazione, l'inadeguatezza dell'ausilio in uso e la necessita' del rinnovo per il mantenimento delle autonomie della persona nel suo contesto di vita;

b) rottura accidentale o usura, non attribuibili all'uso improprio del dispositivo, a grave incuria o a dolo, cui consegue l'impossibilita' tecnica o la non convenienza della riparazione ovvero la non perfetta funzionalita' del dispositivo riparato, valutate dall'azienda sanitaria locale anche con l'ausilio di tecnici di fiducia.

Art. 19

Modalita' di erogazione dell'assistenza protesica

1. Le modalita' di erogazione dell'assistenza protesica e di individuazione degli erogatori sono definiti dall'allegato 12.

Art. 20

Assistenza termale

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'erogazione delle prestazioni di assistenza termale ai soggetti, inclusi gli assicurati dell'INPS e dell'INAIL, affetti dalle patologie indicate nell'allegato 9 al presente decreto, che possono trovare reale beneficio da tali prestazioni. Nel medesimo allegato sono elencate le prestazioni erogabili suddivise per tipologia di destinatari.

2. L'erogazione e' garantita nel limite di un ciclo annuo di prestazioni, fatta eccezione per gli invalidi di guerra e di servizio, dei ciechi, dei sordi e degli invalidi civili, che possono usufruire di un secondo ciclo annuo per il trattamento della patologia invalidante.

Capo IV

Assistenza sociosanitaria

Art. 21

Percorsi assistenziali integrati

1. I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali di cui al presente Capo prevedono l'erogazione congiunta di attivita' e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. Con apposito accordo sancito in sede di Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definite linee di indirizzo volte a garantire omogeneita' nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali, nonche' modalita' di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione, anche con riferimento al Fondo per le non autosufficienze di cui all'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni.

2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Le regioni e le province autonome organizzano tali attivita' garantendo uniformita' sul proprio territorio nelle modalita', nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza.

3. Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed e' redatto dall'unita' di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia. Il coordinamento dell'attivita' clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato.

4. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali; i trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali, semiresidenziali e residenziali, sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale, quando necessari, in base alla valutazione multidimensionale.

Art. 22

Cure domiciliari

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilita', con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti

dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

2. Le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 recante «Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria». Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del «Progetto di assistenza individuale» (PAI) sociosanitario integrato, fatto salvo quanto previsto dalle regioni e dalle province autonome in merito al comma 3, lettera a).

3. In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:

a) cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA (1)) inferiore a 0,14;

b) cure domiciliari integrate (ADI) di I° livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di primo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi della persona, e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

c) cure domiciliari integrate (ADI) di II° livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI), e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

d) cure domiciliari integrate (ADI) di III° livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17,

nonche' dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessita', instabilita' clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuita' assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessita' di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver. Le cure domiciliari ad elevata intensita' sono attivate con le modalita' definite dalle regioni e dalle province autonome richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilita' clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

4. Ai sensi dell'art. 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001, recante «Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria», le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona. Le suddette prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle regioni e dalle province autonome, sono a interamente carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi.

5. Le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

(1) CIA: coefficiente intensita' assistenziale = GEA/GdC ; GEA: giornate di effettiva assistenza nelle quali e' stato effettuato almeno un accesso domiciliare; GdC: giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma

Art. 23

Cure palliative domiciliari

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce le cure domiciliari palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38, nell'ambito della Rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Le cure sono erogate dalle Unita' di Cure Palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonche' dei preparati per nutrizione artificiale, da aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale e sostegno spirituale. Le cure palliative domiciliari si articolano nei seguenti livelli:

a) livello base: costituito da interventi coordinati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, secondo quanto previsto dall'art. 2, comma 1, lettera f) della legge 15 marzo 2010, n. 38, che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati caratterizzati da un CIA minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale;

b) livello specialistico: costituito da interventi da parte di equipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalita' di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessita', legato anche all'instabilita' clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuita' assistenziale, interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 definiti dal

progetto di assistenza individuale nonche' pronta disponibilita' medica e infermieristica sulle 24 ore.

2. Le cure domiciliari palliative richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). Le cure domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

Art. 24

Assistenza sociosanitaria ai minori,
alle donne, alle coppie, alle famiglie

1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle piu' avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attivita':

a) educazione e consulenza per la maternita' e paternita' responsabile;

b) somministrazione dei mezzi necessari per la procreazione responsabile;

c) consulenza preconcezionale;

d) tutela della salute della donna, prevenzione e terapia delle malattie sessualmente trasmissibili, prevenzione e diagnosi precoce dei tumori genitali femminili in collaborazione con i centri di screening, e delle patologie benigne dell'apparato genitale;

e) assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro anche ai fini della prevenzione del correlato disagio psichico;

f) corsi di accompagnamento alla nascita in collaborazione con il presidio ospedaliero;

g) assistenza al puerperio, promozione e sostegno dell'allattamento al seno e supporto nell'accudimento del neonato;

h) consulenza, supporto psicologico e assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza e rilascio certificazioni;

i) consulenza, supporto psicologico e assistenza per problemi di sterilita' e infertilita' e per procreazione medicalmente assistita;

j) consulenza, supporto psicologico e assistenza per problemi correlati alla menopausa;

k) consulenza ed assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia;

l) consulenza e assistenza a favore degli adolescenti, anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche;

m) prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi;

n) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);

o) supporto psicologico e sociale a nuclei familiari in condizioni di disagio;

p) valutazione e supporto psicologico a coppie e minori per l'affidamento familiare e l'adozione, anche nella fase successiva all'inserimento del minore nel nucleo familiare;

q) rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.);

r) prevenzione, individuazione precoce e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale;

s) consulenza specialistica e collaborazione con gli altri servizi distrettuali territoriali;

t) consulenza e collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale.

2. L'assistenza distrettuale ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie tiene conto di eventuali condizioni di disabilita' ed e' integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

Art. 25

Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi
in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo

1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato differenziato per intensita', complessita' e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle piu' avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attivita':

- a) individuazione precoce e proattiva del disturbo;
- b) accoglienza;
- c) valutazione diagnostica multidisciplinare;
- d) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato da parte dell'equipe multiprofessionale, in collaborazione con la famiglia;
- e) visite neuropsichiatriche;
- f) prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17;
- g) colloqui psicologico-clinici;
- h) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- i) colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17;
- j) abilitazione e riabilitazione estensiva o intensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate allo sviluppo, al recupero e al mantenimento dell'autonomia personale, sociale e lavorativa, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle piu' avanzate evidenze scientifiche e le Linee guida, ivi incluse le Linee guida dell'Istituto superiore di sanita';
- k) interventi psicoeducativi e di supporto alle autonomie e alle attivita' della vita quotidiana;
- l) attivita' di orientamento e formazione alla famiglia nella gestione del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato del minore;
- m) gruppi di sostegno per i familiari;
- n) interventi sulla rete sociale, formale e informale;
- o) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;
- p) consulenza e collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale;
- q) collaborazione con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado, in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni;
- r) adempimenti nell'ambito dei rapporti con l'Autorita' giudiziaria minorile;
- s) collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche, con particolare riferimento ai minori con comorbidity;
- t) progettazione coordinata e condivisa con i servizi per la tutela della salute mentale del percorso di continuita' assistenziale dei minori in vista del passaggio all'eta' adulta.

2. L'assistenza distrettuale ai minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo e' integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

Art. 26

Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali

1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi mentali, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato, differenziato per intensita', complessita' e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle piu' avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attivita':

- a) individuazione precoce e proattiva del disturbo;
- b) accoglienza;
- c) valutazione diagnostica multidisciplinare;
- d) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo personalizzato da parte dell'equipe multiprofessionale in accordo con la persona e in collaborazione con la famiglia;
- e) visite psichiatriche;
- f) prescrizione e somministrazione di terapie farmacologiche;
- g) colloqui psicologico-clinici;
- h) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- i) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;
- j) interventi terapeutico-riabilitativi e socio-educativi volti a favorire il recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- k) gruppi di sostegno per i pazienti e per i loro familiari;
- l) interventi sulla rete sociale formale e informale;
- m) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;
- n) collaborazione con i medici di medicina generale;
- o) collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche (SERT), con particolare riferimento ai pazienti con comorbidita';
- p) interventi psicoeducativi rivolti alla persona e alla famiglia;
- q) progettazione coordinata e condivisa del percorso di continuita' assistenziale dei minori in carico ai servizi competenti, in vista del passaggio all'eta' adulta.

2. L'assistenza distrettuale alle persone con disturbi mentali e' integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

Art. 27

Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilita'

1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disabilita' complesse, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico e riabilitativo individualizzato differenziato per intensita', complessita' e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle piu' avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attivita':

- a) valutazione diagnostica multidisciplinare;
- b) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in collaborazione con la persona e la famiglia;
- c) gestione delle problematiche mediche specialistiche, anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio;
- d) colloqui psicologico-clinici;
- e) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- f) colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia

nella gestione dei sintomi e nell'uso degli ausili e delle protesi;

g) abilitazione e riabilitazione estensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate al recupero e al mantenimento dell'autonomia in tutti gli aspetti della vita;

h) interventi psico-educativi, socio-educativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana;

i) gruppi di sostegno;

j) interventi sulla rete sociale formale e informale;

k) consulenze specialistiche e collaborazione con gli altri servizi ospedalieri e distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;

l) collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;

m) collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni;

n) interventi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo.

2. L'assistenza distrettuale alle persone con disabilità complesse è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

Art. 28

Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche

1. Nell'ambito dell'assistenza territoriale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone detenute o internate, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività:

a) accoglienza;

b) valutazione diagnostica multidisciplinare;

c) valutazione dello stato di dipendenza;

d) certificazione dello stato di dipendenza patologica;

e) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la famiglia;

f) somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagoniste, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico;

g) gestione delle problematiche mediche specialistiche;

h) interventi relativi alla prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze;

i) colloqui psicologico-clinici;

j) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;

k) interventi di riduzione del danno;

l) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);

m) interventi socio-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;

n) promozione di gruppi di sostegno per soggetti affetti da dipendenza patologica;

o) promozione di gruppi di sostegno per i familiari di soggetti affetti da dipendenza patologica;

p) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;

q) collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri

di libera scelta;

r) interventi terapeutici e riabilitativi nei confronti di soggetti detenuti o con misure alternative alla detenzione, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria;

s) collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale con riferimento ai pazienti con comorbidita'.

2. L'assistenza distrettuale alle persone con dipendenze patologiche e' integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

Art. 29

Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario alle persone con patologie non acute che, presentando alto livello di complessita', instabilita' clinica, sintomi di difficile controllo, necessita' di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilita', richiedono continuita' assistenziale con pronta disponibilita' medica e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti, non erogabili al domicilio o in altri setting assistenziali di minore intensita', sono erogati mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle piu' avanzate evidenze scientifiche e costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura di preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17.

2. La durata del trattamento ad elevato impegno sanitario e' fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalita' definite dalle regioni e dalle province autonome.

3. I trattamenti di cui al comma 1 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

Art. 30

Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti

1. Nell'ambito dell'assistenza residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti, previa valutazione multidimensionale e presa in carico:

a) trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticita' e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuita' assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti, erogati mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle piu' avanzate evidenze scientifiche, sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al caregiver. La durata del trattamento estensivo, di norma non superiore a sessanta giorni, e' fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalita' definite dalla regioni e dalle province autonome;

b) trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al

caregiver, con garanzia di continuit  assistenziale, e da attivita' di socializzazione e animazione.

2. I trattamenti estensivi di cui al comma 1, lettere a) sono a carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti di lungoassistenza di cui al comma 1, lettera b) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera.

3. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti di lungoassistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protesico, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessita' di tutela sanitaria.

4. I trattamenti di lungoassistenza di cui al comma 3 sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera.

Art. 31

Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita

1. Il Servizio sanitario nazionale, nell'ambito della rete locale di cure palliative, garantisce alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, il complesso integrato delle prestazioni mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle piu' avanzate evidenze scientifiche, mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza farmaceutica e la fornitura di preparati per nutrizione artificiale, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere, nonche' di sostegno spirituale. Le prestazioni sono erogate da equipe multidisciplinari e multiprofessionali nei Centri specialistici di cure palliative-Hospice che, anche quando operanti all'interno di una struttura ospedaliera, si collocano nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria territoriale. Gli Hospice assicurano l'assistenza medica e infermieristica e la presenza di operatori tecnici dell'assistenza sette giorni su sette, sulle 24 ore, e dispongono di protocolli formalizzati per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione, l'alimentazione, l'idratazione e di programmi formalizzati per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia, l'accompagnamento alla morte e l'assistenza al lutto, l'audit clinico ed il sostegno psico-emotivo all'equipe.

2. I trattamenti di cui al comma 1 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

Art. 32

Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo

1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, i trattamenti terapeutico-riabilitativi di cui al comma 2. I trattamenti terapeutico-riabilitativi residenziali sono erogabili quando dalla valutazione multidimensionale emerge che i trattamenti territoriali o semiresidenziali risulterebbero inefficaci, anche in relazione al contesto familiare del minore.

2. I trattamenti terapeutico-riabilitativi includono le prestazioni garantite mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle piu' avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attivita':

- a) accoglienza;
- b) attuazione e verifica del Progetto terapeutico riabilitativo individuale, in collaborazione con il servizio di neuropsichiatria

dell'infanzia e dell'adolescenza di riferimento e con la famiglia;

- c) visite neuropsichiatriche;
- d) prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche e fornitura dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17;
- e) colloqui psicologico-clinici;
- f) psicoterapia (individuale, familiare, di gruppo);
- g) interventi psicoeducativi (individuali e di gruppo);
- h) abilitazione e riabilitazione estensiva o intensiva (individuale e di gruppo) finalizzate allo sviluppo dell'autonomia personale e sociale in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle Linee guida;
- i) interventi sulla rete sociale, formale e informale;
- j) attività di orientamento e formazione alla famiglia nella gestione del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato del minore;
- k) collaborazione con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado, in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni;
- l) collaborazione con i pediatri di libera scelta e con i medici di medicina generale;
- m) adempimenti nell'ambito dei rapporti con l'Autorità giudiziaria minorile;
- n) collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche, con particolare riferimento ai minori con comorbidità;
- o) progettazione coordinata e condivisa con i servizi per la tutela della salute mentale del percorso di continuità assistenziale dei minori in vista del passaggio all'età adulta.

3. In relazione al livello di intensità riabilitativa e assistenziale l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:

- a) trattamenti ad alta intensità terapeutico-riabilitativa rivolti a pazienti con grave compromissione del funzionamento personale e sociale, parziale instabilità clinica, anche nella fase della post-acuzie, e per i quali vi è l'indicazione ad una discontinuità con il contesto di vita. I trattamenti hanno una durata massima di 3 mesi, prorogabili in accordo con il servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di riferimento;
- b) trattamenti residenziali a media intensità terapeutico-riabilitativa rivolti a pazienti con compromissione del funzionamento personale e sociale di gravità moderata, nei quali il quadro clinico non presenta elementi rilevanti di instabilità e per i quali vi è l'indicazione ad una discontinuità con il contesto di vita. I trattamenti hanno una durata massima di 6 mesi, prorogabili in accordo con il servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di riferimento;
- c) trattamenti residenziali a bassa intensità terapeutico-riabilitativa rivolti a pazienti con moderata compromissione di funzioni e abilità, con quadri clinici relativamente stabili, privi di elementi di particolare complessità e per i quali vi è l'indicazione ad una discontinuità con il contesto di vita. La durata massima del programma non può essere superiore a 12 mesi, salvo proroga motivata dal servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di riferimento.

4. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale il Servizio sanitario nazionale garantisce interventi terapeutico-riabilitativi intensivi ed estensivi, multiprofessionali, complessi e coordinati, rivolti a minori per i quali non vi è l'indicazione ad una prolungata discontinuità con il contesto di vita.

5. I trattamenti residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitativi di cui ai commi 3 e 4 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

Art. 33

Assistenza sociosanitaria semiresidenziale

e residenziale alle persone con disturbi mentali

1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi mentali, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, i trattamenti terapeutico-riabilitativi e i trattamenti socio-riabilitativi, con programmi differenziati per intensita', complessita' e durata. I trattamenti includono le prestazioni necessarie ed appropriate, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle piu' avanzate evidenze scientifiche nei seguenti ambiti di attivita':

- a) accoglienza;
- b) attuazione e verifica del Progetto terapeutico riabilitativo individuale, in collaborazione con il Centro di salute mentale di riferimento;
- c) visite psichiatriche;
- d) prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche;
- e) colloqui psicologico-clinici;
- f) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- g) interventi terapeutico-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- h) interventi sulla rete sociale formale e informale;
- i) collaborazione con i medici di medicina generale.

2. In relazione al livello di intensita' assistenziale, l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:

a) trattamenti terapeutico-riabilitativi ad alta intensita' riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (carattere intensivo), rivolti a pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, anche nella fase della post-acuzie. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, prorogabili per ulteriori 6 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sanitario e socio-sanitario sulle 24 ore;

b) trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo, rivolti a pazienti stabilizzati con compromissioni del funzionamento personale e sociale di gravita' moderata, che richiedono interventi a media intensita' riabilitativa. I trattamenti, della durata massima di 36 mesi, prorogabili per ulteriori 12 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore;

c) trattamenti socio-riabilitativi, rivolti a pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, che richiedono interventi a bassa intensita' riabilitativa. La durata dei programmi e' definita nel Progetto terapeutico riabilitativo individuale. In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in piu' moduli, differenziati in base alla presenza di personale sociosanitario nell'arco della giornata.

3. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti terapeutico-riabilitativi erogati da equipe multiprofessionali in strutture attive almeno 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana.

4. I trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi intensivi ed estensivi di cui al comma 2, lettere a) e b) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti residenziali socio-riabilitativi di cui al comma 2, lettera c) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 40 per cento della tariffa giornaliera. I trattamenti semiresidenziali terapeutico-riabilitativi di cui al comma 3 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

5. Ai soggetti cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a

casa di cura e custodia sono garantiti trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo ed estensivo nelle strutture residenziali di cui alla legge n. 9 del 2012 ed al decreto ministeriale 1 ottobre 2012 (residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza). I trattamenti sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

Art. 34

Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità'

1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone di ogni età' con disabilità' fisiche, psichiche e sensoriali, trattamenti riabilitativi mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, a carattere intensivo, estensivo e di mantenimento previa valutazione multidimensionale, presa in carico e progetto riabilitativo individuale (PRI) che definisca le modalità e la durata del trattamento. I trattamenti residenziali si articolano nelle seguenti tipologie:

a) trattamenti di riabilitazione intensiva rivolti a persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica con disabilità' importanti e complesse, modificabili, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno tre ore giornaliere e un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 45 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo;

b) trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera e un medio impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo;

c) trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità' fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate. In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alla gravità delle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in moduli, differenziati in base alla tipologia degli ospiti:

1) disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare;

2) disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare.

2. I trattamenti di cui al comma 1, lettera a) e b) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti di cui al comma 1 lettera c), punto 1) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera. I trattamenti di cui al comma 1, lettera c), punto 2) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 40 per cento della tariffa giornaliera.

3. I trattamenti semiresidenziali si articolano nelle seguenti tipologie:

a) trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo;

b) trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità' fisiche, psichiche e sensoriali

stabilizzate, anche in laboratori e centri occupazionali.

4. I trattamenti di cui al comma 3, lettera a) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti di cui al comma 3, lettera b) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera.

5. Il Servizio sanitario nazionale garantisce ai soggetti portatori di handicap individuati dall'art. 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, che necessitano di cure specialistiche presso centri di altissima specializzazione all'estero il concorso alle spese di soggiorno dell'assistito e del suo accompagnatore nei casi e con le modalità individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° dicembre 2000 e dai relativi Accordi sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Art. 35

Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche

1. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone con misure alternative alla detenzione o in regime di detenzione domiciliare, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, trattamenti terapeutico-riabilitativi e trattamenti pedagogico-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata. I trattamenti includono le prestazioni erogate mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività:

- a) accoglienza;
- b) attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in collaborazione con il servizio per le dipendenze patologiche (SERT) di riferimento, in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la famiglia;
- c) gestione delle problematiche sanitarie inclusa la somministrazione ed il monitoraggio della terapia farmacologica;
- d) colloqui psicologico-clinici;
- e) psicoterapia (individuale, familiare, di coppia, di gruppo);
- f) interventi socio-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- g) interventi di risocializzazione (individuali o di gruppo);
- h) collaborazione con la rete sociale formale e informale;
- i) collaborazione con l'autorità giudiziaria per le persone con misure alternative alla detenzione o in regime di detenzione domiciliare;
- j) collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
- k) collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale, con riferimento ai pazienti con comorbidità;
- l) rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.);
- m) collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole dei minori sottoposti a trattamento.

2. In relazione al livello di intensità assistenziale, l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:

- a) trattamenti specialistici, destinati a persone con dipendenza patologica che, per la presenza concomitante di disturbi psichiatrici, o dello stato di gravidanza o di gravi patologie fisiche o psichiche necessitano di trattamenti terapeutici specifici, anche con ricorso a terapia farmacologica e relativo monitoraggio. I trattamenti della durata massima di 18 mesi sono erogati in strutture o moduli che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario

sulle 24 ore;

b) trattamenti terapeutico-riabilitativi destinati a persone con dipendenza patologica, finalizzati al superamento della dipendenza, al miglioramento della qualita' della vita e al reinserimento sociale. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, eventualmente prorogabili a seguito di rivalutazione multidimensionale da parte dei servizi territoriali delle dipendenze patologiche, sono rivolti a persone che, anche in trattamento farmacologico sostitutivo, non assumono sostanze d'abuso, e sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sulle 24 ore;

c) trattamenti pedagogico-riabilitativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale e alla integrazione sociale e lavorativa. I trattamenti, della durata massima di 30 mesi, sono rivolti a persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi, e sono erogati in strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario nell'arco della giornata.

3. I trattamenti residenziali di cui al comma 2 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

4. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce:

a) trattamenti terapeutico-riabilitativi, finalizzati al superamento della dipendenza patologica, al miglioramento della qualita' della vita e al reinserimento sociale. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, eventualmente prorogabili a seguito di rivalutazione multidimensionale da parte dei servizi territoriali delle dipendenze patologiche, sono rivolti a persone che, anche in trattamento farmacologico sostitutivo, non assumono sostanze d'abuso, e sono erogati in strutture che garantiscono l'attivita' per 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana;

b) trattamenti pedagogico-riabilitativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale e alla integrazione sociale e lavorativa. I trattamenti, della durata massima di 30 mesi, sono rivolti a persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi, e sono erogati in strutture che garantiscono l'attivita' per 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana.

5. I trattamenti semiresidenziali di cui al comma 4 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

Capo V

Assistenza ospedaliera

Art. 36

Aree di attivita' dell'assistenza ospedaliera

1. Il livello dell'assistenza ospedaliera si articola nelle seguenti aree di attivita':

- a. pronto soccorso;
- b. ricovero ordinario per acuti;
- c. day surgery;
- d. day hospital;
- e. riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
- f. attivita' trasfusionali;
- g. attivita' di trapianto di cellule, organi e tessuti;
- h. centri antiveleni (CAV).

Art. 37

Pronto soccorso

1. Nell'ambito dell'attivita' di Pronto soccorso, il Servizio sanitario nazionale garantisce l'esecuzione degli interventi diagnostico terapeutici di urgenza, i primi accertamenti diagnostici, clinici strumentali e di laboratorio e gli interventi necessari alla

stabilizzazione del paziente, nonché, quando necessario, il trasporto assistito.

2. Nelle unità operative di pronto soccorso è assicurata la funzione di triage che sulla base delle condizioni cliniche dei pazienti e del loro rischio evolutivo determina la priorità di accesso al percorso diagnostico terapeutico.

3. È altresì assicurata all'interno del PS/DEA la funzione di Osservazione breve intensiva (OBI) al fine di garantire l'appropriatezza dei percorsi assistenziali complessi.

Art. 38

Ricovero ordinario per acuti

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni assistenziali in regime di ricovero ordinario ai soggetti che, in presenza di problemi o patologie acute, necessitano di assistenza medico-infermieristica prolungata nel corso della giornata, osservazione medico-infermieristica per 24 ore e immediata accessibilità alle prestazioni stesse.

2. Nell'ambito dell'attività di ricovero ordinario sono garantite tutte le prestazioni cliniche, mediche e chirurgiche, ostetriche, farmaceutiche, strumentali e tecnologiche necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico, della terapia, inclusa la terapia del dolore e le cure palliative, o di specifici controlli clinici e strumentali; sono altresì garantite le prestazioni assistenziali al neonato, nonché le prestazioni necessarie e appropriate per la diagnosi precoce delle malattie congenite previste dalla normativa vigente e dalla buona pratica clinica, incluse quelle per la diagnosi precoce della sordità congenita e della cataratta congenita, nonché quelle per la diagnosi precoce delle malattie metaboliche ereditarie individuate con decreto del Ministro della salute in attuazione dell'art. 1, comma 229, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, nei limiti e con le modalità definite dallo stesso decreto.

3. Il Servizio sanitario nazionale garantisce le procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto vaginale, inclusa l'analgesia epidurale, nelle strutture individuate dalle regioni e dalle province autonome tra quelle che garantiscono le soglie di attività fissate dall'Accordo sancito in sede di Conferenza tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 16 dicembre 2010 e confermate dal decreto 2 aprile 2015, n. 70, «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera», all'interno di appositi programmi volti a diffondere l'utilizzo delle procedure stesse.

4. Le regioni e le province autonome adottano adeguate misure per incentivare l'esecuzione del parto fisiologico in una percentuale, sul totale dei parti, fissata sulla base di criteri uniformi su tutto il territorio nazionale in coerenza con gli standard indicati dagli organismi sanitari internazionali, nonché per disincentivare i parti cesarei inappropriati.

5. Gli interventi di chirurgia estetica sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale solo in conseguenza di incidenti, esiti di procedure medico-chirurgiche o malformazioni congenite o acquisite.

Art. 39

Criteri di appropriatezza del ricovero ordinario

1. Si definiscono appropriati i ricoveri ordinari per l'esecuzione di interventi o procedure che non possono essere eseguiti in day hospital o in day surgery con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente e con minore impiego di risorse.

2. Le regioni e le province autonome adottano adeguate misure per incentivare l'esecuzione in ricovero diurno delle classi di ricovero elencate nell'allegato 6A in una percentuale, sul totale dei ricoveri, fissata per ciascuna classe, entro il 31 marzo 2017, dalla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione

dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale di cui all'art. 1, comma 555, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, nonché per disincentivare i ricoveri inappropriati.

Art. 40

Day surgery

1. Nell'ambito delle attività di day surgery il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni assistenziali per l'esecuzione programmata di interventi chirurgici o di procedure invasive che, per complessità di esecuzione, durata dell'intervento, rischi di complicazioni e condizioni sociali e logistiche del paziente e dei suoi accompagnatori, sono eseguibili in sicurezza nell'arco della giornata, senza necessità di osservazione post-operatoria prolungata e, comunque, senza osservazione notturna. Oltre all'intervento chirurgico o alla procedura invasiva sono garantite le prestazioni propedeutiche e successive, l'assistenza medico-infermieristica e la sorveglianza infermieristica fino alla dimissione.

Art. 41

Criteri di appropriatezza del day surgery

1. Si definiscono appropriati i ricoveri in day surgery per l'esecuzione di interventi o procedure che non possono essere eseguiti in regime ambulatoriale con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente e con minore impiego di risorse.

2. Le regioni e le province autonome adottano entro il 15 marzo 2017 adeguate misure per incentivare il trasferimento dal regime di day surgery al regime ambulatoriale degli interventi chirurgici elencati nell'allegato 6B in una percentuale, sul totale dei ricoveri di day surgery, fissata per ciascuna classe, entro il 28 febbraio 2017, dalla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale di cui all'art. 1, comma 555, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, nonché per disincentivare i ricoveri inappropriati. Le regioni possono prevedere l'erogabilità di ulteriori interventi chirurgici, precedentemente erogati in day surgery, nelle strutture ambulatoriali a ciò specificamente accreditate e tenute alla compilazione di idonea documentazione clinica, dandone tempestiva comunicazione alla suddetta Commissione nazionale ai fini dell'eventuale aggiornamento dell'allegato 4 al presente decreto, e al Ministero della salute ai fini della fissazione della corrispondente tariffa.

Art. 42

Day hospital

1. Nell'ambito delle attività di day hospital medico il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni assistenziali programmabili, appartenenti a branche specialistiche diverse, volte ad affrontare patologie o problemi acuti che richiedono inquadramento diagnostico, terapia, accertamenti clinici, diagnostici o strumentali, nonché assistenza medico infermieristica prolungata, non eseguibili in ambulatorio. L'attività di day hospital si articola in uno o più accessi di durata limitata ad una sola parte della giornata, senza necessità di pernottamento.

Art. 43

Criteri di appropriatezza del ricovero in day hospital

1. I ricoveri in day hospital per finalità diagnostiche sono da considerarsi appropriati nei seguenti casi:

a) esami su pazienti che, per particolari condizioni di rischio, richiedono monitoraggio clinico prolungato;

b) accertamenti diagnostici a pazienti non collaboranti che richiedono un'assistenza dedicata e l'accompagnamento da parte di personale della struttura negli spostamenti all'interno della struttura stessa.

2. I ricoveri in day hospital per finalità terapeutiche sono da considerarsi appropriati nei seguenti casi:

a) somministrazione di chemioterapia che richiede particolare monitoraggio clinico;

b) somministrazione di terapia per via endovenosa di durata superiore a un'ora ovvero necessita' di sorveglianza, monitoraggio clinico e strumentale dopo la somministrazione di durata prolungata;

c) necessita' di eseguire esami ematochimici o ulteriori accertamenti diagnostici nelle ore immediatamente successive alla somministrazione della terapia;

d) procedure terapeutiche invasive che comportano problemi di sicurezza per il paziente.

3. Le regioni e le province autonome adottano entro il 15 marzo 2017 adeguate misure per incentivare il trasferimento delle prestazioni dal regime di day hospital al regime ambulatoriale, in una percentuale sul totale dei ricoveri di day hospital, fissata per ciascuna classe di ricovero, entro il 28 febbraio 2017, dalla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale di cui all'art. 1, comma 555, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, nonché per disincentivare i ricoveri inappropriati.

Art. 44

Riabilitazione e lungodegenza post-acuzie

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce, in regime di ricovero ospedaliero, secondo le disposizioni vigenti, alle persone non assistibili in day hospital o in ambito extraospedaliero, le seguenti prestazioni assistenziali nella fase immediatamente successiva ad un ricovero ordinario per acuti ovvero a un episodio di riacutizzazione di una patologia disabilitante:

a) prestazioni di riabilitazione intensiva diretta al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico, medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico, in termini di complessità e/o durata dell'intervento;

b) prestazioni di riabilitazione estensiva a soggetti disabili non autosufficienti, a lento recupero, non in grado di partecipare a un programma di riabilitazione intensiva o affetti da grave disabilità che richiedono un alto supporto assistenziale ed infermieristico ed una tutela medica continuativa nelle 24 ore;

c) prestazioni di lungodegenza post-acuzie a persone non autosufficienti affette da patologie ad equilibrio instabile e disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale, che hanno bisogno di trattamenti sanitari rilevanti, anche orientati al recupero, e di sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore, nonché di assistenza infermieristica non erogabile in forme alternative.

2. L'individuazione del setting appropriato di ricovero è conseguente alla valutazione del medico specialista in riabilitazione che predispone il progetto riabilitativo e definisce gli obiettivi, le modalità e i tempi di completamento del trattamento, attivando la presa in carico dei servizi territoriali domiciliari, residenziali e semiresidenziali per le esigenze riabilitative successive alla dimissione.

Art. 45

Criteri di appropriatezza del ricovero in riabilitazione

1. Si definiscono appropriati i ricoveri ordinari in riabilitazione che non possono essere eseguiti in day hospital o in ambito extraospedaliero con identico o maggior beneficio e identico o minor

rischio per il paziente e con minore impiego di risorse. Per la determinazione dei ricoveri inappropriati in ambito ospedaliero si applicano le disposizioni di cui all'art. 9-quater, comma 8, del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015 n. 125.

Art. 46

Centri antiveleni

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce attraverso i Centri Antiveleni (CAV) attività di consulenza specialistica per problematiche di carattere tossicologico di alta complessità, a supporto delle unità operative di pronto soccorso e degli altri servizi ospedalieri e territoriali, nonché adeguati sistemi di sorveglianza, vigilanza e allerta.

Art. 47

Attività trasfusionali

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce in materia di attività trasfusionale i servizi e le prestazioni individuati dall'art. 5 della legge 21 ottobre 2005, n. 219.

2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce altresì la ricerca ed il reperimento di cellule staminali emopoietiche presso registri e banche nazionali ed estere.

Art. 48

Attività di trapianto di cellule, organi e tessuti

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'attività di selezione, di prelievo, conservazione e distribuzione di cellule, organi e tessuti e l'attività di trapianto di cellule, organi e tessuti in conformità a quanto previsto dalla legge 1° aprile 1999, n. 91 e dal decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191.

Art. 49

Donazione di cellule riproduttive

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce la selezione dei donatori di cellule riproduttive e l'attività di prelievo, conservazione e distribuzione delle cellule, in conformità a quanto previsto dalla direttiva 2006/17/CE, come modificata dalla direttiva 2012/39/UE e dai successivi decreti di recepimento. Le coppie che si sottopongono alle procedure di procreazione medico assistita eterologa contribuiscono ai costi delle attività, nella misura fissata dalle regioni e dalle province autonome.

Capo VI

Assistenza specifica a particolari categorie

Art. 50

Assistenza specifica a particolari categorie

1. Nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza di cui al presente provvedimento, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone appartenenti alle categorie di cui ai seguenti articoli le specifiche tutele previste dalla normativa vigente indicate nei medesimi articoli.

Art. 51

Assistenza agli invalidi

1. Ai sensi dell'art. 57 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, il Servizio sanitario nazionale garantisce agli invalidi per causa di guerra e di servizio, ai ciechi, ai sordi ed agli invalidi civili le prestazioni sanitarie specifiche, preventive, ortopediche e protesiche, erogate ai sensi delle leggi e degli ordinamenti vigenti alla data di entrata in vigore della citata legge n. 833 del 1978.

2. Ai sensi della legge 19 luglio 2000, n. 203, e della legge 3 agosto 2004, n. 206, come modificata dalla legge 24 dicembre 2007, n. 244, il Servizio sanitario nazionale garantisce ai titolari di pensione di guerra diretta vitalizia ed ai soggetti ad essi equiparati, i medicinali appartenenti alla classe C) di cui all'art. 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, nei casi in cui il medico ne attesti la comprovata utilita' terapeutica per il paziente.

3. Le prestazioni sanitarie erogate agli invalidi e, ove previsto, ai loro familiari, inclusi i familiari dei deceduti, sono esentate dalla partecipazione al costo nei limiti e con le modalita' previsti dalla normativa vigente.

Art. 52

Persone affette da malattie rare

1. Le persone affette dalle malattie rare indicate nell'allegato 7 al presente decreto hanno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle correlate prestazioni di assistenza sanitaria.

Art. 53

Persone affette da malattie croniche e invalidanti

1. Le persone affette dalle malattie croniche e invalidanti individuate dall'allegato 8 al presente decreto hanno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie indicate dal medesimo.

Art. 54

Persone affette da fibrosi cistica

1. Ai sensi dell'art. 3 della legge 23 dicembre 1993, n. 548, il Servizio sanitario nazionale garantisce l'erogazione, a titolo gratuito, delle prestazioni sanitarie, incluse nei livelli essenziali di assistenza, per la cura e la riabilitazione a domicilio dei malati di fibrosi cistica, ivi compresa la fornitura gratuita del materiale medico, tecnico e farmaceutico necessario.

Art. 55

Nefropatici cronici in trattamento dialitico

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce ai soggetti nefropatici cronici in trattamento dialitico il rimborso delle spese di trasporto dal domicilio al centro dialisi, nei limiti e con le modalita' fissati dalle regioni e dalle province autonome.

Art. 56

Persone affette da Morbo di Hansen

1. Ai sensi della legge 31 marzo 1980, n. 126, e successive

modifiche e integrazioni, il Servizio sanitario nazionale garantisce ai soggetti affetti da Morbo di Hansen, a titolo gratuito, gli accertamenti diagnostici e i trattamenti profilattici e terapeutici necessari, inclusi i farmaci specifici non inclusi nel prontuario terapeutico. Il Servizio sanitario nazionale garantisce altresì l'erogazione del sussidio di cui all'art. 1 della legge citata.

Art. 57

Persone con infezione da HIV/AIDS

1. Ai sensi della legge 5 giugno 1990, n. 135, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con infezione da HIV/AIDS le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ospedaliere, ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali previste dalla medesima legge e dal Progetto obiettivo AIDS dell'8 marzo 2000.

Art. 58

Persone detenute ed internate negli istituti penitenziari e minorenni sottoposti a provvedimento penale

1. Ai sensi dell'art. 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, il Servizio sanitario nazionale garantisce l'assistenza sanitaria alle persone detenute, internate ed ai minorenni sottoposti a provvedimento penale, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008 recante «Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria».

Art. 59

Assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità

1. Sono escluse dalla partecipazione al costo, ai sensi dell'art. 1, comma 5, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, le prestazioni specialistiche ambulatoriali per la tutela della maternità indicate dal presente articolo e dagli allegati 10A e 10B, fruite presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, ivi compresi i consultori familiari. Sono comunque escluse dalla partecipazione al costo le visite periodiche ostetrico-ginecologiche, i corsi di accompagnamento alla nascita (93.37 training prenatale) nonché l'assistenza in puerperio erogati dalle medesime strutture.

2. La prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali è effettuata dai medici di medicina generale o dagli specialisti operanti presso le strutture accreditate, pubbliche o private, ivi compresi i consultori familiari. La prescrizione dello specialista è obbligatoria nei casi previsti dai commi 3 e 5 e nei casi specificamente indicati dagli allegati 10A e 10B.

3. In funzione preconcezionale, oltre alle prestazioni di cui all'Allegato 10A, sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie per accertare eventuali rischi procreativi correlati ad una condizione patologica o un rischio genetico di uno o entrambi i genitori, evidenziati dall'anamnesi riproduttiva o familiare della coppia e prescritte dallo specialista.

4. Nel corso della gravidanza, oltre alle prestazioni di cui all'Allegato 10B, sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie ed appropriate per le condizioni patologiche che comportino un rischio materno o fetale, prescritte dallo specialista o dal medico di medicina generale.

5. Nelle specifiche condizioni di rischio fetale indicate dall'allegato 10C, sono escluse dalla partecipazione al costo le

prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie ed appropriate per la valutazione del rischio e la successiva diagnosi prenatale, prescritte dallo specialista. Le regioni e le province autonome individuano le strutture di riferimento per l'esecuzione di tali prestazioni, garantendo che le stesse strutture forniscano alle donne e alle coppie un adeguato sostegno.

6. In caso di minaccia d'aborto sono escluse dalla partecipazione al costo tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie per il monitoraggio dell'evoluzione della gravidanza.

7. In presenza delle condizioni di rischio di cui al presente articolo, le prescrizioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali devono indicare la diagnosi o il sospetto diagnostico.

8. Qualora dalle visite ostetrico-ginecologiche periodiche, durante la frequenza ai corsi di accompagnamento alla nascita o nel corso dell'assistenza in puerperio emerga il sospetto di un disagio psicologico, e' escluso dalla partecipazione al costo un colloquio psicologico clinico con finalita' diagnostiche.

9. Il decreto del Ministro della sanita' del 10 settembre 1998, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 245 del 20 ottobre 1998, e' abrogato.

Art. 60

Persone con disturbi dello spettro autistico

1. Ai sensi della legge 18 agosto 2015, n. 134, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi dello spettro autistico, le prestazioni della diagnosi precoce, della cura e del trattamento individualizzato, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle piu' avanzate evidenze scientifiche.

2. Ai sensi dell'art. 4 della legge 18 agosto 2015, n. 134, entro centoventi giorni dall'adozione del presente decreto, il Ministero della salute, previa intesa in sede di Conferenza unificata, provvede, in applicazione dei livelli essenziali di assistenza, all'aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualita' e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico, di cui all'accordo sancito in sede di Conferenza unificata il 22 novembre 2012. Le linee di indirizzo sono aggiornate con cadenza almeno triennale.

Art. 61

Assistenza sanitaria all'estero

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'assistenza sanitaria, in forma diretta, agli assistiti in temporaneo soggiorno negli Stati della UE e dell'area EFTA (Svizzera, Norvegia, Islanda, Liechtenstein) nonche' negli Stati con i quali sono in vigore accordi bilaterali in materia di sicurezza sociale. L'assistenza e' erogata alle medesime condizioni previste per i cittadini dello Stato di soggiorno nei limiti e con le modalita' fissate dai Regolamenti CE n. 883/2004 e n. 987/2009 o dalle convenzioni stipulate dallo Stato italiano e dalla normativa nazionale o e regionale attuativa. L'assistenza sanitaria in forma diretta e' altresì garantita agli assistiti italiani del SSN residenti in uno Stato UE, dell'area EFTA o in un Paese in convenzione, nei limiti e con le modalita' fissate dai regolamenti CE n. 883/2004 e n. 987/2009 o dalle convenzioni stipulate dallo Stato italiano.

2. Ai sensi dei regolamenti CE n. 883/2004 e n. 987/2009 e della normativa nazionale e regionale attuativa, il Servizio sanitario nazionale garantisce agli assistiti obbligatoriamente iscritti, previa autorizzazione dell'azienda sanitaria locale di residenza, l'erogazione, in forma diretta, negli Stati della UE, dell'area EFTA e, ove previsto, negli Stati con i quali sono in vigore accordi di sicurezza sociale, l'erogazione delle prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza se le prestazioni stesse non possono essere

erogate in Italia entro un lasso di tempo accettabile sotto il profilo medico, tenuto conto dello stato di salute dell'assistito e della probabile evoluzione della sua malattia. La medesima tutela, in forma diretta, e' prevista, nei limiti e con le modalita' fissate dai regolamenti CE n. 883/2004 e n. 987/2009, agli assistiti italiani del SSN residenti in un Paese UE e dell'area EFTA, previa autorizzazione rilasciata dalla Istituzione competente del Paese di residenza, sentita l'azienda sanitaria locale di ultima residenza in Italia.

3. Ai sensi della direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio e del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 38, di attuazione della direttiva stessa, il Servizio sanitario nazionale garantisce agli assistiti il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni sanitarie incluse nei livelli essenziali di assistenza, fruite negli Stati della UE fino a concorrenza delle tariffe regionali vigenti per le prestazioni stesse, nei limiti e con le modalita' fissate dal decreto legislativo citato e delle norme nazionali e regionali attuative.

4. Ai sensi dell'art. 3 della legge 23 ottobre 1985, n. 595, il Servizio sanitario nazionale garantisce, in via di eccezione, l'assistenza sanitaria all'estero, preventivamente autorizzata, limitatamente alle prestazioni di altissima specializzazione incluse nelle aree di attivita' di cui ai livelli essenziali di assistenza, che non siano ottenibili in Italia tempestivamente o in forma adeguata alla particolarita' del caso clinico, nelle forme e con le modalita' stabilite dalle regioni e dalle province autonome. A tale scopo, si applicano le previsioni del decreto ministeriale 3 novembre 1989 «Criteri per la fruizione di prestazioni assistenziali in forma indiretta presso centri di altissima specializzazione all'estero» (pubblicato nella G. U. n. 273 del 22 novembre 1989), e successive modificazioni, di seguito indicato come «decreto ministeriale», come modificato dai seguenti commi 5, 6 e 7.

5. Il comma 4 dell'art. 2 del decreto ministeriale e' sostituito dal seguente: «E' considerata «prestazione non ottenibile in forma adeguata alla particolarita' del caso clinico» la prestazione garantita ai propri assistiti dall'autorita' sanitaria nazionale del Paese nel quale e' effettuata che richiede specifiche professionalita' ovvero procedure tecniche o curative non praticate, ma ritenute, in base alla letteratura scientifica internazionale, di efficacia superiore alle procedure tecniche o curative praticate in Italia ovvero realizzate mediante attrezzature piu' idonee di quelle presenti nelle strutture italiane pubbliche o accreditate dal servizio sanitario nazionale.»

6. Il comma 1 dell'art. 5 del decreto ministeriale e' sostituito dal seguente: «Ai fini del presente decreto, e' da considerarsi centro di altissima specializzazione, la struttura estera, nota in Italia, e riconosciuta nell'ambito del sistema sanitario del Paese in cui opera come idonea ad erogare prestazioni agli assistiti con oneri a carico del sistema sanitario nazionale, che sia in grado di assicurare prestazioni sanitarie di altissima specializzazione e che possieda caratteristiche superiori agli standards, criteri e definizioni propri dell'ordinamento italiano.»

7. Sono confermate le previsioni del decreto ministeriale 24 gennaio 1990 «Identificazione delle classi di patologia e delle prestazioni fruibili presso centri di altissima specializzazione all'estero» (pubblicato nella G. U. n. 27 del 2 febbraio 1990) e successive modificazioni.

Art. 62

Cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea iscritti al Servizio sanitario nazionale

1. Ai sensi dell'art. 34 del decreto legislativo 27 luglio 1998, n. 286 e successive modificazioni e dell'art. 42 del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394, il Servizio sanitario nazionale garantisce agli stranieri obbligatoriamente o volontariamente iscritti, parita' di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene

all'assistenza sanitaria erogata in Italia. L'assistenza sanitaria spetta altresì ai familiari a carico regolarmente soggiornanti.

Art. 63

Cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea non in regola con il permesso di soggiorno

1. Ai sensi dell'art. 35 del decreto legislativo 27 luglio 1998, n. 286 e successive modifiche e integrazioni e dell'art. 43 del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394, il Servizio sanitario nazionale garantisce ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio ed i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Sono considerate urgenti le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute; sono considerate essenziali le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita, per complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti.

2. Sono, in particolare, garantiti:

a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi della legge 29 luglio 1975, n. 405 e della legge 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto del Ministro della sanità 6 marzo 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani;

b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176;

c) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni e dalle province autonome;

d) gli interventi di profilassi internazionale;

e) la profilassi, la diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventualmente la bonifica dei relativi focolai.

3. Secondo quanto previsto dall'art. 35, comma 4, del citato decreto legislativo 27 luglio 1998, n. 286 e successive modifiche e integrazioni, le prestazioni di cui al comma 1 sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani.

4. I minori stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno sono iscritti al Servizio sanitario nazionale ed usufruiscono dell'assistenza sanitaria in condizioni di parità con i cittadini italiani.

Art. 64

Norme finali e transitorie

1. Con successivi appositi Accordi sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, su proposta del Ministro della salute sono fissati criteri uniformi per la individuazione di limiti e modalità di erogazione delle prestazioni che il presente decreto demanda alle regioni e alle province autonome.

2. Le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui agli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo

Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni. Dalla medesima data sono abrogati il decreto ministeriale 22 luglio 1996, recante «Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe» e il decreto ministeriale 9 dicembre 2015 recante «Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale». Fino all'entrata in vigore delle suddette disposizioni, l'elenco delle malattie croniche ed invalidanti che danno diritto all'esenzione e' contenuto nell'allegato 8-bis.

3. Le disposizioni in materia di erogazione di dispositivi protesici inclusi nell'elenco 1 di cui al comma 3, lettera a) dell'art. 17, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni.

4. Le disposizioni in materia di malattie rare di cui all'art. 52 e all'allegato 7 entrano in vigore dal centottantesimo giorno dalla data di entrata in vigore del presente decreto; entro tale data le regioni e le province autonome adeguano le Reti regionali per le malattie rare con l'individuazione dei relativi Presidi e i Registri regionali.

5. Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 recante «Definizione dei livelli essenziali di assistenza» e successive integrazioni e modificazioni e' abrogato, fermo restando quanto previsto dai commi 2 e 3 e 4.

6. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 12 gennaio 2017

Il Presidente del Consiglio dei ministri
Gentiloni Silveri

Il Ministro della salute
Lorenzin

Il Ministro dell'economia e delle finanze
Padoan

Registrato alla Corte dei conti il 7 febbraio 2017

Ufficio controllo atti P.C.M. Ministeri giustizia e affari esteri,
reg.ne prev. n. 304

Allegato 1

Parte di provvedimento in formato grafico

Allegato 2

Parte di provvedimento in formato grafico

Allegato 3

Parte di provvedimento in formato grafico

Allegato 4

Parte di provvedimento in formato grafico

Allegato 4A

Parte di provvedimento in formato grafico

Allegato 4B

Parte di provvedimento in formato grafico

Allegato 4C

Parte di provvedimento in formato grafico

Allegato 4D

Parte di provvedimento in formato grafico

Allegato 5

Parte di provvedimento in formato grafico

Allegato 6A

Parte di provvedimento in formato grafico

Allegato 6B

Parte di provvedimento in formato grafico

Allegato 7

Parte di provvedimento in formato grafico

Allegato 8

Parte di provvedimento in formato grafico

Allegato 8BIS

Parte di provvedimento in formato grafico

Allegato 9

Parte di provvedimento in formato grafico

Allegato 10

Parte di provvedimento in formato grafico

Allegato 11

Parte di provvedimento in formato grafico

Parte di provvedimento in formato grafico

MINISTERO DELLA SALUTE

ORDINANZA 29 settembre 2022

Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'epidemia da COVID-19 concernenti l'utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie. (22A05638)

(GU n.229 del 30-9-2022)

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visti gli articoli 32, 117, comma 2, lettera q), e 118 della Costituzione;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante «Istituzione del Servizio sanitario nazionale», e, in particolare, l'articolo 32, il quale prevede, tra l'altro, che «Il Ministro della sanità può emettere ordinanze di carattere contingibile e urgente, in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria, con efficacia estesa all'intero territorio nazionale o a parte di esso comprendente più regioni»;

Visto l'articolo 117 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, in materia di conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli enti locali;

Visto l'articolo 47-bis del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, che attribuisce al Ministero della salute le funzioni spettanti allo Stato in materia di tutela della salute;

Vista la dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità dell'11 marzo 2020, con la quale l'epidemia da COVID-19 è stata valutata come «pandemia» in considerazione dei livelli di diffusività e gravità raggiunti a livello globale;

Visto l'articolo 44 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017;

Visto il decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 maggio 2021, n. 76, e successive modificazioni, recante «Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici»;

Visto il decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 giugno 2021, n. 87, e successive modificazioni, recante «Misure urgenti per la graduale ripresa delle attività economiche e sociali nel rispetto delle esigenze di contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19» e, in particolare, l'articolo 10-quater, recante «Dispositivi di protezione delle vie respiratorie»;

Visto il decreto-legge 24 marzo 2022, n. 24, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 maggio 2022, n. 52, recante «Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza, e altre disposizioni in materia sanitaria»;

Vista la nota della Direzione generale della prevenzione sanitaria prot. 0040964-28/09/2022-DGPRES-DG-P;

Considerato che, in relazione all'attuale andamento epidemiologico, persistono esigenze indifferibili di contrasto al diffondersi della pandemia da Covid-19 in relazione all'accesso alle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali, nelle quali, in

ragione della presenza di persone fragili o in condizioni di fragilit , sussiste una maggiore pericolosit  del contagio;

Ritenuto, pertanto, necessario e urgente prevedere, anche successivamente al 30 settembre 2022, misure concernenti l'utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie sull'intero territorio nazionale in relazione all'accesso alle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali;

E m a n a
la seguente ordinanza:

Art. 1

1. E' fatto obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie ai lavoratori, agli utenti e ai visitatori delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali, comprese le strutture di ospitalit  e lungodegenza, le residenze sanitarie assistenziali, gli hospice, le strutture riabilitative, le strutture residenziali per anziani, anche non autosufficienti, e comunque le strutture residenziali di cui all'articolo 44 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017.

2. Non hanno l'obbligo di indossare il dispositivo di protezione delle vie respiratorie:

- a) i bambini di et  inferiore ai sei anni;
- b) le persone con patologie o disabilit  incompatibili con l'uso della mascherina, nonch  le persone che devono comunicare con una persona con disabilit  in modo da non poter fare uso del dispositivo.

3. I responsabili delle strutture di cui al comma 1 sono tenuti a verificare il rispetto delle prescrizioni di cui al medesimo comma 1.

Art. 2

1. La presente ordinanza produce effetti dal 1 ottobre 2022 al 31 ottobre 2022.

2. Le disposizioni della presente ordinanza si applicano anche alle regioni a statuto speciale e alle Province autonome di Trento e di Bolzano.

La presente ordinanza e' trasmessa agli organi di controllo e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 29 settembre 2022

Il Ministro: Speranza

Registrato alla Corte dei conti il 29 settembre 2022

Ufficio di controllo sugli atti del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, del Ministero dell'istruzione, del Ministero dell'universit  e della ricerca, del Ministero della cultura, del Ministero della salute, reg.ne n. 2564

DELIBERA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 31 gennaio 2020

Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. (20A00737)

(GU n.26 del 1-2-2020)

IL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Nella riunione del 31 gennaio 2020

Visto il decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1, ed in particolare l'articolo 7, comma 1, lettera c), e l'articolo 24, comma 1;

Vista la direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri 26 ottobre 2012, concernente gli indirizzi per lo svolgimento delle attività propedeutiche alle deliberazioni del Consiglio dei ministri e per la predisposizione delle ordinanze di cui all'articolo 5 della legge 24 febbraio 1992, n. 225 e successive modificazioni e integrazioni, che, ai sensi dell'articolo 15, comma 5, del citato decreto legislativo n. 1 del 2018, resta in vigore fino alla pubblicazione della nuova direttiva in materia;

Vista la dichiarazione di emergenza internazionale di salute pubblica per il coronavirus (PHEIC) dell'Organizzazione mondiale della sanità del 30 gennaio 2020;

Viste le raccomandazioni alla comunità internazionale della Organizzazione mondiale della sanità circa la necessità di applicare misure adeguate;

Considerata l'attuale situazione di diffusa crisi internazionale determinata dalla insorgenza di rischi per la pubblica e privata incolumità connessi ad agenti virali trasmissibili, che stanno interessando anche l'Italia;

Ritenuto che tale contesto di rischio, soprattutto con riferimento alla necessità di realizzare una compiuta azione di previsione e prevenzione, impone l'assunzione immediata di iniziative di carattere straordinario ed urgente, per fronteggiare adeguatamente possibili situazioni di pregiudizio per la collettività presente sul territorio nazionale;

Considerata la necessità di supportare l'attività in corso da parte del Ministero della salute e del Servizio sanitario nazionale, anche attraverso il potenziamento delle strutture sanitarie e di controllo alle frontiere aeree e terrestri;

Vista la nota del 31 gennaio 2020, con cui il Ministro della salute ha rappresentato la necessità di procedere alla dichiarazione dello stato di emergenza nazionale di cui all'articolo 24 del decreto legislativo n. 1 del 2018;

Considerato, altresì, che il Fondo per le emergenze nazionali di cui all'articolo 44, comma 1, del citato decreto legislativo n. 1 del 2018, iscritto nel bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei ministri, presenta le disponibilità necessarie per far fronte agli interventi delle tipologie di cui alle lettere a) e b) dell'articolo 25, comma 2, del decreto legislativo n. 1 del 2018, nella misura determinata all'esito della valutazione speditiva svolta dal Dipartimento della protezione civile sulla base dei dati e delle informazioni disponibili ed in raccordo con il Ministero della salute;

Ritenuto, pertanto, necessario provvedere tempestivamente a porre in essere tutte le iniziative di carattere straordinario sia sul territorio nazionale che internazionale, finalizzate a fronteggiare la grave situazione internazionale determinatasi;

Tenuto conto che detta situazione di emergenza, per intensità ed

estensione, non e' fronteggiabile con mezzi e poteri ordinari;

Ritenuto, quindi, che ricorrano, nella fattispecie, i presupposti previsti dall'articolo 7, comma 1, lettera c), e dall'articolo 24, comma 1, del citato decreto legislativo n. 1 del 2018, per la dichiarazione dello stato di emergenza;

Su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri;

Delibera:

1) In considerazione di quanto esposto in premessa, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 7, comma 1, lettera c), e dell'articolo 24, comma 1, del decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1, e' dichiarato, per 6 mesi dalla data del presente provvedimento, lo stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.

2) Per l'attuazione degli interventi di cui dell'articolo 25, comma 2, lettere a) e b) del decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1, da effettuare nella vigenza dello stato di emergenza, si provvede con ordinanze, emanate dal Capo del Dipartimento della protezione civile in deroga a ogni disposizione vigente e nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento giuridico, nei limiti delle risorse di cui al comma 3.

3) Per l'attuazione dei primi interventi, nelle more della valutazione dell'effettivo impatto dell'evento in rassegna, si provvede nel limite di euro 5.000.000,00 a valere sul Fondo per le emergenze nazionali di cui all'articolo 44, comma 1, del decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1.

La presente delibera sara' pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 31 gennaio 2020

Il Presidente del Consiglio
dei ministri
Conte

REGIONE CALABRIA

DCA n. **81** del **22 LUG. 2016**

OGGETTO: PROGRAMMA OPERATIVO 2016-2018, Intervento 2.3.1.1 “*Autorizzazioni E Accredimento*” – Approvazione Nuovo regolamento Attuativo della L.R. n. 24/2008
- Approvazione nuovi Manuali di Autorizzazione e nuovi Manuali di Accredimento.

IL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

VISTO l'articolo 120 della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 Giugno 2003, n.131;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1° Ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 Novembre 2007, n. 222;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, firmato tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle finanze e il Presidente *pro tempore* della regione in data 17 dicembre 2009, poi recepito con DGR N. 97 del 12 febbraio 2010;

RICHIAMATA la Deliberazione del 30 Luglio 2010, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Presidente *pro tempore* della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario *ad acta* per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario di detta Regione e sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare;

RILEVATO che il sopra citato articolo 4, comma 2, del decreto legge n. 159/2007, al fine di assicurare la puntuale attuazione del Piano di rientro, attribuisce al Consiglio dei Ministri – su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni - la facoltà di nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più sub commissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

VISTO l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il quale dispone che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della predetta legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale.

VISTI gli esiti delle riunioni di verifica dell'attuazione del Piano di rientro, da ultimo della riunione del 28 ottobre e del 12 novembre 2014 con particolare riferimento all'adozione dei Programmi operativi 2013-2015;

VISTO il Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) ed, in particolare l'articolo 12 di detta Intesa;

VISTA la legge 23 dicembre 2014, n. 190 (in particolare, l'articolo 1, commi da 569 a 572) che recepisce quanto disposto dal Patto per la salute 2014-2015 di cui alla citata Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) statuendo che la nomina a Commissario *ad acta* per cui è deliberazione è incompatibile con qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento;

VISTA la nota prot. n.298/UCL397 del 20 marzo 2015 con la quale il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha trasmesso alla Regione Calabria la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 con la quale è stato nominato l'Ing. Massimo Scura quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;

VISTA la medesima Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015 con la quale è stato nominato il Dott. Andrea Urbani *sub* Commissario unico nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della regione Calabria con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

RILEVATO che con la anzidetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare e ed attuare i Programmi operativi e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:

- 1) adozione del provvedimento di riassetto della rete ospedaliera, coerentemente con il Regolamento sugli standard ospedalieri di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e con i pareri resi dai Ministeri affiancanti, nonché con le indicazioni formulate dai Tavoli tecnici di verifica;
- 2) monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
- 3) adozione del provvedimento di riassetto della rete dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
- 4) adozione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto specificatamente previsto dal Patto per la salute 2014-2016;
- 5) razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
- 6) razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
- 7) interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
- 8) definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipulazione del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-*quinquies*> comma 2-*quinquies*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 15, comma 17, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012;
- 9) completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- 10) attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
- 11) interventi sulla spesa relativa alla medicina di base;
- 12) adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
- 13) rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
- 14) tempestivo trasferimento delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale;
- 15) conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria;
- 16) puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192 del 2012;

VISTI:

- il D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e in particolare gli articoli 8, 8-*bis*, 8-*ter* e 8-*quater*, in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie;

- il D.P.R. 14 gennaio 1997 *“Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”*, che definisce le attività di valutazione e miglioramento della qualità in termini metodologici e prevede, tra i requisiti generali richiesti alle strutture pubbliche e private, che le stesse siano dotate di un insieme di attività e procedure concernenti la gestione, valutazione e miglioramento della qualità;
- la L.R. 19 ottobre 2004, n. 25, nel testo coordinato con le modifiche e le integrazioni di cui alle LL.RR. 20 aprile 2005, n. 11, 19 gennaio 2010, n. 3, 9 novembre 2010, n. 27, 6 agosto 2012, n. 34 e 10 settembre 2014, n. 18;
- la L.R. n. 24/2008 recante *“Norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private”*;
- il Regolamento regionale n. 13 dell'1 settembre 2009 di attuazione della L.R. n. 24/2008 e inerente procedure di dettaglio e requisiti di autorizzazione sanitaria e accreditamento, pubblicato sul BUR n.16 Supplemento Straordinario n. 2 del 10 Settembre 2009;
- il D.P.C.M. 29 novembre 2001 *“Definizione dei livelli essenziali di assistenza”* che indica la necessità di individuare percorsi diagnostico-terapeutici sia per il livello di cura ospedaliera, sia per quello ambulatoriale;
- il Decreto del Ministro della Salute del 2 aprile 2015, n. 70 *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”*;

DATO ATTO:

- **CHE** la Regione Calabria, nel proprio impegno in materia di promozione della qualità, ha disciplinato con la Legge Regionale n. 24 del 18 luglio 2008 e s.m.i. recante *“Norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private”* la materia dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali in attuazione di quanto disposto dagli artt. 8-ter e 8-quater del D.L.gs. 30.12.1992 n. 502 e s.m.i.;
- **CHE** tale normativa regionale, che sostanzialmente si configura come una disciplina quadro sull'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali, rappresenta uno degli strumenti attraverso i quali la Regione ha inteso promuovere lo sviluppo della qualità dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria attraverso un approccio di sistema orientato al miglioramento continuo della qualità;
- **CHE** con Regolamento regionale n. 13 dell'1 settembre 2009 la Regione Calabria ha approvato il Regolamento attuativo della Legge Regionale n. 24 del 18 luglio 2008 comprensivo, tra l'altro, dei: *“Requisiti organizzativi di personale minimi per le attività ospedaliere”* (allegato 3); *“Requisiti specifici e di personale delle strutture extraospedaliere sanità”* (allegato 4); *“Manuali e check-list per l'autorizzazione sanitaria all'esercizio delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private”* (allegato 7 al Regolamento n. 13/2009);

VISTA l'Intesa sancita nella seduta del 3 dicembre 2009 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome concernente il Patto per la salute 2010-2012 che, tra l'altro, all'art. 7, comma 1, prevede nel rispetto degli obiettivi programmati di finanza pubblica la stipula di una intesa ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, finalizzata a promuovere una revisione normativa in materia di autorizzazioni e accreditamento;

VISTA l'Intesa, rep. N. 259/CSR del 20 dicembre 2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante *“Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento”* in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012. (pubblicato il 02 aprile 2013), Recepita con D.P.G.R. n.44 del 29/03/2013;

TENUTO CONTO che per il perseguimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini individuati con i livelli essenziali di assistenza l'accreditamento è strumento di garanzia che mira a

promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza e dell'organizzazione;

PRESO ATTO che è in itinere la revisione della normativa sull'autorizzazione e accreditamento, come da Decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro del 21 luglio 2015 n. 83, contenente in allegato un disegno di legge, già trasmesso al Consiglio Regionale, recante *“Norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private”*, ai fini della relativa approvazione;

RICHIAMATO l'art. 2 della L. 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i. e, in particolare:

- il comma 80 ai sensi del quale *“Gli interventi individuati dal piano 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. A tale scopo, qualora, in corso di attuazione del piano o dei programmi operativi di cui al comma 88, gli ordinari organi di attuazione del piano o il commissario ad acta rinvenivano ostacoli derivanti da provvedimenti legislativi regionali, li trasmettono al Consiglio Regionale, indicandone puntualmente i motivi di contrasto con il Piano di rientro o con i programmi operativi. Il Consiglio Regionale, entro i successivi sessanta giorni, apporta le necessarie modifiche alle leggi regionali in contrasto, o le sospende, o le abroga. Qualora il Consiglio Regionale non provveda ad apportare le necessarie modifiche legislative entro i termini indicati, ovvero vi provveda in modo parziale o comunque tale da non rimuovere gli ostacoli all'attuazione del piano o dei programmi operativi, il Consiglio dei Ministri adotta, ai sensi dell'articolo 120 della Costituzione, le necessarie misure, anche normative, per il superamento dei predetti ostacoli”*.
- il comma 83 ai sensi del quale *“Il commissario 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”*;
- il comma 95 il quale espressamente 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”*;

CONSIDERATO che, in esito alle riunioni del Gruppo di Lavoro per la revisione delle normativa in materia di autorizzazione sanitaria e di accreditamento costituito con DPGR-CA n. 66/2013 parzialmente modificato con il n.26/2014 sono stati predisposti ed approvati i seguenti documenti:

- a) Allegato 1 – Requisiti Generali Comuni a tutte le Strutture Sanitarie e agli Studi medici, odontoiatrici e delle altre professioni sanitarie – Glossario;
- b) Allegato 2 – Requisiti specifici dei servizi di diagnostica per immagini;
- c) Allegato 3 – Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per le attività ospedaliere;
- d) Allegato 4 – Requisiti specifici delle strutture territoriali extraospedaliere sanitarie e socio-sanitarie residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, domiciliari, riabilitative, per le dipendenze patologiche e della salute mentale;
- e) Allegato 5 – Requisiti di autorizzazione degli ambulatori specialistici e degli stabilimenti termali;
- f) Allegato 6 – Requisiti specifici dei Servizi di medicina di laboratorio e punto prelievo esterno;
- g) Allegato 7 – Requisiti specifici dei Servizi di medicina di laboratorio e punto prelievo esterno;
- h) Allegato 8 – Requisiti specifici dei servizi di Farmacia;
- i) Allegato 9 – *Check list* per l'Autorizzazione all'Esercizio;
- j) Allegato 10 – Manuale per l'accreditamento istituzionale delle strutture che erogano prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale;
- k) Allegato 11 – Manuale per l'accreditamento istituzionale delle strutture di medicina di laboratorio;
- l) Allegato 12 – Manuale per l'accreditamento istituzionale delle strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliere;
- m) Allegato 13 - Manuale per l'accreditamento istituzionale delle strutture ospedaliere;

CONSIDERATO altresì che, al fine di dare completa e corretta applicazione ai nuovi requisiti si rende necessaria il superamento del Regolamento regionale n. 13 dell'1 settembre 2009, e conseguentemente approvare il Nuovo Regolamento attuativo della L.R. n. 24/2008, che abroga il precedente;

TENUTO CONTO dell'orientamento giurisprudenziale prevalente in materia che qualifica i provvedimenti del Commissario ad acta quali *“ordinanze emergenziali statali in deroga”*, ossia

“misure straordinarie che il Commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro” (cfr. sent. Consiglio di Stato n. 2470/2013);

RITENUTO DI dover approvare, per le motivazioni addotte, il nuovo Regolamento Attuativo della L.R. n. 24/2008 nonché i relativi 13 allegati sopra richiamati come parte integrante e sostanziale del presente atto;

RITENUTO, altresì, di dover:

- abrogare il Regolamento n. 13 dell'1 settembre 2009 e i relativi allegati;
- precisare che sino all'adozione della nuova legge regionale in materia di autorizzazioni e accreditamento e del relativo regolamento attuativo continuano a trovare applicazione la Legge regionale n. 24/2008 e il Regolamento approvato con il presente provvedimento, fatti salvi eventuali allegati non coperti dalla nuova normativa;
- di dover mantenere invariate la titolarità delle funzioni e le modalità di adozione dei provvedimenti in materia di rilascio, modifica, revoca e diniego di autorizzazioni e accreditamenti per come espletate nel corso di tutto il piano di rientro, sino alla conclusione dei piani operativi in prosecuzione del suddetto piano;

D E C R E T A

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

DI APPROVARE i seguenti allegati che, acclusi al presente atto, ne formano parte integrante e sostanziale:

- a) **Nuovo Regolamento attuativo della L.R. n. 24/2008;**
- b) **Allegato 1** – Requisiti Generali Comuni a tutte le Strutture Sanitarie e agli Studi medici, odontoiatrici e delle altre professioni sanitarie – Glossario;
- c) **Allegato 2** – Requisiti specifici dei servizi di diagnostica per immagini;
- d) **Allegato 3** – Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per le attività ospedaliere;
- e) **Allegato 4** – Requisiti specifici delle strutture territoriali extraospedaliere sanitarie e socio-sanitarie residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, domiciliari, riabilitative, per le dipendenze patologiche e della salute mentale;
- f) **Allegato 5** – Requisiti di autorizzazione degli ambulatori specialistici e degli stabilimenti termali;
- g) **Allegato 6** – Requisiti specifici dei Servizi di medicina di laboratorio e punto prelievo esterno;
- h) **Allegato 7** – Requisiti specifici dei Servizi di medicina di laboratorio e punto prelievo esterno;
- i) **Allegato 8** – Requisiti specifici dei servizi di Farmacia;
- j) **Allegato 9** – *Check list* per l'Autorizzazione all'Esercizio;
- k) **Allegato 10** – Manuale per l'accreditamento istituzionale delle strutture che erogano prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale;
- l) **Allegato 11** – Manuale per l'accreditamento istituzionale delle strutture di medicina di laboratorio;
- m) **Allegato 12** – Manuale per l'accreditamento istituzionale delle strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera;
- n) **Allegato 13** - Manuale per l'accreditamento istituzionale delle strutture ospedaliere;

DI ABROGARE il Regolamento n. 13 dell'1 settembre 2009, fatti salvi eventuali allegati previsti dal precedente regolamento che non risultassero coperti dalla nuova normativa;

DI STABILIRE che il nuovo regolamento attuativo della L.R. n. 24/2008 e i relativi allegati entrano in vigore il giorno stesso della pubblicazione della loro pubblicazione, unitamente al presente provvedimento, sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria;

DI MANTENERE INVARIATE la titolarità delle funzioni e le modalità di adozione dei provvedimenti in materia di rilascio, modifica, revoca e diniego di autorizzazioni e accreditamenti per come espletate nel corso di tutto il piano di rientro, sino alla conclusione dei piani operativi in prosecuzione del suddetto piano;

DI INVIARE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

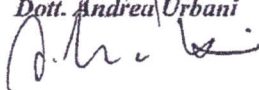
DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente atto al Dirigente Generale del Dipartimento "*Tutela della Salute e Politiche Sanitarie*", alle Associazioni di categoria, alle Aziende Sanitarie Provinciali, al Dipartimento "*Sviluppo Economico, Lavoro, Formazione e Politiche Sociali*";

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale per la pubblicazione del presente provvedimento sul BURC ai sensi della legge regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

DI PRECISARE che avverso il presente provvedimento, entro 60 (sessanta) giorni dalla sua notificazione o effettiva conoscenza, è ammesso ricorso dinnanzi al TAR Calabria – Catanzaro ovvero, entro 120 (centoventi) giorni, è ammesso ricorso straordinario al Presidente della Repubblica.

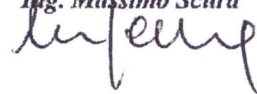
Il sub Commissario

Dott. Andrea Urbani



Il Commissario ad acta

Ing. Massimo Scura



DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” - Allegato 1 - Requisiti Generali Comuni

Allegato 1 - Requisiti Generali Comuni e Glossario

Requisiti Generali Comuni a tutte le Strutture Sanitarie e agli Studi medici, odontoiatrici e delle altre professioni sanitarie - Glossario

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" - Allegato 1 - Requisiti Generali Comuni**1.1 REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI**

1. Deve essere presente tutta la documentazione inerente:

- 1) Protezione antisismica;
- 2) Protezione antincendio;
- 3) Protezione acustica;
- 4) Sicurezza elettrica e continuità elettrica;
- 5) Sicurezza antinfortunistica;
- 6) Igiene dei luoghi di lavoro;
- 7) Protezione dalle radiazioni ionizzanti;
- 8) Eliminazione delle barriere architettoniche;
- 9) Smaltimento dei rifiuti;
- 10) Condizioni microclimatiche;
- 11) Impianti di distribuzione dei gas medicali (se presenti);
- 12) Protezione da materiali esplosivi (se presenti);
- 13) Rispetto del divieto di fumo;
- 14) Illuminazione;
- 15) Impianti di protezione dalle scariche atmosferiche;

2. Deve essere redatto il documento della Politica della struttura (mandato specifico, visione, obiettivi generali a lungo periodo e specifici), in riferimento all'atto aziendale o altri documenti costitutivi, dell'assegnazione di responsabilità per il conseguimento di obiettivi per la qualità.

3. Deve essere definita l'organizzazione interna, le responsabilità delegate. (Per le strutture pubbliche la struttura organizzativa aziendale è disegnata nell'atto aziendale) e il piano annuale delle attività comprendente: obiettivi specifici, definizione e allocazione delle risorse economiche, umane, tecnologiche (esempio budget, elencazione delle singole prestazioni erogate / standard di prodotto).

4. Vi deve essere evidenza degli strumenti informativi del percorso assistenziale, secondo le linee guida emanate dalla Regione Calabria, e di modalità strutturate per la informazione del paziente circa le condizioni cliniche e raccolta del consenso informato, di modalità e strumenti per l'informazione e l'ascolto degli utenti (gestione reclami, questionari di soddisfazione, attività di gruppo).

5. Deve essere compilato il DVR (Documento di Valutazione dei Rischi) ai sensi del D Lgs 81/2008.

I piani di adeguamento ex commi 9), 10) ed 11) dell'art. 11 della Legge Regionale n° 24/08, per le strutture autorizzate alla loro presentazione, devono osservare i requisiti specifici stabiliti con il presente regolamento ed i relativi manuali. I piani di adeguamento delle strutture pubbliche devono essere comprensivi anche della documentazione relativa alla programmazione degli acquisti di attrezzature e di selezione e valutazione dei fornitori. I requisiti di gestione della manutenzione sono autorizzativi.

6. Deve essere redatto il piano annuale della formazione (con riferimento all'acquisizione dei necessari crediti formativi secondo Educazione Continua in Medicina) comprensivo della formazione all'uso delle nuove tecnologie e per la sicurezza. Devono essere individuate, altresì, le strutture aziendali responsabili per la formazione. La documentazione delle attività formative effettuate è requisito per il mantenimento dell'autorizzazione e dell'accreditamento;

7. Deve essere garantita l'applicazione della normativa vigente in tema di tutela della privacy.

8. La trasmissione dati (via telematica) al Sistema Informativo è requisito autorizzativo. Le strutture sanitarie e socio-sanitarie devono trasmettere con periodicità stabilita dalle norme aziendali, regionali o ministeriali, le informazioni in formato elettronico secondo le specifiche tecniche ed i tracciati record esistenti nelle normative regionali o ministeriali. Il semplice ritardo o mancata trasmissione delle informazioni è considerato grave inadempimento per il Direttore Generale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche, mentre rappresenta la sospensione immediata dell'Autorizzazione sanitaria per le strutture private.

DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” - Allegato 1 - Requisiti Generali Comuni

8. Devono essere redatte e definite procedure per la gestione della documentazione, per l'accesso alla struttura (eleggibilità, liste di attesa accesso in urgenza/emergenza, continuità della erogazione del servizio in caso di urgenze ed imprevisti organizzativi e tecnologici, e continuità delle funzioni assistenziali e le procedure per le attività/prestazioni fondamentali erogate, per la garanzia dei diritti degli utenti (informazione, consenso, reclami, privacy).

9. Devono essere redatte procedure per la sicurezza e la gestione del rischio sui pazienti sugli addetti e per il controllo delle infezioni (intendendo anche il rischio clinico – risk management).

Le strutture sanitarie e socio-sanitarie, in attesa del rilascio del certificato di qualità, devono redigere un piano di verifica periodica comprendente:

1. valutazione documentata del raggiungimento degli obiettivi generali e specifici;
2. valutazione documentata della attività annuale pianificata con gli indicatori di processo: risorse umane e strumentali, impegni della Carta dei Servizi, soddisfazione degli utenti e reclami, clima organizzativo, aderenza alle procedure per la appropriatezza/continuità assistenziale;
3. valutazione documentata della attività annuale pianificata con particolare riguardo alla qualità tecnica del servizio, in riferimento ai requisiti specifici, allo standard di prodotto, con metodi adeguati (audit, misurazione della aderenza a linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità) e individuate le responsabilità per la verifica dei risultati.

10. Per le strutture private accreditate in possesso di certificazione di qualità, quanto richiesto alla lettera l) è parte integrante dei percorsi di MCQ monitorati e verificati periodicamente dagli organismi di certificazione (SINCERT, RINA, ecc.) e tali adempimenti s'intendono già assolti con l'invio annuale al Dipartimento tutela della salute, politiche sanitarie, dei risultati delle ispezioni periodiche effettuate dai suddetti organismi.

11. Per quanto sopra si fa riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali, locali, e, per la prevista parte di competenza, alle disposizioni internazionali vigenti

1.2 REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI PER I PRESIDI”

Fermo restando quanto stabilito dal precedente punto 1.1., con specifico riguardo ai “Presidi” come definiti dall'art. 2 della Legge Regionale n. 24/2008 deve essere accertato che:

1. Esiste documentazione che tutti i presidi possiedono i requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di:

- a) protezione antisismica;
- b) protezione antincendio, e in particolare che
 - sono state adottate misure intese a ridurre la probabilità di insorgenza di incendi;
 - esistono contenuti minimi dei corsi di formazione per addetti alla prevenzione incendi, lotta
- c) antincendio e gestione delle emergenze in relazione a livello di rischio dell'attività
- d) protezione acustica;
- e) sicurezza elettrica e continuità elettrica, e in particolare che
 - gli impianti a servizio dei locali ad uso medico sono verificati secondo la periodicità prevista dalla
- f) normativa
- g) sicurezza antinfortunistica;
- h) igiene dei luoghi di lavoro;
- i) protezione dalle radiazioni ionizzanti, e in particolare che

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" - Allegato 1 - Requisiti Generali Comuni

- l'utilizzo delle apparecchiature e delle sostanze che possono generare radiazioni ionizzanti viene effettuato nel rispetto delle norme a tutela e protezione dei lavoratori;
 - l'utilizzo delle apparecchiature e delle sostanze che possono generare radiazioni ionizzanti viene effettuato nel rispetto delle norme per la protezione della popolazione
- j) eliminazione delle barriere architettoniche;
- k) smaltimento dei rifiuti, e in particolare inerente a:
- rifiuti speciali pericolosi a rischio infettivo;
 - rifiuti speciali pericolosi;
 - rifiuti radioattivi;
 - esistenza di un piano per la raccolta differenziata dei rifiuti;
- l) smaltimento delle acque;
- m)** illuminazione e condizioni microclimatiche, e in particolare che gli impianti di climatizzazione e riscaldamento sono adeguati alle diverse esigenze di servizio;
- n) impianti di distribuzione dei gas combustibili;
- o) impianti di distribuzione dei gas medicali, e in particolare che:
- l'impianto di distribuzione dei gas medicali è dotato di attacchi tali da evitare collegamenti accidentali;
 - l'impianto di erogazione dei gas medicali è sottoposto a manutenzione e verifica periodica secondo protocolli prefissati;
 - esiste un piano per la manutenzione degli impianti di gas medicinali, aspirazione endocavitaria, ed evacuazione gas medicinali secondo le norme vigenti
- p) protezione da materiali esplodenti;
- q) rispetto del divieto di fumo;
- r) attrezzature biomediche e sanitarie;
- s) impianti elevatori e in particolare che:
- ascensori e montacarichi sono stati realizzati secondo le norme vigenti;
 - il numero degli ascensori è adeguato al flusso delle persone e dei materiali;
 - esiste un servizio di pronto intervento in caso di arresto dell'impianto con presenza di persone all'interno della cabina;
- t) impianti e apparecchi a pressione;
- u) gli impianti radiotelevisivi, elettronici, antenne sono realizzati e mantenuti nel rispetto della normativa vigente;
- v) gli impianti di protezione dalle scariche atmosferiche sono realizzati nel rispetto della normativa vigente;
- w) manutenzione degli edifici e degli impianti;
- x) la struttura dispone di adeguata segnaletica di orientamento esterna ed interna e di cartellonistica installata;
- y) la struttura è dotata di un programma per fronteggiare le emergenze idriche
2. Deve essere disponibile la planimetria generale di tutta la struttura comprensiva di planimetrie indicanti le vie di fuga, uscite di emergenza e punti di raccolta

DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” - Allegato 1 - Requisiti Generali Comuni

3. Deve essere disponibile la documentazione che attesti l'avvenuto rilascio di tutte le autorizzazioni e concessioni da parte delle autorità competenti
4. Qualora i presidi non siano in possesso dei requisiti sopra elencati, esiste documentazione che la Direzione ha definito piani di attività per il raggiungimento degli stessi
5. Presenza di servizi igienici per il personale esterno divisi per sesso e bagni dei disabili in numero sufficiente in relazione alle varie vie di accesso all'immobile ed ai piani di degenza.
6. Per quanto sopra si fa riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali, locali, e, per la prevista parte di competenza, alle disposizioni internazionali vigenti

DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” - Allegato 1 - Requisiti Generali Comuni

GLOSSARIO

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" - Allegato 1 - Requisiti Generali Comuni

Accordo	Atto con cui si definiscono con i soggetti pubblici e privati accreditati, tipologia, quantità delle prestazioni erogabili, remunerazione a carico del servizio sanitario nell'ambito dei livelli di spesa determinati in sede di programmazione regionale. (L.R. n. 24/08). (vedi: contratto)
Accreditamento	L'Accreditamento è il provvedimento attraverso il quale le strutture pubbliche e private ed i professionisti già autorizzati possono erogare prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto del Sistema Sanitario Nazionale. (L.R. n. 24/08). Per la UNI CEI EN 45020:1998 si tratta di una procedura attraverso la quale un organismo autorizzato rilascia formale riconoscimento che una organizzazione o una persona ha la competenza per svolgere uno specifico compito. Tale processo tende a garantire assistenza sanitaria di buona qualità ed efficienza organizzativa e comporta la definizione di standard e processi di verifica esterna per valutare l'aderenza ad essi delle organizzazioni sanitarie. <i>Nota: in Italia si usa la parola "accreditare" in diversi contesti:</i> • Decreto Legislativo 502/92 (art. 8 comma 7) e successive modifiche e integrazioni e D.Lgs. 229/99 (articolo 8 quater). Compete alle Regioni l'introduzione di sistemi di sorveglianza e di strumenti e metodologie per la verifica della qualità dei servizi a partire dalla Autorizzazione ad operare già posseduta (requisiti minimi: DPR 14.1.97) per riconoscere ai soggetti già autorizzati all'esercizio di attività sanitarie lo status di potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del Servizio sanitario nazionale. In tale contesto l'Accreditamento è una verifica di parte 2° (fornitore-cliente) • Accreditamento 'professionale' Attivato dalla Società Italiana di VRQ, da società scientifiche e da gruppi di professionisti, di natura volontaria e autogestito; si realizza mediante visite scambievoli fra pari. • Accreditamento di eccellenza Utilizzato soprattutto in Lombardia e Veneto, allude a riconoscimenti di Enti terzi (certificatori, J.Commission International, Canadian Council on Health Care, Accreditori...) acquisiti dalle Organizzazioni Sanitarie oltre l'Accreditamento istituzionale. • Enti di certificazione Gli enti di certificazione per potersi proporre come verificatori dei requisiti previsti dalle Norme UNI EN ISO (per la certificazione di parte 3°), debbono essere accreditati come idonei da un ente sovraordinato (per l'Italia il SINCERT) e coordinato con altri a livello Europeo.
Adeguatezza	Comprende i concetti di sistema/situazione appropriata per il contesto, efficace verso le attese. Un sistema qualità, o la risposta ad un singolo requisito si definiscono, oltre che conformi, adeguati quando: • il personale possiede la consapevolezza dei vantaggi della applicazione del sistema stesso (o della soddisfazione del requisito) ai fini di una corretta prestazione di lavoro e degli effetti negativi di una prestazione scadente sui clienti interni, sulla soddisfazione degli utenti, sui risultati complessivi della organizzazione cui appartengono; • il sistema o le modalità gestionali e operative adottate sono adatti alle esigenze di gestione della qualità della specifica organizzazione. Il "tailoring" del sistema (la maniera specifica con cui il sistema è costruito) ne garantisce l'automantenimento con l'ottimizzazione degli impegni di risorse.

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" - Allegato 1 - Requisiti Generali Comuni

Ambulatorio	E' la sede dedicata all'esercizio di attività professionali sanitarie da parte di soggetti abilitati dalla legge, nell'ambito delle discipline specialistiche previste dall'ordinamento, soggetta a specifici requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi. E' una struttura aperta al pubblico, con vincoli di giorni ed orari di apertura, avente individualità autonoma rispetto a quella dei professionisti che ne fanno parte, e natura giuridica di impresa con separazione tra attività professionale e gestione amministrativa. Può essere gestito in forma individuale, associato o societaria ed avvalersi esclusivamente di professionisti sanitari regolarmente abilitati ed iscritti agli ordini o albi professionali di competenza. (L.R. n. 8/2008).
Ambulatorio secondo tipologia	In attesa di classificazione: - medico - chirurgico - endoscopico - odontoiatrico - ...
Ampliamento	Per ampliamento di una struttura sanitaria o socio-sanitaria s'intende un adeguamento della struttura che comporta un aumento del volume della stessa ovvero un aumento del numero di posti letto o l'attivazione di funzioni sanitarie aggiuntive rispetto a quelle precedentemente svolte.
Apparecchiatura Biomedica	Qualsiasi dispositivo corredato di accessori, come definito dal DL n. 46 del 27/02/97 art.2 commi a), b), c), d) ed e), classificato secondo il codice CIVAB (Centro di Informazione e Valutazione Apparecchiature Biomediche di Trieste).
Appropriatezza	Misura della capacità di fornire - al livello di assistenza più idoneo - un intervento efficace per uno specifico soggetto (paziente) nel rispetto delle sue preferenze individuali e dei suoi valori culturali e sociali. E' utile distinguere tra appropriatezza clinica, intesa come la capacità di fornire l'intervento più efficace date le caratteristiche e le aspettative di un determinato paziente e appropriatezza organizzativa, intesa come capacità di scegliere il livello assistenziale più idoneo alla erogazione delle cure.
Area di degenza	Per area di degenza deve intendersi una zona omogenea, ubicata anche su più piani contigui, destinata al ricovero dei degenti in regime ordinario e/o di day hospital e/o day surgery ovvero di soggetti lungodegenti.
Assistenza Domiciliare (AD)	Con assistenza domiciliare (AD) ci si riferisce a prestazioni, di competenza del settore sanitario e/o sociale, erogate a domicilio dell'utente. L'AD, nelle sue diverse forme di applicazione, è compresa tra i Livelli Essenziali di Assistenza definiti dal DPCM del 29 novembre 2001. Le Aziende Sanitarie Locali devono pertanto garantire l'erogazione di tale modalità assistenziale - laddove ritenuta efficace e appropriata - per tutti i cittadini iscritti nella loro Anagrafe degli assistiti, attingendo il finanziamento delle prestazioni che possono soddisfare tale diritto dalla quota capitaria. Con assistenza domiciliare programmata (ADP), in ambito sanitario, si fa riferimento a prestazioni erogate dal Medico di Medicina Generale (MMG) al domicilio di un proprio assistito, previa Autorizzazione del servizio sanitario pubblico competente e secondo una calendarizzazione predefinita. E' un servizio rivolto a persone che non sono in grado di recarsi presso l'ambulatorio, che necessitano di controlli medici periodici e che non richiedono altre prestazioni socio-assistenziali o sanitarie.

DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” - Allegato 1 - Requisiti Generali Comuni

	La forma più avanzata di assistenza a domicilio è l'assistenza domiciliare integrata (ADI), che comporta il coordinamento - secondo un Piano assistenziale individualizzato e concordato - tra le prestazioni e gli interventi di natura sanitaria e quelli di natura sociale. Con l'ADI si intende soddisfare i bisogni plurimi correlati a una condizione di non autosufficienza parziale o totale, attraverso la continuità e l'integrazione assistenziale, con una particolare attenzione alla qualità di vita del paziente, perseguita attraverso il mantenimento del suo abituale ambiente di vita e delle sue relazioni significative. E' rivolta a persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, che richiedono, oltre a prestazioni di natura socio assistenziale, prestazioni infermieristiche, riabilitative, mediche o specialistiche. <i>I principali obiettivi dell'ADI sono:</i> - dare una risposta coerente e adeguata a specifici bisogni di salute; - evitare istituzionalizzazioni e ricoveri ospedalieri non giustificati; - mantenere l'ambiente di vita proprio del paziente; - contribuire alla realizzazione della continuità e dell'integrazione dell'assistenza; - coinvolgere attivamente i curatori informali del paziente (familiari, amici, volontari); - perseguire la sostenibilità assistenziale massimizzando i benefici di salute per i pazienti.
Atto aziendale	E' un atto di diritto privato che disciplina l'organizzazione e il funzionamento delle Aziende USL; individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica (art. 3 comma 1 bis D.Lgs. 229/99). L'atto aziendale rappresenta lo strumento di autogoverno che definisce il quadro di riferimento dell'organizzazione e funzionamento dell'azienda utile sia per individuare le linee di responsabilità per un sistema decisionale efficace e tempestivo sia per stabilire le regole con cui il direttore generale esercita l'attribuzione dei poteri e delle responsabilità.
Attrezzatura	Qualsiasi macchina, apparecchio, utensile destinato ad essere utilizzato durante il lavoro (rif. D.Lgs. 81/08); sono comprese anche le apparecchiature biomediche (vedi) con o senza parti applicate al paziente, quelle che emettono o rilevano radiazioni o utilizzano materiali ionizzanti, quelle di laboratorio destinate a contenere, conservare, trattare od effettuare diagnosi su materiale biologico. Secondo una visione comune sono da considerare attrezzature i beni previsti dal regolamento sull'inventario dei beni mobili. In particolare si distinguono: a) apparecchiature biomediche, b) apparecchiature informatiche, c) altre attrezzature rilevanti (es. ambulanze...).
Autocertificazione	Dichiarazione che l'interessato redige e sottoscrive nel proprio interesse su stati, fatti e qualità personali di cui è a conoscenza e che utilizza nei rapporti con le amministrazioni pubbliche e con gli altri gestori di pubblici servizi. Sulla stessa vengono effettuati idonei controlli e, se accertata la falsità della dichiarazione, è dichiarato decaduto dal beneficio il soggetto che ha dichiarato il falso e trasmessi gli atti all'autorità giudiziaria. Le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.
Autorizzazione	Per quanto riguarda le Organizzazioni Sanitarie esiste un atto di coordinamento e di indirizzo (di cui all'art. 8 comma 4 del D.Lgs 502/92) che fissa "requisiti minimi" strutturali, tecnologici e organizzativi di livello nazionale (DPR n.37 del 14.1.97). Il D.Lgs 229/99 prevede (articolo 8 ter) una Autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie una Autorizzazione all'esercizio.

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" - Allegato 1 - Requisiti Generali Comuni

Autorizzazione alla realizzazione	L' Autorizzazione alla realizzazione è il provvedimento che consente la costruzione di nuove strutture sanitarie pubbliche e private ovvero l'adattamento, la diversa utilizzazione, l'ampliamento, la trasformazione nonché il trasferimento in altra sede di strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private. La sua concessione è subordinata alla verifica, da parte del Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie, della compatibilità con la programmazione socio-sanitaria regionale. È rilasciata dal Comune territorialmente competente.
Autorizzazione (sanitaria) all'esercizio	L' Autorizzazione (sanitaria) all'esercizio è il provvedimento amministrativo, rilasciato dal Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie, che consente alle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private già realizzate di svolgere attività sanitarie e socio-sanitarie. Nella legge regionale n. 24/08 per Autorizzazione sanitaria si intende il provvedimento con il quale, verificato il possesso dei requisiti necessari, si consente l'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria da parte di una struttura pubblica o privata o di professionisti.
Azienda	Sistema di processi economici che si svolgono in istituti sociali di diverse specialità, cui si applicano il principio obiettivo della razionalità economica (massimizzazione del risultato con minimo impegno di risorse) e i criteri della corretta amministrazione. Si distinguono aziende con finalità di reddito e aziende senza finalità di reddito (profit e non profit).
Azienda sanitaria	Soggetto giuridico, pubblico o privato, che offre attività o prestazioni sanitarie. Azienda sanitaria pubblica: azienda senza finalità di reddito (non profit). Si prefigge come scopo l'acquisizione e/o l'erogazione di servizi di interesse collettivo primario.
Blocco Operatorio	E' dedicato all'esecuzione delle procedure chirurgiche e delle attività funzionalmente connesse.
Casa della salute	La Casa Salute è una nuova struttura di assistenza sanitaria extra-ospedaliera che nasce per unire in un unico centro le prestazioni attualmente fornite dai medici di famiglia, dai pediatri, dagli specialisti ambulatoriali, dalla guardia medica e dall'insieme dei servizi socio sanitari per le tossicodipendenze, la salute mentale, l'assistenza domiciliare, la prevenzione, i consultori, le invalidità civili e così via. Una nuova realtà sanitaria polifunzionale, quindi, ideata per offrire ai cittadini una vera alternativa al ricorso all'ospedale per tutte quelle prestazioni sanitarie che possono trovare soluzione più immediate. Si tratta, in altri termini, di una struttura polifunzionale nella quale l'Azienda sanitaria è in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale con l'ospedale e le attività di prevenzione, nella quale si integrano le attività del personale del distretto tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale, degli specialisti ambulatoriali, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, individualmente o in forma associata.
Centri ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione	Erogano trattamenti finalizzati a consentire il massimo recupero possibile delle funzioni lese in seguito ad eventi patologici o lesionali, prevenendo le menomazioni secondarie e curando la disabilità, mediante una presa in carico multidisciplinare (medica, psicologica e pedagogica) del soggetto attraverso un progetto riabilitativo individuale.
Centro di osservazione e diagnosi per persone dipendenti da sostanza d'abuso	E' una struttura residenziale per persone dipendenti da sostanze d'abuso per le quali sono necessarie l'osservazione terapeutica e la diagnosi effettuate in ambiente protetto, al fine della individuazione del percorso terapeutico-riabilitativo. Possono essere svolti interventi di disintossicazione, di riduzione del danno finalizzati al compenso della situazione psico-fisica.

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" - Allegato 1 - Requisiti Generali Comuni

Centro di Salute Mentale	Il Centro di Salute Mentale (CSM) è la sede ambulatoriale organizzativa con funzioni di programmazione, coordinamento e realizzazione della presa in cura e della continuità terapeutica delle persone con disturbo mentale. Il CSM, che può essere articolato anche attraverso ambulatori territoriali, opera attraverso la presa in carico, la continuità terapeutica, il progetto terapeutico riabilitativo individuale e promuove il sostegno alla vita quotidiana delle persone con disturbo mentale. Primo impegno del CSM è mantenere la persona nei contesti naturali di vita, supportandola nel raggiungimento del migliore equilibrio psico-fisico e sociale e nell'accesso ai diritti di cittadinanza, costruendo forme di sostegno alla famiglia o favorendo un abitare indipendente. (vedi: DGR n. 141/09).
Centro Dialisi	E' dedicato al trattamento dialitico.
Centro Diurno Psichiatrico	Il Centro Diurno psichiatrico (CD) accoglie persone con disturbo mentale per le quali siano indicate, in regime diurno, attività previste dal programma terapeutico-riabilitativo, finalizzate al recupero dell'autonomia personale e alla abilitazione delle capacità relazionali e occupazionali. Il CD psichiatrico può essere attivato sia nella sede del CSM che all'esterno. (vedi: DGR n. 141/09).
Centro estetico	Un centro estetico può essere un locale a se stante, oppure essere inserito all'interno di una struttura più grande, come un albergo, un centro polisportivo o un villaggio turistico. Per essere considerato un centro estetico occorre che al suo interno venga utilizzato almeno uno dei 27 apparecchi estetici compresi nell'allegato A della legge 1/90. In generale, un apparecchio elettrico per uso estetico è definito dalla norma come un apparecchio elettrico munito di una o più connessioni ad una particolare rete di alimentazione, destinato al trattamento estetico ed utilizzabile solo dall'operatore estetico, che entra in contatto fisico o elettrico col soggetto trattato e/o trasferisce energia verso o dal soggetto trattato. Un centro estetico può essere condotto solo da un professionista abilitato ai sensi della Legge 04/01/1990 n. 1, "Disciplina dell'attività di estetista". I trattamenti più praticati sono la pulizia del viso, il trucco, il massaggio estetico, la pedicure, la depilazione, l'elettrostimolazione ed il solarium. Utilizza tecniche specifiche che si evolvono in continuazione, prodotti cosmetici e attrezzature elettromeccaniche. Gli strumenti più usati sono, però, le mani.
	Non sono di competenza dell'estetista attività di medicina/dermatologia estetica quali, per esempio, trattamenti con BTX-A, fillers, mesoterapia, biorimodellamento con acido ialuronico di sintesi, lipo-modellamento e lipo-scultura, blefaroplastica con laser, rimozione di tatuaggi con tecnica laser, ecc. eseguibili esclusivamente in locali e/o strutture autorizzate da medici regolarmente abilitati ed iscritti all'ordine professionale.
Certificazione (di un Sistema, prodotto, persone)	Si intende un atto formale attraverso il quale viene riconosciuto ad una organizzazione che ha predisposto attività pianificate e documentate per garantire i propri prodotti/servizi secondo determinati standard. Il riconoscimento è rilasciato da un ente terzo, accreditato nazionalmente o internazionalmente. Il modello di riferimento è rappresentato dalle norme ISO 9000:2000. Esistono schemi di certificazione anche per prodotti e persone.
Comunità pedagogico/terapeutica residenziale per tossicodipendenti	E' una struttura residenziale che accoglie persone in condizioni di dipendenza da sostanze d'abuso per interventi sanitari e sociali volti al superamento della tossicodipendenza, al mantenimento e al recupero dei livelli di autonomia

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" - Allegato 1 - Requisiti Generali Comuni

Comunità pedagogico/terapeutica semiresidenziale per tossicodipendenti	E' una struttura diurna che svolge la propria attività con ospitalità quotidiana di almeno otto ore e per non meno di cinque giorni la settimana.
Configurazione organizzativa	Architettura organizzativa adottata dalla struttura organizzativa (o organizzazione), descritta per centri e livelli di responsabilità
Conformità	Soddisfamento documentato di requisiti specificati.
Consultorio familiare	E' una struttura ambulatoriale dedicata a interventi socio-sanitari rivolti alla prevenzione e alla promozione della salute sessuale e riproduttiva delle donne, delle coppie e della famiglia. Offre assistenza sanitaria, tutela psico-sociale per il singolo, la coppia, la famiglia, rispondendo ai bisogni di salute, di informazione sanitaria, di educazione sessuale per il miglioramento della qualità della vita.
Continuità assistenziale	Per Continuità assistenziale si intende un sistema in cui i diversi luoghi di erogazione, le prestazioni, gli operatori e i livelli di servizio sono integrati e coordinati temporalmente, senza interruzioni per soddisfare globalmente i bisogni dei pazienti/utenti o della popolazione di riferimento.
Contratto	Per contratto si intende un accordo formale che definisce i termini e le condizioni per la fornitura o l'acquisto di beni e servizi da e per altre organizzazioni. Il contratto e i servizi erogati sono oggetto di monitoraggio e coordinamento da parte dell'organizzazione stessa. (vedi: accordo)
Controlli di funzionalità e sicurezza	Si intende per controllo l'attività di misura, esame, prova, verifica per una o più caratteristiche dell'apparecchiatura o accessorio, a fronte di requisiti specificati, al fine di accertarne la relativa conformità in riferimento alle norme EN 60601 o altre che si riferiscono in modo specifico all'apparecchiatura oggetto di controllo. <i>Nota:</i> <i>i controlli di funzionalità e sicurezza sono normalmente compresi nella definizione di manutenzione preventiva, ma si intende definirli a parte in quanto necessitano normalmente, per essere effettuati, di apparecchiature di controllo e misura specifiche per ogni tipologia di attrezzatura. I controlli di funzionalità e sicurezza possono dare luogo a manutenzione correttiva.</i>
Cure palliative	Multidisciplinari nella loro operatività, sono focalizzate sulla qualità della vita e considerano il morire un processo naturale, non affrettando né postponendo la morte. Provvedono al sollievo del dolore e degli altri sintomi soggettivi del paziente Integrano nella cura del paziente gli aspetti psicologici e spirituali offrendo sistemi di supporto per rendere il più possibile attiva la vita del paziente fino alla morte. Offrono un sistema di supporto per aiutare la famiglia durante la malattia del paziente e durante il lutto.
Day Hospital	E' dedicato al trattamento diagnostico-terapeutico dei pazienti in regime di ricovero a tempo parziale (di tipo diurno).
Day Hospital Psichiatrico	Il Day-Hospital è un'area di trattamento intensivo semiresidenziale in regime di degenza diurna, che accoglie pazienti in condizioni di scompenso psicopatologico subacuto, con necessità di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative finalizzate alla riduzione del ricorso al ricovero o alla diminuzione della sua durata. Può essere allocato sia nel CSM che nell'SPDC.
Day Surgery	Rappresenta la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive o seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia locale, loco-regionale, generale.

DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” - Allegato 1 - Requisiti Generali Comuni

Dipartimento	Articolazione operativa (struttura complessa) delle organizzazioni sanitarie pubbliche erogatrici, funzionale alla razionalità organizzativa, polispecialistica e multiprofessionale, che governa macro – processi assistenziali, rispondenti ai bisogni di gruppi di utilizzatori o di popolazioni. Mette in campo consistenti risorse umane, tecniche e finanziarie in modo stabilmente integrato e realizza convergenza di competenze o esperienze scientifiche, tecniche e assistenziali allo scopo di ottimizzare risorse e attività. Si tratta di struttura complessa di livello aziendale, distrettuale o di presidio ospedaliero, costituita da unità operative e da moduli organizzativi, con autonomia tecnico-professionale, nonché autonomia gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti. È preposto alla produzione ed alla erogazione di prestazioni e servizi, nonché alla organizzazione e gestione delle risorse a tal fine assegnate. Dal punto di vista dell'utilizzatore l'organizzazione dipartimentale deve favorire l'erogazione di cure appropriate, tempestive, efficaci, tecnicamente qualificate, soddisfacenti, nella logica della continuità.
Dipartimento di Salute Mentale	Il DSM è dipartimento strutturale dell'Azienda Sanitaria a direzione unica dotato di autonomia gestionale e tecnico-organizzativa finalizzata alla prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale nel campo della psichiatria ed all'organizzazione degli interventi rivolti alla tutela della salute mentale dei cittadini. Costituisce, pertanto, il sistema integrato di strutture presidi ed, operatori che, nell'ambito dell'Azienda Sanitaria, programma promuove attua coordina e verifica le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale a favore degli utenti e le attività di formazione del personale, onde assicurare un'efficace e sostanziale tutela della salute mentale della popolazione, anche mediante l'integrazione socio-sanitaria. Le principali articolazioni organizzative (alle quali si rimanda per la definizione) sono: - Centro di salute mentale (CSM) - Centro diurno - Strutture residenziali - Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) - Day hospital (con sede presso l'SPDC e/o il CSM) (DGR n. 141/2009)
Dotazione di personale	Risorse di personale messe a disposizione di un processo e relative caratteristiche. Devono essere correlate alla tipologia e al volume delle attività erogate. La dotazione minima può essere garantita funzionalmente o a destinazione esclusiva.
Hospice	Si definiscono centri residenziali di cure palliative (hospice) le strutture, facenti parte della rete di assistenza ai malati terminali, per l'assistenza in ricovero temporaneo di malati affetti da malattie progressive ed in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è più possibile o comunque risulta inappropriata. L'Hospice accoglie pazienti inguaribili, in una fase avanzata della malattia, per i quali non è indicato il ricovero in strutture per acuti e che non possono più essere curati presso il loro domicilio. In altri termini, l'hospice è una struttura di degenza che svolge un'attività di cure palliative integrata e interfacciata con le cure domiciliari, di cui è il naturale completamento, garantendo la necessaria continuità terapeutica attraverso l'integrazione tra domicilio e degenza protetta.
	Tra le finalità dell'hospice vi sono quelle di definire e realizzare un programma di cure palliative personalizzato e orientato a migliorare la qualità della vita residua attraverso una risposta globale ed efficace ai bisogni del paziente affetto da una malattia inguaribile e in stadio terminale. Il programma è una risposta terapeutica integrata alla molteplicità dei bisogni della sfera fisica, psico - emozionale, sociale, spirituale e culturale del paziente e della sua famiglia.

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" - Allegato 1 - Requisiti Generali Comuni

Integrazione socio-sanitaria	L'integrazione socio-sanitaria, argomento presente già nel PSN 1994-1996, trova anche nel documento 2006-2008, come quelli che lo hanno preceduto, un intero capitolo dedicato all'argomento. In esso sono riportate in dettaglio strategie e strumenti per attuare concretamente l'integrazione socio-sanitaria che si prevede venga realizzata attraverso: - l'integrazione istituzionale per creare collaborazione fra diverse istituzioni con un unico ambito territoriale di riferimento, il distretto, il quale si caratterizza per la programmazione zonale degli interventi ad alta integrazione sociosanitaria; - l'integrazione gestionale per gestire al meglio risorse umane e materiali nella compagine organizzativa; - l'integrazione professionale per favorire collaborazioni tra professionisti e servizi. Nel DPCM 29 novembre 2001, che ha definito i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, all'Allegato 1 C, sono elencate le prestazioni che fanno capo all'area di integrazione socio-sanitaria ed è precisato che l'erogazione delle prestazioni va modulata in riferimento ai criteri dell'appropriatezza, del diverso grado di fragilità sociale e dell'accessibilità. Per quanto attiene la Calabria, la LR n. 23/2003 sancisce la volontà del governo regionale a realizzare, in misura prioritaria, l'integrazione tra il sistema sanitario e quello sociale nel rispetto dei contenuti del Piano sanitario regionale e del Piano regionale degli interventi sociali. Il Piano per la Salute 2004-2006 (L.R. n. 11/2004) è enunciato il principio secondo cui l'integrazione socio-sanitaria nella Regione Calabria verrà garantita attraverso l'applicazione dei livelli di assistenza socio sanitari più precisamente definiti nelle prestazioni, nelle fonti normative e nei relativi oneri finanziari.
Intervento riabilitativo	È l'insieme delle attività assistenziali sanitarie e socio-sanitarie, che pianificate dal progetto riabilitativo, sono previste dal programma di riabilitazione proposto per portare la persona, a rischio di disabilità per la patologia acuta o cronica sofferta, a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative. Nei documenti della programmazione sanitaria nazionale si definiscono - attività sanitarie di riabilitazione gli interventi valutativi, diagnostici, terapeutici e le altre procedure finalizzate a portare il soggetto affetto da menomazione a contenere o minimizzare la sua disabilità, ed il soggetto disabile a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare, comunicare e relazionarsi efficacemente nel proprio ambiente familiare, lavorativo, scolastico e sociale; - attività di riabilitazione sociale le azioni e gli interventi finalizzati a garantire al disabile la massima partecipazione possibile alla vita sociale con la minore restrizione possibile delle sue scelte operative, indipendentemente dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità irreversibili, al fine di contenere la condizione di handicap. Le attività sanitarie di riabilitazione, ad eccezione di quelle di semplice terapia fisica e strumentale per disabilità minimali, segmentarie e/o transitorie, richiedono obbligatoriamente la presa in carico clinica globale della persona mediante la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale e la sua realizzazione mediante uno o più programmi riabilitativi. (vedi: progetto riabilitativo, programma riabilitativo) (Riferimento: Linee Guida nazionali per le attività di riabilitazione; DGR 3137/1999; DGR 695/2003)
Intervento sociale	Gli interventi sociali sono le azioni, le attività e gli interventi finalizzati a garantire al cittadino in stato di bisogno o di fragilità, giovane o anziano, disabile o non, la massima partecipazione possibile alla vita sociale con la minore restrizione possibile delle sue scelte operative.

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" - Allegato 1 - Requisiti Generali Comuni

Laboratorio di Analisi chimico-cliniche	E' la struttura sanitaria dedicata all'attività di prelievo, produzione degli esami e relativa refertazione. L'attività di medicina di laboratorio fornisce informazioni ottenute con metodi chimici, fisici o biologici su tessuti o liquidi di origine umana o su materiali connessi alla patologia umana, ai fini della prevenzione, della diagnosi, del monitoraggio della terapia e del decorso della malattia e ai fini della ricerca. In relazione al diverso grado di complessità ed alla tipologia delle indagini che vi eseguono i laboratori di analisi chimico-cliniche.
Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	Insieme di prestazioni e attività garantite dal Sistema Sanitario Nazionale a tutti i cittadini. La loro definizione è stata stabilita dal D.lgs. 19/6/1999 n°229, che ha sancito anche i principi da rispettare nella loro individuazione: dignità umana, bisogno di salute, equità all'accesso, qualità e appropriatezza delle cure, economicità nell'impiego delle risorse. Le prestazioni comprese nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono garantite a titolo gratuito o con una partecipazione alle spese (secondo la normativa vigente). Il D.lgs 56/2000 all'articolo 9 dispone la necessità di attivare tempestivamente le procedure di monitoraggio dell'assistenza sanitaria effettivamente erogata in ciascuna Regione e il rispetto delle garanzie previste. Il sistema di garanzie di cui si prevede l'attuazione deve comprendere: • un insieme minimo di indicatori e di corrispondenti parametri di riferimento, rilevanti ai fini del monitoraggio del rispetto dei livelli essenziali di assistenza in ciascuna Regione; • le regole per la rilevazione, la validazione e l'elaborazione delle informazioni; • le procedure per la rilevazione periodica dei risultati e per l'individuazione delle Regioni che non rispettano o non convergono verso parametri di riferimento. Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 indica, tra i dieci progetti per la strategia del cambiamento, quello di «attuare, monitorare e aggiornare i LEA e ridurre le liste d'attesa» attraverso alcuni obiettivi strategici: 1. disporre di un consolidato sistema di monitoraggio dei LEA, tramite indicatori che operino in modo esaustivo a tutti e tre i livelli di verifica (ospedaliero, territoriale e ambiente di vita e di lavoro), grazie anche all'utilizzo di dati elaborati dal Nuovo Sistema Informativo; 2. rendere pubblici i valori monitorati dei tempi di attesa, garantendo il raggiungimento del livello previsto; 3. costruire indicatori di appropriatezza a livello del territorio che siano centrati sul paziente e non sulle prestazioni, come avviene oggi; 4. diffondere i modelli gestionali delle Regioni e delle Aziende sanitarie in grado di erogare i LEA con un corretto bilanciamento tra i costi e la qualità (benchmarking a livello regionale e aziendale). Il sistema di garanzie viene realizzato attraverso il lavoro coordinato di tre organismi: il Tavolo di monitoraggio e verifica dei LEA effettivamente erogati, la Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA e la Commissione unica per i dispositivi medici (quest'ultima con il compito di garantire che l'utilizzo dei dispositivi medici nelle varie tipologie di prestazione sia ispirato a criteri di qualità e sicurezza, assicurando anche la congruità del prezzo).

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" - Allegato 1 - Requisiti Generali Comuni

Medicina fisica e riabilitazione	Le attività di medicina fisica e riabilitazione sono finalizzate a consentire il massimo recupero possibile delle funzioni lese in seguito ad eventi patogeni o lesionali, prevenendo le menomazioni secondarie e curando la disabilità, per consentire alla persona disabile le maggiori opportunità possibili di partecipazione e conseguentemente la migliore qualità di vita e l'inserimento psico-sociale, attraverso un processo che rispetta tutti i passaggi/interventi necessari per un compiuto intervento sanitario e per il successivo passaggio alla fase sociale della riabilitazione. La medicina fisica e riabilitativa eroga prestazioni di valutazione, di rieducazione motoria e funzionale ed utilizza energie fisiche a scopo terapeutico. Obiettivo dell'intervento di riabilitazione è soprattutto la prevenzione delle complicanze, l'eliminazione del danno e il massimo recupero possibile dalle lesioni.
Mission	Motivo per cui una organizzazione (azienda), un processo, una azione esiste, è agita, viene prodotta. Per l'organizzazione è la ragione d'essere: ciò che essa sceglie di fare per rendersi visibile all'esterno e per soddisfare i bisogni (le richieste) dei suoi utenti (clienti).
Obitorio	Collocato, di norma, presso le strutture di ricovero pubbliche, è più complesso ed articolato del servizio mortuario (vedi). Oltre al mantenimento in osservazione delle salme, con riferimento alle persone decedute presso la struttura, devono essere assicurate altre prestazioni istituzionali che comprendono: i riscontri autoptici e le autopsie giudiziarie, l'osservazione e la custodia dei cadaveri poste a disposizione dell'Autorità giudiziaria, la conservazione delle salme. Oltre al locale per l'osservazione, la composizione e la vestizione del cadavere, deve essere garantita la presenza di una sala settoria, le celle destinate alla conservazione delle salme, una sala per il commiato, almeno un locale a disposizione del personale per la sosta ed il disbrigo delle pratiche amministrative, uno spogliatoio, un deposito, servizi igienici per il personale ed i dolenti. Salvo precisi accordi tra il/i Comune/i e/o disposizioni locali, ai sensi del Regolamento di polizia mortuaria vigente (DPR 285/90) spetta al/ai Comune/i assicurare il mantenimento in osservazione e riscontro autoptico dei cadaveri di persone decedute senza assistenza medica, il deposito per un periodo indefinito di cadaveri a disposizione della Magistratura per accertamenti medico-legali, riconoscimento e trattamento igienico - conservativo. Analogamente per i cadaveri portatori di radioattività. (vedi: Capo III, artt. 12-15, DPR 285/90)
Organigramma	Modo di rappresentare la configurazione di una organizzazione per livelli di responsabilità.
Organizzazione	L'organizzazione è un costrutto sociale basato su una forma di azione collettiva reiterata fondata su processi di differenziazione e integrazione tendenzialmente stabiliti e determinati [Ferrante H, Zan S, <i>Il fenomeno organizzativo</i>, La Nuova Italia Scientifica, 1994] Insieme di persone e di mezzi, con definite responsabilità, autorità ed interrelazioni. [UNI EN ISO 9000:2000 P.to 3.3.1] <i>Nota 1.</i> <i>L'insieme di responsabilità, autorità ed interrelazioni è generalmente ordinato</i> <i>Nota 2.</i> <i>L'organizzazione può essere pubblica o privata</i> <i>Nota 3.</i> <i>La presente definizione è valida ai fini delle norme sui sistemi di gestione per la qualità. Il termine "organizzazione" ha una definizione diversa nella Guida ISO/IEC 2.</i>

DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” - Allegato 1 - Requisiti Generali Comuni

Organizzazione professionale	Organizzazione caratterizzata da un nucleo operativo di base costituito da professionisti, con forte decentramento decisionale. La natura professionale dell'organizzazione comporta una ridotta influenza del vertice, rispetto ad altri tipi di organizzazione, per quanto riguarda gli orientamenti e le scelte aziendali e la necessità di un coordinamento di tipo orizzontale. Tale coordinamento può essere cercato attraverso la standardizzazione delle specializzazioni e delle conoscenze. Si tratta, come ben esprime H. Mintzberg [1989] di una “burocrazia professionale”. Il professionista è tenuto all'impegno etico di esercitare la propria autonomia con responsabilità coerente al contesto.
Outcome	Effetto prodotto da output connotati in termini di qualità (indicatori e standard conseguenti ai requisiti).
Output (prodotto)	Indica la prestazione/servizio come risultato di un processo.
Poliambulatorio	E' la struttura fisica, dedicata all'espletamento contemporaneo, in più ambulatori, di attività professionali da parte di più professionisti (almeno due) operanti in una o più discipline specialistiche, soggetta a specifici requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi. La titolarità della struttura è in capo ad un unico soggetto (persona fisica o giuridica). L'esercizio professionale da parte di più sanitari (almeno due) e l'erogazione di una molteplicità di prestazioni collegate alle varie specialità esercitate ed inserite all'interno di un contesto organizzativo unitario per l'intera struttura determinano la rilevanza dell'attività poliambulatoriale nel suo complesso e non a quella del singolo specialista. Di contro, la mancanza delle caratteristiche sopra evidenziate, comportando all'esterno della struttura la rilevanza dell'attività personale del singolo specialista determinata per di più dall'assenza del contesto organizzativo unitario per tutta la struttura, fa sì che non ci si trovi di fronte ad un poliambulatorio ma in presenza di attività sanitarie esercitate in forma associata che, di norma, se erogate con modalità diverse da quelle che definiscono l'ambulatorio, non sono soggette, in quanto tali, a regime autorizzatorio. (Riassumendo: studio aperto solo a privata clientela a priva di speciali attrezzature o di organizzazione complessa e centralizzata: studio professionale; struttura aperta al pubblico che presenti contemporaneamente le condizioni citate: Ambulatorio o Poliambulatorio.).
Presidio	È la struttura fisica ovvero lo stabilimento ospedaliero in forma singola o di stabilimenti ospedalieri riuniti, poliambulatorio, residenza sanitaria, residenza socio-sanitaria, psichiatrica, riabilitativa, dove si effettuano le prestazioni e le attività sanitarie (L.R. n. 8/08) o socio-sanitarie.
Presidio ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione	È la struttura presso la quale si Forniscono prestazioni orientate alla prevenzione dei danni secondari nelle patologie disabilitanti e al trattamento di disabilità segmentarie e/o transitorie che non richiedono la presa in carico globale della persona, e utilizzano agenti materiali (acqua, elettricità, luce, freddo e caldo) oppure il movimento e la pressione (ginnastica, massaggi).
Presidio Ospedaliero	Il presidio ospedaliero è costituito, secondo quanto definito nell'Atto aziendale (Vedi) dall'insieme di una o più strutture (Vedi: Stabilimento ospedaliero) di una Azienda sanitaria (Vedi), in cui si erogano prestazioni in regime di ricovero. Esse, inserite nella rete delle strutture assistenziali che contribuiscono al processo di cura, sono caratterizzate dall'approccio multiprofessionale e polispecialistico e affrontando patologie medico- chirurgiche che per acuzie o complessità diagnostico-terapeutica o intensità del bisogno assistenziale, non sono trattabili in regime domiciliare, ambulatoriale, residenziale o semi residenziale.
Prestazione sanitaria	Rappresenta l'aspetto di contenuto tecnico specifico della relazione di servizio ed è connotata da livelli di complessità differenti in funzione della richiesta.
Pronto Soccorso	E' dedicato alle prime prestazioni diagnostico-terapeutiche in emergenza ed ai primi interventi necessari alla stabilizzazione del paziente non in regime di ricovero.
Punto nascita	E' dedicata all'assistenza della gravidanza, del parto e del primo puerperio.

DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” - Allegato 1 - Requisiti Generali Comuni

Punto Prelievo	E' la struttura dedicata all'attività di prelievo <i>a fini diagnostici</i> , collocata in sede diversa da quella del laboratorio analisi. Tale sede può essere dedicata esclusivamente all'attività di prelievo oppure essere collocata all'interno di una struttura sanitaria.
Qualità	Insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto e/o di un servizio che gli conferiscono la capacità di soddisfare i bisogni espliciti e impliciti del cliente/fruttore. <i>Nota: ogni Azienda traduce il concetto in una propria definizione operativa.</i> <i>Tale definizione deve essere conseguente agli obiettivi strategici della organizzazione.</i> Grado in cui un insieme di caratteristiche intrinseche soddisfa i requisiti. [UNI EN ISO 9000:2000 P.to 3.1.1] <i>Nota 1:</i> Il termine “qualità” può essere utilizzato con aggettivi quali scarsa, buona o eccellente. <i>Nota 2:</i> L'aggettivi “intrinseco”, come contrario di assegnato significa che è presente in qualcosa, specialmente come caratteristica permanente.
Qualità attesa	E' costituita dalle caratteristiche che i cittadini si attendono di vedere espresse in un prodotto servizio. Essa dipende prevalentemente dai bisogni impliciti, ovvero quelli dei quali il paziente non richiede esplicitamente la soddisfazione perché la ritiene scontata.
Qualità percepita	‘E il modo in cui i cittadini/utenti percepiscono le proprietà e le caratteristiche di un prodotto e/o di un servizio. Essa dipende dalle aspettative coscienti (espresse o implicite) e dalle supposizioni inconscie: gli utenti sono insoddisfatti quando la loro esperienza del servizio è inferiore alle loro aspettative o supposizioni. Le loro aspettative o supposizioni possono essere in relazione a un valore, un modello ideale, a un servizio simile già fruito o a ciò che pensano sia possibile ottenere da un servizio, oppure a ciò di cui pensano di avere bisogno. La qualità percepita può essere valutata come dato complessivo o articolato su varie dimensioni.
Qualità totale	Filosofia, tessuto connettivo di tutto l'agire organizzativo in funzione del miglioramento continuo, orientato al cliente/fruttore e incentrato sulla risorsa professionale.
Regolamenti interni	Modalità di comportamento o la successione di azioni definite da documenti formali o dalla normativa, che devono essere sistematicamente ottemperati.
Requisiti organizzativi	Caratteristiche vincolanti di gestione delle organizzazioni sanitarie ai fini della realizzazione dei processi clinico - assistenziali.
Requisiti strutturali	Risorse hard messe a disposizione di un processo e relative caratteristiche. Tali risorse comprendono strutture fisiche, attrezzature ed impianti. Esse devono essere correlate alla tipologia e al volume delle attività erogate. La dotazione minima può essere garantita funzionalmente o a destinazione esclusiva.

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" - Allegato 1 - Requisiti Generali Comuni

Requisito	Il concetto, nel DPCM 19.5.95 "Carta dei Servizi", è espresso dal termine 'fattore di qualità', oggetto rilevante per la percezione della qualità del servizio da parte dell'utente. In relazione all'Autorizzazione/Accreditamento è requisito ciascuna delle caratteristiche necessarie e richieste affinché la struttura organizzativa/servizio sia gestita in qualità. In questo contesto si definiscono requisiti generali, validi per tutte le tipologie di strutture e requisiti specifici, di dettaglio o aggiuntivi, rispetto ai precedenti da applicarsi a definite tipologie di strutture o attività sanitarie. Per la UNI EN ISO 9000:2000 (P.to 3.1.2) rappresenta una esigenza o una aspettativa che può essere espressa, generalmente implicita o cogente. <i>Nota:</i> <i>"Di regola implicita" significa che è uso o prassi comune, per l'organizzazione, per i suoi clienti e per le altre parti interessate, che l'esigenza o l'aspettativa in esame sia implicita.</i> <i>Per individuare un particolare tipo di requisito, possono essere utilizzati elementi qualificativi, quali, per esempio: requisito di prodotto, requisito di gestione per la qualità, requisito del cliente.</i> <i>Un "requisito" specificato è un requisito che è precisato, per esempio, in un documento.</i> <i>I requisiti possono provenire da differenti parti interessate.</i>
Requisito minimo	I requisiti che il DPR 14.1.1997 definisce per l'Autorizzazione (vd.) a funzionare delle strutture sanitarie.
Residenza Sanitaria Assistenziale	Struttura extra-ospedaliera che accoglie, anche temporaneamente, anziani o disabili prevalentemente non autosufficienti che non possono continuare a vivere nella propria abitazione o che necessitano di cure che non possono essere prestate a domicilio e che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o nei centri di riabilitazione di cui all'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Vengono garantite, attraverso personale specializzato, azioni a sostegno nella vita quotidiana, le attività terapeutiche e quelle riabilitative. Si rivolge a: - o Soggetti che necessitano di osservazione medico infermieristica in attesa di rientrare nel proprio domicilio o di interventi assistenziali curativi in modo continuato (esiti di incidenti vascolari acuti, esiti permanenti di gravi fratture, vasculopatici, ecc.) ; - o Pazienti che hanno superato la fase acuta della malattia e che necessitano di ulteriori trattamenti terapeutici protratti nel tempo; - o Anziani affetti da patologie cronico degenerative e che non necessitano del ricovero in ospedale; - o Soggetti affetti da disabilità cronica stabilizzata in condizione di non autosufficienza; - o Soggetti con problemi psichiatrici per i quali sia stata escluso il ricovero in altre strutture assistenziali; - o Pazienti dimessi da ospedale e privi di rete sociale. <i>Per la classificazione e le relative definizioni si rinvia all'approvazione della delibera di giunta regionale che recepirà il protocollo operativo che disciplinerà il settore socio-sanitario (art. 3, pt. 6, LR n. 24/08).</i>
Residenza Sanitaria Psichiatrica	Vedi: Struttura residenziale psichiatrica

DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” - Allegato 1 - Requisiti Generali Comuni

Riabilitazione	La riabilitazione è un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona disabile a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, emozionale, affettivo e relazionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, pur nell’ambito dei limiti della sua menomazione e delle risorse disponibili. L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la riabilitazione come “l’uso di tutti i mezzi volti alla riduzione dell’impatto della disabilità e della condizione di handicap allo scopo di permettere a persone disabili di ottenere una integrazione sociale”. (vedi: Medicina fisica e riabilitazione).
Risorse materiali (beni attrezzature e servizi)	Rientrano in tale voce : - impianti e macchinario; - attrezzature industriali e commerciali; - materie prime, sussidiarie, di consumo e di merci; - servizi; - altri beni.
Servizio per le Tossicodipendenze (SERT)	Il Ser.T. è la struttura ambulatoriale pubblica che può produrre servizi in materia di prevenzione, riduzione del danno, diagnosi, trattamento riabilitativo e reinserimento sociale delle persone con disturbi correlati all’assunzione di sostanze psicoattive. (droghe o alcol) che generano dipendenza dalle stesse. Per definirsi Ser.T. occorrono almeno le funzioni di accoglienza e diagnosi e di trattamento ambulatoriale I SERT attuano interventi di primo sostegno e orientamento per i tossicodipendenti e le loro famiglie, operando anche a livello di informazione e prevenzione, particolarmente nei confronti delle fasce giovanili di popolazione. Nello specifico, accertano lo stato di salute psicofisica del soggetto, definendo programmi terapeutici individuali da realizzare direttamente o in convenzione con strutture di recupero sociale, e valutano periodicamente l’andamento e i risultati del trattamento e dei programmi di intervento sui singoli tossicodipendenti in riferimento agli aspetti di carattere clinico, psicologico e sociale.
Servizio mortuario	E' un impianto di cui, ai sensi del DPR 14 Gennaio 1997, tutte le strutture sanitarie, che operino in regime di ricovero, debbono esser provviste. Di regola consiste in uno spazio articolato – provvisto cioè, perlomeno di un locale per la sosta e la vestizione delle salme, di un locale ove allestire la veglia funebre, oltre almeno un servizio igienico – destinato ad accogliere le salme di persone decedute all'interno di quel particolare presidio ospedaliero/casa di cura/casa di riposo, per tutto il periodo di osservazione e fino alla cerimonia del rito funebre. (vedi anche: Obitorio).
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)	Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è sede istituzionale che opera nella continuità assistenziale nella quale si prestano le cure necessarie in regime di ricovero alla persona con disturbo mentale. Provvede, per questo, agli accertamenti ed ai trattamenti sanitari, volontari ed obbligatori, in condizione di degenza ospedaliera. È collocato in ospedali sede di DEA ed è parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale anche quando l’ospedale in cui è ubicato è Azienda diversa da quella a cui afferisce il DSM. Onde garantire la continuità terapeutica, opera in stretto raccordo con il CSM con il quale concorda il programma terapeutico nonché le modalità e i tempi delle dimissioni. (vedi: DGR n. 141/09).
Sorveglianza	Monitoraggio e verifica continui dello stato di un’entità, analisi delle registrazioni per assicurare che i requisiti specificati vengano soddisfatti.
Stabilimento Ospedaliero	Articolazione del Presidio Ospedaliero in cui si erogano prestazioni in regime di ricovero. (Vedi: Presidio Ospedaliero)

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" - Allegato 1 - Requisiti Generali Comuni

Struttura sanitaria e socio-sanitaria	Qualunque struttura che eroghi prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel rispetto di quanto stabilito dalla programmazione sanitaria regionale, dai piani sanitari regionali e dagli atti aziendali (L.R. n. 24/2008).
Struttura organizzativa	Dimensione organizzativa complessiva della funzione svolta (DPR 37 del 14.1.97). E' configurata dalla esistenza di funzioni di direzione gestionale, tecnica, organizzativa (a volte anche amministrativa).
Struttura per persone dipendenti da sostanze d'abuso con figlio minori (o donne in gravidanza)	E' una struttura residenziale in cui è svolto un programma di superamento della tossicodipendenza unitamente ad interventi volti all'apprendimento e consolidamento del ruolo genitoriale. Vengono accolti i figli minori che, di norma, hanno un'età compresa da 0 a 6 anni.
Struttura residenziale per persone dipendenti da sostanze d'abuso affette da patologie psichiatriche	Accoglie pazienti con caratteristiche congruenti con il programma terapeutico, inviati dai SERT di residenza, previa formulazione o conferma della diagnosi psichiatrica effettuata dal Servizio Salute Mentale di residenza. La congruenza è valutata caso per caso congiuntamente tra SERT, Servizio Salute Mentale e struttura che accoglie l'utente.
Struttura residenziale psichiatrica	Sono strutture residenziali (SR) orientate a garantire interventi terapeutico-riabilitativi a favore di utenti che necessitano di un programma individualizzato che preveda un abitare assistito per un tempo definito. Le SR si possono articolare in • <u>Residenze ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale</u> (Residenze sanitarie terapeutico-riabilitative a rilevanza sociale) finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento degli esiti degenerativi o invalidanti della malattia. • <u>Residenze socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria</u> (Residenze sociali a rilevanza sanitaria) che, rispondendo ai bisogni di persone, con ridotte capacità di vita autonoma per cui necessitano di un supporto per svolgere le attività della vita quotidiana, sono finalizzate all'obiettivo di offrire un supporto alla persona con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. • <u>Residenze ad elevata integrazione sociale</u> (Gruppi di convivenza) finalizzate a sostenere, attraverso la presenza degli operatori solo per alcune ore al giorno, l'abitare e la vita sociale. In relazione alle finalità e ai bisogni degli utenti destinatari del supporto, possono essere organizzate anche presso l'abitazione di proprietà di uno degli ospiti. Le SR sono gestite dal DSM, anche attraverso il privato sociale e/o imprenditoriale.
Studio medico, odontoiatrico o di altre professioni sanitarie	È il luogo nel quale un professionista sanitario, regolarmente abilitato ed iscritto all'ordine o all'albo di competenza, esercita la propria attività professionale in forma singola od associata. Le prestazioni effettuabili presso lo studio si caratterizzano come semplici visite senza l'ausilio di apparecchi diagnostici complessi e senza azioni invasive che comportino un rischio per la sicurezza del paziente. (L.R. n. 8/08).
Studio Professionale soggetto ad Autorizzazione	E' la sede di espletamento dell'attività del professionista, il quale la esercita personalmente in regime di autonomia, anche quando l'attività sia svolta in uno studio associato. Lo studio non ha rilevanza autonoma e l'Autorizzazione, rilasciata a nome del professionista, cessa di avere efficacia al cessare dell'attività del professionista stesso.

DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” - Allegato 1 - Requisiti Generali Comuni

Terapia Intensiva	E' dedicata a pazienti che richiedono trattamento intensivo in quanto affetti da una o più insufficienze d'organo acute potenzialmente reversibili, o a pazienti che richiedono monitoraggio e mantenimento delle funzioni vitali al fine di prevenire complicanze maggiori. Può essere monospecialistica o polivalente (es. Rianimazione).
Trasferimento	Per trasferimento si intende lo spostamento di un'attività sanitaria o socio-sanitaria già autorizzata in altri locali e/o edifici ovvero il cambiamento di sede della struttura, o di parte di essa, già in funzione, in locali e/o immobili oggetto di realizzazione ex novo o di trasformazione/ampliamento, in base a un progetto riconosciuto rispondente, ove richiesto, con la programmazione socio-sanitaria.
Trasformazione	Per trasformazione di una struttura sanitaria o socio-sanitaria s'intende la variazione delle funzioni sanitarie già autorizzate o il cambio d'uso con o senza lavori, degli edifici (strutture) o di parti di essi, destinati ad ospitare nuove funzioni sanitarie.
Unità o punti di raccolta sangue	Sono strutture fisse o mobili dedicate alla raccolta del sangue intero e di plasma mediante emaferesi.
Verifica	Si tratta cioè di una operazione di controllo per mezzo della quale si procede, con prove, misure, confronti e testimonianze all'accertamento delle congruenze, regolarità, congruenze di un fatto, di un atto, di un progetto, un prodotto.
Vision	Orizzonti sfidanti che una organizzazione si propone esplicitamente di raggiungere. Deriva dalla cultura e dai valori e traduce in scelte spendibili la mission (Vedi). È esplicitata dal Top Management, così come la mission, per sviluppare coesione tra tutti i membri dell'Organizzazione.

**Allegato 4 - Requisiti specifici e di personale delle
strutture extraospedaliere sanitarie e socio-sanitarie**

Requisiti specifici delle strutture
territoriali extraospedaliere
sanitarie e socio-sanitarie
residenziali, semiresidenziali,
ambulatoriali, domiciliari,
riabilitative, per le dipendenze
patologiche e della salute
mentale

1. Premessa Generale

I requisiti regionali per l'Autorizzazione e l'Accreditamento Istituzionale e di Eccellenza degli erogatori pubblici e privati di servizi e prestazioni sanitarie e socio-sanitarie territoriali sono finalizzati soprattutto a garantire processi di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ), per la esigibilità dei bisogni/diritti del cittadino attraverso la piena attuazione dei LEA.

La Regione Calabria intende, così, garantire il diritto del cittadino::

- a) ad avere assicurati i livelli essenziali di assistenza;
- b) ad una valutazione tecnico-scientifica del proprio bisogno, ed all'individuazione del livello appropriato di intensità assistenziale;
- c) all'appropriatezza del ricovero, alla qualità dei servizi ed alla qualità delle prestazioni;
- d) alla libera scelta della struttura pubblica o privata accreditata per servizi e prestazioni finalizzati a garantire la esigibilità del livello di intensità individuato e riportato nel Piano di assistenza individuale;

Per garantire tali diritti, il SSR promuove la organizzazione di un sistema integrato di strutture e servizi territoriali idonei a garantire i LEA.

Le strutture di seguito elencate rappresentano un punto fondamentale nella erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Dette strutture erogano gran parte dell'offerta di servizi afferente le attività territoriali e distrettuali, alternative e sostitutive al ricovero ospedaliero.

La definizione dello specifico fabbisogno, già definito con DPGR n 18/2010, così per come integrato e modificato con DCA n 76/2015 rappresenta non semplicemente un'alternativa ai ricoveri ospedalieri, come spesso si ritiene, ma un tassello di primaria importanza nell'ambito del più complessivo mosaico assistenziale di livello territoriale.

Uno degli elementi fondanti della programmazione regionale deve essere difatti ricondotto non già all'alternativa residenzialità/ospedale quanto, piuttosto, alla coesistenza contemporanea e strettamente correlata tra residenzialità e domiciliarità. Solo così si può inquadrare adeguatamente il ruolo assistenziale svolto dall'opzione residenziale che, attraverso meccanismi di cooperazione amministrata, deve trovare governance univoca con quella domiciliare.

Il fabbisogno di queste strutture è stabilito con il Piano Sanitario Regionale, ma è evidente che il loro potenziamento e la loro diffusione sul territorio rappresentano l'unica alternativa a ricoveri ospedalieri, talvolta inappropriati rappresentando un risparmio economico a fronte di una spesa altrimenti indirizzata verso l'ospedale.

È altresì evidente che il carico assistenziale delle malattie cronico - degenerative, in progressivo ed inarrestabile aumento per l'invecchiamento della popolazione, e le disabilità associate a questo tipo di patologie, necessita un approccio diverso da quello finora erogato che possa coniugare: l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, la qualità delle prestazioni erogate, la sicurezza del paziente, la tutela della salute, il soddisfacimento territoriale del fabbisogno, l'umanizzazione e la facilitazione dei percorsi, il diritto di accesso equo, indistinto e solidale e per ultimo l'attenzione ai costi.

L'appropriatezza delle prestazioni deve essere ricondotto ad una corretta parametrizzazione dei livelli di intensità assistenziale così per come scaturiscono dagli specifici bisogni/diritti di salute valutati attraverso lo strumento della valutazione multidimensionale (appropriatezza di livello).

L'appropriatezza delle prestazioni garantisce il giusto livello di intensità assistenziale ad uno specifico bisogno/diritto di salute valutato con metodiche tecnico/scientifiche.

Ciò esige che il servizio sanitario regionale abbia una classificazione appropriata delle singole strutture (riconosciuta a livello nazionale), ognuna delle quali definita a seconda dello specifico livello di intensità assistenziale che è chiamata a sostenere oppure che una stessa struttura possa essere articolata in moduli terapeutici, tra loro complementari, che assicurino diversi livelli di intensità assistenziale a favore di particolari categorie di soggetti (anziani, disabili, età evolutiva, ecc..) oppure all'interno di medesimi servizi e prestazioni (riabilitazione, specialistica, ecc...). Si hanno così Strutture che sono organizzate in sistemi di assistenza integrata che permettono anche una economia di scala in quanto alcuni servizi potranno essere del sistema e non dei singoli moduli.

Deve ancora sottolinearsi come, per quanto predetto, nei livelli di intensità assistenziale vada ricercata la corrispondenza tra opzione residenziale ed opzione domiciliare.

La qualità della struttura classificata dovrà essere sostenuta da elementi oggettivi sia per le autorizzazioni al funzionamento sia per gli accreditamenti e sia per le eccellenze.

I requisiti riguardano:

- la organizzazione

- le tecnologie
- le strutture fisiche

Per la organizzazione è necessario pervenire alla determinazione quali - quantitativa delle risorse umane tenendo nella dovuta considerazione:

- i livelli di intensità assistenziale della struttura e/o del "modulo" del sistema di assistenza integrata
- la tipologia di prestazioni che tali livelli esigono e le relative figure professionali
- i minuti di assistenza medi che ogni figura professionale deve assicurare giornalmente e/o periodicamente
- la tipologia della organizzazione clinica, igienico - organizzativa ed amministrativa.

Per le tecnologie è necessario individuare quelle che garantiscono un sereno confort alberghiero ma anche un supporto efficace al percorso terapeutico finalizzato, ove possibile, anche alla maggior autonomia ed autogestione degli ospiti.

In tutte le strutture deve essere assicurata una temperatura degli ambienti di 20°C/22°C centigradi nel semestre invernale (ora solare), e possibilmente non inferiore a quella esterna per più di 6° gradi centigradi (e comunque non inferiore a 20° centigradi) nel semestre estivo

Per le strutture fisiche, i requisiti debbono garantire, per quanto possibile, la privacy, la socializzazione, l'animazione, gli spazi terapeutici e riabilitativi, ecc.

I requisiti specifici di seguito indicati devono essere coerenti con le disposizioni regionali a suo tempo emanate (DGR 133/99 e DGR 3137/99) ed integrati con i requisiti organizzativi strutturali e tecnologici generali previsti dal regolamento regionale e dai manuali dell'Autorizzazione e dell'Accreditamento ai sensi dell'art. 11 comma 5 della Legge Regionale del 18 luglio 2008, n. 24.

2. Finalità del documento

Il presente documento procede alla riclassificazione delle strutture effettuata in coerenza con la tipologia di utenza trattata e l'intensità delle cure prestate, consentirà la corretta individuazione e quantificazione dei requisiti di cui le strutture medesime dovranno essere dotate e, conseguentemente, la determinazione dei costi da sostenere, soprattutto in relazione al requisito organizzativo. Ovviamente, *in considerazione della prolungata e variabile durata nel tempo delle condizioni di erogazione, il parametro temporale di identificazione della prestazione erogata non potrà essere quello dell'episodio di ricovero, ma quello della giornata di assistenza (...) si assume che ogni giornata rappresenti un ciclo completo e ripetibile nel quale vengono erogate in modo coerente ed integrato il complesso di prestazioni di assistenza alla persona, cura, recupero funzionale e/o trattamenti di mantenimento, che compongono il panel dell'assistenza residenziale* (Relazione finale Mattone 12 *Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali* – Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA). Allo stesso modo, consentirà la corretta imputazione delle quote di partecipazione ai diversi soggetti (FSR – FS nella quale trova capienza la partecipazione dell'Ospite), operando la necessaria distinzione tra costi totalmente sanitari (riferibili all'assistenza sanitaria propriamente detta ed alle funzioni assistenziali), costi totalmente non sanitari (riferibili a funzioni alberghiere e tutelari), e costi non riconducibili integralmente ad una delle due categorie precedenti (costi edilizi, di amministrazione e direzione, di animazione, socializzazione).

Il sistema che si intende delineare fonda sulla distinzione tra il concetto di prestazione e quello di processo assistenziale, presupponendo l'uno la semplice operatività dei singoli, ed imponendo l'altro un vero e proprio percorso che, muovendo da una richiesta, passi attraverso una analitica fase di decodifica degli effettivi bisogni assistenziali, per giungere alla declinazione delle molteplici modalità di soddisfazione delle stesse. Il metodo è quello della multidimensionalità, della multidisciplinarietà, della multiprofessionalità (tutti a forte connotazione interistituzionale) e, quindi, di una totale presa in carico, che contempli specifici percorsi di reversibilità dei differenti livelli di cura.

Su tali basi si ipotizza un sistema a connotazione *integrata*, non solo in ragione della interconnessione tra le due componenti assistenziali, quella sanitaria e quella sociale, ma anche e soprattutto in quanto sistema in grado di scomporre e ricomporre le diverse componenti (interne e/o esterne, sempre e comunque appartenenti al complesso e variegato sistema socio-sanitario) in un processo di continuo adattamento ai diversi bisogni assistenziali dei singoli. Si intende così andare oltre la consueta classificazione dei diversi livelli di cura definiti su base strutturale, per spostare il focus assistenziale sul grado di intensità delle cure (intensiva, estensiva, lungoassistenza) e fornire così appropriate risposte ai molteplici bisogni di tipo strettamente sanitario, socio-sanitario e socio assistenziale in senso stretto.

3. Riclassificazione delle Strutture e livelli di intensità di cure

Sulla base delle finalità evidenziate al precedente punto 2, si intende proporre la riclassificazione delle strutture in coerenza con il livello di intensità delle cure e con le indicazioni della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA.

Conseguentemente, in applicazione del "Mattone 12 *Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali*", è possibile distinguere le strutture in oggetto come segue:

A. Strutture sanitarie di cura e recupero, distinte secondo la classificazione del Mattone 12 in:

- **R1: nuclei specializzati per pazienti non autosufficienti** richiedenti trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali, come ad esempio: ventilazione meccanica ed assistita, nutrizione entrale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (pazienti in stato vegetativo o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, etc). Strutturalmente corrispondono agli Hospice (per i pazienti terminali) e, in larga parte anche alle RSA Medicalizzate o *moduli* da realizzarsi preferibilmente nell'ambito di strutture a connotazione RSA.
- **RRE1 - RRE2: Presidi di Riabilitazione a ciclo continuativo o diurno**, per le prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione estensiva, nonché trattamenti di mantenimento. Rientrano in tale tipologia le strutture di Riabilitazione Estensiva Extraospedaliera;
- **RD2 - RD3: Presidi di Riabilitazione a ciclo continuativo o diurno**, per le prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative a minori affetti da disturbi comportamentali o di patologie di interesse neuropsichiatrico. Rientrano in tale tipologia i Centri di Riabilitazione Estensiva Extraospedaliera, Ambulatoriale e Domiciliare;

B. Strutture socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, distinte secondo la classificazione del Mattone 12 in:

- **R2: Unità di Cure residenziali Estensive**, nuclei specializzati per anziani non autosufficienti con elevata intensità di tutela sanitaria: cure mediche ed infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione entrale, lesioni da decubito profonde, etc.. Strutturalmente sono riconducibili alle RSA per anziani;
- **R2D: Nuclei demenze (tipo Alzheimer)**, nuclei specializzati per pazienti con demenza, nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività, che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, di riorientamento e tutela personale in ambiente *protetico*. Tali nuclei devono essere realizzati nell'ambito di strutture connotate come RSA;
- **RD1: Unità di cure intensive per SLA**, nuclei specializzati per persone affette da SLA e patologie neurodegenerative affini non autosufficienti con elevata intensità di tutela sanitaria.
- **RD4: Residenze Sanitarie Assistenziali per Disabili**, per prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative di mantenimento in regime residenziale, congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili gravi;

C. Strutture socio-sanitarie, a connotazione sociale a rilievo sanitario, distinte secondo la classificazione del Mattone 12 in:

- **R3: Unità di cure residenziali di mantenimento**, nel cui ambito rientrano le strutture tipiche della lungodegenza per patologie cronicizzate, con cure sanitarie di medicina generale, recupero funzionale per contenere il decadimento, assistenza tutelare ed aiuto alla persona. Strutturalmente sono riconducibili alle Case Protette per Anziani;
- **RD5: Residenze Protette**, nel cui ambito rientrano le strutture che erogano prestazioni socio-riabilitative in regime residenziale, congiuntamente a cure sanitarie di medicina generale, prestazioni terapeutiche riabilitative di mantenimento per il contenimento degli esiti e congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili privi di sostegno familiare. Strutturalmente sono riconducibili alle Case Protette per Disabili Mentali, ed alle Strutture Socio-Riabilitative a ciclo diurno già Strutture a Progetto (SAID);

D. Strutture di accoglienza, a connotazione sociale-alberghiera, finalizzate a fornire una residenza a piccoli gruppi, senza particolari forme di protezione assistenziale e con assistenza sanitaria simile a quella

erogata a domicilio (Es. Gruppi Appartamento, Comunità Alloggio, Case Albergo, etc.), non ricomprese nel "Mattone 12"

Il sistema prevede diversi livelli di intensità di cure, pertanto, l'accesso del cittadino-utente rimane subordinato alla verifica dell'eleggibilità nell'ambito del livello richiesto. Si tratta, peraltro, di un percorso già normativamente codificato (L.R. n. 11/2004; D.P.G.R. n. 12/2011; D.C.A. n. 71/2014) al quale si fa espresso rinvio.

La rivisitazione del complessivo sistema di Assistenza Residenziale deve necessariamente muovere da un inquadramento dei diversi livelli di intensità assistenziale sottesi ai bisogni esibiti dai pazienti in sede di prima valutazione.

Non può trascurarsi, peraltro, la necessità di rendere univoca questa quantificazione all'interno del sistema di cure, con ciò intendendosi la complessiva offerta assistenziale domiciliare/residenziale e precisando come la residenzialità debba rappresentare un'*alternativa* all'ambito privilegiato di cura che rimane ovviamente quello **domiciliare**. A tale proposito deve ribadirsi come le due opzioni assistenziali (domiciliare – residenziale) non devono essere gestionalmente vissute come poli contrapposti. Le due opzioni devono convivere armoniosamente attraverso una sapiente *governance*, frutto di un'adeguata modulazione valutativa e di un'**apertura dell'offerta di prestazioni domiciliare al sistema di offerta di residenzialità**.

L'inserimento nelle strutture residenziali secondo il profilo di complessità individualmente esibito, consente di superare la criticità attualmente rappresentata dalla impossibilità di un inserimento coerente ed appropriato definito sulla base delle condizioni cliniche e del miglioramento/peggioramento delle stesse che, al contrario, rimane attualmente correlato esclusivamente alla disponibilità di posti letto.

Peraltro, un sistema basato sull'inserimento dei pazienti nel livello di cura più appropriato al tipo di fabbisogno assistenziale individualmente esibito, consente di registrare ricadute positive anche in termini di contenimento della spesa.

Alla luce di questa premessa, l'ipotesi è quella di parametrare l'intensità assistenziale sulla scorta del livello di protezione/gravità delle patologie trattate e della durata dell'assistenza/tipologia della patologia trattata.

Quindi si ipotizza un Sistema di classificazione dei pazienti che dovranno presentare caratteristiche specifiche per l'inserimento nelle differenti strutture che dovranno così essere classificate dal più elevato grado di complessità a quello più lieve, per quanto riguarda i disabili, fino ad arrivare ad un livello che possa trattare problemi di esclusiva natura socio-assistenziale.

4. Livelli di intensità di cure e tipologia dei pazienti appropriata

Possono così essere identificate, in coerenza con i livelli di intensità assistenziale sopra ipotizzati, quattro differenti tipologie di bisogno e quindi di intensità assistenziale:

- **tipologia A:** pazienti che hanno perso temporaneamente la loro autonomia in seguito ad interventi chirurgici e/o traumi che necessitano di interventi complessi, ma concentrati nel tempo. Gli obiettivi assistenziali sono quindi rivolti, con la ovvia eccezione dei pazienti terminali, alla riacquisizione dell'autonomia. Sono inoltre da includere pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti intensivi come ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale e parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (stati vegetativi, coma, gravi insufficienze respiratorie, malattie neurodegenerative progressive, etc.). Il corrispettivo sul versante dell'assistenza domiciliare può essere identificato con l'ospedalizzazione domiciliare e/o con un'assistenza domiciliare di elevata intensità. È evidente che tale tipologia si caratterizza per una breve durata (con ciò sottintendendo un elevato turn over) e per un elevato costo. L'attuale classificazione presupporrebbe la declinazione di tale intensità assistenziale a carico di strutture classificate **R1** (ex RSA-(Modulo Intensivo)) per i bisogni prevalentemente riabilitativi in strutture deputate ad una riabilitazione di tipo intensivo.
- **tipologia A1:** pazienti in condizioni di terminalità che necessitano di interventi complessi, ma concentrati nel tempo. Sono inoltre da includere pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti intensivi come ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale e parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (stati vegetativi, coma, gravi insufficienze respiratorie, malattie neurodegenerative progressive, etc.). Il corrispettivo sul versante dell'assistenza domiciliare può essere identificato con l'ospedalizzazione domiciliare e/o con un'assistenza domiciliare di elevata intensità. È evidente che tale tipologia si caratterizza per una breve durata (con ciò sottintendendo un elevato turn over) e per un elevato costo. L'attuale classificazione presupporrebbe la declinazione di tale intensità assistenziale a carico di strutture classificate **R1** (Hospice) per i bisogni prevalentemente riabilitativi in strutture deputate ad una riabilitazione di tipo intensivo.

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" **Allegato 4**

- **tipologia A2:** pazienti con demenza senile e disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente protesico.
- **tipologia B:** pazienti non autosufficienti cronici (anziani e non portatori di gravi patologie croniche). Gli obiettivi assistenziali in questo caso sono essenzialmente quelli di evitare- limitare il ricorso ad impropri ricoveri ospedalieri. Il corrispettivo sul versante dell'assistenza domiciliare si identifica in un'assistenza domiciliare di media/alta intensità con il supporto di medici specialisti. Detta tipologia si caratterizza per una lunga durata, basso turn over ed un costo per giornata elevato. L'attuale classificazione presupporrebbe la declinazione di tale intensità assistenziale a carico dell'RSA.
- **tipologia C:** pazienti temporaneamente semiautosufficienti che necessitano di terapie specifiche limitate nel tempo integrate dalla necessità di un elevato livello di prestazioni socio-assistenziali. Gli obiettivi assistenziali sono quelli di fornire supporto sanitario alla prevalente attività socio-assistenziale in pazienti con condizioni di salute poco compromesse. Il corrispettivo sul versante dell'assistenza domiciliare si identifica in un'assistenza domiciliare integrata con prevalente componente socio-assistenziale. E' evidente che si tratta di una presa in cura di breve durata con alto turn over essendo riferita la semiautosufficienza a prevalenti bisogni di tipo socio-assistenziali. L'attuale classificazione presupporrebbe la declinazione di tale intensità assistenziale a carico di Case protette e riabilitazione di tipo estensivo.
- **tipologia D:** pazienti permanentemente semiautosufficienti con patologie croniche lievi e necessità di elevato livello di prestazioni socio-assistenziali. Gli obiettivi assistenziali sono rappresentati dal prevenire e rallentare il peggioramento delle condizioni generali e conservare il livello di autonomia. Il corrispettivo sul versante dell'assistenza domiciliare si identifica in un'assistenza domiciliare integrata a prevalente componente socio-assistenziale o, laddove sia validamente rappresentato il supporto familiare, dall'assistenza domiciliare programmata. Tale tipologia è caratterizzata da lunga durata di presa in cura e quindi basso *turn over*. L'attuale classificazione presupporrebbe la declinazione di tale intensità assistenziale a carico di CP socio-assistenziali, Case di riposo, Comunità alloggio.

A tal fine si individuano le seguenti caratteristiche dei pazienti:

Tipologia del Paziente per intensità assistenziale	Caratteristiche del paziente
A	• Pazienti altamente instabili con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico quotidiano • Pazienti con patologie croniche in fase di riacutizzazione o pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive (SLA, sclerosi multipla) • Pazienti che vengono dimessi dall'ospedale dopo una patologia acuta (ictus cerebrale, interventi chirurgici maggiori, etc.)
A1	• Pazienti terminali (hospice)
A2	• Pazienti con demenza e gravi anomalie comportamentali • Pazienti con instabilità clinica, con problemi che necessitano di un monitoraggio clinico non programmabile, più volte alla settimana, a volte quotidiano • Pazienti con condizioni sociali che non consentono la permanenza al domicilio • Necessità di assistenza tutelare completa
B	• Paz. > 65 anni • Perdita autosufficienza • Pazienti con comorbidità ed instabilità clinica, con problemi che necessitano di un monitoraggio clinico non programmabile, una o più volte alla settimana ma non quotidiano • Pazienti con condizioni sociali che non consentono la permanenza al domicilio • Necessità di assistenza tutelare completa

DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” **Allegato 4**

C	• Paz. > 65 anni • Paz. temporaneamente semiautosufficienti e/o a rischio di disabilità • Pazienti moderatamente instabili con problemi che necessitano di un monitoraggio clinico programmabile, ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana • Pazienti in condizioni sociali che non consentono la permanenza al domicilio • Necessità di assistenza tutelare completa
D	• Paz. con stabilità clinica completa o con problemi che necessitano di un monitoraggio clinico programmabile ad intervalli di lunga durata (< 60 gg) • Paz. con stabilità clinica moderata che necessitano di un monitoraggio clinico programmabile con intervalli di 30 – 60 giorni

6. Figure professionali**1. Direttore Sanitario (Medico dell’Assistenza e Responsabile dell’Organizzazione Sanitaria)**

L’incarico è conferito ad un Medico Specialista in Igiene, esperto dei servizi sanitari e sociosanitari. Nello specifico, tale figura:

- Espleta attività assistenziali integrandosi con il Medico di Medicina Generale degli ospiti;
- È responsabile del coordinamento e dell’integrazione delle diverse componenti di assistenza per assicurare le migliori condizioni psico-fisiche degli ospiti e delle condizioni igienico sanitarie della struttura; verifica l’attuazione dei protocolli individualizzati dei singoli utenti;
- Favorisce la partecipazione delle associazioni di volontariato;
- Assicura il collegamento e l’integrazione funzionale con i Medici di Medicina Generale, i quali assicurano continuità assistenziale ai rispettivi assistiti, con Presidi ed Aziende Ospedaliere e con le strutture territoriali di livello distrettuale per i casi bisognevoli di ricovero ospedaliero, di accertamenti clinico-diagnostici o di consulenze specialistiche;
- Verifica il regolare approvvigionamento delle risorse, in particolare dei farmaci, previsti nell’apposito prontuario, dei presidi, di protesi ed ausili;
- Verifica il regolare funzionamento delle attrezzature;
- Vigila su corretto espletamento dei compiti da parte dei singoli operatori;
- Vigila sulla corretta tenuta della documentazione clinica e delle cartelle assistenziali degli utenti.

Le funzioni di Direttore Sanitario possono essere svolte, oltre che dal sanitario in possesso dei requisiti di cui all’art. 7, comma 2, L.R. 24/2008, dal medico specialista, limitatamente alle strutture eroganti prestazioni monospecialistiche e per un numero di posti letto non superiore a 40.

2. Medici (Specialista e MMG)

a. Il medico specialista viene identificato nella figura del geriatra per quanto attiene le strutture per anziani. Nelle strutture per disabili, lo specialista dovrà essere un neurologo o uno specialista in medicina fisica e riabilitativa (nelle residuali case protette per *disabili mentali*, lo specialista potrà essere anche uno psichiatra). Lo Specialista, oltre ad un eventuale attività consulenziale “a richiesta”, pianifica i suoi interventi programmati nell’ambito della definizione del PAI di ciascun singolo ospite. A tale figura professionale viene affidata la complessiva gestione del piano assistenziale individuale di ciascun ospite, divenendo così interfaccia privilegiata con gli specialisti ASP e con l’Unità di Valutazione Distrettuale.

b. Il Medico di Medicina Generale, a richiesta, deve espletare attività sanitaria, pari a non più di 8 (otto) ore settimanali, per garantire prestazioni proprie della sua funzione, presso strutture classificate come R2, RD1, RD4 e altre strutture residenziali descritte nel presente allegato, senza costi aggiuntivi a carico del SSR.

3. Psicologo

1. È responsabile dell’attività di riabilitazione psicologica a favore degli utenti;
2. Assolve alle funzioni di gestione e verifica dei programmi riabilitativi atti a favorire l’orientamento e a compensare le disabilità;

3. collabora con i Medici per il controllo periodico e gestione dei problemi sanitari ricorrenti;
4. gestisce nursing orientato al mantenimento delle capacità residue e, per quanto possibile, alla riabilitazione psichica dell'utente;
5. collabora alle attività di aiuto e di sostegno dell'utente che presenti eventuali problemi e difficoltà inerenti l'inserimento ;
6. promuove attività ed iniziative finalizzate al miglioramento della qualità della vita quotidiana;
7. partecipa alle riunioni di équipe per la definizione di progetti individuali;
8. cura i contatti e le relazioni con i parenti;
9. verifica l'attuazione dei programmi di animazione.

4. Infermiere Professionale

Le funzioni dell'infermiere, come da D.M.14/9/94, n° 739 “regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere”, possono essere così sintetizzate:

- pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico;
- tenuta e aggiornamento della cartella del piano individualizzato di assistenza;
- azione professionale individuale ed in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- supervisione del personale addetto all'assistenza nell'espletamento dei compiti relativi agli atti della vita quotidiana ed alla corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche. Tra il suddetto personale deve essere individuata un'unità cui affidare compiti di coordinamento del Servizio infermieristico professionale.
- Sinteticamente le funzioni affidate al *coordinatore* sono le seguenti:
- gestisce, coordina ed integra le diverse componenti di assistenza e figure professionali;
- garantisce l'approvvigionamento delle risorse (farmaci, presidi, protesi ed ausili, nonché il materiale sanitario previsto per l'emergenza);
- verifica il regolare funzionamento delle attrezzature; controlla il corretto approvvigionamento e la corretta distribuzione dei pasti;
- conserva correttamente la documentazione clinica e vigila sulla corretta tenuta della cartella personalizzata degli utenti;
- è responsabile della custodia dell'armadio medicinali prescritti agli utenti.

5. Operatore Sociosanitario addetto all'assistenza

Il Servizio di assistenza alla persona viene prestato da operatori in possesso della qualifica. Vengono fornite all'ospite tutte le prestazioni finalizzate al soddisfacimento dei suoi bisogni (assistenza diretta alla persona : aiuto per l'igiene personale e i pasti, deambulazione e mobilitazione, vestizione, prevenzione delle complicanze dell'allettamento prolungato, pulizia ordinaria degli ambienti di vita, arredi ed attrezzature dell'utente, etc.; interventi di protezione della persona : controllo e vigilanza; interventi generali di natura assistenziale : prestazioni di carattere assistenziale volte a seguire l'evoluzione delle condizioni dell'utente; rapporti con la famiglia e con l'esterno, ecc.).

6. Professionista della Riabilitazione

L'attività di riabilitazione è garantita da personale, in possesso della qualifica di terapeuta riabilitatore, che assicurano agli utenti i trattamenti riabilitativi, con l'eventuale supervisione del fisiatra, per gli utenti non autosufficienti, e quella dello psicologo, per gli utenti dementi / affetti dal Morbo di Alzheimer. I trattamenti potranno essere effettuati nella palestra o al letto del paziente, a seconda delle condizioni cliniche.

A tal fine, fatti salvi i titoli equipollenti:

1. Per terapeuta della riabilitazione si intendono:
 - a) Terapeuta della riabilitazione;
 - b) Fisioterapista;
2. Per Tecnico della riabilitazione si intendono:
 - a) Logopedista;
 - b) Neuropsicomotricista dell'età evolutiva;
 - c) Terapeuta occupazionale;
 - d) Tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, limitatamente alle strutture di tutela della salute mentale;

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" **Allegato 4****7. Educatore professionale socio-sanitario/Terapista occupazionale**

Per Educatore si intendono:

1. Educatore professionale socio-sanitario;
2. Educatore di comunità e animatore di comunità (corso biennale organizzato dalla Regione Calabria), **figure ad esaurimento**, ovvero altra tipologia di Educatore professionale, che sono figure che possono rimanere in servizio ai fini del riconoscimento dei requisiti organizzativi, laddove già assunte alla data di entrata in vigore del presente regolamento.

Ad essi competono i Programmi individuali e collettivi di animazione e terapia occupazionale, secondo il progetto individuale, tenendo conto delle preferenze e delle possibilità di stimolazione fisica e mentale degli utenti.

8. Assistenti Sociali

Le funzioni sono quelle proprie del profilo professionale.

7. Tabella comparativa riepilogativa per la riclassificazione delle strutture

<u>Classificazione</u> <u>Mattone 12</u>	<u>Denominazione</u> <u>precedente</u>	<u>Nuova</u> <u>Denominazione</u>	<u>Tipologia</u> <u>Paziente</u>	<u>Profilo</u> <u>SVAMA</u>	<u>Profilo</u> <u>SVAMDI</u>	<u>Altro</u>
R1	Hospice	Hospice	A1			Scala Instabilità Clinica (4) KPS < 50
R2 (potenziata)	RSA (Medicalizzata)	RSA (Modulo Intensivo)	A			CIRS+ Scala Instabilità Clinica (3)
R2	RSA Anziani	RSA per Anziani	B	12 - 17		
R2D	Nucleo per demenze (Alzheimer)	Nucleo per demenze (Alzheimer)	A2	12 - 17		Demenza (Criteti DSMV) NPI>48 Aggressività, wandering (3x3)
R3	Casa Protetta per Anziani	Casa Protetta per Anziani (CPA)	C	6 - 10		
RD1	RS-SLA	Unità di Cure Intensive SLA (UCIS)	A		grave	
RD3	<u>Centro Residenziale</u> <u>Centro Diurno per Autismo</u>	Centro Residenziale			medio/grave	
		Comunità Alloggio Residenziale				
		Centro Diurno per Autismo				
		Comunità alloggio Semiresidenziale				
RD4	RSA Disabili	Residenza per Disabili	B		medio	
RD5	Casa Protetta Disabili	Casa Protetta Disabili	B		lieve	
SR (SR1)	Centro diurno per anziani	Centro diurno per anziani		<5		Supporto familiare presente
SRD (SR2)	Centro diurno Demenze	Centro diurno Demenze		<5		Supporto familiare presente

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" **Allegato 4**

RRE1 – RRE2	Presidio di Riabilitazione Estensiva Extraospedaliera a a Ciclo Continuativo	Presidio di Riabilitazione Estensiva Extraospedaliera a Ciclo Continuativo				
RRE1- RRE2	Presidio di Riabilitazione Estensiva Extraospedaliera a a Ciclo Diurno	Presidio di Riabilitazione Estensiva Extraospedaliera a Ciclo Diurno				
RRE1- RRE2	Centro di riabilitazione estensiva extraospedaliera ambulatoriale e domiciliare	Centro di riabilitazione estensiva extraospedaliera ambulatoriale e domiciliare				

Strutture residenziali/domiciliari per Cure Palliative – Hospice (Mattone 12: R1)

Sono strutture, facenti parte della rete di assistenza ai pazienti terminali, per l'assistenza in ricovero temporaneo di pazienti affetti da malattie progressive ed in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata e, prioritariamente, per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di assistenza palliativa e di supporto.

Le esigenze di elevata personalizzazione dell'intervento rendono necessaria una capacità ricettiva limitata e non superiore a 10 posti letto, nonché capacità di rendere fino a n. 4 trattamenti domiciliari pro *die* per posto letto.

Per le strutture residenziali, appartenenti alla rete dei servizi territoriali, i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici sono i seguenti:

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

1. Il numero del personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale deve essere in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate.
2. Un responsabile medico del centro con funzione di Direzione Sanitaria
3. Devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza
4. I familiari devono poter accedere alla struttura, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti
5. Procedura per modalità di custodia di valori e beni personali

Requisiti di assistenza “R1” da “Mattone 12”

- Guardia Medica: H24
- Assistenza Medica: 300 minuti/*die* per nucleo
- Infermiere: H24
- Assistenza Globale: > 210 minuti /*die* per paziente (garantita da personale di assistenza terapeuti della riabilitazione, educatori, ecc – Esclusi Infermieri)
- Assistenza Infermieristica > 90 minuti/*die* per paziente

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO di Strutture residenziali – domiciliari per Cure Palliative – Hospice, in un modulo di 10 p.l. sono:	
Presenza di una Equipe multidisciplinare e multi professionale, composta almeno da medico, infermiere, operatore tecnico dell'assistenza, fisioterapista, psicologo, assistente sociale, assistente spirituale	
Figure professionali	
Medico di Guardia	3 (ulteriore assistenza garantita dal MMG e dalla guardia Medica)
Direttore Sanitario - Medico Responsabile	0,10
Medico Specialista (palliativista)	0,20
Terapista della riabilitazione	1
Infermiere Professionale	6,5
OSS	12
Psicologo	0,6
Assistente Sociale	0,6
A tali requisiti organizzativi per l'Accreditamento possono essere aggiunte altre risorse, necessarie a garantire attività specifica tipica del livello assistenziale e della tipologia di struttura	

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI**Area destinata alla residenzialità**

6. Gli immobili devono essere in possesso di certificato di agibilità specifico
7. La struttura deve essere localizzata in una zona ben collegata mediante mezzi pubblici
8. Deve esserci sufficiente protezione dal rumore cittadino o sufficiente abbattimento
9. Deve esistere un locale di accoglienza attesa con servizi igienici
10. La struttura deve essere dotata solo di camere singole
11. Le camere devono essere arredate con mobili simil abitativi e non ospedalieri
12. La camera deve avere dimensioni tali da permettere la permanenza notturna di un accompagnatore e da assicurare lo spazio adeguato per interventi medici
13. La camera deve avere un tavolo per consumare pasti e una poltrona
14. La camera deve essere dotata dei servizi igienici dotati di ausili per la non autosufficienza
15. La camera deve essere dotata di prese per l'ossigeno, il vuoto e l'aria medica
16. Devono essere presenti servizi igienici per disabili almeno 1 per modulo
17. Deve essere presente almeno un bagno assistito ogni due moduli
18. Deve essere presente un locale cucina
19. Deve essere presente un deposito/spazio per la biancheria pulita
20. Deve essere presente un deposito sporco dotato di vuotatoio e di lavapadelle
21. Deve essere presente un locale di postazione per il personale di assistenza (OSS)
22. Deve essere presente un deposito attrezzature, carrozzine e materiali di consumo in posizione idonea
23. Deve essere presente un soggiorno polivalente o spazi equivalenti anche divisi in ambiti da destinare a diverse attività (ristorazione, conversazione, lettura, ascolto musica/TV)

Area destinata alla valutazione e alla terapia

24. Deve essere presente un locale dotato di attrezzature per terapia antalgica e prestazioni ambulatoriali
25. Devono essere presenti locali per prestazioni in regime diurno (day care)
26. Deve essere presente uno spazio attesa che non intralci i percorsi
27. Deve essere presente un locale per i colloqui con il personale (psicologo, assistente sociale ecc.) che garantisca il rispetto della privacy

Aree generali di supporto

28. Deve essere presente un locale con accettazione con telefono/fax e spazio per le relazioni con il pubblico
29. Devono essere presenti locali spogliatoio per il personale addetto, distinto per sesso, con annessi bagni con doccia
30. locali di sosta e lavoro per il personale volontario
31. un locale per riunioni di équipe
32. Qualora il Centro non sia localizzato in una struttura sanitaria, l'area generale deve essere dotata di un locale sosta salme e di una camera mortuaria
33. Deve essere presente uno spazio per i dolenti con bagno H dedicato
34. Qualora il Centro non sia localizzato in una struttura sanitaria, l'area generale deve essere dotata di una sala per il culto
35. Qualora il Centro non sia localizzato in una struttura sanitaria, l'area generale deve essere dotata di un locale per uso amministrativo
36. Qualora il Centro non sia localizzato in una struttura sanitaria deve essere assicurato il servizio lavanderia, stireria e cucina

REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI E TECNOLOGICI

37. Deve essere presente un impianto di riscaldamento e/o di climatizzazione che assicuri una temperatura degli ambienti di 20°C/22°C centigradi nel semestre invernale (ora solare) e possibilmente non inferiore a quella esterna per più di 6° gradi centigradi (e comunque non inferiore a 20° centigradi) nel semestre estivo
38. Deve essere presente un montalettighe (nel caso in cui la struttura si sviluppi su più piani)

DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” Allegato 4

39. Deve essere presente un impianto di illuminazione di emergenza
40. Deve essere presente un impianto di forza motrice nelle camere con congruo numero di prese per l'alimentazione normale
41. Deve essere presente un impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa
42. Deve essere presente un impianto centralizzato di gas medicali: prese per il vuoto, per l'ossigeno e l'aria medica
43. Deve essere presente un impianto telefonico con disponibilità di telefoni fissi e mobili per i pazienti in ogni modulo
44. Deve essere presente in ogni stanza un impianto televisivo e un telefono interno
45. Devono essere presenti in ogni stanza letti speciali con schienali regolabili
46. Devono essere presenti:
 - a) materassi e cuscini antidecubito
 - b) carrozzelle
 - c) sollevatori-trasportatori in quantità adeguata al numero dei pazienti ricoverati (almeno un sollevatore ogni modulo)
47. Deve essere presente il carrello per la gestione dell'emergenza (di cui è controllata periodicamente la funzionalità) con:
 - a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure
 - b) cannule orofaringee di varie misure
 - c) sfigmomanometro con fonendoscopio
 - d) laccio, siringhe e agocannule
 - e) materiale per medicazione
 - f) farmaci
48. Deve essere presente un elettrocardiografo
49. Deve essere presente un defibrillatore con pacing esterno
50. Devono essere presenti attrezzature idonee alla gestione della terapia e strumentario per piccola chirurgia
51. I pavimenti devono essere in materiale e superficie antisdrucciolo
52. Devono essere presenti sostegni e mancorrenti in vista alle pareti e ai servizi igienici
53. Deve essere presente un sistema di allarme nelle camere e nei servizi igienici per i pazienti
54. Deve essere presente un impianto centralizzato di segnalazione delle chiamate
55. Deve essere presente una adeguata segnaletica

R.S.A. (MODULO INTENSIVO)- (Assimilata a R1 nel *Mattone 12*)

Sono nuclei specializzati per pazienti non autosufficienti, a seguito della perdita temporanea dell'autonomia dopo interventi chirurgici e/o traumi, richiedenti trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali, come ad esempio: ventilazione meccanica ed assistita, nutrizione entrale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno.

Si tratta di interventi di cura complessi, ma concentrati nel tempo i cui obiettivi assistenziali sono rivolti, con la ovvia eccezione dei pazienti terminali, alla riacquisizione dell'autonomia perduta o alla acquisizione del maggiore livello di autonomia possibile.

Accedono i seguenti pazienti:

- pazienti in stato vegetativo o coma prolungato
- pazienti con gravi insufficienze respiratorie
- pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive
- pazienti moderatamente instabili che necessitano di un monitoraggio clinico quotidiano;
- pazienti con patologie croniche in fase di riacutizzazione.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

1. Il numero del personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale deve essere in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate
2. Un responsabile medico del centro con funzione di Direzione Sanitaria
3. Devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza
4. I familiari devono poter accedere alla struttura, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti.
5. Procedura per modalità di custodia di valori e beni personali.

Requisiti di assistenza assimilati a “R1” da “Mattone 12” maggiorati

- Guardia Medica: H24
- Assistenza Medica: 210 minuti/die per nucleo
- Infermiere: H24
- Assistenza Globale: > 140 minuti /die per paziente (garantita da personale di assistenza terapeuti della riabilitazione, educatori, ecc – Esclusi Infermieri)
- Assistenza Infermieristica > 60 minuti/die per paziente

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE di R.S.A. (MODULO INTENSIVO) per un modulo da 20 posti letto sono:	
Figure professionali	
Medico di Guardia	4
Direttore sanitario	0,10
Medico specialista	1
Terapista della riabilitazione	1
Infermiere Professionale	6
OSS	9
Psicologo	0,10
A tali requisiti organizzativi per l'Accreditamento devono essere aggiunti altre risorse, necessarie a garantire attività specifica tipica del livello assistenziale e della tipologia di struttura	

I REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI IN UN MODULO DI 20 P.L. SONO DI SEGUITO SPECIFICATI:

6. Il centro deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano

DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” Allegato 4

7. Il centro deve essere organizzato in moduli di massimo 20 posti letto per un massimo di tre moduli.
8. Ogni centro può condividere ambienti comuni opportunamente dimensionati in funzione del numero complessivo dei moduli.
9. Per le strutture di nuova realizzazione deve essere presente uno spazio all'aperto di almeno 5 mq per utente.
10. **Devono essere presenti le seguenti aree funzionali:**
 - a) **area destinata alla residenzialità**
 - b) **area destinata alla valutazione e alle terapie**
 - c) **area destinata alla socializzazione**
 - d) **area di supporto dei servizi generali**

NOTA: *Si definiscono ambienti comuni gli spazi ricadenti nelle aree individuate ai punti b), c), d) di cui sopra*

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DELLE AREE SPECIFICHE**Area destinata alla residenzialità**

11. Camere di degenza a n.2 posti letto (con bagno per le nuove strutture)
12. Gli standard dimensionali minimi delle camere di degenza devono essere:
 - a) *mq 12 per camere ad un letto*
 - b) *mq 18 per camere a due letti*
13. Un servizio igienico, attrezzato per la non autosufficienza, ogni due camere e in ogni caso almeno uno ogni quattro ospiti; per le strutture di nuova realizzazione le camere di degenza a 2 p.l. devono possedere il bagno in camera
14. Per le strutture di nuova realizzazione all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite
15. Per ogni camera deve essere garantita l'agevole movimentazione delle carrozzine
16. Un bagno assistito per ogni modulo
17. Un locale infermeria e spazio per armadio farmaceutico
18. Tisaneria
19. Locale soggiorno/pranzo, (Per le strutture di nuova realizzazione tali zone devono essere differenziate)
20. Servizi igienici attrezzati di ausili per la non autosufficienza in prossimità dei locali soggiorno/pranzo
21. Spazi/armadi per deposito biancheria pulita
22. Un locale deposito biancheria sporca, e per il vuotatoio/lavapadelle
23. Un locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, ecc.
24. Attrezzature specifiche ad uso di ospiti non deambulanti e non autosufficienti, (materassi cuscini antidecubito di diverse tipologie in n. di 4 ogni modulo)
25. Carrozzine e ausili individuali almeno 1 ogni 5 posti letto
26. Un sollevatore pazienti per ogni modulo
27. I letti devono essere articolati almeno ad due snodi e con sponde, (Per le strutture di nuova realizzazione i letti devono essere articolati almeno a tre snodi e con sponde).
28. L'arredo della stanza deve comprendere:
 - a) comodino
 - b) armadio guardaroba singolo con chiave
 - c) sedia
 - d) luce personale
29. Ogni stanza deve essere dotata di luce notturna
30. Deve essere garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza (anche con cordless)
31. Per le strutture di nuova realizzazione deve essere presente l'impianto di climatizzazione

DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” Allegato 4

Area destinata alla valutazione e alle terapie

32. Locale ambulatorio - medicheria dotto di lavabo
33. Locali con attrezzature per le attività riabilitative
34. Un servizio igienico in prossimità di palestre ed ambulatori fruibili anche da ospiti in carrozzine
35. Spazi per garantire all'utenza la possibilità di effettuare terapie occupazionali, di riattivazione, di mantenimento di dimensione adeguata al numero degli ospiti
36. Qualora vengano erogate prestazioni di assistenza dialitica di tipo peritoneale deve essere presente un locale dedicato con relativo posto tecnico adeguato alla funzione

Area di socializzazione

37. Deve essere garantito l'abbattimento delle barriere architettoniche nelle zone di libero accesso per l'utenza:
 - a) un angolo bar
 - b) sale e soggiorni polivalenti che consentano la socializzazione e l'attività creativa per l'utenza di dimensione adeguata al numero degli ospiti
 - c) un locale per servizi all'ospite (barbiere e podologo)
 - d) un locale per il culto opportunamente dimensionato

Aree generali di supporto

38. ingresso con portineria, area di accoglienza e attesa, telefono pubblico e servizi igienici per i visitatori
39. locali per uffici amministrativi
40. spogliatoio e servizi igienici per il personale.
41. locale/cucina e dispensa, opportunamente dimensionata secondo le norme vigenti e le Linee guida sulla Sicurezza Alimentare, o, in alternativa spazi per accettazione carrelli e depositi per pulito nel caso di esternalizzazione
42. Lavanderia opportunamente dimensionata secondo le normative vigenti

N.B: Le funzioni di cucina, lavanderia, pulizie possono essere esternalizzate. Qualora tali funzioni siano gestite direttamente dalla struttura dovrà essere presente personale in numeri adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati.

43. Magazzini
44. Camera mortuaria, come da normativa vigente
45. Un montalettighe e, per le strutture nuove, un ascensore delle dimensioni di 130 cm 95 cm. Con porta ad apertura netta di 90 cm. E con piattaforma anteriore di 150 cm. X 150 cm. < in caso di adeguamento: 120X80 con porta ad apertura netta di 75 cm. E con piattaforma anteriore 140X140 >.
46. Un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:
 - a) pallone (adulto/pediatrico) autoespansibile con maschere di varie misure
 - b) cannule orofaringee di varie misure
 - c) sfigmomanometro con fonendoscopio
 - d) laccio, siringhe e agocannule
 - e) materiale per medicazione
 - f) farmaci salvavita
 - g) defibrillatore con pacing esterno

N.B: La superficie minima degli ambienti comuni non deve essere inferiore a otto metri quadrati a paziente. Nel caso di strutture preesistenti all'entrata in vigore della legge regionale 24/08 e di ristrutturazioni sono accettabili misure in difetto entro il 20% dagli standard di riferimento.

PERCORSO ASSISTENZIALE (PRESUPPOSTO PER EVENTUALE ACCREDITAMENTO)

- 47 Predisposizione piano di assistenza individualizzato (PAI) sulla scorta degli esiti della valutazione multidimensionale effettuata dall'UVM distrettuale
- 48 Procedure e linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'equipe interdisciplinare
- 49 Raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della STRUTTURA
- 50 Procedure relative all'accoglienza, registrazione e informazione di pazienti e familiari
- 51 Coinvolgimento della famiglia dell'ospite
- 52 Collegamenti funzionali con i servizi di supporto ospedalieri
- 53 Qualora vengano erogate prestazioni di assistenza dialitica, deve essere garantito il collegamento funzionale con le UU.OO. di nefrologia e dialisi
- 54 Raccolta e trasmissione delle schede di classificazione del case-mix secondo il sistema regionale di riferimento (tipo RUG)
- 55 Procedura per la prevenzione degli infortuni di ospiti e operatori
- 56 Procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni
- 57 Cartella clinica individuale che risponda ai requisiti di completezza del percorso diagnostico terapeutico assistenziale ed integrazione delle attività medico-infermieristiche
- 58 In caso di trasferimento in ospedale per acuti, deve essere redatta una sintesi clinica di accompagnamento
- 59 Procedura di dimissione protetta per il rientro a domicilio degli ospiti e per il proseguimento a domicilio delle cure necessarie qualora la Struttura sia autorizzata a tali prestazioni
- 60 Procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione
- 61 Ai fini della prevenzione degli infortuni deve essere garantito il controllo della temperatura dell'acqua usata dall'utenza
- 62 I Medici di Medicina Generale, dovranno garantire la presenza coordinata all'interno della struttura con le modalità che saranno previste in sede di 'Accordo Integrativo Regionale di categoria
- 63 Procedure per la gestione delle emergenze
- 64 Procedura per le richieste di visite specialistiche
- 65 Le cure infermieristiche devono essere regolarmente annotate in cartella
- 66 Procedure per:
 - a) il bagno e la doccia
 - b) l'igiene orale
 - c) l'igiene a letto
 - d) la somministrazione di farmaci
- 67 Procedure per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecali
- 68 I problemi di comunicazione e sensoriali degli ospiti devono essere riportati in cartella
- 69 Funzione di assistenza sociale
- 70 Attività di podologia

R.S.A. PER ANZIANI - (Mattone 12: R2)

Sono nuclei specializzati per anziani non autosufficienti, portatori di patologie croniche a rischio di instabilità clinica. Gli obiettivi assistenziali in questo caso sono finalizzati a salvaguardare la stabilità clinica ed impedire e/o rallentare il deterioramento ed il decadimento delle funzioni presenti, con conseguente limitazione dei ricoveri ospedalieri.

Accedono persone non autosufficienti > 65 anni, (limite non applicabile per i soggetti con Malattia di Alzheimer) con:

- A. comorbidità e rischio di instabilità clinica, con problemi che necessitano di un monitoraggio clinico, una o più volte alla settimana ma non quotidiano;
- B. condizioni sociali che non consentono la permanenza al domicilio;
- C. necessità di assistenza tutelare completa.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Il numero del personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale deve essere in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate

1. Un responsabile medico del centro con funzione di Direzione Sanitaria
2. Devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza
3. I familiari devono poter accedere alla struttura, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti.
4. Procedura per modalità di custodia di valori e beni personali.

Requisiti di assistenza "R2" da "Mattone 12"

- Assistenza Medica: 160 minuti/die per nucleo
- Infermiere: H24
- Assistenza Globale: > 140 minuti /die per paziente (garantita da personale di assistenza terapisti della riabilitazione, educatori, ecc – Esclusi Infermieri)
- Assistenza Infermieristica > 45 minuti/die per paziente

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE di R.S.A. PER ANZIANI per un modulo da 20 posti letto sono:	
Figure professionali	
Direttore sanitario	0,10
Medico specialista (geriatra)	0,30
Medico di assistenza primaria / Continuità assistenziale	*
Terapista della riabilitazione	1
Infermiere Professionale	4
OSS	8
Educatore o Terapista Occupazionale	2
Psicologo	0,10
Assistente Sociale	0,30
A tali requisiti organizzativi per l'Accreditamento devono essere aggiunti altre risorse, necessarie a garantire attività specifica tipica del livello assistenziale e della tipologia di struttura	

(*) Gli accessi del medico di assistenza primaria vengono definiti in fase di predisposizione del PAI. E' evidente come gli accessi straordinari del medico di assistenza primaria e quelli eventuali del medico di continuità assistenziale (prefestivo - festivo - notturno) avvengano su chiamata.

I REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI IN UN MODULO DI 20 P.L. sono di seguito specificati:

5. Il centro deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano
6. Il centro deve essere organizzato in moduli di massimo 20 posti letto per un massimo di tre moduli.
7. Ogni centro può condividere ambienti comuni opportunamente dimensionati in funzione del numero complessivo dei moduli.
8. Per le strutture di nuova realizzazione deve essere presente uno spazio all'aperto di almeno 5 mq per utente.
9. **Devono essere presenti le seguenti aree funzionali:**
 - a) **area destinata alla residenzialità**
 - b) **area destinata alla valutazione e alle terapie**
 - c) **area destinata alla socializzazione**
 - d) **area di supporto dei servizi generali**

NOTA: *Si definiscono ambienti comuni gli spazi ricadenti nelle aree individuate ai punti b), c), d) di cui sopra*

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DELLE AREE SPECIFICHE

Area destinata alla residenzialità

10. Camere di degenza a n.2 posti letto (con bagno per le nuove strutture)
11. Gli standard dimensionali minimi delle camere di degenza devono essere
 - a) *mq 12 per camere ad un letto*
 - b) *mq 18 per camere a due letti*
12. Un servizio igienico, attrezzato per la non autosufficienza, ogni due camere e in ogni caso almeno uno ogni quattro ospiti; per le strutture di nuova realizzazione le camere di degenza a 2 p.l. devono possedere il bagno in camera;
13. Per le strutture di nuova realizzazione all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite
14. Per ogni camera deve essere garantita l'agevole movimentazione delle carrozzina
15. Un bagno assistito per ogni modulo
16. Un locale infermeria e spazio per armadio farmaceutico
17. Tisaneria
18. Locale soggiorno/pranzo, (Per le strutture di nuova realizzazione tali zone devono essere differenziate)
19. Servizi igienici attrezzati di ausili per la non autosufficienza in prossimità dei locali soggiorno/pranzo
20. Spazi/armadi per deposito biancheria pulita
21. Un locale deposito biancheria sporca, per il vuotatoio/lavapadelle
22. Un locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, ecc.
23. Attrezzature specifiche ad uso di ospiti non deambulanti e non autosufficienti, (materassi cuscini antidecubito di diverse tipologie in n° di 4 ogni modulo)
24. Carrozzine e ausili individuali almeno 1 ogni 5 posti letto
25. Un sollevatore pazienti per ogni modulo
26. I letti devono essere articolati almeno a due snodi e con sponde, (Per le strutture di nuova realizzazione i letti devono essere articolati almeno a tre snodi e con sponde).
27. L'arredo della stanza deve comprendere:
 - a) comodino
 - b) armadio guardaroba singolo con chiave
 - c) sedia
 - d) luce personale
28. Ogni stanza deve essere dotata di luce notturna
29. Deve essere garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza (anche con cordless)
30. Deve essere presente l'impianto di climatizzazione.

DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” Allegato 4

Area destinata alla valutazione e alle terapie

31. Locale ambulatorio-medicheria dotato di lavabo
32. Locali con attrezzature per le attività riabilitative
33. Un servizio igienico in prossimità di palestre ed ambulatori fruibili anche da ospiti in carrozzine
34. Spazi per garantire all'utenza la possibilità di effettuare terapie occupazionali, di riattivazione, di mantenimento di dimensione adeguata al numero degli ospiti
35. Qualora vengano erogate prestazioni di assistenza dialitica di tipo peritoneale deve essere presente un locale dedicato con relativo posto tecnico adeguato alla funzione

Area di socializzazione

36. Deve essere garantito l'abbattimento delle barriere architettoniche nelle zone di libero accesso per l'utenza
37. un angolo bar
38. sale e soggiorni polivalenti che consentano la socializzazione e l'attività creativa per l'utenza di dimensione adeguata al numero degli ospiti
39. un locale per servizi all'ospite (barbiere e podologo)
40. un locale per il culto opportunamente dimensionato

Aree generali di supporto

41. ingresso con portineria, area di accoglienza e attesa, telefono pubblico e servizi igienici per i visitatori
42. locali per uffici amministrativi
43. spogliatoio e servizi igienici per il personale.
44. locale/cucina e dispensa, opportunamente dimensionata secondo le norme vigenti e le Linee guida sulla Sicurezza Alimentare, o, in alternativa spazi per accettazione carrelli e depositi per pulito nel caso di esternalizzazione
45. Lavanderia opportunamente dimensionata secondo le normative vigenti

N.B: Le funzioni di cucina, lavanderia, pulizie possono essere esternalizzati. Qualora tali funzioni siano gestite direttamente dalla struttura dovrà essere presente personale in numeri adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati.

46. Magazzini
47. Camera mortuaria come da normativa vigente
48. Un monta lettighe e, per le strutture nuove, un ascensore delle dimensioni di 130 cm 95 cm. Con porta ad apertura netta di 90 cm. E con piattaforma anteriore di 150 cm. X 150 cm. < in caso di adeguamento: 120X80 con porta ad apertura netta di 75 cm. E con piattaforma anteriore 140X140 >.
49. Un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:
 - a) pallone (adulto/pediatrico) autoespansibile con maschere di varie misure
 - b) cannule orofaringee di varie misure
 - c) sfigmomanometro con fonendoscopio
 - d) laccio, siringhe e agocannule
 - e) materiale per medicazione
 - f) farmaci salvavita
 - g) defibrillatore con pacing esterno

N.B: La superficie minima degli ambienti comuni non deve essere inferiore a otto metri quadrati a paziente. Nel caso di strutture preesistenti all'entrata in vigore della legge regionale 24/08 e di ristrutturazioni sono accettabili misure in difetto entro il 20% dagli standard di riferimento.

PERCORSO ASSISTENZIALE (PRESUPPOSTO PER EVENTUALE ACCREDITAMENTO)

51. Predisposizione piano di assistenza individualizzato (PAI) sulla scorta degli esiti della valutazione multidimensionale effettuata dall'UVM distrettuale
52. Procedure e linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'equipe interdisciplinare
53. Raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della Struttura
54. Procedure relative all'accoglienza, registrazione e informazione di pazienti e familiari
55. Coinvolgimento della famiglia dell'ospite
56. Collegamenti funzionali con i servizi di supporto ospedalieri
57. Qualora vengano erogate prestazioni di assistenza dialitica, deve essere garantito il collegamento funzionale con le UU.OO. di nefrologia e dialisi
58. Raccolta e trasmissione delle schede di classificazione del case-mix secondo il sistema regionale di riferimento (tipo SVAMA/SVAMDI o RUG)
59. Procedura per la prevenzione degli infortuni di ospiti e operatori
60. Procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni
61. Cartella clinica individuale che risponda ai requisiti di completezza del percorso diagnostico terapeutico assistenziale ed integrazione delle attività medico-infermieristiche
62. In caso di trasferimento in ospedale per acuti, deve essere redatta una sintesi clinica di accompagnamento
63. Procedura di dimissione protetta per il rientro a domicilio degli ospiti e per il proseguimento a domicilio delle cure necessarie qualora la Struttura sia autorizzata a tali prestazioni
64. Procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione
65. Ai fini della prevenzione degli infortuni deve essere garantito il controllo della temperatura dell'acqua usata dall'utenza
66. I Medici di Medicina Generale, dovranno garantire la presenza coordinata all'interno della struttura con le modalità che saranno previste in sede di 'Accordo Integrativo Regionale di categoria
67. Procedure per la gestione delle emergenze
68. Procedura per le richieste di visite specialistiche
69. Le cure infermieristiche devono essere regolarmente annotate in cartella
70. Procedure per:
 1. il bagno e la doccia
 2. l'igiene orale
 3. l'igiene a letto
 4. la somministrazione di farmaci
71. Procedure per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale
72. I problemi di comunicazione e sensoriali degli ospiti devono essere riportati in cartella
73. Funzione di assistenza sociale
74. Attività di podologia

NUCLEO PER DEMENZE (tipo Alzheimer) - (Mattone 12: R2D)

Sono nuclei specializzati per pazienti con demenza, nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività, che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, di riorientamento e tutela personale in ambiente protesico. Tali nuclei possono essere realizzati nell'ambito di strutture connotate come Residenza per anziani (RA), classificate "R2" in base al "Mattone 12".

Per i familiari dei pazienti dovranno essere previste attività di sostegno (colloqui individuali e gruppi di auto aiuto e sostegno) e informazione utili a facilitare la gestione del paziente al ritorno al domicilio.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

1. Il numero del personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale deve essere in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate
2. Un responsabile medico del centro con funzione di Direzione Sanitaria
3. Devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza
4. I familiari devono poter accedere alla struttura, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti.
5. Procedura per modalità di custodia di valori e beni personali.

Requisiti di assistenza "R2D" da "Mattone 12"

- Assistenza Medica: 120 minuti/die per nucleo
- Infermiere: H12
- Assistenza Globale: > 140 minuti /die per paziente (garantita da personale di assistenza terapisti della riabilitazione, educatori, ecc – Esclusi Infermieri)
- Assistenza Infermieristica > 36 minuti/die per paziente

REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE di NUCLEO PER DEMENZE (tipo Alzheimer) per un modulo da 20 posti letto sono:	
Figure professionali	
Direttore sanitario	0,10 – non deve essere presente se già esiste nella stessa struttura "R2"
Medico specialista (Neurologo/Geriatria)	0,20
Medico di assistenza primaria / Continuità assistenziale	*
Terapista della riabilitazione	1
Infermiere Professionale	3
OSS	9
Educatore o Terapista Occupazionale	1
Psicologo	0,33
Assistente Sociale	0,4
A tali requisiti organizzativi per l'Accreditamento devono essere aggiunti altre risorse, necessarie a garantire attività specifica tipica del livello assistenziale e della tipologia di struttura	

(*) Gli accessi del medico di assistenza primaria vengono definiti in fase di predisposizione del PAI. E' evidente come gli accessi straordinari del medico di assistenza primaria e quelli eventuali del medico di continuità assistenziale (prefestivo - festivo – notturno) avvengano su chiamata.

Il fabbisogno dei posti letto per questo tipo di strutture, laddove non altrimenti indicato da normative regionali, è pari al 5% del fabbisogno dei posti letto già individuato per le strutture residenziali per anziani non autosufficienti ("R1", "R2", "R3").

L'assistenza infermieristica è programmata esclusivamente nelle 12 ore della fascia oraria diurna.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

6. Il nucleo deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano
7. Il nucleo è composto massimo di 20 posti letto. Qualora uno o più nuclei Demenze vengono attivati all'interno di una Struttura classificata "R2" di almeno 60 posti-letto, ogni nucleo può comprendere un massimo di 10 posti-letto. Il 20% dei posti-letto del nucleo devono essere riservati ai cosiddetti ricoveri di sollievo.
8. Ogni Nucleo Demenze deve operare in stretta collaborazione con i Centri Diurni per malati con Demenza di riferimento sul territorio.
9. Per le strutture di nuova realizzazione deve essere presente uno spazio all'aperto di almeno 10 mq per utente.
10. **Devono essere presenti le seguenti aree funzionali:**
 - a) area destinata alla residenzialità
 - b) area destinata alla valutazione e alle terapie
 - c) area destinata alla socializzazione
 - d) area di supporto dei servizi generali

NOTA: *Si definiscono ambienti comuni gli spazi ricadenti nelle aree individuate ai punti b), c), d) di cui sopra*

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DELLE AREE SPECIFICHE**Area destinata alla residenzialità**

11. Camere di degenza a n.2 posti letto con bagno
12. Gli standard dimensionali minimi delle camere di degenza devono essere:
 - a) mq 12 per camere ad un letto
 - b) mq 18 per camere a due letti
13. Un servizio igienico, attrezzato per la non autosufficienza, ogni due camere e in ogni caso almeno uno ogni quattro ospiti
14. Per le strutture di nuova realizzazione all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite
15. Per ogni camera deve essere garantita l'agevole movimentazione delle carrozzine
16. Un bagno assistito per ogni modulo.
17. Un locale infermeria e spazio per armadio farmaceutico
18. Tisaneria
19. Locale soggiorno/pranzo, (Per le strutture di nuova realizzazione tali zone devono essere differenziate)
20. servizi igienici attrezzati di ausili per la non autosufficienza in prossimità dei locali soggiorno/pranzo
21. Spazi/armadi per deposito biancheria pulita
22. Un locale deposito biancheria sporca, per il vuotatoio/lavapadelle
23. Un locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, ecc.
24. Attrezzature specifiche ad uso di ospiti non deambulanti e non autosufficienti, (materassi cuscini antidecubito di diverse tipologie in n. di 4 ogni modulo)
25. Carrozzine e ausili individuali almeno 1 ogni 5 posti letto
26. Un sollevatore pazienti per ogni modulo.
27. I letti devono essere articolati almeno a due snodi e con sponde, (Per le strutture di nuova realizzazione i letti devono essere articolati almeno a tre snodi e con sponde).
28. L'arredo della stanza deve comprendere:
 - a) comodino
 - b) armadio guardaroba singolo con chiave
 - c) sedia
 - d) luce personale
29. Ogni stanza deve essere dotata di luce notturna
30. Devono essere adottate misure per facilitare l'orientamento (es. codici colore)
31. Deve essere garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza (anche con cordless)

DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” Allegato 4

Area destinata alla valutazione e alle terapie

32. Locale ambulatorio-medicheria dotato di lavabo
33. Locali con attrezzature per le attività riabilitative
34. Un servizio igienico in prossimità di palestre ed ambulatori fruibili anche da ospiti in carrozzine
35. Spazi per garantire all'utenza la possibilità di effettuare terapie occupazionali, di riattivazione, di mantenimento di dimensione adeguata al numero degli ospiti
36. Qualora vengano erogate prestazioni di assistenza dialitica di tipo peritoneale deve essere presente un locale dedicato con relativo posto tecnico adeguato alla funzione

Area di socializzazione

37. Deve essere garantito l'abbattimento delle barriere architettoniche nelle zone di libero accesso per l'utenza
38. un angolo bar
39. sale e soggiorni polivalenti che consentano la socializzazione e l'attività creativa per l'utenza di dimensione adeguata al numero degli ospiti
40. un locale per servizi all'ospite (barbiere e podologo)
41. un locale per il culto appositamente dimensionato

Aree generali di supporto

42. ingresso con portineria, area di accoglienza e attesa, telefono pubblico e servizi igienici per i visitatori
43. locali per uffici amministrativi
44. spogliatoio e servizi igienici per il personale.
45. locale/cucina, dispensa, opportunamente dimensionata secondo le norme vigenti e le Linee Guida sulla Sicurezza Alimentare
46. lavanderia opportunamente dimensionata secondo le norme vigenti.

N.B: Le funzioni di cucina, lavanderia, pulizie possono essere esternalizzati. Qualora tali funzioni siano gestite direttamente dalla struttura dovrà essere presente personale in numeri adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati.

47. Magazzini
48. Camera mortuaria secondo le norme vigenti
49. Un monta lettighe e, per le strutture nuove, un ascensore delle dimensioni di 130 cm 95 cm. Con porta ad apertura netta di 90 cm. E con piattaforma anteriore di 150 cm. X 150 cm. < in caso di adeguamento: 120X80 con porta ad apertura netta di 75 cm. E con piattaforma anteriore 140X140 >.
50. Un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:
 - a) Pallone AMBU autoespansibile con maschere di varie misure
 - b) cannule orofaringee di varie misure
 - c) sfigmomanometro con fonendoscopio
 - d) laccio, siringhe e agocannule
 - e) materiale per medicazione
 - f) farmaci salvavita
 - g) defibrillatore con pacing esterno

N.B: La superficie minima degli ambienti comuni non deve essere inferiore a otto metri quadrati a paziente.

PERCORSO ASSISTENZIALE (PRESUPPOSTO PER EVENTUALE ACCREDITAMENTO)

51. Predisposizione piano di assistenza individualizzato (PAI) sulla scorta degli esiti della valutazione multidimensionale effettuata dall'UVM distrettuale;
52. Procedure e linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'equipe interdisciplinare

DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” Allegato 4

53. Raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della STRUTTURA
54. Procedure relative all'accoglienza, registrazione e informazione di pazienti e familiari
55. Coinvolgimento della famiglia dell'ospite
56. Collegamenti funzionali con i servizi di supporto ospedalieri
57. Qualora vengano erogate prestazioni di assistenza dialitica, deve essere garantito il collegamento funzionale con le UU.OO. di nefrologia e dialisi
58. Raccolta e trasmissione delle schede di classificazione del case-mix secondo il sistema regionale di riferimento (tipo SVAMA/SVAMDI o RUG)
59. Procedura per la prevenzione degli infortuni di ospiti e operatori
60. Procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni
61. Cartella clinica individuale che risponda ai requisiti di completezza del percorso diagnostico terapeutico assistenziale ed integrazione delle attività medico-infermieristiche
62. In caso di trasferimento in ospedale per acuti, deve essere redatta una sintesi clinica di accompagnamento
63. Procedura di dimissione protetta per il rientro a domicilio degli ospiti e per il proseguimento a domicilio delle cure necessarie qualora la Struttura sia autorizzata a tali prestazioni
64. Procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione
65. Ai fini della prevenzione degli infortuni deve essere garantito il controllo della temperatura dell'acqua usata dall'utenza
66. I Medici di Medicina Generale, dovranno garantire la presenza coordinata all'interno della struttura con le modalità che saranno previste in sede di 'Accordo Integrativo Regionale di categoria
67. Procedure per la gestione delle emergenze
68. Procedura per le richieste di visite specialistiche
69. Le cure infermieristiche devono essere regolarmente annotate in cartella
70. Procedure per:
 - a) il bagno e la doccia
 - b) l'igiene orale
 - c) l'igiene a letto
 - d) la somministrazione di farmaci
71. Procedure per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecali
72. I problemi di comunicazione e sensoriali degli ospiti devono essere riportati in cartella
73. Funzione di assistenza sociale
74. Attività di podologia

CASA PROTETTA PER ANZIANI (*Mattone 12: R3*)

Sono nuclei che garantiscono cure residenziali di mantenimento, nel cui ambito rientrano le strutture tipiche della lungodegenza per patologie cronicizzate, con cure sanitarie di medicina generale, recupero funzionale per contenere il decadimento, assistenza tutelare ed aiuto alla persona.

Gli obiettivi assistenziali sono quelli di fornire supporto sanitario alla prevalente attività socio-assistenziale in pazienti con condizioni di salute poco compromesse.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Il numero del personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale deve essere in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate

1. Un responsabile medico del centro con funzione di Direzione Sanitaria
2. Devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza
3. I familiari devono poter accedere alla struttura, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti.
4. Procedura per modalità di custodia di valori e beni personali.

Requisiti di assistenza “R3” da “Mattone 12”

- Assistenza Medica: 80 minuti/die per nucleo
- Infermiere: H8
- Assistenza Globale: > 100 minuti /die per paziente (garantita da personale di assistenza terapisti della riabilitazione, educatori, ecc – Esclusi Infermieri)
- Assistenza Infermieristica > 20 minuti/die per paziente

REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE di CASA PROTETTA PER ANZIANI per un modulo da 30 posti letto sono:	
Figure professionali	
Direttore sanitario	0,10
Medico specialista (Geriatra)	0,11
Medico di assistenza primaria / Continuità assistenziale	*
Infermiere Professionale	2,5
OSS	8
Terapista della riabilitazione	1,5
Educatore o Terapista Occupazionale	2
Psicologo	0,35
Assistente Sociale	0,40
A tali requisiti organizzativi per l'Accreditamento devono essere aggiunti altre risorse, necessarie a garantire attività specifica tipica del livello assistenziale e della tipologia di struttura	

(*) Gli accessi del medico di assistenza primaria vengono definiti in fase di predisposizione del PAI. E' evidente come gli accessi straordinari del medico di assistenza primaria e quelli eventuali del medico di continuità assistenziale (prefestivo - festivo – notturno) avvengano su chiamata.

L'assistenza infermieristica è programmata esclusivamente nelle 12 ore della fascia oraria diurna.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

5. Il centro deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" Allegato 4

6. Il centro deve essere organizzato in moduli di massimo 30 posti letto per un massimo di tre moduli. Per le Strutture già esistenti, è consentito il mantenimento di tutti i Posti letto attualmente accreditati.
7. Ogni centro può condividere gli ambienti comuni opportunamente dimensionati in funzione del numero complessivo dei moduli.
8. Per le strutture di nuova realizzazione deve essere presente uno spazio all'aperto di almeno 5 mq per utente.

AMBIENTI COMUNI

9. Gli spazi per i servizi generali devono comprendere:
 - a) spogliatoio e servizi igienici dedicati al personale addetto, distinti per sesso, con annessi bagni con doccia;
 - b) cucina, dispensa opportunamente dimensionati secondo le norme vigenti e le Linee Guida per la Sicurezza Alimentare;
 - c) Lavanderia opportuna, ente dimensionata secondo le norme vigenti;
 - d) deposito/locale biancheria sporca
 - e) deposito/locale biancheria pulita
 - f) uffici
10. Un ingresso con portineria, area di accoglienza e attesa, telefono pubblico e servizi igienici per i visitatori;
11. Locali comuni, anche ad uso polivalente, per soggiorno, attività occupazionali, ecc.
12. Servizi igienici, collegati agli spazi comuni, attrezzati per la non autosufficienza
13. Locale per esercizio di culto e camera mortuaria secondo le norme vigenti;
14. La struttura, se disposta su più piani, deve essere dotata di impianto monta lettighe e di un ascensore come previsto nella DGR 685/2002
15. Per l'erogazione di prestazioni sanitarie devono essere presenti:
 - a) locale ambulatorio con servizio igienico
 - b) spazio/palestra con relative attrezzature ed ausili con servizio igienico nelle prossimità
 - c) spazio per deposito di attrezzature, ausili e presidi
 - d) armadi idonei alla conservazione dei farmaci
 - e) bagno assistito
16. Locale infermeria e spazio per armadio farmaceutico

AREA DI DEGENZA

17. ogni modulo da 30 posti letto comprende:
 - a) camere di degenza, dotate di servizi igienici conformi ai requisiti di legge in materia di abbattimento delle barriere architettoniche
 - b) spazi multifunzionali adibiti a soggiorno/pranzo
 - c) angolo cottura
18. Gli standard dimensionali minimi delle camere di degenza devono essere:
 - a) 12 mq per le camere ad un posto letto
 - b) 18 mq per le camere a due posti letto
19. Sono presenti servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza collegati alle camere in numero di 1 ogni camera a due posti e 1 ogni due camere ad un posto. Le camere di degenza devono possedere il bagno in camera.
20. Deve essere presente impianto di allarme/chiamata in ogni camera di degenza e in tutti i servizi igienici
21. Per ogni camera deve essere garantita l'agevole movimentazione delle carrozzine
22. L'arredo della stanza deve comprendere:
 - a) comodino
 - b) armadio/guardaroba singolo con chiave
 - c) sedia
 - d) luce personale
23. All'interno di ogni camera, deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite
24. Devono essere presenti:

DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” Allegato 4

- a) luci di emergenza notturne
 - b) linea telefonica a disposizione degli ospiti anche con apparecchi mobili cordless
 - c) Deve essere presente l'impianto di climatizzazione.
25. Un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:
- a) pallone autoespansibile con maschere di varie misure
 - b) cannule orofaringee di varie misure
 - c) sfigmomanometro con fonendoscopio
 - d) laccio, siringhe e agocannule
 - e) materiale per medicazione
 - f) farmaci salvavita
 - g) defibrillatore [con pacing esterno]

N.B: La superficie minima degli ambienti comuni non deve essere inferiore a otto metri quadrati a paziente

R.S.A. PER DISABILI (*Mattone 12: RD4*)

Si tratta strutture socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, costituite da nuclei di Cure residenziali Estensive (nuclei specializzati) per persone in condizione di disabilità grave, finalizzate a garantire prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative di mantenimento, congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili gravi.

Gli obiettivi assistenziali in questo caso sono finalizzati a salvaguardare la stabilità clinica ed impedire e/o rallentare il deterioramento ed il decadimento delle funzioni presenti, con conseguente limitazione dei ricoveri ospedalieri.

Accedono persone di età compresa tra 18 e 65 aa. non autosufficienti:

- A. ADL perdute > 2**
- B. comorbidità ed a rischio di instabilità clinica, con problemi che necessitano di un monitoraggio clinico, una o più volte alla settimana ma non quotidiano**
- C. condizioni sociali che non consentono la permanenza al domicilio**
- D. necessità di assistenza tutelare completa**

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

1. Il numero del personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale deve essere in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate
2. Un responsabile medico del centro con funzione di Direzione Sanitaria
3. Devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza
4. I familiari devono poter accedere alla struttura, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti.
5. Procedura per modalità di custodia di valori e beni personali

Requisiti di assistenza "RD4" da "Mattone 12"

- Assistenza Medica: 160 minuti/die per nucleo
- Assistenza Globale: > 180 minuti /die per paziente (garantita da personale di assistenza terapisti della riabilitazione, educatori, ecc – Inclusi Infermieri)
- Terapia psico-educativa > 120 minuti/die per paziente
- Terapia riabilitativa > 60 minuti/die per paziente

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE attività di R.S.A. PER DISABILI, in un modulo di 20 p.l. sono:	
Figure professionali	
Direttore sanitario	0,10
Medico specialista (Neurologo/Fisiatra)	0,20
Medico di assistenza primaria / Continuità assistenziale	*
Terapista della riabilitazione o Tecnico della riabilitazione	1
Infermiere Professionale	4
OSS	8
Psicologo	0,33
Educatore o Terapista Occupazionale	2
Assistente Sociale	0,33
A tali requisiti organizzativi per l'Accreditamento devono essere aggiunti altre risorse, necessarie a garantire attività specifica tipica del livello assistenziale e della tipologia di struttura	

(*) Gli accessi del medico di assistenza primaria vengono definiti in fase di predisposizione del PAI. E' evidente come gli accessi straordinari del medico di assistenza primaria e quelli eventuali del medico di continuità assistenziale (prefestivo - festivo – notturno) avvengano su chiamata.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

6. Il centro deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano
7. Il centro deve essere organizzato in moduli di massimo 20 posti letto per un massimo di tre moduli.
8. Ogni centro può condividere ambienti comuni opportunamente dimensionati in funzione del numero complessivo dei moduli.
9. Per le strutture di nuova realizzazione deve essere presente uno spazio all'aperto di almeno 5 mq per utente.
10. **Devono essere presenti le seguenti aree funzionali:**
 - a) **area destinata alla residenzialità**
 - b) **area destinata alla valutazione e alle terapie**
 - c) **area destinata alla socializzazione**
 - d) **area di supporto dei servizi generali**

NOTA: *Si definiscono ambienti comuni gli spazi ricadenti nelle aree individuate ai punti b), c), d) di cui sopra*

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DELLE AREE SPECIFICHE

Area destinata alla residenzialità

11. Camere di degenza a n.2 posti letto (con bagno H per le nuove strutture)
12. Gli standard dimensionali minimi delle camere di degenza devono essere:
 - a) *mq 12 per camere ad un letto*
 - b) *mq 18 per camere a due letti*
13. Un servizio igienico, attrezzato per la non autosufficienza, ogni due camere e in ogni caso almeno uno ogni quattro ospiti; per le strutture di nuova realizzazione le camere di degenza a 2 p.l. devono possedere il bagno in camera;
14. Per le strutture di nuova realizzazione all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite
15. Per ogni camera deve essere garantita l'agevole movimentazione delle carrozzina
16. Un bagno assistito per ogni modulo
17. Un locale infermeria e spazio per armadio farmaceutico
18. Tisaneria
19. Locale soggiorno/pranzo, *(Per le strutture di nuova realizzazione tali zone devono essere differenziate)*
20. Servizi igienici attrezzati di ausili per la non autosufficienza in prossimità dei locali soggiorno/pranzo
21. Spazi/armadi per deposito biancheria pulita
22. Un locale deposito biancheria sporca, per lo svuotamento o per il lavapadelle
23. Un locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, ecc.
24. Attrezzature specifiche ad uso di ospiti non deambulanti e non autosufficienti, (materassi cuscini antidecubito di diverse tipologie in n° 4 per ogni modulo)
25. Carrozzine e ausili in numero sufficiente alle esigenze degli ospiti
26. Un sollevatore pazienti per ogni modulo
27. I letti devono essere articolati almeno a due snodi e con sponde, *(Per le strutture di nuova realizzazione i letti devono essere articolati almeno a tre snodi e con sponde).*
28. L'arredo della stanza deve comprendere:
 - a) comodo
 - b) armadio guardaroba singolo con chiave
 - c) sedia
29. Ogni stanza deve essere dotata di luce notturna

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" Allegato 4

30. Deve essere garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza (anche con cordless)
31. Deve essere presente l'impianto di climatizzazione

Area destinata alla valutazione e alle terapie

32. Locale ambulatorio-medicheria dotato di lavabo
33. Locali con attrezzature per le attività riabilitative
34. Spazi per garantire all'utenza la possibilità di effettuare terapie occupazionali, di riattivazione, di mantenimento di dimensione adeguata al numero degli ospiti
35. Qualora vengano erogate prestazioni di assistenza dialitica di tipo peritoneale deve essere presente un locale dedicato con relativo posto tecnico adeguato alla funzione

Area di socializzazione

36. Deve essere garantito, assicurandone la fruibilità:
 - a) un angolo bar
 - b) sale e soggiorni polivalenti che consentano la socializzazione e l'attività creativa per l'utenza di dimensione adeguata al numero degli ospiti
 - c) un locale per servizi all'ospite (*barbiere e podologo*)
 - d) un locale per il culto opportunamente dimensionato

Aree generali di supporto

37. Ingresso con portineria, area di accoglienza e attesa, telefono pubblico e servizi igienici per i visitatori
38. Locali per uffici amministrativi
39. Spogliatoio e servizi igienici per il personale.
40. Locale/cucina, dispensa, opportunamente dimensionati secondo le normative vigenti e le Linee Guida per la Sicurezza degli Alimenti
41. lavanderia opportunamente dimensionata secondo le normative vigenti

N.B: Le funzioni di cucina, lavanderia, pulizie possono essere esternalizzate. Qualora tali funzioni siano gestite direttamente dalla struttura dovrà essere presente personale in numeri adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati.

42. Magazzini
43. Camera mortuaria come da normativa vigente
44. Un monte lettighe e, per le nuove strutture, un ascensore con le caratteristiche previste nella DGR 685/2002;
45. Un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:
 - a) pallone (adulto/pediatrico) autoespandibile con maschere di varie misure
 - b) cannule orofaringee di varie misure
 - c) sfigmomanometro con fonendoscopia
 - d) laccio, siringhe e agocannule
 - e) materiale per medicazione
 - f) farmaci salvavita
 - g) defibrillatore con pacing esterno

N.B: La superficie minima degli ambienti comuni non deve essere inferiore a otto metri quadrati a paziente

PERCORSO ASSISTENZIALE (PRESUPPOSTO PER EVENTUALE ACCREDITAMENTO)

46. Predisposizione piano di assistenza individualizzato (PAI) sulla scorta degli esiti della valutazione multidimensionale effettuata dall'UVM distrettuale;
47. Procedure e linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'equipe interdisciplinare
48. Raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della STRUTTURA
49. Procedure relative all'accoglienza, registrazione e informazione di pazienti e familiari
50. Coinvolgimento della famiglia dell'ospite

DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” Allegato 4

51. Collegamenti funzionali con i servizi di supporto ospedalieri
52. Qualora vengano erogate prestazioni di assistenza dialitica, deve essere garantito il collegamento funzionale con le UU.OO. di nefrologia e dialisi
53. Raccolta e trasmissione alla ASP territorialmente competente delle schede di classificazione del case-mix in ragione della valutazione SVAMDI
54. Procedura per la prevenzione degli infortuni di ospiti e operatori
55. Procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni
56. Cartella clinica individuale che risponda ai requisiti di completezza del percorso diagnostico terapeutico assistenziale ed integrazione delle attività medico-infermieristiche
57. In caso di trasferimento in ospedale per acuti, deve essere redatta una sintesi clinica di accompagnamento
58. Procedura di dimissione protetta per il rientro a domicilio degli ospiti e per il proseguimento a domicilio delle cure necessarie qualora la Struttura sia autorizzata a tali prestazioni
59. Procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione
60. Ai fini della prevenzione degli infortuni deve essere garantito il controllo della temperatura dell'acqua usata dall'utenza
61. I Medici di Medicina Generale, dovranno garantire la presenza coordinata all'interno della struttura con le modalità che saranno previste in sede di 'Accordo Integrativo Regionale di categoria
62. Procedure per la gestione delle emergenze
63. Procedura per le richieste di visite specialistiche
64. Le cure infermieristiche devono essere regolarmente annotate in cartella
65. Procedure per:
 - a) il bagno e la doccia
 - b) l'igiene orale
 - c) l'igiene a letto
 - d) la somministrazione di farmaci
66. Procedure per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecali
67. I problemi di comunicazione e sensoriali degli ospiti devono essere riportati in cartella
68. Funzione di assistenza sociale
69. Attività di podologia

PRESIDIO DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA A CICLO CONTINUATIVO (*Mattone 12: RRE1 -RRE2*)

Comprende nuclei specializzati di riabilitazione estensiva extraospedaliera, rivolta ad adulti e a minori che, a seguito della perdita dell'autonomia a causa di acuzie e/o interventi chirurgici e/o traumi, necessitano di trattamenti estensivi di natura riabilitativa e socio-riabilitativa rivolti riacquisizione dell'autonomia perduta o alla acquisizione del maggiore livello di autonomia possibile.

Accedono pazienti che vengono dimessi dall'ospedale o provenienti dal domicilio, recanti esiti di una patologia acuta (ictus cerebrale, interventi chirurgici maggiori, etc.) o riacutizzazione di patologia cronica o degenerativa progressiva, che necessitano di intervento riabilitativo.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

1. La dotazione quali-quantitativa di personale laureato e/o tecnico e infermieristico deve essere adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate
2. Il responsabile sanitario del Presidio, di norma un medico fisiatra, deve essere un medico specializzato cui sono attribuite funzioni cliniche ed igienico - organizzative.
3. Devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza
4. I familiari devono poter accedere alla struttura, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti.
5. Deve essere presente una procedura per la modalità di custodia di valori e beni personali

Requisiti di assistenza “RRE1 – RRE2” da “Mattone 12”

- Assistenza Medica: 180 minuti/die per nucleo
- Infermiere: H24
- Assistenza Globale: > 210 minuti/die per paziente (garantita da personale di assistenza terapisti della riabilitazione, educatori, ecc – Esclusi Infermieri)
- Terapia Riabilitativa > 60 minuti/die per paziente

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE attività di RIABILITAZIONE IN FASE ESTENSIVA A CICLO CONTINUATIVO, in un modulo di 20 p.l. sono:	
Figure professionali	
Direttore sanitario	0,10
Medico specialista (Fisiatra)	0,50
Medico di assistenza primaria / Continuità assistenziale	*
Terapista della riabilitazione; Tecnico della riabilitazione	6
Infermiere Professionale	3
OSS	8
Psicologo	0,29
Assistente Sociale	0,30
Educatore o Terapista Occupazionale	2
A tali requisiti organizzativi per l'Accreditamento devono essere aggiunti altre risorse, necessarie a garantire attività specifica tipica del livello assistenziale e della tipologia di struttura	

(*) Gli accessi del medico di assistenza primaria vengono definiti in fase di predisposizione del PAI. E' evidente come gli accessi straordinari del medico di assistenza primaria e quelli eventuali del medico di continuità assistenziale (prefestivo - festivo – notturno) avvengano su chiamata.

DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” Allegato 4

I requisiti specifici devono essere integrati con i requisiti organizzativi generali previsti dalla normativa regionale sugli accreditamenti (DGR 133/99 e DGR 3137/99)

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

6. Il Presidio deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano
7. Il Presidio deve essere organizzato in moduli di massimo 20 posti letto per un massimo di tre moduli.
8. Ogni modulo può condividere ambienti comuni opportunamente dimensionati in funzione del numero complessivo dei moduli.
9. Per le strutture di nuova realizzazione deve essere presente uno spazio all'aperto di almeno 10 mq per utente

AMBIENTI COMUNI

10. Locale ingresso con servizi di portineria, posta e telefono
11. Locali per attività:
 - a) amministrativa
 - b) accettazione
 - c) archivio
 - d) spazio per visita parenti
13. Ambienti per le attività riabilitative individuali su singolo paziente svolte nella struttura:
 - A. di superficie minima di 12 mq (riducibile a 10 mq se la stanza non richiede arredi diversi dal tavolo di lavoro e da aumentarsi a 15 mq se si svolgono attività di psicomotricità), rapportati al numero degli operatori contemporaneamente presenti, con un aumento di superficie pari ad 1 mq ulteriore per ogni utente trattato contemporaneamente.
 - B. per le strutture di nuova realizzazione la superficie minima, per le attività riabilitative individuali, è di 16 mq con un aumento di superficie pari ad 1 mq ulteriore per ogni utente trattato contemporaneamente
14. Ambulatori medici per visite specialistiche valutazione diagnostiche attinenti alle patologie trattate. Per le nuove strutture con antistante sala d'attesa
15. Locale spogliatoi per gli operatori distinti per sesso e con bagno annesso
16. Locale/spazio per il deposito delle attrezzature e materiale di consumo
17. Locale infermeria e spazio per armadio farmaceutico
18. Locale/cucina, opportunamente dimensionata secondo le normative vigenti e le linee guida sulla sicurezza alimentare
19. Lavanderia opportunamente dimensionata secondo le norme vigenti qualora il servizio non sia esternalizzato.

N.B: Le funzioni di cucina, lavanderia, pulizie possono essere esternalizzati. Qualora tali funzioni siano gestiti direttamente dalla struttura dovrà essere presente personale in numero adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati

20. Locale per il deposito del materiale sporco;
21. Locale/ spazio per lavapadelle - vuotatoi
22. Locale/spazio per il deposito del materiale pulito
23. Bagno assistito (1 bagno per 1-2 moduli)
24. Spazi per la socializzazione e l'attività creativa per l'utenza di dimensione adeguata al numero degli utenti
25. La struttura deve garantire la completa accessibilità degli spazi in relazione alle varie tipologie di disabilità trattate
26. Le strutture di nuova realizzazione devono prevedere spazi per la sterilizzazione.

AREA DI DEGENZA

27. Ogni modulo con 20 posti letto, deve essere dotato di:
 - a) camere di degenza, dotate di servizi igienici conformi ai requisiti di legge in materia di abbattimento delle barriere architettoniche
 - b) tisaneria

- c) locale spazio per materiale para sanitario
- d) locale soggiorno/pranzo. *(Per le strutture di nuova realizzazione tali zone devono essere differenziate)*

Le camere di degenza

- 28. Le camere di degenza devono avere un wc in camera fino ad un massimo 4 posti letto, con 6 mq di superficie di calpestio per posto letto. In caso di camera con un solo posto letto, la superficie deve essere di almeno 12 mq.
- 29. Per le strutture di nuova realizzazione le camere devono essere massimo con 2 posti letto con bagno per disabili all'interno della camera, superficie di calpestio di 12 metri quadri se con un letto e 18 mq se con due letto. Non si applica il disposto per le società già operanti con i requisiti di cui alla DGR3137/99, anche in caso di ampliamenti/ristrutturazioni parziali.
- 30. la dotazione di tutti i servizi igienici dovrà essere conforme alla normativa vigente
- 31. all'interno di ogni camera a più letti deve essere garantita la riservatezza di ciascun paziente
- 32. Un armadietto/guardaroba adeguato per ogni paziente
- 33. Deve essere garantita per i pazienti la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza (anche con cordless)
- 34. Tutti i servizi igienici ed ogni posto letto devono essere dotati di impianto di chiamata
- 35. Devono essere garantiti i requisiti microclimatici di norma previsti per tali attività, eventualmente anche con l'ausilio di impianto di climatizzazione

N.B: La superficie minima degli ambienti comuni, per le nuove strutture, non deve essere inferiore a otto metri quadrati a paziente.

REQUISITI TECNOLOGICI

- 36. I locali di trattamento devono essere dotati di attrezzature e presidi medico-chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi correlati alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura ed al volume di attività. In particolare sono presenti:
 - a) attrezzature e dispositivi per la valutazione delle menomazioni e delle disabilità trattate (dispositivi per valutazioni dinamometriche, sussidi per la valutazione delle abilità motorie, sussidi per la valutazione del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche ecc.)
 - b) attrezzature, risorse tecnologiche e presidi necessari per lo svolgimento delle prestazioni da parte di medici specialisti e dei tecnici della riabilitazione (lettini per rieducazione motoria ad altezza variabile, letto di grandi dimensioni (Bobath) per rieducazione motoria ad altezza variabile, sussidi manuali e/o elettronici per il trattamento del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche ecc.
 - c) attrezzature e presidi necessari per la terapia occupazionale
- 37. Deve essere presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:
 - a) pallone (adulto/pediatrico) autoespandibile con maschere di varie misure
 - b) cannule orofaringee di varie misure
 - c) sfigmomanometro con fonendoscopio
 - d) laccio, siringhe e agocannule
 - e) materiale per medicazione
 - f) farmaci salvavita
 - g) defibrillatore con pacing esterno
- 38. La dotazione strumentale deve essere correlata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate
- 39. Per ciascun modulo di degenza devono essere presente:
 - a) letti articolati a tre snodi, dotati di sponde a scomparsa.
 - b) materassi e cuscini antidecubito di diverse tipologie in n° di 4 ogni modulo.
 - c) Broncoaspiratore
 - d) sollevatore paziente
 - e) 1 carrozzina ogni 5 posti letto
 - f) 1 barella per autonomia funzionale, ad altezza regolabile
 - g) reggibraccio-postura per carrozzina
 - h) poltroncine doccia o vasca bagno assistito

- i) barelle per trasporto pazienti
- j) armadio/guardaroba per posto letto
- k) una sedia per posto letto

PERCORSO ASSISTENZIALE (PRESUPPOSTO PER EVENTUALE ACCREDITAMENTO)

- 40. Devono essere presenti procedure/linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'equipe multidisciplinare-multiprofessionale
- 41. Per ogni singolo paziente deve essere redatto un Progetto Riabilitativo Individuale dall'equipe multidisciplinare-multiprofessionale, comprendente uno o più programmi terapeutici
- 42. Deve essere effettuato il monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle disabilità del singolo paziente per ogni programma terapeutico
- 43. Deve essere garantita una adeguata informazione ai pazienti ed ai loro familiari con l'illustrazione del progetto riabilitativo
- 44. Deve essere previsto l'utilizzo di scale di valutazione adeguate alla tipologia di menomazioni e disabilità importanti
- 45. Devono essere presenti procedure che regolamentano i criteri di accesso ed il trasferimento dei pazienti, condivise fra i seguenti soggetti:
 - a) Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)
 - b) medici di Medicina Generale
 - c) strutture di ricovero per acuti
 - d) altre strutture residenziali
- 46. Devono essere presenti procedure relative all'accoglienza, registrazione e informazione di pazienti e familiari
- 47. Deve essere presente una cartella clinica individuale sulla quale risultano:
 - a) i dati anagrafici
 - b) la diagnosi di ingresso
 - c) l'anamnesi familiare e personale
 - d) l'esame obiettivo
 - e) gli eventuali esami strumentali e di laboratorio
 - f) i risultati raggiunti e gli eventuali esiti ed i postumi
 - g) il progetto-programma con i periodici aggiornamenti
 - h) informazioni sui problemi sociali del paziente e della famiglia
 - i) problemi di comunicazione e sensoriali del paziente
- 48. La cartella clinica deve contenere come parte integrante la documentazione infermieristica
- 49. Deve essere chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni
- 50. In caso di trasferimento in ospedale per acuti, deve essere redatta una sintesi clinica di accompagnamento
- 51. Per ogni utente alla dimissione deve essere redatta una relazione che includa una chiara e completa descrizione delle attività svolte e indirizzata al MMG o ad un servizio territoriale che prenderà in carico il paziente
- 52. Deve essere garantito uno specifico addestramento prima del rientro del paziente al proprio ambiente di vita
- 53. Devono essere assicurate la trasmissioni dei flussi informativi di attività secondo le specifiche ed i tracciati record dettati a livello regionale

L'ASSISTENZA SANITARIA

- 54. I Medici di Medicina Generale, dovranno garantire la presenza coordinata all'interno della struttura con le modalità che saranno previste in sede di 'Accordo Integrativo Regionale di categoria
- 55. Deve essere presente una procedura per l'accesso alle prestazioni specialistiche erogate all'interno o all'esterno della struttura
- 56. Deve essere prevista la consulenza protesica
- 57. Deve essere garantita la funzione di assistenza sociale
- 58. Deve essere garantita l'attività di podologia

59. Devono essere presenti procedure:
- a) finalizzate a garantire il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività di visita e medicazione
 - b) per le attività riabilitative di base
 - c) relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione
 - d) per la gestione delle emergenze
 - e) per le richieste di visite specialistiche
 - f) per il bagno e la doccia
 - g) per l'igiene orale
 - h) per l'igiene a letto
 - i) per la somministrazione di farmaci
 - j) per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale
 - k) finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente
60. Deve esistere una regolamentazione in caso di dipendenza tabagica o altre dipendenze patologiche

ASSISTENZA DOMICILIARE

Il Presidio può essere autorizzato e/o accreditato anche per le prestazioni di riabilitazione di tipo domiciliare, prestazioni che rispondono agli stessi requisiti organizzativi di quelle ambulatoriali.

Le prestazioni di riabilitazione estensiva domiciliare possono essere autorizzate e/o accreditate solo presso quelle strutture che erogano già prestazioni di riabilitazione estensiva ambulatoriale.

Per le prestazioni di riabilitazione di tipo domiciliare possono essere utilizzati gli spazi del Presidio con l'aggiunta di un locale per la pianificazione delle attività giornaliere, programmi di aggiornamento professionale, mezzi di trasporto per gli operatori e locali di ricovero dei mezzi, sistemi di trasmissione voce dati a mezzo di apparecchi portatili (palmari, cellulari, computer portatili, ecc.), sistemi di trasmissione dei flussi informativi delle attività

UNITÀ DI CURE INTENSIVE SLA (Mattone 12: RD1)

Sono strutture destinate all'assistenza di tutte le malattie degenerative del sistema nervoso e al ricovero di pazienti in situazione di handicap gravissimo, con grave disabilità conseguenti a esiti disabilitanti di patologie neurologiche in fase avanzata, con necessità di assistenza nella cura di sé, nella mobilità, nonché di supervisione continuativa nell'arco delle 24 ore.

In tali strutture vengono definiti i percorsi diagnostico-riabilitativi relativi alle seguenti patologie.

- malattie muscolari primarie;
- malattie del neurone motore che vengono distinte in base all'età di insorgenza, infantili, giovanili, adulte:
 1. Distrofie muscolari;
 2. Amiotrofie spinali;
 3. Sclerosi laterale amiotrofica;
 4. Sclerosi multipla;
 5. Coree.

Il criterio principale per l'ammissione nelle strutture residenziali è la presenza di una situazione di completa limitazione delle attività funzionali, di non autosufficienza e di dipendenza assistenziale.

Per le strutture residenziali, appartenenti alla rete dei servizi territoriali, i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici sono i seguenti:

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

1. il numero del personale medico, infermieristici, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale deve essere in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate.
2. Il responsabile sanitario della struttura deve essere un medico specializzato cui sono attribuite funzioni cliniche ed igienico-organizzative.
3. Devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza;
4. i familiari devono poter accedere alla struttura, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti;
5. devono essere precisate e descritte le procedure e le modalità di custodia dei valori e beni personali degli ospiti.

I REQUISITI ORGANIZZATIVI Minimi per l'accreditamento di strutture attività di Strutture residenziali per Sclerosi laterale amiotrofica, Coree, Sclerosi multipla e malattie degenerative del sistema nervoso, in un modulo di 20 posti letto:	
Figure professionali	
Direttore sanitario	0,33
Medico di Medicina generale	0 (servizio garantito dal MMG e dalla guardia Medica)
Medico specialista in fisiatria	1
Medico specialista in neurologia	1
Medico (vedi Assistenza specialistica)	3
Psicologo	1
Terapista della riabilitazione; Tecnico della riabilitazione	10
Infermiere Professionale	6
Logopedista	2
OSS	12
Assistente sociale	0,3

Assistenza specialistica

Sarà necessario garantire le consulenze specialistiche in:

- pneumologia
- cardiologia
- otorinolaringoiatria
- ortopedia
- anestesia
- scienza dell'alimentazione

REQUISITI STRUTTURALI

La struttura deve essere localizzata in zone già urbanizzate, integrate con il contesto urbano, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici di facile accessibilità per i pazienti e i familiari.

Per le strutture di nuova realizzazione, fatta eccezione per quelle riconvertite, deve essere presente uno spazio di almeno 5 mq per utente.

Devono essere presenti le seguenti aree funzionali:

- area destinata alla residenzialità;
- area destinata alla valutazione e alle terapie;
- area di supporto dei servizi generali.

Area destinata alla residenzialità

a) Gli standard dimensionali minimi delle camere di degenza devono essere:

1. mq 12 per camere ad un letto;
2. mq 18 per camere a due letti

b) per le strutture di nuova realizzazione un servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza, almeno uno ogni due posti letto, le camere a due posti letto devono tutte avere il bagno in camera. Per le strutture da riconvertire: almeno un bagno per la non autosufficienza ogni quattro posti letto.

c) Per ogni camera deve essere garantita l'agevole movimentazione della carrozzina;

d) un locale infermeria;

e) un locale tisaneria;

f) un locale soggiorno;

g) servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza in prossimità del locale soggiorno;

h) spazi-armadi per deposito biancheria pulita;

i) locale per deposito biancheria sporca;

l) locale destinato a vuotatoio padella;

m) un locale deposito attrezzature, carrozzine e materiali di consumo;

n) attrezzature specifiche ad uso degli ospiti (materassi e cuscini antidecubito almeno 1 ogni 4 ospiti);

o) carrozzine ed ausili almeno 1 ogni 4 posti letto;

p) un sollevatore pazienti;

q) i letti, con luce e chiamata d'urgenza, devono essere articolati almeno ad uno snodo e con sponde, se strutture riconvertite. Per le strutture di nuova realizzazione i letti devono essere articolati almeno a due snodi e con sponde, con comando elettrico e manuale, e con dotazione di ruote con freno;

r) l'arredo della stanza deve comprendere: comodino, armadio-guardaroba singolo con chiave, poltrona, apparecchio telefonico fisso o portatile per consentirne l'utilizzo agli ospiti, impianto di climatizzazione;

Area destinata alla valutazione ed alle terapie

a) locale ambulatorio mediche;

b) locale palestra con attrezzature per le attività riabilitative;

c) servizio igienico per non autosufficienti in prossimità della palestra.

Area di supporto dei servizi generali

a) deve essere garantito l'abbattimento delle barriere architettoniche;

b) locale per il culto;

c) ingresso con portineria, area accoglienza ed attesa, telefono pubblico e servizi igienici per visitatori;

d) locali per uffici amministrativi;

e) spogliatoio e servizi igienici, distinti per sesso, per il personale;

- f) locale cucina, dispensa, lavanderia, se non esternalizzate;
- g) camera mortuaria secondo le norme in vigore;
- h) almeno un ascensore montalettighe;

REQUISITI TECNOLOGICI

- a) sistema di aspirazione a parete per le secrezioni bronchiali;
- b) apparecchiature per la somministrazione di ossigeno centralizzata secondo le norme vigenti e preferibilmente a parete;
- c) carrello per somministrazione farmaci e medicazioni;
- d) carrello per le emergenze dotate di: pallone di Ambu con maschere di varie misure, cannole orofaringee di varie misure, defibrillatore con pacing esterno, laringoscopia;
- e) comunicatore vocale, almeno in numero di due.

PERCORSO ASSISTENZIALE (PRESUPPOSTO PER EVENTUALE ACCREDITAMENTO)

- 1) Predisposizione piano di assistenza individualizzato (PAI) sulla scorta degli esiti della valutazione multidimensionale effettuata dall'UVM distrettuale;
- 2) procedure e linee guida per le modalità di erogazione dell'assistenza;
- 3) raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionale tale da consentire il controllo continuo delle attività;
- 4) coinvolgimento della famiglia dell'ospite nel piano di assistenza individualizzato;
- 5) collegamenti funzionali con i servizi ospedalieri relativamente ai bisogni sanitari degli ospiti;
- 6) raccolta e trasmissione delle schede di classificazione del case-mix secondo il sistema regionale di riferimento;
- 7) cartella clinica individuale che risponda ai requisiti di completezza del percorso diagnostico terapeutico assistenziale ed integrazione delle attività medico-infermieristiche;
- 8) in caso di trasferimento in ospedale per acuti deve essere redatta una sintesi clinica di accompagnamento;
- 9) procedure per la gestione delle emergenze,
- 10) procedura per le richieste di visite specialistiche;
- 11) le cure infermieristiche devono essere regolamentate ed annotate in cartella;
- 12) procedure per:
 - a) il bagno e la doccia;
 - b) l'igiene orale;
 - c) l'igiene a letto;
 - d) la somministrazione di farmaci.
- 14) procedure per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale;
- 15) i problemi di comunicazione e sensoriale degli ospiti devono essere riportati in cartella;
- 16) funzione di assistenza sociale;
- 17) attività di podologia.
- 18) norma, per l'età evolutiva un neuropsichiatria enetica ovvero per patologie acquisite, di acuzie e/o interventi chirurgici e/o traumi, necessitano di trattamenti intensivi/estensivi di natura riabilitativa e socio-riabilitativa rivolti alla riacquisizione dell'autonomia perduta o alla acquisizione del maggiore livello di autonomia possibile.

PRESIDI DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA A CICLO DIURNO (Mattone 12: RRE1 -RRE2)

Sono strutture che effettuano le attività di riabilitazione extraospedaliera della fase estensiva in forma diurna per adulti o minori che a causa di patologie malformative o congenite di origine genetica ovvero per patologie acquisite, di acuzie e/o interventi chirurgici e/o traumi, necessitano di trattamenti intensivi/estensivi di natura riabilitativa e socio-riabilitativa rivolti alla riacquisizione dell'autonomia perduta o alla acquisizione del maggiore livello di autonomia possibile.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

1. La dotazione quali-quantitativa di personale laureato e/o tecnico e infermieristico deve essere adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate
2. Il responsabile sanitario del Presidio deve essere un medico specializzato cui sono attribuite funzioni cliniche ed igienico-organizzative. Di norma, per l'età evolutiva un neuropsichiatria infantile, per l'età adulta è un medico fisiatra o neurologo
3. Devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza
4. I familiari devono poter accedere alla struttura durante il giorno in caso di necessità, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti

I REQUISITI ORGANIZZATIVI Minimi per l'accreditamento di strutture attività di RIABILITAZIONE IN FASE ESTENSIVA a ciclo diurno, in un modulo di 20 prestazioni sono:	
Figure professionali	
Direttore sanitario	0,10
Medico specialista (Fisiatra)	0,50
Terapista della riabilitazione; Tecnico della riabilitazione	6
Infermiere Professionale	1
OSS	2
Psicologo	0,50
Assistente sociale	0,33
Educatore o Terapista Occupazionale	1

Devono essere assicurate la trasmissioni dei flussi informativi di attività secondo le specifiche ed i tracciati record dettati a livello regionale

REQUISITI STRUTTURALI

5. Il Presidio deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano
6. Il Presidio deve essere organizzato in moduli di massimo 20 utenti per un massimo di tre moduli
7. I locali e gli spazi della struttura devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate
8. Le dimensioni dei locali, gli arredi e le attrezzature devono essere adeguati e coerenti rispetto al tipo di interventi effettuati
9. Locale per accertamenti medici, sufficientemente ampi per consentire l'osservazione della deambulazione ed attrezzato per medicazioni.
10. Locale per accertamenti psicodiagnostica
11. Locale per terapie individuali e/o di gruppo per max 5 pazienti dalla superficie minima di 30 mq
12. Locale per terapia del linguaggio
13. Locale per urologia (patologie cerebrali e/o spinali)
14. Locale per la neuro-psicomotricità
15. I locali di cui sopra devono avere una superficie minima di 12 mq, nel caso in cui gli stessi locali vengano adibiti al trattamento di più utenti contemporaneamente, deve essere considerato 1mq ulteriore per ogni utente trattato.

DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” Allegato 4

16. Locale soggiorno/pranzo
17. Locale/cucina, dimensionata secondo la normativa vigente e le linee guida sulla sicurezza alimentare:
18. Servizi igienici e spogliatoi per operatori distinti per sesso e dotato di bagni con docce annesse
19. Servizi igienici per i pazienti attrezzati per la non autosufficienza
20. Un bagno assistito
21. Spazi per attività di accettazione ed archivio
22. Spazio/locale adibito a deposito di materiale pulito e sporco
23. Qualora il presidio accolga bambini da 0 a 4 anni deve essere previsto un locale dove i piccoli possono riposare per brevi periodi.

N.B: Le funzioni di cucina, pulizie possono essere esternalizzati o forniti da personale della struttura in numero adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati. Qualora tali funzioni siano gestiti direttamente dalla struttura dovrà essere presente personale in numero adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati

REQUISITI TECNOLOGICI

24. I locali di trattamento sono dotati di attrezzatura e presidi medico-chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi, in relazione alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura. La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell'utenza ed alle diverse tipologie di attività svolte assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente.
25. In funzione degli obiettivi della struttura e della tipologia dell'utenza devono essere comunque presenti:
 - a) attrezzature e dispositivi per la valutazione delle menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa;
 - b) presidi e risorse tecnologiche atti allo svolgimento di prestazioni da parte di medici specialisti e degli altri operatori sanitari e della riabilitazione;
 - c) attrezzature e presidi specifici, per gli esercizi terapeutici e di rieducazione funzionale in ambienti dedicati per attività individuali e di piccolo gruppo;
 - d) attrezzature elettromedicali per terapia fisica e strumentale di supporto e completamento all'esercizio terapeutico;
 - e) attrezzatura essenziale per il pronto soccorso

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Il Presidio può essere autorizzato e/o accreditato anche per le prestazioni di riabilitazione di tipo domiciliare, prestazioni che rispondono agli stessi requisiti organizzativi di quelle ambulatoriali.

Le prestazioni di riabilitazione estensiva domiciliare possono essere autorizzate e/o accreditate solo presso quelle strutture che erogano già prestazioni di riabilitazione estensiva ambulatoriale.

Per le prestazioni di riabilitazione di tipo domiciliare possono essere utilizzati gli spazi del Presidio con l'aggiunta di un locale per la pianificazione delle attività giornaliere, programmi di aggiornamento professionale, mezzi di trasposto per gli operatori e locali di ricovero dei mezzi, sistemi di trasmissione voce dati a mezzo di apparecchi portatili (palmari, cellulari, computer portatili, ecc.), sistemi di trasmissione dei flussi informativi delle attività

CENTRI POLIFUNZIONALI PER AUTISMO (Mattone 12: rd3)

Sono strutture residenziali per minori ed adulti affetti da Disturbi dello Spettro Autistico che necessitano di trattamenti intensivi/estensivi di natura riabilitativa, socio/riabilitativa e assistenziale. Devono contemplare al loro interno un modulo semiresidenziale (centro diurno e comunità alloggio) ed un modulo residenziale (struttura residenziale comunità alloggio).

Tali strutture risultano coerenti con l'atto di indirizzo nazionale e conseguente presa d'atto regionale di cui al Dpgr n. 31 del 12/03/2014 sancito dalla legge n. 134/201, che assume il richiamato atto di indirizzo quel parte integrante dei Livelli Essenziali di Assistenza.

L'autismo è una condizione patologica cronica e inabilitante, caratterizzata da un deficit sociale e cognitivo. Esso si presenta con forme eterogenee di complessità e gravità. La forma più grave di autismo è frequentemente associata ad altre patologie, quali: disabilità intellettiva, epilessia, gravi problemi comportamentali, disturbi del sonno e dell'alimentazione.

La finalità, l'organizzazione del servizio e le metodologie di intervento sono strettamente correlate alla peculiarità della patologia autistica (non assimilabile alle altre disabilità) e attuate secondo le raccomandazioni delle Linee Guida che evidenziano efficaci i trattamenti precoci e intensivi di tipo abilitativo con valenza comportamentale, cognitivo comportamentale e psicoeducativo. Inoltre le disposizioni delle Linee di Indirizzo (LEA) raccomandano che detti programmi debbano essere somministrati senza interruzione di continuità e per tutta la durata della loro vita. La Legge 134/2015 prevede tra l'altro la promozione di progetti finalizzati all'inserimento lavorativo di soggetti adulti che ne valorizzino le capacità. Per le persone ricoverate che raggiungono un certo livello di autonomia deve essere previsto un inserimento lavorativo e la loro residenzialità in Comunità Alloggio, mantenendo un legame di continuità assistenziale con la struttura residenziale di riferimento.

La "mission" del Centro Polifunzionale è garantire una "presa in carico globale e continuativa" puntualmente integrata con le UONPIA, i CSM e le UVM delle ASP di appartenenza ed anche con le Associazioni presenti sul territorio, per una massima qualità di vita possibile dei soggetti trattati e delle loro famiglie, promuovendo lo sviluppo cognitivo, l'adattamento sociale, l'autonomia, la prevenzione di gravi disturbi del comportamento e la loro riduzione, l'ottimizzazione delle terapie farmacologiche e, nei casi in cui è possibile, l'inserimento nel mondo del lavoro allo scopo anche di ridurre la spesa che consegue ad interventi medicalizzati inappropriati e incongrui.

A maggior tutela delle persone assistite:

- La struttura che non dimostri l'applicazione di interventi psicoeducativi, raccomandati dalle Linee Guida, e la dotazione di un sistema di monitoraggio delle attività e degli esiti attesi e raggiunti, sarà sottoposta a prescrizione di ottemperanza, che, se insoddisfatta, provocherà la revoca del Decreto di Accreditamento.
- Nell'ambito delle attività di controllo esercitate dalle aziende sanitarie, particolare attenzione deve riguardare l'appropriatezza prescrittiva di farmaci specifici, al fine di evitare che il contenimento farmacologico si connoti come trattamento d'elezione e non supporto integrativo all'intervento psicoeducativo.
- Sono tutelate quelle persone che richiedono un'elevata assistenza, aggiuntiva a quella del modulo residenziale e/o semiresidenziale, attraverso un apposito accordo con l'ASP di residenza.
- I familiari devono poter accedere in ogni ambiente della struttura, ad ogni ora del giorno, salvo temporanee e contingenti esigenze di assistenza e cura degli ospiti.
- Deve essere previsto un sistema di videosorveglianza a raggi infrarossi su ogni letto per consentire all'operatore notturno il monitoraggio del sonno. Detto sistema deve essere reso disponibile di collegamento web, affinché la famiglia possa monitorare da remoto il proprio congiunto.

Il fabbisogno di questo tipo di strutture, determinato da dati epidemiologici certificati, è soddisfatto anche mediante la riqualificazione dell'offerta esistente al fine di erogare modalità assistenziali appropriate.

DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” **Allegato 4**

Norma transitoria: sono salvaguardati il Centro Lucrezia e la Fondazione Marino per l'Autismo Onlus, i quali hanno 24 mesi di tempo dall'emanazione del presente decreto per adeguare la propria organizzazione strutturale e organizzativa, ai fini dell'accreditamento del Centro Polifunzionale.

I requisiti organizzativi specifici per l'Accreditamento per attività del CENTRO POLIFUNZIONALE – AUTISMO detti requisiti sono indicati per tipologia di modulo ma facenti parte di un'unica struttura					
	Modulo residenziale		Modulo semiresidenziale		Totale
	RESIDENZIALE (10 posti letto)	COMUNITA' ALLOGGIO (4 posti letto)	DIURNO (20 trattamenti)	COMUNITA' ALLOGGIO (8 trattamenti)	
Direttore sanitario	0,4	0,1	0,3	0,2	1
Medico di modulo	1	0	0	0	1
Neurologo/ neuropsichiatra infantile	0,2	0	0,2	0,1	0,5
Responsabile scientifico: Psicologo (*)	0	0	1	0	1
Psicologo	1	0,2	2	0,3	3,5
Assistente sociale	0,8	0,2	1	0,5	2,5
Operatori specializzati (Logopedisti; Neuropsicomotricisti; Educatori professionali; Educatori socio sanitari; Terapisti della riabilitazione psichiatrica)	7	1	7	2	17
Assistenti educativi	0	1	2	0	3
OSS	6	1	1	2	10
Ausiliario	3	1	1	2	7
Amministrativo	1	0	0,5	0,5	2

(*) si specifica come nell'ambito delle attività del Centro Polifunzionale, il responsabile scientifico assuma il ruolo di coordinatore del Centro medesimo.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

1. La dotazione quali-quantitativa di personale laureato e /o tecnico deve essere adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate
2. Le funzioni del Direttore Sanitario del Centro Polifunzionale possono anche essere svolte da un medico in possesso della specializzazione nella disciplina cui afferiscono le prestazioni svolte o disciplina equipollente, al quale sono attribuite funzioni cliniche ed igienico-organizzative.
3. Il Responsabile Scientifico e Supervisore deve essere uno psicologo con esperienza pregressa in autismo e gestione di gruppi e servizi per persone con autismo.

4. Tutto il personale deve avere competenze specifiche per il trattamento dei DSA (educazione strutturata e metodologie ABA) comprovata da Master Universitari e formazione riconosciuta anche dall'esperienza lavorativa sul campo.
5. L'organico prevede la presenza dedicata del medico di modulo (che rende superflua la presenza di personale infermieristico) e del personale ausiliario in quanto parte dei contesti abilitativi.
6. Devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza.
7. Deve essere presente una procedura per la modalità di custodia di valori e beni personali.
8. Essendo un Centro Polifunzionale è consentita l'utilizzazione di spazi in comune quali quelli corrispondenti alle aree generali e di supporto, alle aree polivalenti per attività di gruppo e alle aree di valutazione. In tal caso, gli spazi in comune dovranno essere di dimensioni tali da soddisfare le esigenze del numero complessivo degli assistiti dell'intera struttura ed essere adeguati e coerenti rispetto alle norme di sicurezza vigenti.

A-MODULO SEMIRESIDENZIALE

E' costituito da un centro diurno (modulo di 20 trattamenti) e da una comunità alloggio (modulo di 8 trattamenti)

9. Le prestazioni del centro diurno potranno variare da un minimo di 2 ore al giorno ad un massimo di 6 ore differenziate per livello di intensità, risultato della combinazione di tre parametri: contesto (ambulatorio-domicilio-territorio), lavoro diretto sul soggetto indiretto (famiglia, scuola, associazioni), individuale e/o di gruppo.
10. Il modulo resterà aperto 6 giorni a settimana festivi esclusi e vi possono accedere persone con diagnosi di disturbo dello spettro autistico in situazione di gravità certificata dal comma 3 della legge 104.
11. La struttura deve dichiarare la tipologia di tutte le prestazioni erogate e deve garantire la presa in carico globale del paziente per l'intero iter riabilitativo.
12. Deve essere presente una cartella che presenta i seguenti dati:
 - a) Dati anagrafici del paziente;
 - b) Individuazione e valutazione del disturbo;
 - c) Individualizzazione delle potenzialità di sviluppo;
 - d) Verifiche intermedie con indicazione dei risultati raggiunti;
 - e) Aggiornamento del programma riabilitativo;
 - f) Verifica annuale con indicazione dei dati raggiunti.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DEL CENTRO DIURNO

13. Il Centro deve essere localizzato in struttura a se stante e con ampi spazi esterni attrezzati e protetti, deve risiedere in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano.
14. Considerate le peculiarità cognitive sensoriali degli utenti sarà importante porre grande attenzione alla conformazione e distribuzione degli spazi e degli arredi, e soprattutto alla presenza di input sonori e visivi, in particolare si raccomanda:
 - a) Una particolare cura nell'isolamento acustico per evitare quanto più possibile rumori esterni e situazioni di risonanza;

DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” Allegato 4

- b) Una particolare cura nell'illuminazione prediligendo luce naturale (mai troppo forte) ed usando luci artificiali mai abbaglianti, colorate a bassa intensità non fluorescenti sempre dirette dal basso verso l'alto;
- c) Uso di colori tenui ed uniformi a campo unico per pareti e pavimenti;
- d) Uso di arredi con superfici opache;
- e) Posizionamento degli arredi sempre lungo le pareti per facilitare gli attraversamenti lungo la stanza;
- f) Non uso di tendaggi svolazzanti, tappeti soprattutto decorati, quadri, pannelli e decorazioni varie;
- g) Uso di mobili e oggetti morfologicamente auto-esplicativi rispetto alla funzione che devono svolgere (in modo che sia sempre chiaro: dove si fa cosa e a cosa serve ogni elemento ambientale);
- h) Creazione di ambienti “dedicati” alla funzione che in essi si dovrà svolgere ed essere resi riconoscibili attraverso colori, segnalatori, pannelli divisorii;
- i) Creazione di luoghi dedicati alla collocazione degli effetti personali, dei materiali delle attività;
- j) Individuazione e uso di segnalatori dei luoghi di passaggio, delle aree di accoglienza (da cui ha inizio la giornata) e delle aree di uscita (dove la giornata si conclude), e delle aree preposte alla collocazione delle “agende consultabili”.

15. Aree generali e di supporto:

- a) Un locale per accoglienza e per attività amministrative;
- b) Un locale adibito alla direzione del servizio, utilizzabile anche per riunioni d'equipe;
- c) Cucina, dispensa e locali accessori (se il servizio è appaltato all'esterno un locale per lo sporzionamento);
- d) Stanza per la costruzione di attività strutturate;
- e) Spogliatoi per il personale con annessi servizi igienici;
- f) Deposito sporco;

16. Aree di valutazione:

- a) Ambulatorio medico per le visite specialistiche e le valutazioni diagnostiche attinenti alle patologie trattate;
- b) Stanza provvista di specchio unidirezionale e di dispositivo per acquisizione e riproduzione di immagini, utilizzata per le valutazioni, le supervisioni e le osservazioni da parte di osservatori esterni.

17. Ambienti per le attività riabilitative individuali su singolo paziente svolte nella struttura:

- a) Di superficie minima di 12 mq (riducibile a 10 mq se la stanza non richiede arredi diversi dal tavolo di lavoro e da aumentarsi a 15 mq se si svolgono attività di psicomotricità), rapportati al numero degli operatori contemporaneamente presenti, con un aumento di superficie pari ad 1 mq ulteriore per ogni utente trattato contemporaneamente;
- b) Per le strutture di nuova realizzazione la superficie minima, per le attività riabilitative individuali, è di 16 mq con un aumento di superficie pari ad 1mq ulteriore per ogni utente trattato contemporaneamente.

18. Devono essere contemplate :

- a) N.1 stanza sensoriale
- b) N.1 stanza gioco;

DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” Allegato 4

- c) N.1 stanza per lavoro autonomo;
- d) N.4 stanze per le attività di tipo cognitivo comportamentale;
- e) N.2 stanze per le attività del tempo libero;
- f) N.1 Laboratorio per le autonomie domestiche e di cucina;
- g) N.1 laboratorio grafico pittorico;
- h) N.1 laboratorio occupazionale: ceramica, falegnameria, carta, cucito, orto, serra,....
- i) Palestra attrezzata per le attività dei piccoli
- j) Qualora il presidio accolga bambini da 0 a 4 anni deve essere previsto un locale dove i piccoli possono riposare per brevi periodi (solo per il modulo intensivo).

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DELLA COMUNITA' ALLOGGIO SEMI-RESIDENZIALE

- 19. La comunità alloggio deve essere dimensionata per 8 trattamenti in appartamento in zona urbanizzata e centrale per consentire l'uscita in autonomia sia per raggiungere i luoghi di lavoro che le attività commerciali e i luoghi di svago.
- 20. L'appartamento deve contemplare:
 - a) N.1 camera da letto doppia, con bagno interno, di adeguata metratura;
 - b) N.1 salone attrezzato per le attività del tempo libero (lettura, ascolto musica o visione filmati);
 - c) N.1 spazio-locale cucina ;
 - d) N.1 sala pranzo;
 - e) N.1 servizio igienico per il personale;
 - f) N.1 dispensa / lavanderia .
- 21. Ogni attività di supporto di tipo medico, psicologico, farmacologico e di assistenza sociale è garantita dal personale del centro diurno di riferimento.

REQUISITI TECNOLOGICI

- 22. I locali di trattamento sono dotati di attrezzature e presidi diagnostico-terapeutici e riabilitativi, in relazione alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura. La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente/qualitativamente ai bisogni dell'utenza e alle diverse tipologie di attività svolte assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace e efficiente.
- 23. In funzione degli obiettivi della struttura e della tipologia dell'utenza devono essere comunque presenti:
 - a) Attrezzature e dispositivi per la valutazione della disabilità (Denver, PEP 3, TTAP, Vineland, VBMA, ABLLS...);
 - b) Presidi e risorse tecnologici atti allo svolgimento di prestazioni da parte di medici specialisti e degli altri operatori sanitari e della riabilitazione (Strumenti di Comunicazione Aumentativa-PECS, VOCA-PC, software Erickson, plastificatrice, stampante a colore,...);
- 24. Attrezzature e presidi specifici per gli esercizi terapeutici e di rieducazione funzionale in ambienti dedicati per attività individuali e di piccolo gruppo.

B-MODULO RESIDENZIALE

- 25. E' costituito da una struttura residenziale di 10 posti letto ed una comunità alloggio di 4 posti letto. Resterà aperto tutto l'anno e vi possono accedere persone con diagnosi di autismo in situazione di

gravità certificata dal comma 3 della legge 104. La realizzazione di ulteriori unità di comunità alloggio deve essere autorizzata dalla ASP territoriale.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DELLA STRUTTURA RESIDENZIALE

26. I requisiti minimi strutturali devono essere integrati con quelli generali previsti dalla normativa regionale sugli accreditamenti (DGR 3137/99).
27. Il Presidio deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano.
28. Il Presidio deve essere organizzato in un modulo massimo di 10 posti letto .
29. Il modulo può condividere ambienti comuni opportunamente dimensionati in funzione del numero complessivo degli utenti.
30. Per le strutture di nuova realizzazione deve essere presente uno spazio all'aperto di almeno 100 mq per utente.
31. Ambienti comuni:
 - a) Locale ingresso con servizi di portineria, posta e telefono.
 - b) Locali per attività: amministrativa, accettazione, archivio, spazio per visita parenti.
32. Ambienti per le attività riabilitative individuali su singolo paziente svolte nella struttura:
 - a) Di superficie minima di 12 mq (riducibile a 10 mq se la stanza non richiede arredi diversi dal tavolo di lavoro e da aumentarsi a 15 mq se si svolgono attività di psicomotricità), rapportati al numero degli operatori contemporaneamente presenti, con un aumento di superficie pari ad 1 mq ulteriore per ogni utente trattato contemporaneamente;
 - b) Per le strutture di nuova realizzazione la superficie minima, per le attività riabilitative individuali, è di 16 mq con un aumento di superficie pari ad 1 mq ulteriore per ogni utente trattato contemporaneamente.
33. Ambulatori medici per visite specialistiche, valutazioni diagnostiche attinenti alle patologie trattate.
34. Per le nuove strutture con antistante sala d'attesa:
 - a) Locale spogliatoio per gli operatori distinti per sesso e con bagno annesso;
 - b) Locale/spazio per il deposito delle attrezzature e materiale di consumo;
 - c) Locale infermeria e spazio per armadio farmaceutico;
 - d) Locale/cucina, opportunamente dimensionata secondo le normative vigenti e le linee guida sulla sicurezza alimentare;
 - e) Lavanderia opportunamente dimensionata secondo le norme vigenti.

N.B. : le funzioni di cucina, lavanderia e pulizie fanno parte dei contesti abilitativi e perciò devono essere gestite direttamente dalla struttura ed il personale in numero adeguato alle mansioni è previsto negli standard indicati.
 - f) Locale per il deposito del materiale sporco;
 - g) Locale/spazio per lavapadelle-vuotatoi;
 - h) Locale spazio per il deposito del materiale pulito;
 - i) Bagno per persone con disabilità.
35. Spazi per la socializzazione e l'attività creativa per l'utenza di dimensione adeguata al numero degli utenti.
36. La struttura deve garantire la completa accessibilità degli spazi in relazione alle varie tipologie di disabilità trattate.
37. Le strutture di nuova realizzazione devono prevedere spazi per la sterilizzazione.

AREA DI DEGENZA

38. Il modulo di 10 posti letto, deve essere dotato di:
- a) Camere di degenza, dotate di servizi igienici conformi ai requisiti di legge in materia di abbattimento delle barriere architettoniche;
 - b) Locale soggiorno/pranzo. Per le strutture di nuova realizzazione tali zone devono essere differenziate;
39. Le camere di degenza devono avere un wc in camera fino ad un massimo di due posti letto, con 6 mq di superficie calpestabile per posto letto. In caso di camera con un solo posto letto, la superficie deve essere di almeno 12 mq.
40. Per le strutture di nuova realizzazione le camere devono essere massimo con 2 posti letto, con bagno per disabili all'interno della camera, superficie di calpestio di 12 mq se con un letto e 18 mq se con due letti. Non si applica il disposto per le società operanti con i requisiti di cui al DGR 3137/99, anche in caso di ampliamenti/ristrutturazioni parziali.
41. La dotazione di tutti i servizi igienici dovrà essere conforme alla normativa vigente.
42. All'interno di ogni camera a più letti deve essere garantita la riservatezza di ciascun paziente.
43. Un'armadietto/guardaroba adeguato per ogni paziente.
44. Deve essere garantita per i pazienti la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza (anche con cordless).
45. Devono essere garantiti i requisiti microclimatici di norma previsti per tali attività, eventualmente anche con l'ausilio di impianto di climatizzazione.

N.B.: la superficie minima degli ambienti comuni, per le nuove strutture, non deve essere inferiore a 8 mq per paziente.

REQUISITI TECNOLOGICI

46. I locali di trattamento devono essere dotati di attrezzature e presidi medico chirurgici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi correlati alla specificità della riabilitazione svolta e della tipologia della struttura ed al volume di attività. In particolare sono presenti:
- a) Sussidi per la valutazione delle menomazioni delle abilità motorie e per la valutazione del linguaggio e delle turbe neuropsicologiche;
 - b) Attrezzature, risorse tecnologiche e presidi necessari per lo svolgimento delle prestazioni da parte di medici specialisti e dei tecnici della riabilitazione (letto di grandi dimensioni per rieducazione motoria e altezza variabile);
 - c) Attrezzature e presidi necessari per la terapia occupazionale.
47. Deve essere presente un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardiopolmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di : laccio e siringhe, materiale per medicazione, farmaci salvavita, defibrillatore.
48. La dotazione strumentale deve essere correlata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate. Per ciascun modulo di degenza devono essere presenti: 1 carrozzina, poltroncina doccia, armadio/guardaroba per posto letto, 1 sedia per posto letto.

IL PERCORSO ASSISTENZIALE

49. Devono essere presenti procedure/linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'equipe multidisciplinare/multiprofessionale.

DIPARTIMENTO “TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE” Allegato 4

50. Per ogni singolo paziente deve essere redatto un Progetto Riabilitativo Individuale dall'equipe multidisciplinare/multiprofessionale, comprendente uno o più programmi terapeutici.
51. Deve essere effettuato il monitoraggio dell'evoluzione e delle modificazioni delle disabilità del singolo paziente per ogni programma terapeutico.
52. Deve essere garantita una adeguata informazione ai pazienti ed ai loro familiari con l'illustrazione del progetto riabilitativo.
53. Deve essere previsto l'utilizzo di scale di valutazione adeguate alla tipologia di menomazioni e disabilità importanti.
54. Devono essere presenti procedure che regolamentano i criteri di accesso ed il trasferimento dei pazienti, condivise fra i seguenti soggetti:
 - a) Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) ;
 - b) Medici di Medicina Generale;
 - c) Strutture di ricovero per acuti;
 - d) Altre strutture residenziali.
55. Devono essere presenti procedure relative all'accoglienza, registrazione e informazione di pazienti e familiari.
56. Deve essere presente una cartella clinica individuale sulla quale risultano:
 - a) I dati anagrafici;
 - b) Diagnosi di ingresso;
 - c) L'anamnesi familiare e personale;
 - d) L'esame obiettivo;
 - e) Gli eventuali esami strutturali di laboratorio;
 - f) I risultati raggiunti e gli eventuali esiti ed i postumi;
 - g) Il progetto-programma con i periodici aggiornamenti;
 - h) Informazioni sui problemi sociali del paziente e della famiglia;
 - i) Problemi di comunicazione sensoriali del paziente.
57. La cartella clinica deve contenere come parte integrante la documentazione infermieristica.
58. Deve essere chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni.
59. In caso di trasferimento in ospedale per acuti, deve essere redatta una sintesi clinica di accompagnamento.
60. Per ogni utente alla dimissione deve essere redatta una relazione che includa una chiara e completa descrizione delle attività svolte e indirizzata al MMG o ad un servizio territoriale che prenderà in carico il paziente.
61. Deve essere garantito uno specifico addestramento prima di ogni rientro anche temporaneo del paziente al proprio ambiente di vita.
62. Devono essere assicurate la trasmissione dei flussi informativi di attività secondo e specifiche ed i tracciati record dettati a livello regionale.

L'ASSISTENZA SANITARIA

63. E' prevista, all'interno della struttura, la presenza di un medico di modulo che garantisce l'assistenza sanitaria e la somministrazione di farmaci.

64. Deve essere presente una procedura per l'accesso alle prestazioni specialistiche erogate all'interno o all'esterno della struttura
65. Deve essere prevista la consulenza protesica.
66. Deve essere garantita la funzione di assistenza sociale.
67. Deve essere garantita l'attività di podologia.
68. Devono essere presenti procedure finalizzate a garantire il confort ed il rispetto della privacy dell'utente durante le attività di visita e per le attività riabilitative di base.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI COMUNITA' ALLOGGIO

69. La comunità alloggio deve essere dimensionata per n. 4 posti letto in appartamento in zona urbanizzata e centrale per consentire l'uscita in autonomia sia per raggiungere il luogo di lavoro che le attività commerciali ed i luoghi di svago:
 - a) N.2 camere da letto doppie, con bagno interno, di adeguata metratura;
 - b) N.1 soggiorno attrezzato per le attività del tempo libero (lettura, ascolto musica o visione filmati);
 - c) N. 1 spazio/locale cucina;
 - d) N.1 zona pranzo;
 - e) N.1 servizio igienico per il personale;
 - f) N.1 dispensa/lavanderia
 - g) Servizio di videosorveglianza collegato al centro residenziale di riferimento.
70. Ogni attività di supporto di tipo medico, psicologico, farmacologico e di assistenza sociale è garantita dallo stesso personale della struttura residenziale di riferimento.

PRESIDI DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA PER PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

La struttura residenziale deputata al trattamento di pazienti con disturbi nel comportamento alimentare (DCA) dove sia insufficiente o inefficace il trattamento ambulatoriale.

La struttura può accogliere al massimo fino a 20 pazienti (modulo base).

L'organizzazione interna degli spazi è definita tenendo in conto della peculiarità dei pazienti e, pertanto prevede spazi comuni che accompagnano i ritmi della normale vita quotidiana (palestra, sala pranzo, sala comune, sala per attività varie etc).

Sono altresì previsti appositi spazi per le attività sanitarie specifiche e di supporto (studi medici, sala riunioni, colloqui, stanza operatori, spazi per attività ambulatoriale, segreteria etc).

Il Centro è dedicato al trattamento intensivo, semintensivo ed ambulatoriale dei disturbi nel comportamento alimentare: anoressia, bulimia, disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificato, (disturbo da abbuffata compulsivo) e del peso in età pediatrica ed evolutiva.

La struttura residenziale è quindi essenzialmente deputata all'attuazione di un programma riabilitativo psiconutrizionale, nei casi in cui la gravità del quadro internistico e/o psicologico necessiti dello svolgimento di un programma in ambiente protetto, o quando il programma ambulatoriale si riveli inefficace o se le condizioni familiari non sono adeguate alla gestione del paziente a casa.

L'attività si inserisce nell'ambito delle attività di riabilitazione che prevedono che gli interventi riabilitativi extraospedalieri siano svolti presso strutture a ciclo diurno e/o continuativo, destinato alla presa in carico multi comprensiva di individui di tutte le età per il recupero funzionale di menomazioni e disabilità che richiedono interventi riabilitativi indifferibili.

La ricerca scientifica negli ultimi anni, contrariamente al passato, ha posto in evidenza che il trattamento di queste patologie è efficace se condotto mediante una strategia multi professionale che comprenda un approccio psicologico, nutrizionale e familiare.

L'accesso alla struttura è stabilito dall'equipe su proposta del medico curante e, stante la compresenza di personale pediatrico nell'adiacente plesso, è possibile accogliere pazienti di età inferiore ai 14 aa.

Qualora tratti di minore, il consenso e la relativa accettazione all'ingresso debbono essere sottoscritti dai genitori o da chi esercita la potestà genitoriale.

I pazienti per essere ammessi al trattamento devono rispondere ai seguenti requisiti:

- A. Assenza di grave comorbidità psichiatrica in asse I DSM IV (Disturbo depressivo maggiore, Disturbo borderline di personalità, comportamenti autolesivi ed antisociali etc)
- B. Assenza di abuso e/o dipendenza da sostanze e/o alcool da almeno 6 mesi;
- C. Condizioni generali non compromessi e non instabili in acuzie, che necessitano di una preventiva fase di ospedalizzazione;

L'inserimento prevede un colloquio preliminare di valutazione, da svolgersi nella struttura su prenotazione, effettuata da un medico psicoterapeuta o psicologo. Qualora a seguito del primo colloquio si valuti la necessità di inserimento nel programma residenziale, viene effettuato un day hospital valutativo e diagnostico.

Il programma terapeutico è predisposto e seguito da una équipe multidisciplinare composta da medici psichiatri, nutrizionisti, psicologi, dietisti, fisioterapisti, educatori, etc.

Il trattamento, altamente strutturato prevede:

- a) Colloqui iniziali per la valutazione diagnostica multidimensionali e l'analisi della motivazione;
- b) Intervento nutrizionale;
- c) Monitoraggio continuo dei parametri clinici;
- d) Intervento psicologico individuale e di gruppo;
- e) Intervento educativo.

Per quanto riguarda il programma riabilitativo le attività sono:

- a) Compilazione di una scheda di assessment iniziale;
- b) Valutazione diagnostica multidimensionale;
- c) Valutazione di laboratorio e strumentale;
- d) Esame fisico (peso, statura, P.A., esame della pelle, tiroide, neurologico ect)
- e) Auto-aiuto guidato e terapeutico, anche mediante utilizzo di test specifici;

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" **Allegato 4**

- f) Riabilitazione nutrizionale;
- g) Pasti giornalieri assistiti;
- h) Monitoraggio continuo del piano alimentare e del peso;
- i) Monitoraggio dell'attività fisica;
- j) Psicoterapia individuale e/o di gruppo;
- k) Colloqui psicologici-psichiatrici individuale e/o di gruppo;
- l) Colloqui nutrizionali;
- m) Terapia di medicina integrata (ad es. tecniche di rilassamento, meditazione, agopuntura ect);
- n) Fisioterapia ed attività motoria (ginnastica posturale, yoga, euritmia .);
- o) Attività artistiche pedagogiche personalizzate (ad es. arti visive, corsi di inglese, attività artigianali, fotografia, danza, musica, canto ect);
- p) Supporto ed informazione per i familiari;
- q) Terapia dello specchio.

Gli obiettivi specifici dell'intervento terapeutico sono:

- a) La normalizzazione del comportamento alimentare e del peso;
- b) Il miglioramento delle condizioni cliniche generali;
- c) Il miglioramento della psicopatologia specifica del disturbo e della sintomatologia psicologia-psichiatrica ad esso associata.

Il fabbisogno di questo tipo di strutture, laddove non altrimenti indicato da normative regionali, è quello dei Centri di riabilitazione a ciclo diurno od a ciclo continuativo (all'interno degli standard di posti letto sul territorio regionale) con un valore massimo del 5% complessivo di tali residenze su base aziendale.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

1. La dotazione quali-quantitativa di personale laureato e/o tecnico e infermieristico deve essere adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate
2. Il responsabile sanitario del Centro deve essere un medico specializzato cui sono attribuite funzioni cliniche ed igienico-organizzative. Di norma, in ragione dei metodi riabilitazione in uso può essere uno psicologo o neuropsichiatra infantile.
3. Devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza;
4. I familiari devono poter accedere alla struttura durante il giorno in caso di necessità, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE attività di RIABILITAZIONE CENTRO DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE a ciclo diurno, in un modulo di (20 prestazioni/die) sono:	
Figure professionali	
Direttore sanitario	0,10
Medico specialista Endocrinologo (ad accessi)	0,05
Medico specialista in Scienza dell'alimentazione/Internista	1
Medico specialista Psichiatra (ad accessi)	0,05
Psicologo	1
Dietista	1
OSS	1

Le attività diurne, stante la particolarità della patologia, in ragione delle metodiche di trattamento in uso, si articolano singolarmente o a piccolo gruppo, per un massimo di cinque ore giornaliere continuative, da realizzarsi in orario antimeridiano o post-meridiano.

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" **Allegato 4**

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE attività di RIABILITAZIONE CENTRO DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE a ciclo continuativo, in un modulo di (20 p.l.) sono:	
Figure professionali	
Direttore sanitario	0,10
Medico specialista Endocrinologo (ad accessi)	0,10
Medico specialista in Scienze dell'alimentazione/Internista	3
Medico specialista Psichiatra (ad accessi)	0,10
Psicologo	2
Educatore o Terapista Occupazionale	1
Tecnico della riabilitazione	4
Infermiere Professionale	3
Dietisti	3
OSS	4

Devono essere assicurate le trasmissioni dei flussi informativi di attività secondo le specifiche ed i tracciati record dettati a livello regionale

REQUISITI STRUTTURALI

5. Il centro deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano
6. Il centro deve essere organizzato in moduli di massimo 20 utenti
7. I locali e gli spazi della struttura devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate
8. Le dimensioni dei locali, gli arredi e le attrezzature devono essere adeguati e coerenti rispetto al tipo di interventi effettuati
9. Locale per accertamenti medici, sufficientemente ampi
10. Locale per accertamenti psicodiagnostica
11. Locale per terapie individuali e/o di gruppo per max 5 pazienti dalla superficie minima di 30 mq
12. Locale soggiorno/pranzo
13. Servizi igienici e spogliatoi per operatori distinti per sesso e dotati di bagni con docce annesse;
14. Servizi igienici per i pazienti, di cui almeno uno per modulo attrezzato per la non autosufficienza
15. Spazi per attività di accettazione ed archivio
16. Spazio/locale adibito a deposito di materiale pulito e sporco

N.B: Le funzioni di cucina, pulizie possono essere esternalizzati. Qualora tali funzioni siano gestite direttamente dalla struttura dovrà essere presente personale in numero adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati.

REQUISITI TECNOLOGICI

17. In funzione degli obiettivi della struttura e della tipologia dell'utenza devono essere comunque presenti presidi e risorse tecnologiche atti allo svolgimento di prestazioni da parte di medici specialisti e degli altri operatori sanitari e della riabilitazione;

CENTRI DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA AMBULATORIALE E DOMICILIARE (*Mattone 12: RRE1- RRE2*)

Le prestazioni ambulatoriali erogate dai centri di riabilitazione si differenziano dalle attività ambulatoriali specialistiche di recupero e rieducazione funzionale per la globalità dell'intervento riabilitativo. Queste si configurano nell'insieme di interventi multidisciplinari, valutativi diagnostici, terapeutici e preventivi finalizzati a contenere ed evitare limitazione del funzionamento, dell'attività e della partecipazione della persona con disabilità.

Per l'utenza in età evolutiva, il centro ambulatoriale di riabilitazione si caratterizza per un'attività prevalente di neuroriabilitazione e riabilitazione cognitiva, metacognitiva e del linguaggio; per le altre fasce di età, si caratterizza per un'attività prevalente di riabilitazione funzionale ed orientata al massimo recupero dell'autonomia.

E' prevista la possibilità, per questi centri, di erogare prestazione riabilitative anche al domicilio del paziente.

Le prestazioni ambulatoriali sono erogate in forma individuale o a piccoli gruppi.

Il trattamento di piccolo gruppo deve essere composto al massimo da 6 persone.

Le prestazioni di riabilitazione estensiva ambulatoriale e domiciliare si caratterizzano per la multidisciplinarietà dell'approccio terapeutico e si esplicano attraverso una presa in carico del paziente che preveda un progetto riabilitativo giornaliero che duri mediamente 1 ora.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

- 1) L'ambulatorio deve dichiarare la tipologia di tutte le prestazioni erogate;
- 2) Deve essere garantita la globale presa in carico del paziente per l'intero iter riabilitativo
- 3) Deve essere presente una cartella ambulatoriale e/o domiciliare che contenga i seguenti dati:
 - a. dati anagrafici del paziente
 - b. individuazione e valutazione dello spettro delle menomazioni o disabilità
 - c. relativo gradiente di modificabilità delle menomazioni/disabilità
 - d. obiettivi del progetto/programma riabilitativo individuale gli obiettivi e i risultati raggiunti
- 4) Il Direttore medico responsabile dell'ambulatorio deve essere un medico chirurgo specialista in medicina fisica e riabilitativa per l'età adulta o evolutiva o in neuropsichiatria infantile per la sola età evolutiva
- 5) Devono essere presenti durante l'attività ambulatoriale fisioterapisti, logopedisti, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, terapisti occupazionali (in relazione al volume di attività e alla tipologia delle prestazioni dell'ambulatorio e del domicilio)
- 6) Devono essere presenti altre figure professionali (oss) in relazione al volume di attività e alla tipologia delle prestazioni dell'ambulatorio
- 7) Deve essere presente una procedura per la custodia della cartella ambulatoriale e/o domiciliare nel rispetto della vigente normativa sulla privacy
- 8) Devono essere assicurate la trasmissioni dei flussi informativi di attività secondo le specifiche ed i tracciati record dettati a livello regionale

I REQUISITI ORGANIZZATIVI Minimi per l'accreditamento di strutture attività di RIABILITAZIONE IN FASE ESTENSIVA AMBULATORIALE E DOMICILIARE, in un modulo di 36 prestazioni individuali al giorno sono:	
Figure professionali	
Direttore sanitario	0,10
Medico specialista	0,33
Terapista della riabilitazione; Tecnico della riabilitazione	6
OSS	1
Psicologo	18 ore settimanali
Assistente Sociale	6 ore settimanali

ASSISTENZA DOMICILIARE

Il Centro può essere autorizzato e/o accreditato anche per le prestazioni di riabilitazione di tipo domiciliare, prestazioni che rispondono agli stessi requisiti organizzativi di quelle ambulatoriali. Le prestazioni di riabilitazione

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" Allegato 4

estensiva domiciliare possono essere autorizzate e/o accreditate solo presso quelle strutture che erogano già prestazioni di riabilitazione estensiva ambulatoriale.

Per le prestazioni di riabilitazione di tipo domiciliare possono essere utilizzati gli spazi del Centro con l'aggiunta di un locale per la pianificazione delle attività giornaliere, programmi di aggiornamento professionale, mezzi di trasposto per gli operatori e locali di ricovero dei mezzi, sistemi di trasmissione voce dati a mezzo di apparecchi portatili (palmari, cellulari, computer portatili, ecc.), sistemi di trasmissione dei flussi informativi delle attività

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI (per le strutture ambulatoriali)

1. L'ambulatorio deve essere collocato in zona facilmente accessibile anche a pazienti disabili
2. Area di attesa dotata di numero di posti a sedere adeguato al numero di pazienti che usufruiscono dell'ambulatorio
3. I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate
4. Il locale ambulatorio deve permettere l'accesso agevole ai pazienti in carrozzina o che utilizzano deambulatori o altri ausili per la deambulazione
5. Deve essere presente spazio per attività di segreteria ed archivio adeguati al volume delle attività previste
6. Il locale ambulatorio medico deve avere una superficie non inferiore a 12 mq
7. I locali dedicati all'esecuzione delle prestazioni riabilitative devono garantire il rispetto della privacy dell'utente
8. In presenza di locali open space suddivisi in box deve essere garantita una superficie minima di 6 mq per postazione di cura
9. La superficie minima della struttura ambulatoriale deve essere pari a 120 mq di cui almeno 36 mq destinati ad ambiente palestra in maniera tale da permettere contemporaneamente l'esercizio terapeutico (o le attività dinamiche) di 6 pazienti
10. Per ogni ulteriore paziente presente contemporaneamente, la superficie della palestra deve essere incrementata di 5 mq
11. Devono essere presenti servizi igienici e spogliatoi per operatori distinti per sesso e dotati di bagni con docce;
12. Devono essere presenti servizi igienici per i pazienti, di cui almeno uno per modulo attrezzato per la non autosufficienza
13. Deve essere presente spazio/locale adibito a deposito di materiale pulito
14. Deve essere presente spazio/locale adibito a deposito di materiale sporco
15. Deve essere presente spazio/locale adibito a deposito di materiale per pulizie
16. Devono essere presenti spazi/armadi per deposito di materiali d'uso, attrezzature, strumentazioni
17. Deve essere presente un locale spogliatoio per il personale secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di tutela della salute dei lavoratori
18. I locali devono avere pavimenti lavabili e disinfettabili
19. I locali devono essere dotati di pavimento antisdrucciolo
20. I locali devono avere pareti con rivestimento impermeabile e lavabile per un'altezza di almeno 2 metri.
21. I locali devono essere dotati di porte a superficie lavabile
22. Gli arredi devono essere a superficie facilmente lavabile e disinfettabile

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

23. La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell'utenza e alle diverse tipologie di attività erogata
 24. Deve essere presente impianto telefonico per gli utenti utilizzabile anche dalle diverse tipologie di disabili in trattamento
 25. Possono essere presenti attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico o di rieducazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo
 26. Possono essere presenti attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale di supporto e complemento all'esercizio terapeutico
 27. Possono essere presenti attrezzature e piscine per la terapia riabilitativa in acqua
- Gli eventuali apparecchi elettromedicali collegati alla rete devono essere dotati di nodo equipotenziale ed interruttore differenziale con "in" inferiore o uguale a 30°
- In ogni caso devono essere garantiti i limiti impiantistici (elettrici, elettromedicali, di climatizzazione, di sicurezza – con particolare riferimento alla regola tecnica antincendio) previsti dalla normativa vigente

CASA PROTETTA PER DISABILI (*Mattone 12: RD5*)

Strutture socio-sanitarie, a connotazione sociale a rilievo sanitario, che erogano prestazioni socio-riabilitative in regime residenziale, congiuntamente a cure sanitarie di medicina generale, prestazioni terapeutiche riabilitative di mantenimento per il contenimento degli esiti e congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili fisici psichici e/o sensoriali privi di sostegno familiare. Fino all'approvazione delle nuove linee guida regionali in materia di tutela della salute mentale, rientrano tra queste strutture quelle che erogano prestazioni ai soggetti disabili di cui alla DGR 685/02, il cui criterio di accesso permane quello previsto dalla deliberazione medesima.

Gli obiettivi assistenziali sono quelli di fornire supporto sanitario alla prevalente attività socio-assistenziale in pazienti con condizioni di salute poco compromesse. Il corrispettivo sul versante dell'assistenza domiciliare si identifica in un'assistenza domiciliare integrata con prevalente componente socio-assistenziale.

Accedono persone con parziale autosufficienza e con:

- A. problemi che necessitano di un monitoraggio clinico programmabile, ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana, e con:
- B. condizioni sociali che non consentono la permanenza al domicilio;
- C. necessità di assistenza tutelare completa

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

1. Il numero del personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale deve essere in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate
2. Un responsabile medico del centro con funzione di Direzione Sanitaria
3. Devono essere chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza
4. I familiari devono poter accedere alla struttura, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti
5. Procedura per modalità di custodia di valori e beni personali

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE attività di CASA PROTETTA per Disabili in un modulo di 20 p.l. sono:	
Figure professionali	
Direttore sanitario	0,10
Medico specialista (Neurologo/Fisiatra)	0,20
Medico di assistenza primaria / Continuità assistenziale	*
Terapista della riabilitazione o Tecnico della riabilitazione	0,33
Infermiere Professionale	2
OSS	5
Psicologo	0,33
Assistente Sociale	0,30
Educatore o Terapista Occupazionale	1

(*) Gli accessi del medico di assistenza primaria vengono definiti in fase di predisposizione del PAI. E' evidente come gli accessi straordinari del medico di assistenza primaria e quelli eventuali del medico di continuità assistenziale (prefestivo - festivo - notturno) avvengano su chiamata.

L'assistenza infermieristica è programmata esclusivamente nella fascia oraria diurna.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

6. Il centro deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano
7. Il centro deve essere organizzato in moduli di massimo 20 posti letto per un massimo di tre moduli per Struttura.
8. Ogni Centro può condividere gli ambienti comuni opportunamente dimensionati in funzione del numero complessivo dei moduli.
9. Per le Strutture di nuova realizzazione deve essere presente uno spazio all'aperto di almeno 5 mq per utente.

AMBIENTI COMUNI

10. Gli spazi per i servizi generali devono comprendere:
 - a) spogliatoio per il personale con servizi igienici;
 - b) locale cucina e dispensa dimensionati secondo le normative vigenti e le Linee Guida sulla Sicurezza Alimentare
 - c) lavanderia opportunamente dimensionata secondo le normative vigenti;
 - d) deposito/locale biancheria sporca
 - e) deposito/locale biancheria pulita
 - f) uffici
11. un ingresso con portineria, area di accoglienza, telefono pubblico e servizi igienici
12. locali comuni, anche ad uso polivalente, per soggiorno, attività occupazionali, ecc.
13. servizi igienici, collegati agli spazi comuni, attrezzati per la non autosufficienza
14. locale per esercizio di culto.
15. La Struttura, se disposta su più di 2 (due) piani, deve essere dotata di monta lettighe e ascensore così come descritto nella DGR 685/2002
16. Per l'erogazione di prestazioni sanitarie devono essere presenti:
 - a. locale ambulatorio con servizio igienico
 - b. spazio/palestra con relative attrezzature ed ausili
 - c. spazio locale per deposito di attrezzature, ausili e presidi
 - d. armadi idonei alla conservazione dei farmaci
 - e. bagno assistito per ogni piano
17. locale infermeria e spazio per armadio farmaceutico

N.B: Le funzioni di cucina, lavanderia e pulizie possono essere esternalizzati. Qualora tali funzioni siano gestiti direttamente dalla struttura dovrà essere presente personale in numero adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati.

AREA DI DEGENZA

18. Il centro deve essere dotato di:
 - a) camere di degenza, dotate di servizi igienici conformi ai requisiti di legge in materia di abbattimento delle barriere architettoniche
 - b) spazi multifunzionali adibiti a soggiorno/pranzo
19. Gli standard dimensionali minimi delle camere di degenza devono essere:
 - a) 12 mq per le camere ad un posto letto
 - b) 18 mq per le camere a due posti letto
20. Sono presenti servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza collegati alle camere in numero di 1 ogni camera a due posti e 1 ogni due camere ad un posto. (Nel caso di Strutture già accreditate, è ammessa la presenza di un servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza ogni 3 camere e, in ogni caso, almeno 1 ogni 6 ospiti).
21. Deve essere presente impianto di allarme/chiamata in ogni camera di degenza.
22. Devono essere presenti un numero di camere che consentano l'agevole movimentazione delle carrozzine in numero adeguato al numero di pazienti bisognosi di carrozzina.
23. L'arredo della stanza deve comprendere:

- a) comodino
 - b) armadio/guardaroba singolo con chiave
 - c) sedia
 - d) luce personale
24. All'interno di ogni camera, deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite
25. Devono essere presenti:
- a) luci di emergenza notturne
 - b) linea telefonica a disposizione degli ospiti, anche con apparecchi mobili cordless
 - c) un carrello per la gestione dell'emergenza (Rianimazione cardio-polmonare) di cui viene verificata periodicamente la funzionalità, dotato di:
 - d) pallone autoespansibile con maschere di varie misure
 - e) cannule orofaringee di varie misure
 - f) sfigmomanometro con fonendoscopio
 - g) laccio, siringhe e agocannule
 - h) materiale per medicazione
 - i) farmaci salvavita
 - j) defibrillatore [con pacing esterno]

N.B: La superficie minima degli ambienti comuni non deve essere inferiore a otto metri quadrati a paziente.

COMUNITÀ ALLOGGIO PER DISABILI

Definizione

La Comunità Alloggio per disabili è una struttura residenziale a carattere comunitario rivolta a soggetti in situazione di compromissione funzionale (di carattere fisico, intellettuale o sensoriale), con parziale o residuale autonomia funzionale alla gestione delle attività della propria vita quotidiana, che necessitano di interventi di riabilitazione di mantenimento mirati a sostenere e promuovere le condizioni personali ed ambientali per la vita di relazione e l'inclusione sociale.

La struttura può accogliere un massimo di 10 persone, le cui caratteristiche siano omogenee, rispetto alle necessità individuali ad alle attività previste nel servizio.

Modalità di accesso

L'accesso alla struttura è determinato previo istanza dell'interessato ed ove impossibilitato dai familiari o dai servizi sociali del comune di residenza all'U.O. competente dell'ASP di residenza dell'assistito.

La struttura dovrà elaborare e trasmettere, entro i primi 30 giorni dalla presa in carico, all'U.O. competente del distretto socio-sanitario ove insiste la struttura, cui viene demandato il compito della validazione del progetto e delle successive verifiche e valutazioni, un progetto personalizzato in cui sono esplicitati i bisogni, gli obiettivi di breve medio e lungo termine e gli indicatori di risultato.

Requisiti funzionali

Il servizio promuove e rende possibile il mantenimento dell'utente in condizioni di vita normali, in un ambiente a dimensione familiare e comunitaria, tali da favorire:

1. la sua integrazione nel territorio;
2. percorsi di scoperta, recupero e mantenimento dell'autonomia nella gestione di sé, nei rapporti con gli altri, con i tempi, con gli spazi e con le proprie cose.

La Comunità Alloggio ha funzionamento permanente e garantisce i seguenti servizi:

3. prestazioni di tipo alberghiero (alloggio, pasti, servizio lavanderia, stireria, pulizie), preferibilmente da gestire con la partecipazione attiva degli ospiti;
4. assistenza agli ospiti nell'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane;
5. attività educative finalizzate al mantenimento delle abilità fisiche, cognitive, relazionali e delle autonomie personali;
6. interventi di tutela della salute personale;
7. realizzazione di reti che facilitino l'integrazione sociale dell'utente attraverso l'utilizzo dei servizi attivi nel territorio;
8. attività, a livello di gruppo, formative e ricreative, tendenti a promuovere forme di inclusione sociale;
9. rapporti costanti con i familiari ed i tutori degli utenti, anche al fine di favorire i rientri temporanei in famiglia.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI ed ORGANIZZATIVI

La Comunità Alloggio è una struttura di civile abitazione priva di barriere architettoniche, inserita in normali edifici o all'interno di unità immobiliari collocate nell'ambito di zone destinate ad uso residenziale ed urbanizzate, servite dai mezzi pubblici di trasporto.

Le caratteristiche strutturali, organizzative e tecnologiche devono permettere l'erogabilità delle seguenti prestazioni:

10. somministrazione pasti;
11. assistenza agli ospiti nell'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane;
12. attività aggregative e ricreative culturali;
13. eventuali prestazioni sanitarie in relazione alle specifiche esigenze dell'utenza ospitata, assimilabili alle forme di assistenza rese a domicilio.
14. La struttura deve avere almeno 20 mq. a posto letto di superficie complessiva
15. L'ente titolare della struttura adotta la Carta dei servizi ed elabora un proprio Progetto generale di Comunità con esplicito riferimento a:
16. finalità e obiettivi generali;

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" **Allegato 4**

17. tipo di prestazioni offerte;
18. articolazione organizzativa e figure professionali impegnate;
19. processi principali del servizio (ammissione, progettazione, dimissione, ecc);
20. metodologia di intervento;
21. organizzazione delle attività;
22. modalità di collegamento e coordinamento con la rete dei servizi e delle risorse del territorio;
23. piano di formazione degli operatori;
24. programma di valutazione e miglioramento della qualità.

25. L'organigramma del personale prevede le professionalità necessarie per lo svolgimento delle seguenti funzioni:
26. coordinamento del servizio;
27. assistenza educativa;
28. assistenza socio-sanitaria;
29. servizi generali.

I requisiti strutturali di cui sopra sono richieste per le strutture di nuova realizzazione. Per le Residenze del Progetto SAID ai sensi della DGR 203/2007, i requisiti strutturali sono quelli indicati dal Progetto per le residenze di fascia B recepito con la DGR 4296/1998.

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE attività di Comunità Alloggio per disabili, <u>8 posti letto</u>	
Educatore professionale	1
OSS	6

Per i requisiti di qualità, strutturali, tecnologici ed organizzativi dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso si fa riferimento all'atto d'intesa Stato Regioni del 05/08/1999, recante: "Determinazione dei Requisiti Minimi Standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accREDITAMENTO dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso" recepito con DGR n. 579 del 08/08/2006.

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" **Allegato 4****STRUTTURE RESIDENZIALI DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE**

Sono strutture residenziali che erogano prestazioni residenziali di tutela della salute mentale che possono essere affidate anche alla gestione del privato (sociale e/o imprenditoriale)

I Requisiti strutturali e tecnologici sono quelli di cui al DPR 14 gennaio 1997 così come recepite dalla DGR 133/1999 e della DGR 141/2009 nel rispetto delle normative in materia di tutela della salute dei lavoratori laddove è prevista la presenza, anche temporanea di figure professionali sanitarie e/o socio-sanitarie

Gli obiettivi sono quelli di fornire prestazioni sanitarie psichiatriche socio-riabilitative.

Accedono persone: bisognevoli di una riabilitazione di tipo psichiatrico:

Le strutture si suddividono in:

- A. Residenze ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale (residenze sanitarie terapeutico-riabilitative a rilevanza sociale;**
- B. Residenze socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitarie (residenze sociali a rilevanza sanitaria)**
- C. Residenze socio-sanitarie ad elevata integrazione sociale (Gruppi convivenza)**

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE PER TRATTAMENTI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI A CARATTERE INTENSIVO (RSP1):

Figure professionali	
Direttore sanitario	0,10
Medico specialista (Psichiatra)	0,40
Maestro d'arte	0,20
Infermiere Professionale	5
OSS	6
Psicologo	0,20
Terapista della riabilitazione psichiatrica o Educatore professionale	2
Assistente Sociale	0,20

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE PER TRATTAMENTI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI A CARATTERE ESTENSIVO (RSP2):

Figure professionali	
Direttore sanitario	0,10
Medico specialista (Psichiatra)	0,20
Maestro d'arte	0,20
Infermiere Professionale	3
OSS	5
Psicologo	0,20
Terapista della riabilitazione psichiatrica o Educatore professionale	2
Assistente Sociale	0,20

I REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE SOCIO-RIABILITATIVI PER INTERVENTI DI MANTENIMENTO E SUPPORTO SOCIALE (RSP3) MODULI FINO A 6 P.L.:

Figure professionali	*
Psicologo	0,20

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" **Allegato 4**

Assistente Sociale	0,20

*in aggiunta al personale sanitario del CSM di competenza

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

1. La struttura deve essere localizzata in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano
2. La struttura deve essere organizzata in moduli di massimo 20 posti letto (6 per i gruppi convivenza o gruppi appartamento). Le Strutture già esistenti che intendono riconvertirsi, devono farlo rispettando una organizzazione in moduli di 20 posti letto (6 per gruppi convivenza o gruppi appartamento).

AMBIENTI COMUNI

3. Gli spazi per i servizi generali devono comprendere:
 - a) spogliatoio per il personale con servizi igienici;
 - b) Cucina, dispensa opportunamente dimensionata secondo le norme vigenti e le Linee Guida per la Sicurezza Alimentare;
 - c) lavanderia opportunamente dimensionata secondo le norme vigenti
4. locali comuni, anche ad uso polivalente, per soggiorno, attività occupazionali, ecc
5. servizi igienici, collegati agli spazi comuni
6. Per l'erogazione di prestazioni sanitarie devono essere presenti:
 - a) locale ambulatorio/infermeria con servizio igienico
 - b) armadi idonei alla conservazione dei farmaci
7. la struttura deve possedere i requisiti strutturali previsti dalla DGR 141/2009
8. Deve essere presente impianto di allarme/chiamata in ogni camera di degenza.
9. L'arredo della stanza deve comprendere:
 - a) comodino
 - b) armadio/guardaroba singolo con chiave
 - c) sedia
 - d) luce personale
10. Devono essere presenti:
 - a) luci di emergenza notturne
 - b) linea telefonica a disposizione degli ospiti, anche con apparecchi mobili cordless
11. Deve essere prevista una procedura che regolamenti le collaborazioni con le associazioni di volontariato per attività di supporto, socializzazione e di interazione con le risorse del territorio
12. Deve essere garantita la valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e durante il ricovero con cadenza temporali programmate;
13. Per ogni paziente deve essere redatto un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati
14. devono essere elaborate procedure e linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'équipe
15. Deve essere garantita la raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della struttura
16. Collegamenti funzionali ed organizzativi (protocolli/procedure) con la più vicina struttura ospedaliera dotata di pronto soccorso e rianimazione
17. Registro di carico e scarico di tutto il materiale in uso con le relative scadenze
18. Devono essere assicurate la trasmissioni dei flussi informativi di attività secondo le specifiche ed i tracciati record dettati a livello regionale
19. Procedure per:
 - a. la gestione delle emergenze
 - b. il bagno e la doccia
 - c. l'igiene orale
 - d. l'igiene a letto
 - e. per la somministrazione di farmaci
 - f. la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale

N.B: Le funzioni di cucina, pulizie possono essere esternalizzate. Qualora tali funzioni sono gestite dalla struttura dovrà essere presente personale in numero adeguato alle mansioni e in aggiunta agli standard indicati.

**SERVIZI RESIDENZIALI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI,
 SERVIZI SEMIRESIDENZIALI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI,
 SERVIZI RESIDENZIALI PEDAGOGICO-RIABILITATIVI,
 SERVIZI SEMIRESIDENZIALI PEDAGOGICO-RIABILITATIVI,
 SERVIZI DI TRATTAMENTO SPECIALISTICI PER LE
 ALCOLDIPENDENZE,
 SERVIZI DI TRATTAMENTO SPECIALISTICI PER LA
 COMORBILITA' PSICHIATRICA,
 CENTRI DIURNI A BASSA SOGLIA ED UNITA' DI STRADA PER
 PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE D'ABUSO**

Servizi terapeutico - riabilitativi

I servizi terapeutico riabilitativi sono definiti dalla possibile erogazione delle seguenti prestazioni: - accoglienza di pazienti con caratteristiche predefinite; accoglienza di pazienti sottoposti a trattamenti farmacologici con agonisti o sintomatici; - valutazione diagnostica multidisciplinare; - attuazione di un programma terapeutico dettagliatamente descritto e personalizzato, di durata non superiore, di norma, a ventiquattro mesi (fatti salvo gli utenti con provvedimenti dell'autorità giudiziaria), con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente, ed eventuali modifiche; - consulenza e supporto psicologico individuale e/o di gruppo, effettuati in maniera continuativa e, se indicata, attività di psicoterapia strutturata, individuale e di gruppo, con cadenza adeguata alle necessità dei singoli utenti; - gestione delle problematiche mediche generali, adeguata alla tipologia e gravità delle problematiche dei singoli pazienti e, comunque, con disponibilità di personale per almeno tre ore alla settimana. Il funzionamento è permanente nell'arco delle 24 ore per 365 giorni, se a carattere residenziale e non inferiore a 8 ore, per 6 giorni la settimana, se a carattere semiresidenziale.

REQUISITI ORGANIZZATIVI minimi per l'accreditamento di strutture di Trattamento residenziali e semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso COMUNITA' TERAPEUTICO-RIABILITATIVA RESIDENZIALE in un modulo di 10 posti letto (se la capacità ricettiva supera i 10 posti letto deve essere aggiunto un Assistente sociale o Educatore Professionale o Educatore di Comunità Terapeutica per tossicodipendenti - D.G.R. N^ 3856 del 29/12/1999 – ogni 10 utenti a partire dal terzo) durata del programma terapeutico personalizzato di norma non superiore ai 24 mesi (fatti salvo gli utenti con provvedimenti dell'autorità giudiziaria):	
Figure professionali	
Responsabile di programma	1 (36 ore settimanali)
Medico	0,09 (3 ore settimanali)
Psicologo	0,28 (10 ore settimanali)
Assistente sociale o Educatore Professionale o Educatore di Comunità Terapeutica per tossicodipendenti (D.G.R. N^ 3856 del 29/12/1999)	1 (36 ore settimanali)
Operatore Socio-Sanitario o Operatore Tecnico Addetto alle Comunità per Tossicodipendenti (D.G.R. N^ 3137 del 7/9/1999)	1 (36 ore settimanali)

Servizi pedagogico/riabilitativi

I servizi pedagogico/riabilitativi sono definiti dalla possibile erogazione delle seguenti prestazioni: - accoglienza di pazienti con caratteristiche predefinite, che non assumono sostanze d'abuso; ove ritenuti idonei al programma e, comunque, in assenza di controindicazioni, accoglienza di pazienti sottoposti a trattamenti farmacologici con agonisti o sintomatici; - valutazione diagnostica multidisciplinare; - attuazione di un programma pedagogico/riabilitativo predefinito e personalizzato di durata, di norma, non superiore a ventiquattro mesi (fatti salvo gli utenti con provvedimenti dell'autorità giudiziaria), con obiettivo centrato

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" **Allegato 4**

sul ripristino delle capacità di integrazione sociale e sul miglioramento della vita di relazione e metodologia di tipo pedagogico-educativo, con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente, ed eventuali modifiche; - ove indicati, consulenza e supporto psicologico individuale e/o di gruppo, effettuati in maniera continuativa; - ove indicato, supporto medico per le problematiche sanitarie presenti nel periodo di osservazione. Il funzionamento è permanente nell'arco delle 24 ore per 365 giorni, se a carattere residenziale e non inferiore a 8 ore, per 6 giorni la settimana, se a carattere semiresidenziale.

REQUISITI ORGANIZZATIVI minimi per l'accreditamento di strutture di Trattamento residenziali e semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso COMUNITA' PEDAGOGICO-RIABILITATIVA RESIDENZIALE in un modulo di 10 posti letto (se la capacità ricettiva supera i 10 posti letto deve essere aggiunto un Assistente sociale o Educatore Professionale o Educatore di Comunità Terapeutica per tossicodipendenti - D.G.R. N^ 3856 del 29/12/1999 – ogni 10 utenti a partire dal terzo) durata del programma terapeutico personalizzato di norma non superiore ai 24 mesi (fatti salvo gli utenti inseriti a seguito di provvedimenti dell'autorità giudiziaria):

Figure professionali	
Responsabile di programma	1 (36 ore settimanali)
Assistente sociale o Educatore Professionale o Educatore di Comunità Terapeutica per tossicodipendenti (D.G.R. N^ 3856 del 29/12/1999)	1 (36 ore settimanali)
Operatore Socio-Sanitario o Operatore Tecnico Addetto alle Comunità per Tossicodipendenti (D.G.R. N^ 3137 del 7/9/1999)	1 (36 ore settimanali)

Servizi di trattamento specialistici**SERVIZI DI TRATTAMENTO SPECIALISTICI PER LE ALCOLDIPENDENZE**

Il programma terapeutico-riabilitativo per il trattamento delle alcol dipendenze deve garantire i seguenti servizi e prestazioni: Valutazione psico-sociale e diagnostica multidisciplinare effettuata dal personale della ASP e dagli operatori dell'ente accreditato. Attuazione di un programma terapeutico predefinito e personalizzato concordato dall'equipe terapeutica integrata (Comunità, Ser.T. e Alcologia) e con l'utente. Monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente ed eventuali modifiche ed integrazioni del programma terapeutico, ove necessario. Supporto psicologico individuale e di gruppo. Gestione delle problematiche mediche generali, adeguate alla tipologia e gravità dei singoli pazienti. Gestione delle problematiche specialistiche (di tipo medico e non) anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio.

REQUISITI ORGANIZZATIVI minimi per l'accreditamento di strutture di Trattamento residenziali e semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso COMUNITA' TERAPEUTICO-RIABILITATIVA RESIDENZIALE PER ALCOLDIPENDENTI in un modulo di 10 posti letto (capienza massima 15posti letto), durata del programma terapeutico personalizzato di norma non superiore ai 18 mesi (fatti salvo gli utenti con provvedimenti dell'autorità giudiziaria).

Figure professionali	
Responsabile di programma	1 (36 ore settimanali)
Medico Psichiatra	0,12 (4 ore settimanali)
Psicologo	0,34 (12 ore settimanali)
Assistente sociale o Educatore Professionale o Educatore di Comunità Terapeutica per tossicodipendenti (D.G.R. N^ 3856 del 29/12/1999)	1 (36 ore settimanali)
Operatore Socio-Sanitario o Operatore Tecnico Addetto alle Comunità per Tossicodipendenti (D.G.R. N^ 3137 del 7/9/1999)	1 (36 ore settimanali)

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" **Allegato 4****SERVIZI DI TRATTAMENTO SPECIALISTICI PER LA COMORBILITA' PSICHIATRICA**

I servizi di trattamento specialistico residenziali per la comorbilità psichiatrica sono definiti dalle seguenti prestazioni: accoglienza di pazienti con caratteristiche predefinite, particolare problematicità di gestione e/o di trattamento medico/psicoterapeutico, in particolare pazienti con comorbilità psichiatrica; valutazione diagnostica multidisciplinare, eventualmente effettuata da personale del servizio pubblico; gestione delle problematiche specialistiche, anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio. La durata del programma può essere variabile e ripetibile: nelle fasi di remissione dei sintomi si può avere la dimissione, con una ripresa in carico durante le acuzie.

REQUISITI ORGANIZZATIVI minimi per l'accreditamento di strutture di Trattamento residenziali e semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso COMUNITA' TERAPEUTICO-RIABILITATIVA RESIDENZIALE PER COMORBILITA' PSICHIATRICA in un modulo di massimo 15 posti letto. La durata del programma può essere variabile e ripetibile: nelle fasi di remissione dei sintomi si può avere la dimissione, con una ripresa in carico durante le acuzie.	
Figure professionali	
Responsabile di programma	1 (36 ore settimanali)
Medico Psichiatra	0,42 (15 ore settimanali)
Psicologo/psicoterapeuta	0,28 (10 ore settimanali)
Infermiere Professionale	0,28 (10 ore settimanali)
Assistente sociale o Educatore Professionale o Educatore di Comunità Terapeutica per tossicodipendenti (D.G.R. N^ 3856 del 29/12/1999) - è possibile utilizzare tutte le figure professionali sopra previste	2 (36 ore settimanali)
Operatore Socio-Sanitario o Operatore Tecnico Addetto alle Comunità per Tossicodipendenti (D.G.R. N^ 3137 del 7/9/1999)	2 (36 ore settimanali)

CENTRI DIURNI A BASSA SOGLIA

Il Servizio Centro Diurno a bassa soglia deve comprendere le seguenti aree di prestazioni da assicurare agli ospiti:

Accesso non selezionato di soggetti; Attuazione di un programma terapeutico predefinito e personalizzato concordato dall'equipe terapeutica integrata (comunità e ser.t.) e con l'utente; Monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente ed eventuali modifiche ed interventi di miglioramento del programma terapeutico, ove necessario.

La durata dell'ap permanenza nella struttura non è quantificabile in termini temporali in quanto "sosta protetta" e quindi tempo "intermedio" necessario per la ricerca di soluzioni più adeguate e congrue con la storia e le problematiche della persona accolta.

Il Servizio Centro diurno a bassa soglia deve funzionare almeno 8 ore al giorno, per cinque giorni la settimana.

REQUISITI ORGANIZZATIVI minimi per l'accreditamento di strutture di Trattamento residenziali e semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso CENTRO DIURNO A BASSA SOGLIA in un modulo di 10 (massimo 20 posti)	
Figure professionali	
Responsabile di programma	1 (36 ore settimanali)
Educatore Professionale o Educatore di Comunità Terapeutica per tossicodipendenti (D.G.R. N^ 3856 del 29/12/1999)	1 (36 ore settimanali)

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" **Allegato 4****UNITA' DI STRADA**

Le unità di Strada hanno l'obiettivo fondamentale della tutela della vita, della tutela della salute, della qualità della vita sociale dei consumatori e tossicodipendenti attivi.

Per la popolazione affetta da dipendenze patologiche: riduzione del rischio di contagio da virus dell'HIV e di altre malattie trasmissibili, anche attraverso la distribuzione di materiale sterile e altri presidi (siringhe monouso, preservativi); riduzione del rischio di morte per overdose, anche attraverso la distribuzione di narkan; riduzione dei rischi sanitari correlati al consumo di sostanze per via endovenosa e informazione sul primo soccorso nei casi d'intossicazione da sostanze legali ed illegali; riduzione dei rischi sociali correlati al consumo di sostanze illegali (emarginazione, isolamento, carcerazione, perdita di reti sociali), attraverso attività di counseling, sostegno e accompagnamento verso i servizi socio-assistenziali e sanitari; educazione socio sanitaria (uso sicuro di droghe e sesso sicuro); primo contatto, aggancio, stabilizzazione della relazione, invio ai servizi; osservazione e monitoraggio sui cambiamenti degli stili del consumo e delle dinamiche del mercato; mappatura del territorio dal punto di vista del consumo di sostanze d'abuso.

REQUISITI ORGANIZZATIVI minimi per l'accreditamento di strutture di Trattamento residenziali e semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso UNITA' DI STRADA: (per le strutture precedentemente autorizzate al funzionamento/accreditate valgono i requisiti di cui all'allegato 8.24 del Regolamento Regionale n. 13/2009).

Figure professionali

Educatore Professionale o Educatore di Comunità Terapeutica per tossicodipendenti (D.G.R. N° 3856 del 29/12/1999)

3 (36 ore settimanali)

Il responsabile è individuato in uno dei tre educatori professionali o educatori di comunità terapeutica per tossicodipendenti (D.G.R. N° 3856 del 29/12/1999) dell'unità di strada almeno che questa funzione non sia assegnata ad un responsabile di programma condiviso con più sedi facenti capo al medesimo ente.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

1. La struttura deve essere localizzata in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano;
2. La struttura deve garantire l'adeguata dimensione e articolazione degli spazi all'interno del servizio in rapporto al numero degli ospiti;

AMBIENTI COMUNI

3. Gli spazi per i servizi generali devono comprendere:
 - d) Spazi adibiti per il personale con servizi igienici;
 - e) Cucina, dispensa opportunamente dimensionata secondo le norme vigenti e le Linee Guida per la Sicurezza Alimentare;
 - f) lavanderia opportunamente dimensionata secondo le norme vigenti;
4. locali comuni, anche ad uso polivalente, per soggiorno, attività occupazionali, ecc..
5. servizi igienici, collegati agli spazi comuni;
6. Per l'erogazione di prestazioni sanitarie devono essere presenti:
 - a) locale infermeria;
 - b) armadi idonei alla conservazione dei farmaci;
7. Deve essere presente impianto di allarme/chiamata in ogni camera di degenza.
8. Per ogni paziente deve essere redatto un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati
9. devono essere elaborate procedure e linee guida che regolamentano le modalità di erogazione dell'assistenza nel rispetto delle logiche dell'équipe
10. Deve essere garantita la raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della struttura
11. Devono essere assicurate la trasmissioni dei flussi informativi di attività secondo le specifiche ed i tracciati record dettati a livello regionale
12. Procedure per:
 - g. la gestione delle emergenze
 - h. per la somministrazione di farmaci

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) (MATTONE 13)

Premessa

In premessa deve specificarsi come, per concretizzare una reale governance del sistema di offerta territoriale (residenziale/domiciliare) le prestazioni domiciliari potranno essere garantite per le strutture già accreditate per l'erogazione di prestazioni residenziali (RSA e CP per anziani – RSA e CP per disabili – Strutture di REE).

Finalità assistenziali

La mission assistenziale è quella di garantire le prestazioni di assistenza domiciliare di cui al DPGR n°12/2011, così per come definite e secondo le modalità di cui al DPCM del 29 novembre 2001 ed al DPCM del 14 febbraio 2001.

In particolare dovranno essere garantite le prestazioni, di competenza del SSR, relative alle:

- Cure Domiciliari Integrate (CDI) di:
 - ✓ Primo Livello
 - ✓ Secondo Livello
 - ✓ Terzo Livello
- Cure Domiciliari Palliative (CDP)
- Cure Domiciliari Prestazionali Occasionali (CDPO)

Nello specifico dovrà essere garantita la presa in carico degli assistiti che le unità di valutazione multidimensionale (UVM), operanti nei distretti sociosanitari della Regione, valutano come eleggibili nell'ambito delle Cure Sanitarie Domiciliari (CSD).

Le attività assistenziali di che trattasi dovranno essere garantite, qualora ne ricorrano le condizioni, in integrazione con quelle socio tutelari in capo ai comuni in forma singola o associata.

Le prestazioni da erogare sono quelle riconducibili a:

- All'attività educativo-relazionale-ambientale
- Ai trattamenti farmacologici e di mantenimento dell'omeostasi
- Alla funzione respiratoria
- Alla funzione alimentare
- Alle funzioni escretorie
- Al trattamento delle lesioni cutanea
- Ai trattamenti riabilitativi
- All'attività di programmazione

indicate negli allegati 2 – 3 – 4 di cui al DPGR n°12/2011, comunque eseguibili dalle figura professionali di cui al requisito organizzativo di seguito specificato, e con esclusione di quelle medico-specialistiche di stretta competenza distrettuale/aziendale.

Percorso assistenziale – tempi e modalità di erogazione del PAI

Il complessivo percorso assistenziale, senza comunque perdere di vista la sottesa logica di processo, può essere suddivisa in fasi, alcune delle quali di esclusiva pertinenza distrettuale.

- a. Fase di ricezione della richiesta: avviene con le modalità di cui al DPGR n°12/2011 presso il Punto Unico di Accesso del distretto di residenza del cittadino.

- b. Fase della valutazione multidimensionale: viene curata dall'UVM distrettuale che provvede ad elaborare il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). Su richiesta del distretto/azienda sanitaria, può essere richiesta la partecipazione dell'erogatore anche nella fase di valutazione domiciliare correlata alle eventuali proroghe dei piani assistenziali.

Il PAI definisce:

- Durata della presa in carico (data di inizio e data di fine trattamento, data per eventuali valutazioni intermedie)
 - Prestazioni da erogare al domicilio del paziente con indicazione di:
 - Tipologia di prestazione (come da elenco allegato al DPGR n. 12/2011)
 - Figura professionale deputata all'erogazione
 - Frequenza con cui la prestazione dev'essere erogata (solitamente definita su base settimanale con eventuali indicazione dell'orario di accesso al domicilio sempre distinto per figure professionali)
- c. Fase della trasmissione del PAI all'erogatore: Il PUA trasmette il PAI all'erogatore con l'utilizzo del sistema informativo integrato nella piattaforma Sigemona.
- d. Fase della pianificazione degli interventi: l'erogatore è tenuto a predisporre un documento di pianificazione degli interventi assistenziali da erogare a ciascun singolo paziente preso in carico, con indicazione del professionista deputato all'erogazione delle prestazioni.
- e. Fase dell'erogazione del PAI: l'erogatore, ordinariamente entro 24 ore dall'invio del PAI e comunque non oltre le 48 ore, avvia l'erogazione delle prestazioni così per come definite in sede di valutazione. In caso di dimissione protetta la latenza tra richiesta e presa in carico si riduce a 12 ore. L'erogatore è tenuto ad una pedissequa osservanza dal PAI (tipologia/frequenza di erogazione delle prestazioni e durata del PAI) ed alla compilazione del diario clinico domiciliare (anche su supporto informatico attraverso l'applicazione del sistema informativo regionale). L'erogatore è altresì tenuto a segnalare tempestivamente al Servizio di Cure Sanitarie Domiciliari del distretto qualsivoglia notizia inerente le condizioni degli assistiti in carico.
- f. Flessibilità operativa: nel caso in cui le mutate esigenze assistenziali impongano urgenti modifiche del PAI, l'erogatore è tenuto a garantire le correlate prestazioni con immediatezza.
- g. Fase della rivalutazione: entro i 10 giorni antecedenti la data di fine trattamento, l'erogatore è tenuto ad esibire al distretto di residenza dell'assistito relazione clinica, completa degli obiettivi assistenziali raggiunti e di eventuale proposta di nuovo PAI per la prosecuzione dell'assistenza, se ritenuto necessario. Alla data prefissata e riportata nel PAI, l'erogatore è tenuto a partecipare alla seduta dell'UVM distrettuale finalizzata alla rivalutazione del caso.
- h. Chiusura del caso: per intervenuto decesso e/o dimissione del paziente dal servizio, l'erogatore è tenuto ad inviare dettagliata relazione clinico-assistenziale unitamente a tutti gli atti che l'Azienda dovesse ritenere necessari.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Si chiarisce come nella tabella che segue viene definita la tipologia delle figure professionali necessarie indicando la quantità solo ed esclusivamente delle figure di coordinamento. Le figure professionali impegnate nell'assistenza devono ovviamente essere commisurate alla garanzia degli standard operativi e del numero di trattamenti che, per il tramite di accordo contrattuale ex art. 8 quinquies, le Aziende Sanitarie delegheranno all'erogatore. Nello specifico si sottolinea come lo schema tipo di contratto dovrà evidentemente specificare numero di trattamenti correlati al livello di intensità assistenziale di cui al DPGR n.12/2011

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" **Allegato 4****Requisiti di Assistenza**

Centrale Operativa: h 24.

La centrale operativa dispone di un servizio di call centre h24, garantito da personale infermieristico opportunamente formato. Presso la centrale operativa operano il coordinatore medico ed il coordinatore infermieristico.

Figure professionali previste in funzione del PAI e tempo medio in minuti per accesso domiciliare.

Profilo di Cura	Intensità Assistenziale	Durata Trattamento	Impegno Assistenziale
CD Prestazionali (Occasionali o cicliche programmate)			Infermiere (15-30') Professionisti della Riabilitazione(30')
CD Integrate di Primo Livello	Fino a 0,30	180 giorni	Infermiere (30') Professionisti della Riabilitazione (45') Operatore sociosanitario (60')
CD Integrate di Secondo Livello	Fino a 0,50	180 giorni	Infermiere (30-45') Professionisti della Riabilitazione(45') Operatore sociosanitario (60-90')
CD Integrate di Terzo Livello	Superiore a 0,50	90 giorni	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione(60') Operatore sociosanitario (60-90')
Cure Palliative malati terminali	Superiore a 0,60	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione(60') Operatore sociosanitario (60 - 90')

REQUISITI ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'ACCREDITAMENTO DI EROGATORI DI ADI	
Figure professionali	
Medico coordinatore	//
Coordinatore infermieristico	1
Psicologo	1
Assistente sociale	0,5
Infermiere Professionale	2
Terapista della Riabilitazione	//
Logopedista	//
OSS	//
Medico coordinatore	//

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

La sede operativa oltre ad accogliere il call centre deve disporre di spazi sufficienti per il coordinamento e la pianificazione delle attività. Devono essere, altresì, presenti locali per il personale dotati di adeguati servizi, deposito farmaci e dispositivi medici.

Standard del servizio

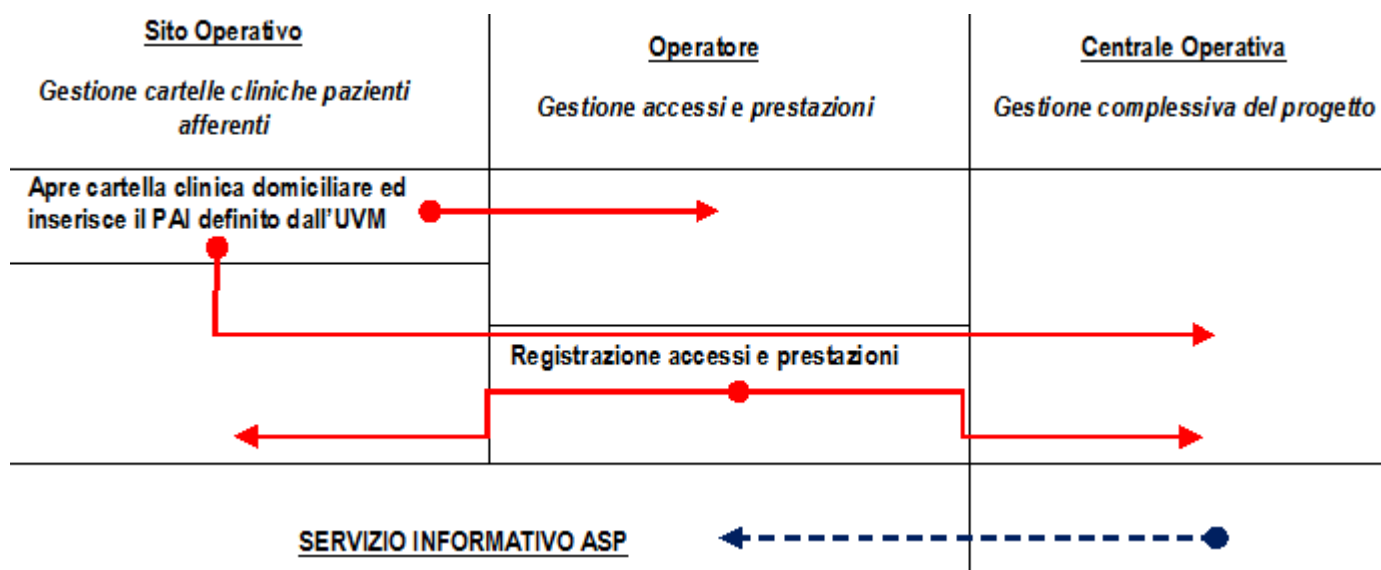
L'erogatore deve garantire le prestazioni così per come definite nel PAI approntato in sede di valutazione multidimensionale, assicurando un'attività h 12 (8-20) per 7 giorni/settimana. Dev'essere altresì garantita una reperibilità infermieristica dalle 20.00 alle 8.00 di tutti i giorni ed una disponibilità telefonica h 24 attraverso la centrale operativa.

Si richiama quanto già definito al punto 2 in tema di tempi e modalità di erogazione del PAI.

Requisiti ulteriori

L'erogatore è tenuto alla gestione in tempo reale della cartella clinica domiciliare informatizzata che offre la possibilità di gestire anche le schede di valutazione afferenti alla SVAMA. Il sistema consente all'operatore di disporre sul supporto hardware del PAI del paziente con le prestazioni da erogare al domicilio.

L'erogatore, quindi, è obbligato all'utilizzo del sistema informativo regionale già attivo sulla piattaforma Sigemona.



REQUISITI PER ACCREDITAMENTO STRUTTURE DEPUTATE AL TRATTAMENTO DOMICILIARE DI PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO (SV O DI MINIMA COSCIENZA (SMC) (MATTONE 13)

Premessa

Il Patto per la Salute 2014-2016, nell'ambito della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, prevede espressamente che le Regioni provvedano "a definire soluzioni sia di assistenza domiciliare integrata, che di assistenza residenziale in speciali unità di accoglienza permanente" finalizzate a "migliorare la qualità dell'assistenza delle persone in condizioni di stato vegetativo e stato di minima coscienza nella fase degli esiti", appare opportuno definire, nell'ambito dei criteri di accreditamento dell'assistenza domiciliare, specifici criteri necessari a garantire tale sublivello assistenziale su tutto l'ambito regionale.

A tale scopo verranno definiti i seguenti punti:

1. Definizione tipologia di pazienti da assistere;
2. Criteri di eleggibilità attraverso strumenti di valutazione multidimensionale;
3. Percorso assistenziale;
4. Identificazione requisiti organizzativi e tecnologici;
5. Identificazione, attraverso l'individualizzazione dei fattori produttivi, di una proposta di tariffa.

1) Definizione tipologia di pazienti da assistere

Persone non autosufficienti in stato vegetativo o di minima coscienza cronici anche con vigilanza fluttuante, con diversa eziologia.

2) Criteri di eleggibilità attraverso strumenti di valutazione multidimensionale

Per l'eleggibilità i pazienti saranno valutati secondo la Coma Recovery Scale-Revised (CRS –r). Verranno svolte anche le seguenti valutazioni:

1. Valutazione completa delle condizioni cliniche del paziente;
2. Valutazione del dolore con Nociception Coma Scale (NCS).
3. Valutazione del carico assistenziale del paziente;

Sulla base della valutazione multidimensionale i pazienti vengono altresì suddivisi in tre classi in ragione del ricorrere di alcune condizioni cliniche e assistenziali:

- Classe A: Pazienti con lesioni da decubito;
- Classe B: Pazienti con tracheostomia;
- Classe C: Pazienti con o senza PEG (Gastrostomia perendoscopia).

3) Percorso assistenziale

Il percorso assistenziale che viene qui definito è sovrapponibile a quello che contraddistingue, con le opportune specifiche e modulazioni, l'assistenza domiciliare, peraltro direttamente derivata dalle indicazioni DPGR n 12 del 2011.

1) Modalità di accesso.

La richiesta viene avanzata direttamente al punto unico di accesso del distretto di residenza in nome e per conto del paziente;

Sono previste le seguenti fasi:

a) Fase della valutazione multidimensionale:

Viene curata, attraverso l'utilizzo degli strumenti di valutazione multidimensionale identificati al punto precedente, dall'UVM distrettuale integrata dalla presenza di personale dell'erogatore accreditato. L'UVM deve altresì verificare la presenza di eventuali limiti o barriere culturali e

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" **Allegato 4**

strutturali che possano impedire la presa in carico dell'assistito. L'UVM provvede quindi ad elaborare il Piano Assistenziale Individualizzato che deve espressamente prevedere:

- i) Identificazione del livello di intensità assistenziale;
- ii) Durata della presa in carico;
- iii) Prestazioni da erogare al domicilio del paziente con indicazione:
 - (1) della tipologia di prestazioni con riferimento specifico a quelle che deve svolgere sia l'erogatore accreditato sia il SSN;
 - (2) della/delle figure professionali deputate all'erogazione delle singole prestazioni;
 - (3) della frequenza con cui la prestazione deve essere erogata.

Nella fattispecie il subpiano assistenziale svolto dall'erogatore deve contenere i seguenti elementi costitutivi:

- i) Accessi assistenti domiciliari;
 - ii) Accessi medico specialista della struttura accreditata;
 - iii) Prestazioni di telemonitoraggio dei parametri vitali;
 - iv) Teleconsulto;
 - v) Informazione e supporto per medico di medicina generale;
 - vi) Formazione specifica per infermieri professionali e terapisti delle riabilitazioni domiciliari.
- b) Fase della trasmissione del PAI all'erogatore da parte del PUA;
- c) Fase della pianificazione degli interventi assistenziali che l'erogatore è tenuto a prestare per ogni singolo paziente;
- d) Training per i familiari e care giver;
- e) Fase dell'erogazione del PAI:

L'erogatore entro 1 settimana avvia l'erogazione delle prestazioni così per come definite in sede di valutazione;
- f) Eventuale ricovero di sollievo: il ricovero di sollievo deve essere erogato a richiesta del care giver, previa valutazione della competente UVM (da realizzare in tempi coerenti con l'eventuale situazione di emergenza personale o assistenziale) che ne definisce la durata direttamente dalla struttura ospedaliera accreditata per l'ADI, in lungodegenza specializzata in tale ambito (cod. 60).

REQUISITI ORGANIZZATIVI, TECNOLOGICI E STRUTTURALI

I requisiti per l'accreditamento di una struttura per svolgere ADI per SV o SMC vengono riportati nella seguente tabella:

Parametro	Requisito	
Accessi Assistenti Domiciliari Stato Vegetativo (ADOSV)	Capacità di fornire Assistenti domiciliari formati	Assistente Domiciliare Stato Vegetativo adeguatamente formato
Accessi Medico specialista	Capacità di fornire medico con esperienza con pazienti in SV o MSC da almeno tre anni	• 2 medici con documentata esperienza almeno di 2 anni con pz in stato vegetativo o di minima coscienza
Monitoraggio automatizzato dei parametri vitali	Dotazione dell'apparecchiatura necessaria, ivi comprese le parti software e quelle hardware da	• attrezzature e strumentazioni informatiche per

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" **Allegato 4**

	software e quelle hardware da collocare a casa del paziente	centralizzazione servizi di monitoraggio automatizzato dei parametri vitali • piattaforma telematica per monitoraggio • sensoristica per monitoraggio
Teleconsulto	Dotazione dell'apparecchiatura necessaria, ivi comprese le parti software e quelle hardware da collocare a casa del paziente	• piattaforma telematica per teleconsulto
Dotazione organica	Supportare i familiari per affrontare il peso assistenziale.	• 3 medici di cui 1 sempre presente nella struttura accreditata • 1 service manager • 1 coordinatore • 1 sistemista • 1 assistente sociale • 1 amministrativo
Attività formative	Capacità di erogare formazione specialistica alle diverse figure professionali per il trattamento di pazienti in stato vegetativo o di minima coscienza	• Medici con documentata esperienza almeno di 2 anni con pz in stato vegetativo o di minima coscienza • Sistemista con comprovata esperienza in gestione di strumenti ICT finalizzati al monitoraggio automatizzato dei parametri vitali e al teleconsulto • Assistente sociale con documentata esperienza almeno di 2 anni con pz in stato vegetativo o di minima coscienza • Infermiere professionale con documentata esperienza almeno di 2 anni con pz in stato vegetativo o di minima coscienza • Fisioterapista professionale con documentata esperienza almeno di 2 anni con pz in stato vegetativo o di minima coscienza

DIPARTIMENTO "TUTELA DELLA SALUTE E POLITICHE SANITARIE" **Allegato 4**

Categorie di Costo	Voci di Costo
Assistenza domiciliare	Medico
	Infermiere
	Terapista
	Assistente domiciliare
Unità operativa di monitoraggio	Personale e spese generali
	Tecnologie, Arredi e Opere murarie
Dispositivi e ausili	Dispositivi e ausili previsti dal SSN
	Dispositivi e ausili specifici per pazienti in SV e SMC
Alimentazione e materiale di consumo	Alimentazione e materiali di consumo previsti dal SSN
	Materiali di consumo medicali per le visite a domicilio
Attività formativa e di aggiornamento	Docenze
	Logistica per partecipanti al corso

REGIONE CALABRIA
DCA n. 15 del 04 FEB. 2016

OGGETTO: Programma operativo 2013-2015 – Azione/Intervento P7.1.3) - Definizione delle tariffe provvisorie a seguito della modifica del Regolamento Regionale n. 13/2009;

IL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

VISTO l'articolo 120 della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 Giugno 2003, n.131;

VISTO l'articolo 4, commi I e 2, del D.L. 1° Ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 Novembre 2007, n. 222;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, firmato tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle finanze e il Presidente p.t. della Regione in data 17 dicembre 2009, poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

RICHIAMATA la Deliberazione del 30 Luglio 2010, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Presidente pro tempore della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario di detta Regione e sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare;

RILEVATO che il sopra citato articolo 4, comma 2, del D.L. n. 159/2007, al fine di assicurare la puntuale attuazione del Piano di rientro, attribuisce al Consiglio dei Ministri – su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni - la facoltà di nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più sub commissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

VISTO l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il quale dispone che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della predetta legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale.

VISTI gli esiti delle riunioni di verifica dell'attuazione del Piano di rientro, da ultimo della riunione del 28 ottobre e del 12 novembre 2014 con particolare riferimento all'adozione del Programma operativo 2013-2015;

VISTO il Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) e, in particolare l'articolo 12 di detta Intesa;

VISTA la legge 23 dicembre 2014, n. 190 (in particolare, l'articolo 1, commi da 569 a 572) che recepisce quanto disposto dal Patto per la salute 2014-2015, di cui alla citata Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) statuendo che la nomina a Commissario *ad acta* per cui è deliberazione è incompatibile con qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento;

VISTA la nota prot. n.298/UCL397 del 20 marzo 2015 con la quale il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha trasmesso alla Regione Calabria la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 con la quale è stato nominato l'Ing. Massimo Scura quale Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;

VISTA la medesima Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015 con la quale è stato nominato il Dott. Andrea Urbani *sub* Commissario unico per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

RILEVATO che con l'anzidetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare e attuare i Programmi operativi e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza,

appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:

1. adozione del provvedimento di riassetto della rete ospedaliera, coerentemente con il Regolamento sugli standard ospedalieri di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e con i pareri resi dai Ministeri affiancanti, nonché con le indicazioni formulate dai Tavoli tecnici di verifica;
2. monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
3. adozione del provvedimento di riassetto della rete dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
4. adozione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto specificamente previsto dal Patto per la salute 2014-2016;
5. razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
6. razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
7. interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
8. definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipulazione del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 15, comma 17, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012;
9. completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
10. attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
11. interventi sulla spesa relativa alla medicina di base;
12. adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
13. rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
14. tempestivo trasferimento delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale;
15. conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria;
16. puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192/2012;

DATO ATTO che:

- l'art. 11 della Legge Regionale n. 24 del 18 luglio 2008 e s.m.i. recante "*Norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private*" ed in particolare il comma 5, prevedeva, entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della legge medesima, l'adozione di uno specifico regolamento regionale con atto deliberativo della Giunta Regionale, che definisse i requisiti di qualità, strutturali, tecnologici ed organizzativi necessari per l'accreditamento, nonché i sistemi di controllo sulla permanenza dei requisiti stessi e le modalità e i termini per la richiesta di accreditamento, da parte delle strutture pubbliche e private, previo parere della Commissione consiliare competente da esprimersi entro 15 giorni dalla data di assegnazione del provvedimento;
- in attuazione del suddetto disposto normativo, veniva approvato il Regolamento Regionale n.13 dell'1 settembre 2009, in materia di autorizzazione e accreditamento istituzionale, delle strutture sanitarie e socio-sanitarie regionali, pubblicato sul BURC n.16 Sup. Straord. n. 2 del 10 Settembre 2009;
- il citato regolamento stabiliva i nuovi requisiti tecnologici, organizzativi e strutturali delle strutture sanitarie private e prevedeva, nell'ambito del paragrafo intitolato "*Condizioni e specifiche generali*", la definizione delle tariffe "*in base sia ai requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici che al tipo di contratto collettivo nazionale di lavoro di categoria che sarà applicato*";

PRESO ATTO che le associazioni di categoria, in qualità di rappresentanti delle strutture erogatrici di prestazioni di assistenza extra-ospedaliera sanitaria e socio-sanitaria, nel periodo successivo alla pubblicazione del summenzionato Regolamento, instauravano un Tavolo Tecnico con il Dipartimento Tutela della Salute, al fine di addivenire al calcolo corretto delle rette per ogni tipologia di prestazione;

- dopo diversi incontri, nei quali si provvedeva ad effettuare i calcoli di tutti i costi sopportati in relazione ai requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali imposti dal Regolamento n. 13/2009 per ogni tipologia di struttura, le suddette Associazioni ed i tecnici del Dipartimento Tutela della salute addivenivano ad un accordo, formalizzato in un verbale sottoscritto in data 08/01/2010, al quale venivano allegati gli schemi di calcolo, nonché le rette corrispondenti ad ogni tipologia di prestazione, determinate secondo il CCNL di categoria applicati;



PRECISATO che in data 17 dicembre 2009, la Regione Calabria, in persona del Presidente p.t., stipulava con i Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, un accordo comprensivo di un Piano di Rientro (recepito con D.G.R. n. 97 del 12/02/2010) dal disavanzo sanitario avente validità triennale (2010-2012), in merito agli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

- che, pertanto, il verbale sottoscritto in data 08/01/2010, essendo la Regione Calabria, già in Piano di rientro, avrebbe dovuto essere formalizzato attraverso apposito provvedimento dell'organo deliberante, all'epoca deputato alla gestione della materia sanitaria, esprimendosi sulla compatibilità economico finanziaria dell'atto;

DATO ATTO che la Regione Calabria ometteva di formalizzare il lavoro svolto, venendo meno all'obbligo assunto con il Regolamento 13/2009, e, perdurando l'inerzia, le Associazioni diffidavano, formalmente, l'amministrazione regionale, in data 16/01/2012, a dare attuazione alla L.R. 24/2008, nonché al Regolamento Regionale n. 13/2009, procedendo, pertanto, «*all'emanazione di un atto che indicasse le rette da corrispondere a tutte le tipologie di prestazioni extra ospedaliere, per come scaturite dalla effettiva analisi dei costi supportati, per come indicate nel verbale tra le parti firmato in data 08/01/2010 e conteggiando su tali importi gli intervenuti adeguamenti ISTAT sino alla data di emanazione dell'atto, con la precisazione che le stesse avranno valenza a decorrere dalla data di adeguamento di ogni singola struttura ai requisiti imposti dal Regolamento n. 13/2009*»;

- con ricorsi registro generale nn. 436/2012 e 437/2012, promossi dinanzi al TAR di Catanzaro, le Associazioni di categoria UNEBA e AIOP, congiuntamente ai legali rappresentanti di alcune strutture eroganti prestazioni di assistenza sanitaria e socio sanitaria extra-ospedaliera, avversavano il silenzio mantenuto dalla Regione Calabria sulla diffida presentata dalle stesse in data 16 gennaio 2012 in merito alla fissazione delle tariffe previste dal regolamento n. 13/2009 di attuazione della Legge regionale n. 24 del 18 luglio 2008;
- con sentenze nn. 834/2012 e 835/2012 del 27 luglio 2012, il TAR di Catanzaro accoglieva i ricorsi dichiarando l'illegittimità del comportamento inerte mantenuto dall'amministrazione sulla diffida proposta e l'obbligo della Regione Calabria di provvedere in maniera espressa sulla ricordata diffida, entro il termine di giorni novanta decorrente dalla notificazione ovvero dalla comunicazione in via amministrativa della decisione.
- non avendo l'amministrazione regionale provveduto nel termine indicato a dare esecuzione alla sentenza, le ricorrenti, in data 7 novembre 2012, richiedevano al TAR di Catanzaro, ai sensi dell'articolo 117 del c.p.a., la nomina di un commissario *ad acta* che curasse detta esecuzione;
- il TAR di Catanzaro, attesa anche l'ingiustificata inerzia mantenuta dall'amministrazione regionale nel lasso di tempo trascorso dall'adozione delle sentenze n. 834/2012 e 835/2012, in accoglimento delle istanze del 7 novembre 2012, con ordinanze collegiali nn. 339/2013 e 340/2013 del 25 marzo 2013, disponeva la nomina del commissario *ad acta* nella persona del Prefetto di Catanzaro o di altro funzionario da questi delegato, affinché provvedesse, a dare esecuzione alle citate sentenze, nel successivo termine di sessanta giorni dalla notificazione a cura dei ricorrenti o comunicazione della medesima ordinanza;
- con successive ordinanze nn. 743/2013 e 744/2013 del 27 giugno 2013, il TAR di Catanzaro disponeva che il Prefetto di Catanzaro, in qualità di Commissario *ad acta*, o altro funzionario da lui incaricato, assumesse l'incarico commissariale e desse esecuzione alle sentenze nn. 834/2012 e 835/2012, rese dal medesimo Tribunale in data 27 luglio 2012;
- con ulteriori istanze, le ricorrenti chiedevano al di TAR di Catanzaro di procedere alla sostituzione del commissario *ad acta* per aver questi omesso di eseguire l'incarico affidatogli o, in subordine, di richiamarlo ai propri doveri ordinandogli di insediarsi;
- il TAR di Catanzaro, considerato che l'incarico da parte del commissario *ad acta* non risultava essere stato ultimato con la conseguenza che permanevano le esigenze connesse alla persistenza del suo incarico, e valutando la non sussistenza di adeguati elementi per procedere alla sostituzione del commissario nominato, dovendosi comunque sollecitare lo stesso allo svolgimento e all'esecuzione di tutti gli atti necessari per dare esecuzione al provvedimento oggetto di ottemperanza, con ordinanze nn. 146/2015 e 147/2015 del 23 gennaio 2015, rigettava l'istanza di sostituzione del commissario *ad acta*, invitando lo stesso a svolgere con urgenza l'incarico in questione relazionando in relazione all'attività compiuta e in corso di svolgimento;
- con atto prot. n. 11873 del 6 febbraio 2015, il Prefetto di Catanzaro p.t. nominava quale suo delegato la Dott.ssa Laura Rotundo, dirigente in servizio presso la Prefettura di Catanzaro per l'esecuzione del giudicato, la quale, verificata l'inottemperanza da parte della Regione Calabria, si insediava in data 25 febbraio 2015;
- nelle more intervenivano i pareri CALABRIA-DGPROG-15/07/2013-0000331-P e CALABRIA-DGPROG-05/12/2014-0000319-P, nei quali i Ministeri affiancanti invitavano la Regione Calabria a «*....attivare la procedura di cui all'articolo 2, comma 80, della legge 191/2009 per la rimozione dei provvedimenti regionali che prevedono nella remunerazione tariffaria il riconoscimento della remunerazione del fattore produttivo personale in relazione ai CCNL applicati dalle singole strutture in quanto in contrasto con la normativa nazionale vigente e con il piano di rientro.*»;
- vista l'istanza (prot. n. 31860 dell'8 aprile 2015), con la quale il suddetto commissario *ad acta* chiedeva al TAR di Catanzaro, se attenersi alla formalizzazione del verbale dell'8 gennaio 2010 (e, quindi, procedere alla mera formalizzazione del verbale in questione) ovvero alle indicazioni dettate dal Ministero della Salute con riferimento alla fissazione di tariffa unica, l'organo di giustizia amministrativa, con ordinanze interlocutorie nn. 929/2015 e 930/2015 del 21 maggio 2015, così si esprimeva «*il commissario, ferma l'esigenza di ottemperare*



al contenuto della sentenza, è tenuto a procedere in conformità alla normativa nazionale e regionale attualmente vigente e, quindi, applicando anche l'eventuale ius superveniens ... che il commissario debba procedere in conformità all'indirizzo espresso dal Ministero e in conformità alla normativa gerarchicamente prevalente in vigore ... svolgere tale determinazione con estrema urgenza alla luce dell'anzianità della controversia e della vicenda sostanziale sottesa";

- con successive ordinanze interlocutorie nn. 1594/2015 e 1595/2015 del 15 ottobre 2015, a seguito della richiesta di ulteriori chiarimenti da parte del commissario ad acta, il TAR di Catanzaro, invitava lo stesso a determinare la tariffa *"sulla base del regolamento come vigente al momento della notifica della sentenza relativa al passaggio in giudicato. Per il resto la pubblica amministrazione sarà chiaramente libera di determinare le tariffe applicabili per il futuro in base alla disciplina sopravvenuta. Si deve, infatti, ritenere che il giudicato pur non avendo esercitato un vincolo definitivo sull'attività della pubblica amministrazione abbia cristallizzato i criteri di determinazione delle tariffe limitatamente al profilo temporale oggetto di controversia e limitatamente alle specifiche caratteristiche e profili tecnici ivi descritti (ne deriva che la modifica normativa medio tempore intervenuta si applicherà solo ex nunc)";*

ESAMINATO il Decreto n. 454 del 28 ottobre 2015, pubblicato sul Burc n. 75 del 9 Novembre 2015, avente ad oggetto *"Definizione delle tariffe per le prestazioni delle strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera - Giudizio di ottemperanza giusta ordinanze del TAR della Calabria n. 146/2015 e n. 147/2015 per l'esecuzione del giudicato formatosi, rispettivamente, sulla sentenza n. 834/2012 – AIOP Associazione Italiana Ospedalità Privata Calabria, Santachiara S.r.l. e Biolife c/Regione Calabria su RG. n. 436/2012 e sulla sentenza n. 835/2012 - UNEBA Provinciale di Crotone, Uneba Provinciale di Cosenza, Centri Assistenziali Mons. Cesare Olivetti, Rsa La Quiete S.a.s. di Autolitano Pasquale & C. c/Regione Calabria su R.G. n. 437/2012"* con il quale il Commissario ad acta prefettizio ha approvato, in ottemperanza alle sentenze del TAR Calabria nn. 834/2012 e 835/2012, le tariffe di cui al verbale dell'08/01/2010 citato delle premesse;

DATO ATTO che avverso il suddetto Decreto prefettizio, l'Avvocatura Distrettuale dello Stato, su espresso mandato della Struttura Commissariale, ha proposto reclamo ex art. 114, comma 6, c.p.a. innanzi al T.A.R. della Calabria (quale Giudice dell'ottemperanza), chiedendone la riforma nella parte in cui ha illegittimamente riconosciuto l'adeguamento ISTAT alle tariffe di cui al verbale dell'8 gennaio 2010;

VISTE le Deliberazioni G.R. nn. 125/2009, 141/2009 e 267/2009, con le quali è stato ridefinito il sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza territoriale extra-ospedaliera, sanitaria e socio-sanitaria, in regime residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare, differenziate in relazione alle diverse tipologie di attività previste, e sono state fissate le rette massime applicabili nei rapporti tra il Servizio Sanitario Regionale e le strutture private accreditate;

CONSIDERATO che con DCA n. 62 dell'11 giugno 2015, pubblicato sul Burc n. 42 del 24 Giugno 2015, il Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro, ha provveduto a modificare, in ottemperanza alla normativa statale e ai pareri resi dai Ministeri affiancanti, il Regolamento Regionale n. 13/09 eliminando il riferimento al tipo di contratto collettivo nazionale di lavoro di categoria applicato ai fini della determinazione delle tariffe, e dichiarando, al contempo, la cessazione dell'efficacia giuridica delle citate Deliberazioni n. 125/2009 e n. 141/2009, non conformi alle disposizioni legislative nazionali e regionali in materia e, conseguentemente, di ogni altro provvedimento e/o disposizione, incompatibile con il medesimo atto;

VISTA la nota prot. n. 198361 del 24/06/2015 con la quale la Struttura Commissariale ha precisato che la cessazione dell'efficacia giuridica delle suddette deliberazioni, diventerà operativa non appena saranno definite le rette da corrispondere alle strutture territoriali;

DATO ATTO che con DCA n. 14 del 2/04/2015, trasmesso formalmente ai Ministeri con prot. n. 75_2015/A, sono stati approvati i Programmi Operativi 2013-2015, predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, D.L. 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni nella L. 7 agosto 2012 n. 135;

- che nell'ambito del Programma 7.1.) rubricato *"Riconoscimento delle tariffe regionali per tutte le tipologie di assistenza ed eventuale rimodulazione delle stesse in relazione alla normativa nazionale"* l'intervento P7.1.3) prevede la definizione delle tariffe provvisorie a seguito della modifica del Regolamento Regionale n. 13/2009;

RITENUTO necessario, al fine di colmare il vuoto tariffario prodotto dalla modifica del Regolamento Regionale n. 13/2009 e dalla dichiarazione della cessazione dell'efficacia delle deliberazioni *de quibus*, e nelle more della ridefinizione delle nuove rette per come scaturenti dai nuovi requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici, cui dovranno adeguarsi le strutture territoriali a seguito della revisione del modello organizzativo di assistenza definito nel DCA 76/2015, doversi procedere a determinare, provvisoriamente, le tariffe massime regionali di riferimento per persona/pro die riferite agli erogatori di prestazioni di assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria accreditati con il SSR;

RILEVATO che:

- presso il dipartimento regionale sono state avviate e realizzate le attività per la definizione delle tariffe provvisorie di cui all'art. 8-sexies, comma 5 e ss., del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., con la attivazione di appositi tavoli tematici di lavoro partecipati da incaricati delle principali associazioni di categoria in rappresentanza dei soggetti



gestori delle strutture eroganti prestazioni di assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria, e in particolare AIOP, UNEBA, ARIS, AGIDAE, ANASTE, CREA Calabria, sulla cui base predisporre i necessari e successivi provvedimenti da sottoporre alla struttura commissariale per l'approvazione delle tariffe di riferimento regionale provvisorie, cui dare apposita copertura finanziaria, con riferimento alla quota delle rette giornaliere pro capite a carico del SSR;

- è stato attribuito alle stesse Associazioni di categoria il compito di identificare un campione rappresentativo di strutture regionali selezionate nell'ambito delle proprie associate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza;
- nel corso degli incontri si è dato atto del lavoro svolto e, in conformità a quanto definito dal Regolamento Regionale n. 13/2009, sono stati condivisi i criteri per la determinazione delle tariffe delle strutture territoriali extra-ospedaliere sanitarie e socio-sanitarie residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, domiciliari, riabilitative, per le dipendenze patologiche e della salute mentale e sono stati redatti appositi verbali, il 20 ottobre 2015 ed il 2 novembre 2015, allegati al presente atto;

PRESO ATTO che al verbale del 2 novembre 2015 viene allegata apposita tabella che esplicita i risultati dell'istruttoria svolta dal gruppo di lavoro e che indica le tariffe provvisorie determinate in esito alle attività svolte nell'ambito dei tavoli tematici di cui sopra;

VISTA la rettifica di correzione del 7.1.2016 del Dirigente Generale del Dipartimento tutela della salute relative alle CP anziani fascia C ed alla riabilitazione ambulatoriale piccolo gruppo;

DATO ATTO pertanto che le tariffe provvisorie determinate sono quelle di cui all'allegato A al presente atto per formarne parte integrante e sostanziale;

VISTO l'accordo sottoscritto in data 07 gennaio 2016, tra le Associazioni di categoria, la struttura commissariale e il Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute, allegato in uno al presente atto per formarne parte integrante e sostanziale (allegato B);

ESAMINATO il DCA n. 81 del 06 Luglio 2015 recante "*P.O. 2013-2015 - Intervento P. 7.7.1.1 Determinazione tetti di spesa per le prestazioni di assistenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria da privato accreditato. Anno 2015*";

PRESO ATTO che con DDG n.10308 del 30/09/2015, pubblicato sul Burc n. 64 del 02 ottobre 2015, emanato in esecuzione al citato DCA n. 81/2015, sono stati assegnati i *budget* per l'anno 2015, ad ogni singolo erogatore privato accreditato, per l'erogazione delle prestazioni di assistenza territoriale;

PRECISATO che

- le tariffe definite con il presente atto avranno validità con decorrenza dall'11 giugno 2015 e, comunque, fino alla definizione delle nuove rette definite sulla base dei nuovi requisiti organizzativi e non subiranno modificazioni neppure in presenza di un'eventuale maggiorazione dei costi, derivanti dai rinnovi dei CCNL di categoria e dal maggior costo della vita, secondo gli indici annuali ISTAT;
- per mero accordo transattivo e limitatamente al periodo temporale 11/06/2015 – 31/12/2015, le risorse economiche disponibili per l'applicazione del presente atto, come scaturenti dall'accordo sottoscritto tra le parti in data 7 gennaio 2016, sono ammontanti a 3.000.000 €/mln., integrano il *budget* già assegnato alle Aziende Sanitarie Provinciali con DCA n. 81 del 06 Luglio 2015;
- per il periodo antecedente 01/01/2015 – 10/06/2015 è, attualmente, pendente il contenzioso dinanzi al TAR, all'esito del quale saranno assunte decisioni in merito;
- l'incremento di *budget* di cui al presente atto non è automaticamente riproposto quale *budget* per l'annualità 2016, per la quale si provvederà con separato provvedimento;

RICHIAMATI:

- la legge 13 maggio 1996, n. 7 e s.s.m.i. "Norme sull'ordinamento della struttura organizzativa della Giunta regionale e sulla dirigenza regionale",
- il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421;
- il DPCM 14.02.2001 "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria";
- il DM 29.11.2001 che determina i livelli essenziali di assistenza, con specifico riferimento all'all.1C per i livelli essenziali di assistenza ad elevata integrazione sociosanitaria;
- gli articoli 17 e 18 della Legge Regionale n. 22 del 5 ottobre 2007 e s.m.i.;
- il Regolamento Regionale n.13 dell'1 settembre 2009, in materia di autorizzazione e accreditamento istituzionale, delle strutture sanitarie e socio-sanitarie regionali;
- il DCA n.60 del 10 Giugno 2015 recante "Trasmissione progetto di legge al Consiglio Regionale di modifica degli artt. 17 e 18 della L.R. n. 22 del 5 ottobre 2007 e s.m.i.";
- il DCA n.62 del 11 Giugno 2015 avente ad oggetto "Modifica Regolamento Regionale n. 13 dell' 1 settembre 2009";



- il verbale della riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del 26 novembre 2015;

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui s'intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

DI PRENDERE ATTO dei verbali del gruppo di lavoro per le tariffe del 20 ottobre 2015 e del 2 novembre 2015, allegati al presente atto quale parte integrante e sostanziale;

DI DARE ATTO le tariffe massime regionali di riferimento per persona/*pro die*, da intendersi quale contro prestazione economica per i servizi erogati mediante sottoscrizione dell'accordo contrattuale ex art. 8 *quinquies*, D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., riconosciute a ogni struttura come di seguito classificata, sono quelle riportate nell'allegato A) al presente atto per formarne parte integrante e sostanziale:

DI DARE ATTO che:

- le tariffe definite con il presente atto avranno validità con decorrenza dall'11 giugno 2015 e, comunque, fino alla definizione delle nuove rette definite sulla base dei nuovi requisiti organizzativi e non subiranno modificazioni neppure in presenza di un'eventuale maggiorazione dei costi, derivanti dai rinnovi dei CCNL di categoria e dal maggior costo della vita, secondo gli indici annuali ISTAT;
- per mero accordo transattivo e limitatamente al periodo temporale 11/06/2015 – 31/12/2015, le risorse economiche disponibili per l'applicazione del presente atto, come scaturenti dall'accordo sottoscritto tra le parti in data 7 gennaio 2016, sono ammontanti a 3.000.000 €/mln., integrano il *budget* già assegnato alle Aziende Sanitarie Provinciali con DCA n. 81 del 06 Luglio 2015 e s.m.i.;
- per il periodo antecedente 01/01/2015 – 10/06/2015 è, attualmente, pendente il contenzioso dinanzi al TAR, all'esito del quale saranno assunte decisioni in merito;
- l'incremento di *budget* di cui al presente atto non è automaticamente riproposto quale budget per l'annualità 2016, per la quale si provvederà con separato provvedimento;

DI DARE MANDATO alle Aziende Sanitarie Provinciali di sottoscrivere e far sottoscrivere ai sensi dell'art. 8 *quinquies*, D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., il contratto ai singoli soggetti erogatori privati accreditati entro e non oltre 10 giorni dalla notifica del presente provvedimento con le seguenti modalità;

- per il periodo 01/01/2015 – 10/06/2015 le tariffe da applicare sono quelle definite dalle DD.GG.RR. nn. 125/2009, 141/2009 e 267/2009, salvo conguaglio da definirsi all'esito del giudizio pendente dinanzi al TAR della Calabria;
- per il periodo 11/06/2015 – 31/12/2015 le tariffe da applicare sono quelle definite nel presente atto, nei limiti di incremento per ogni singolo erogatore definiti dall'accordo transattivo di cui all'accordo del 7 gennaio 2016 ed ammontanti a complessivi 3.000.000 €/mln, la cui ripartizione avverrà con successivo atto;

DI DARE ATTO che in caso di mancata sottoscrizione del contratto nei tempi stabiliti sarà avviata la procedura di cui al DCA 92/2015;

DI TRASMETTERE al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute il presente provvedimento per la sua esecuzione nei tempi prescritti dalle norme e per la verifica dell'attuazione delle disposizioni in esso contenute;

DI INVIARE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente atto al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e agli interessati;

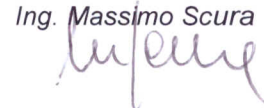
DI DARE MANDATO al Dirigente Generale per la pubblicazione del presente provvedimento sul BURC ai sensi della Legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33;

DI DARE ATTO che avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo del Calabria nel termine di sessanta giorni, ovvero, ricorso Straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

Il Sub Commissario
Dott. Andrea Urbani

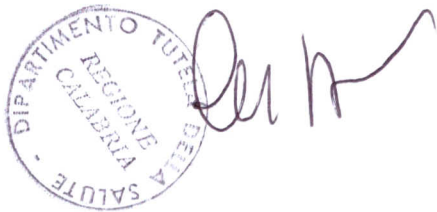


Il Commissario ad acta
Ing. Massimo Scura



ALLEGATO "A"

TIPOLOGIA STRUTTURA	F. San	F. Soc.	Tariffa Regionale
	%	%	
Residenza Sanitaria Assistenziale Medicalizzata	100		200,11
Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani	70	30	153,20
Residenza Sanitaria Assistenziale per disabili	70	30	152,20
Casa Protetta per anziani	50	50	121,42
Casa Protetta per disabili	40	60	117,99
Riabilitazione ciclo continuativo	100		180,58
Riabilitazione ciclo diurno	70	30	104,17
Riabilitazione Ambulatoriale individuale	100		58,36
Riabilitazione Ambulatoriale piccolo gruppo	100		20,10
Riabilitazione Domiciliare	100		68,36
Residenza Sanitaria SLA	100		282,26
Residenza psichiatrica ad alto trattamento ed elevata intensità assistenziale	100		130,38
Residenza psichiatrica socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria	100		116,27
Residenza psichiatrica socio sanitaria ad elevata integrazione sociale: gruppo convivenza	100		29,40
Tossicodipendenza residenzialità (terapeutica)	100		73,99
Tossicodipendenza residenzialità (pedagogica)	100		63,04
Tossicodipendenza semiresidenzialità (terapeutica)	100		50,76
Tossicodipendenza semiresidenzialità (pedagogica)	100		39,81
Hospice	100		283,06
Nucleo Alzheimer	100		153,66
Riabilitazione ciclo diurno autismo	70	30	119,31
Riabilitazione ciclo continuativo autismo	100		192,01
Riabilitazione ambulatoriale individuale autismo	100		58,36
Riabilitazione ciclo diurno DCA	70	30	68,69
Riabilitazione ciclo continuativo DCA	100		201,35
Riabilitazione ambulatoriale individuale DCA	100		58,36
Riabilitazione domiciliare DCA	100		68,36





Regione Calabria

Piano di rientro

Il Commissario ad acta

ed il sub commissario

(delibera Consiglio dei Ministri 12.03.2015)

Oggetto: budget per le prestazioni di assistenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria da privato accreditato. Anno 2015- nota prot. n. 395795 del 31/12/2015.

Riunione del 7 gennaio 2016

Presenti :

ANASTE

AGIDAE

AIOP

ARIS

Calabria – Crea

UNEBA

CICAS – Sanità Privata

CNA – Sanità

Dipartimento Tutela della Salute

Struttura Commissariale

Il Commissario ad acta, Ing. Scura, illustra preliminarmente la proposta di ipotesi di accordo di cui alla convocazione nel testo ivi espresso: si precisa che l'ipotesi di accordo prevede l'incremento di budget per l'annualità 2015 di complessivi € 3.000.000,00 (tremilioni di euro) e che per l'annualità 2016 si procederà con l'utilizzo delle nuove tariffe di cui al verbale 2.11.2015 fino alla definizione delle nuove tariffe derivanti dai nuovi requisiti in corso di elaborazione.

Il budget 2016 non comporta l'incremento delle somme stanziare nel 2015 a seguito della proposta transattiva di € 3.000.000,00.

- Il Dott. De Santis, Presidente Nazionale Anaste, richiede di verbalizzare l'incontro.
- Il Dott. Poggi chiede quale sia il criterio di distribuzione dell'incremento transattivo di € 3.000.000,00.
- Il criterio proposto dalla Struttura Commissariale è di distribuire l'incremento in proporzione all'attribuzione di budget 2015 di tutte le strutture territoriali.
- Il Dott. Urbani precisa, inoltre, l'accordo comporta la rinuncia a qualsiasi forma di contenzioso in merito alle tariffe per il periodo 11/06/2015 al 31/12/2015.
- Dopo breve sospensione la riunione viene ripresa e vengono precisati ulteriormente, da parte della Struttura Commissariale, i termini dell'accordo così come di seguito formalizzati:
 1. Dall'11/06/2015 al 31/12/2015 vale la tariffa unica di cui al verbale 2/11/2015 sottoscritto tra Dipartimento e Associazioni delle Strutture assistenziali;
 2. Le parti concordano che comunque il budget complessivo a carico del S.S.R. per il periodo 11/06/2015-31/12/2015 verrà aumentato di € 3.000.000,00 (Euro tremilioni) proporzionalmente al budget assegnato distribuito tra le singole strutture.Le parti si danno atto che non sarà attivato alcun contenzioso per il periodo 11/06/2015-31/12/2015 né con riferimento alle tariffe né al budget assegnato e che il presente accordo non può essere esteso a periodi eccedenti diversi da quelli presi in considerazione. Ogni contenzioso in essere viene cancellato per la parte che riguarda tale periodo (11/06/2015-31/12/2015).



3. La stessa tariffa avrà valore completo dal 1° gennaio 2016 fino alla definizione dei nuovi requisiti e della conseguente tariffa.

ANASTE

AGIDAE

AIOP

ARIS

Calabria – Crea

UNEBA

CICAS – Sanità Privata

CNA – Sanità

Dipartimento Tutela della Salute

Il sub Commissario

Il Commissario ad acta



1

2. Boffo, a name of tutte le osservazioni, devono essere
Assolte definibili, si occorre una tabella di questo che
fatta conto:

- 1) Di un margine utile delle industrie dell'8% con
come recupero delle Reg. Gl. nel 2012, benefici
non in serbo.
- 2) Il risultato voluto come risultato derivato delle
obblighi (deficit), così come le altre cose
che sono.
- 3) E con "Anast" con 5 settori di assistenza come
che sono.

- 4) Per la struttura seguente base calcolo AIOF € 12.000

Le stene sono disponibili a riconoscere come un
adattamento % delle porfe con coleste, fume
offendo le molecole di coleste e le altre isole.
Ovviamente il tutto nelle more dell'opposizione
dei suoi requisiti, in caso di obbligo, e può

delle nuove tariffe per un periodo massimo di 6 mesi dalla data di approvazione delle tariffe proposte oggi.

Le Assoc. Alleghero la loro tutela di coloro che soffrono di patologie, per le strutture residenziali, per le tariffe di quelle ambulatoriali offrendo già soddisfacenti. La parte giudiziale pensa che delle proposte delle parti sindacali, trattare in viazione le tariffe proposte che erano sottoposte a valutazione da parte del gruppo di lavoro, in collaborazione con le loro stesse.

Una volta volute le tariffe, ~~esse~~, saranno proposte al dirigente generale per la valutazione complessiva delle proposte avanzate, tenendo conto dello scostamento medio tra i due sistemi di calcolo per il 5.5% medio.

Resto fermo che la conclusione dell'accordo comporterà la rimessa a tutti i funzionari in corso relativi al DCA n° 62/2015.

Chiusura ore 18.43.

fine Menni

[Signature]

[Signature]

U. Menni



Riunione del 2/xi/2015 ore 12⁰⁰

①

Sono presenti:

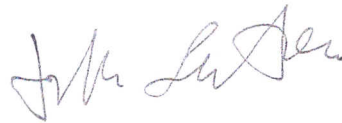
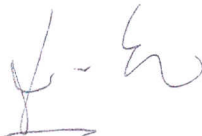
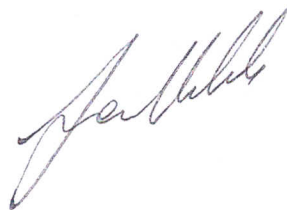
MASSIMO BGGI MADAREVA
ACIDAE

AVV. FRANCESCO ROTUNDO

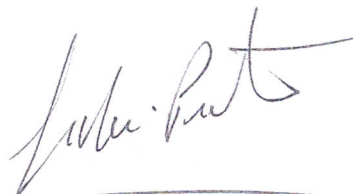
FERDINANDO SCORZA
UNIBA CALABRIA

RAFFA GAGLIANO

UNIBA CALABRIA

LUCIANO SQUINZI
ARIS CALABRIAMICHELE GARO
ANASTE

SICARI PIETRO



ARIS

ANASTE



Pierluigi

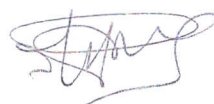
CALABRIA CREA

AIO P

Francesco Corbelli

~~Dr. Vincenzo Morsico~~

Dr. Sengro Petullo



Prof. Arcangelo Fatorello

Oggetto: Trasparenza torrioni provvisore

(2)

Prof. Fiorella: introduce in merito a metodologie e risultati dell'analisi elaborata dal gruppo di lavoro del Dipartimento sulle base degli elementi di riferimento concordati facendone con la rappresentanza sindacale dell'Ass. Ferrovia.

Individua le tipologie osservabili fra le diverse elementi caratterizzanti per il calcolo di una tariffa, che sono riferite in considerazione, dati i "piccoli numeri" una volta definite la proposta generale.

Viene proposta la tariffa elaborata alla "colonna 3" a partire dal giorno 11 giugno 2015, fatte salve nuove regole.

Le Ass. Ferrovia: propongono di accettare la tariffa proposta, ~~con~~ alla unanimità, utilizzando le tabelle elaborate dallo Ass. Ferrovia, che saranno adottate pienamente fino a raggiungere il valore proposto dal Dipartimento, con una moratoria di 6 mesi durante i quali saranno determinati i nuovi criteri di accreditamento. Nell'occasione ingrossano il Dip. in presenza del Dir. Ferrovie e il relativo gruppo di lavoro che ha materialmente elaborato la proposta in oggetto.

Il Direttore di Dipartimento si riserva di valutare la congruità del periodo proposto per la moratoria e ingrossare per la rielaborazione.

Si allega alla presente l'ultimo foglio dell'elaborato contenente le nuove tariffe Ass. Ferrovia.

Pl. 2.3

CALCOLO TARIFFE REGIONE CALABRIA - DCA n.62 del 11 giugno 2015 - Modifica Regolamento Regionale n. 13 dell' 1 settembre 2009									
TIPOLOGIA STRUTTURA									
Rendita Sanitaria Annuale Mediana	Rendita Sanitaria Annuale per abbiati	Rendita Sanitaria Annuale per disabili	Rendita Sanitaria Annuale per anziani (Fascia C)	Rendita Sanitaria Annuale per anziani (Fascia B)	Rendita Sanitaria Annuale per anziani (Fascia A)	Rendita Sanitaria Annuale per disabili (Fascia B)	Rendita Sanitaria Annuale per disabili (Fascia A)	Rendita Sanitaria Annuale per anziani (Fascia C)	Rendita Sanitaria Annuale per anziani (Fascia B)
1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE
AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE
AIOP	AIOP	AIOP	AIOP	AIOP	AIOP	AIOP	AIOP	AIOP	AIOP
Coop.	Coop.	Coop.	Coop.	Coop.	Coop.	Coop.	Coop.	Coop.	Coop.
Tot.	Tot.	Tot.	Tot.	Tot.	Tot.	Tot.	Tot.	Tot.	Tot.
Proposta Annapol 22.10.2015									
ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE
AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE
AIOP	AIOP	AIOP	AIOP	AIOP	AIOP	AIOP	AIOP	AIOP	AIOP
Coop.	Coop.	Coop.	Coop.	Coop.	Coop.	Coop.	Coop.	Coop.	Coop.
Tot.	Tot.	Tot.	Tot.	Tot.	Tot.	Tot.	Tot.	Tot.	Tot.
Proposta Annapol 22.10.2015									
% Abbatt.	% Abbatt.	% Abbatt.	% Abbatt.	% Abbatt.	% Abbatt.	% Abbatt.	% Abbatt.	% Abbatt.	% Abbatt.
Proposta Annapol con abbatt.									
% Prop. reg. prop. art.	% Prop. reg. prop. art.	% Prop. reg. prop. art.	% Prop. reg. prop. art.	% Prop. reg. prop. art.	% Prop. reg. prop. art.	% Prop. reg. prop. art.	% Prop. reg. prop. art.	% Prop. reg. prop. art.	% Prop. reg. prop. art.
% Fondo Sanitario	% Fondo Sanitario	% Fondo Sanitario	% Fondo Sanitario	% Fondo Sanitario	% Fondo Sanitario	% Fondo Sanitario	% Fondo Sanitario	% Fondo Sanitario	% Fondo Sanitario
% Fondo Sociale	% Fondo Sociale	% Fondo Sociale	% Fondo Sociale	% Fondo Sociale	% Fondo Sociale	% Fondo Sociale	% Fondo Sociale	% Fondo Sociale	% Fondo Sociale
ORDINANZE PAR. n. 1594 e n. 1595 del 10/10/2015									
A TARIFFE DCA 125/2009 / VERBALE 2010									
ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE
AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE
AIOP	AIOP	AIOP	AIOP	AIOP	AIOP	AIOP	AIOP	AIOP	AIOP
Coop.	Coop.	Coop.	Coop.	Coop.	Coop.	Coop.	Coop.	Coop.	Coop.
A TARIFFE DCA 125/2009 / VERBALE 2010 Fondo Sociale									
ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE	ANASTE
AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE	AGIDAE
AIOP	AIOP	AIOP	AIOP	AIOP	AIOP	AIOP	AIOP	AIOP	AIOP
Coop.	Coop.	Coop.	Coop.	Coop.	Coop.	Coop.	Coop.	Coop.	Coop.

Handwritten signatures and notes:
- *ANASTE*
- *AGIDAE*
- *AIOP*
- *Coop.*
- *Tot.*
- *Proposta Annapol 22.10.2015*
- *% Abbatt.*
- *Proposta Annapol con abbatt.*
- *% Prop. reg. prop. art.*
- *% Fondo Sanitario*
- *% Fondo Sociale*
- *ORDINANZE PAR. n. 1594 e n. 1595 del 10/10/2015*
- *A TARIFFE DCA 125/2009 / VERBALE 2010*
- *A TARIFFE DCA 125/2009 / VERBALE 2010 Fondo Sociale*

Handwritten signatures and notes:
- *ANASTE*
- *AGIDAE*
- *AIOP*
- *Coop.*
- *Tot.*
- *Proposta Annapol 22.10.2015*
- *% Abbatt.*
- *Proposta Annapol con abbatt.*
- *% Prop. reg. prop. art.*
- *% Fondo Sanitario*
- *% Fondo Sociale*
- *ORDINANZE PAR. n. 1594 e n. 1595 del 10/10/2015*
- *A TARIFFE DCA 125/2009 / VERBALE 2010*
- *A TARIFFE DCA 125/2009 / VERBALE 2010 Fondo Sociale*



ANASTE UNEBA ARIS AIOP AGIDAE CREA Calabria

Egr. Sig.
Direttore Generale
Prof. Riccardo Fatarella
Dipartimento Tutela della Salute
c/o Regione Calabria – Cittadella
Catanzaro

Gent.mo Direttore Generale Prof. Dott. Riccardo Fatarella,

le sottoscritte Associazioni: ANASTE, UNEBA, ARIS, AIOP, AGIDAE, CREA Calabria, dando seguito all'odierna riunione, con la presente si significano quanto segue.

Quanto alla proposta di tariffe sottoposta alla nostra attenzione, si precisa che come già segnalato in altra occasione:

- 1) Il margine di azienda è dell'8% così come determinato dalle tabelle della Regione Calabria ancora vigente e dalla Sentenza del Consiglio di Stato n.1989/08
- 2) Per il costo del contratto delle strutture socio sanitarie accettiamo di prendere in considerazione il contratto di categoria ANASTE ad oggi, mentre per le strutture a totale carico del fondo sanitario il CCNL AIOP 2008

Fatti salvi i suddetti criteri di calcolo, alleghiamo alla presente le rette così determinate, e precisiamo che su tali tariffe siamo disponibili ad accettare una temporanea riduzione percentuale per arrivare all'importo da voi proposto (con esclusione del piccolo gruppo per il quale si chiede di arrivare ad una retta pro die pari a 20,21 euro in quanto la vostra proposta è più bassa della tariffa attuale).

Si segnala inoltre che in relazione alle prestazioni relative a riabilitazione a ciclo continuativo autismo, riabilitazione ambulatoriale individuale autismo, riabilitazione ambulatoriale individuale e domiciliare DCA, atteso che per le suddette tipologie non è stato possibile calcolare la retta perché non vi è previsione regolamentare circa i relativi requisiti, ma sussistono provvedimenti di accreditamento tali da determinare l'incombenza della firma dei relativi contratti, si accettano le tariffe per come proposte dal Dipartimento.

Per le tariffe delle quattro tipologie della tossicodipendenza infine si accettano le tariffe per come proposte dal Dipartimento.

Distinti saluti

ANASTE

UNEBA

ARIS

AIOP

AGIDAE

CREA Calabria

Per Ricevuto
Riccardo Fatarella 2/11/2015

Strutture Extraospedaliere
Rette strutture territoriali DCA n. 62 - 11 giugno 2015
Retta unica (ANASTE + AIOP 100% SANITA') CCNL DI CATEGORIA



Anaste Calabria
Il Presidente
Dr. Michele Gargiulo



Aris Calabria
Il Presidente
Prof. Pietro Siclari



Uneba Calabria
Il Presidente
dr. Ferdinando Scorza



Agidae Calabria
Il Referente
Dr. Massimo Poggi



Aiop Territoriale Calabria
Il Responsabile
Ing. Francesco Caroselli

Proposta Associazioni di Categoria
Rette strutture territoriali DCA n. 62 - 11 giugno 2015

CCNL ANASTE AGGIORNATO + AIOP 100% SANITA'	Nuova Retta	Nuova Retta
MARGINE IMPRESA 8% - VITTO 12,13 €		riduzione "temporanea"
HOSPICE	€ 293,15	€ 283,06
RSA M	€ 207,81	€ 200,11
RSA Anziani	€ 159,56	€ 153,20
Nucleo Alzheimer	€ 160,02	€ 153,66
RSA Disabili	€ 158,54	€ 152,20
CP Anziani fascia C	€ 127,15	€ 121,42
CP Disabili fascia C	€ 123,34	€ 117,99
Riabilitazione Ciclo Continuativo	€ 190,95	€ 180,58
Sclerosi laterale amiotr. (SLA)	€ 295,78	€ 282,26
Riabilitazione Ciclo Diurno	€ 107,15	€ 104,17
Riabilitazione Ambulatoriale individuale	€ 59,11	€ 58,36
Riabilitazione Ambulatoriale piccolo gruppo	€ 20,41	€ 20,10
Riabilitazione Domiciliare	€ 74,11	€ 68,36
Riab.Ciclo Diurno Autismo		€ 122,88
Riab.Ciclo Diurno Dist. Alimentari		
Riab.Ciclo Continuativ. Dist. Alimentari	€ 208,85	€ 198,41



Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE CALABRIA

DCA n.14 del 25/ 02/ 2022

OGGETTO: Modifica al DCA n. 81 del 22 luglio 2016 “Autorizzazioni e Accreditamento-Approvazione nuovo Regolamento attuativo della L.R. n. 24/2008”

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO l’articolo 120, comma 2, della Costituzione;

VISTO l’articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n.131;

VISTO l’Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, perfezionato tra il Ministro della salute, quello dell'Economia e delle Finanze e il Presidente p.t. della Regione Calabria, in data 17 dicembre 2009 e poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

VISTO l’articolo 4, commi 1 e 2, del D.L. 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la legge 23 dicembre 2009, n. 191 e, in particolare, l'articolo 2, commi 80, 88 e 88 bis;

DATO ATTO che i contenuti del mandato commissariale ad acta - di cui, originariamente, alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010, per come successivamente implementato - sono tali da affidare al nominato Commissario ad acta, ex art. 120, comma 2, della Costituzione, l’incarico prioritario di attuare i programmi operativi di prosecuzione del Piano di rientro nonché di tutti gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, ivi compresa l'attuazione del decreto legge 10 novembre 2020, n. 150.

In particolare, nel detto ambito provvedimentale e nel rispetto della cornice normativa vigente, sono stati affidati al Commissario ad acta le seguenti azioni e interventi prioritari:

- 1)** adozione di ogni necessaria iniziativa al fine di ricondurre il livello di erogazione dei livelli essenziali di assistenza agli *standard* di riferimento, in particolare con riguardo all'adesione agli *screening* oncologici, all'assistenza territoriale ed alla qualità e sicurezza dell'assistenza ospedaliera;
- 2)** completamento ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete di emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, in attuazione del regolamento adottato con decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n. 70, ed in coerenza con le indicazioni dei Tavoli tecnici di verifica;
- 3)** definizione ed attuazione delle reti cliniche specialistiche;
- 4)** monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei Nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
- 5)** revisione ed attuazione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente e con le indicazioni dei Tavoli tecnici di verifica;
- 6)** completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- 7)** completa attuazione delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita (Conferenza Unificata Rep. Atti 137/CU del 16/12/2010);
- 8)** gestione ed efficientamento della spesa per il personale in coerenza con l'effettivo fabbisogno, in applicazione della normativa vigente in materia;

- 9) razionalizzazione ed efficientamento della spesa per l'acquisto di beni e servizi in ottemperanza alla normativa vigente;
- 10) gestione ed efficientamento della spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale e il corretto utilizzo dei farmaci in coerenza con il fabbisogno assistenziale;
- 11) definizione dei tetti di spesa e dei conseguenti contratti con gli erogatori privati accreditati per l'acquisto di prestazioni sanitarie in coerenza con il fabbisogno assistenziale, con l'attivazione, in caso di mancata stipula del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente;
- 12) adozione di ogni necessaria iniziativa commissariale al fine di pervenire alla completa implementazione dei flussi informativi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario da parte delle aziende in termini di completezza e qualità, ivi inclusa l'implementazione del nuovo sistema informativo contabile regionale, al fine di implementare il sistema di monitoraggio del Servizio Sanitario Regionale per il governo delle azioni previste dal Piano di rientro con riferimento alla garanzia dell'equilibrio economico-finanziario e alla garanzia dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- 13) sottoscrizione degli accordi interregionali bilaterali in materia di mobilità sanitaria ai sensi dell'articolo 9, comma 3, del Patto per la salute 2014-2016 sancito con Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 e dell'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 e s.m.i.;
- 14) attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
- 15) definizione e stipula del protocollo d'intesa con l'Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro in coerenza con la normativa vigente;
- 16) interventi per la gestione, razionalizzazione ed efficientamento della spesa e delle attività proprie della medicina di base;
- 17) adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
- 18) rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
- 19) puntuale monitoraggio di quanto previsto dal Titolo II del decreto legislativo 118/2011 con riferimento alle rilevazioni del bilancio regionale riferite alle risorse destinate al Servizio sanitario regionale;
- 20) puntuale verifica dell'ordinato trasferimento da parte del bilancio regionale al SSR delle risorse ad esso destinate;
- 21) conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria e delle ulteriori poste debitorie eventualmente presenti negli altri enti del Servizio Sanitario Regionale;
- 22) riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192/2012;
- 23) ricognizione, quantificazione e gestione del contenzioso attivo e passivo in essere, e verifica dei fondi rischi aziendali e consolidato sanitario regionale;
- 24) prosecuzione e tempestiva conclusione delle azioni previste per la puntuale attuazione del Percorso attuativo della certificabilità;
- 25) programmazione degli investimenti per interventi edilizi e/o tecnologici in coerenza con quanto previsto dall'articolo 25, comma 3, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e secondo gli indirizzi di programmazione coerenti con il decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n. 70 e con le misure di razionalizzazione ed efficientamento del patrimonio immobiliare strumentale e non strumentale, fermo restando quanto disposto dal decreto legge 10 novembre 2020, n. 150;
- 26) attuazione dei nuovi compiti assegnati al Commissario ad acta dal decreto legge 10 novembre 2020, n. 150. In particolare, il Commissario ad acta:

- a) fornisce indicazioni in ordine al supporto tecnico ed operativo da parte di Agenas previsto all'articolo 1, comma 4, del citato decreto legge;
- b) attua quanto previsto all'articolo 1, comma 2, del citato decreto legge;
- c) nomina i commissari straordinari aziendali ai sensi dell'articolo 1 del citato decreto legge e verifica trimestralmente il relativo operato in relazione al raggiungimento degli obiettivi di cui al Programma operativo 2019-2021, anche ai fini di quanto previsto dall'articolo 2, comma 6, del citato decreto legge;
- d) approva gli atti aziendali adottati dai commissari straordinari, al fine di garantire il rispetto dei LEA e di assicurarne la coerenza con il piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario e con i relativi programmi operativi di prosecuzione nonché al fine di ridefinire le procedure di controllo interno;
- e) adotta gli atti aziendali in caso di inerzia da parte dei commissari straordinari ai sensi dell'articolo 2 del citato decreto legge;
- f) verifica periodicamente, che non sussistano i casi di cui all'articolo 3, comma 1, quinto periodo, del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, in relazione all'attività svolta dai direttori amministrativi e sanitari;
- g) provvede in via esclusiva all'espletamento delle procedure di approvvigionamento di cui all'articolo 3 del citato decreto legge;
- h) valuta l'attivazione del supporto del Corpo della Guardia di finanza in coerenza con l'articolo 5 del citato decreto legge;
- i) adotta il Programma operativo per la gestione dell'emergenza Covid-19 previsto dall'articolo 18 del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18;
- j) definisce il Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico della rete di emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale della Regione;
- k) presenta, adotta e attua i Programmi operativi 2022-2023, anche ai fini di quanto previsto dall'articolo 6 del citato decreto legge;
- l) coordina le funzioni di supporto alla programmazione sanitaria delle aziende del Servizio sanitario regionale assicurandone l'efficacia;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021 con la quale il Presidente della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria, secondo i programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della legge n. 191 del 2009, ivi ricomprendendo la gestione dell'emergenza pandemica;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 18 novembre 2021 con la quale il dott. Maurizio Bortoletti è stato nominato subcommissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, non ancora in attività;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 Dicembre 2021 con la quale si è integrato il mandato commissariale attribuito, con la deliberazione del 4 novembre 2021, che confermava il mandato commissariale del 27 novembre 2020, con l'implementazione del punto:

27) attuazione dei nuovi compiti assegnati al Commissario ad acta dall'articolo 16-septies del decreto legge 21 ottobre 2021, n. 146, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2021, n. 215”;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 Dicembre 2021, con la quale il dott. Ernesto Esposito è stato nominato subcommissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, come integrato dal punto A) della medesima delibera con particolare riferimento alle azioni 1), 2), 3), 5), 6), 7), 8), 10), 11), 14), 16) e 17);

VISTI gli articoli 32 e 117 della Costituzione;

VISTO lo Statuto della Regione Calabria, approvato con Legge Regionale n. 25 del 19 ottobre 2004 e successive modificazioni ed integrazioni;

PREMESSO CHE con il DCA n. 81 del 22 luglio 2016 è stato approvato, tra l'altro, il Nuovo Regolamento Attuativo della L.R. n. 24/2008;

CONSIDERATO CHE il comma 2 dell'art. 12 del predetto Regolamento prevede l'invio *“di due copie dei documenti relativi alle istanze inoltrate, anche in forma elettronica, da parte del Dipartimento Tutela della Salute all'Azienda Sanitaria competente per territorio contestualmente all'avvio del procedimento amministrativo. Una copia dei predetti documenti dovrà essere restituita dall'azienda sanitaria competente per territorio al Dipartimento regionale competente timbrata e siglata in ogni pagina da parte dei membri della Commissione aziendale contestualmente alla trasmissione del verbale e della delibera del Direttore Generale aziendale recante il relativo parere conclusivo sul possesso dei requisiti”*;

TENUTO CONTO CHE il predetto adempimento ha causato un rallentamento della conclusione dei procedimenti amministrativi per la difficoltà delle Aziende Sanitarie competenti a ritrasmettere, al Dipartimento Tutela della Salute, la documentazione timbrata e siglata da tutti i membri della Commissione Aziendale;

RITENUTO, pertanto, necessario provvedere alla semplificazione della predetta fase del procedimento amministrativo relativo alle istanze di autorizzazione e di accreditamento, al fine anche di consentire il buon funzionamento dell'Amministrazione regionale nel rispetto dei termini di conclusione previsti dalla normativa;

Tutto ciò premesso, che costituisce parte integrante e sostanziale dell'odierno provvedimento, il presidente on.le Roberto Occhiuto nella sua qualità di nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro cui è sottoposta la Regione Calabria;

DE CRE T A

DI RITENERE quanto riportato tra i considerata parte integrante, inscindibile, sostanziale e motivazionale del presente provvedimento;

DI PRENDERE ATTO che quanto previsto dal comma 2 dell'art. 12 del Nuovo Regolamento attuativo della L.R. n. 24/2008, in particolare la restituzione di una copia dei documenti timbrati e siglati in ogni pagina da tutti i membri della Commissione Aziendale di verifica ha rallentato la conclusione dei procedimenti amministrativi per la difficoltà delle Aziende Sanitarie competenti a ritrasmettere, al Dipartimento Tutela della Salute, la predetta documentazione;

DI MODIFICARE, così come segue, il comma 2 dell'art. 12 del Nuovo Regolamento Attuativo della L.R. n. 24/2008, allegato al DCA n. 81/2008: *“Una copia dei documenti relativi alle istanze inoltrate, anche in forma elettronica, dovrà essere inviata dal Dipartimento Regionale “Tutela della Salute e dei Servizi Socio-Sanitari” all'Azienda Sanitaria competente per territorio contestualmente all'avvio del procedimento amministrativo. Dall'Azienda Sanitaria competente dovrà essere restituita al Dipartimento regionale competente la delibera del Direttore generale Aziendale recante il relativo parere conclusivo sul possesso dei requisiti completa del verbale di verifica della Commissione Aziendale e/o dell'O.T.A. e di eventuale documentazione acquisita dagli organi di verifica in sede di sopralluogo”*;

DI CONFERMARE, nella restante parte il nuovo Regolamento attuativo della L.R. n. 24/2008;

DI INVIARE il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, attraverso l'apposito sistema documentale "Piani di Rientro";

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale del Dipartimento Regionale Tutela della Salute – Servizi Socio Sanitari per la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Calabria, ai sensi della legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11 nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria, ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Sub Commissario

F.to Dott. Ernesto Esposito

Il Commissario ad acta

F.to Dott. Roberto Occhiuto

Dipartimento tutela della Salute Servizi Socio Sanitari

Il Dirigente del Settore

F.to Dott.ssa Rosalba Barone

Il Dirigente Generale

F.to Ing. Iole Fantozzi

Bur n. 58 del 06/05/2022

(Codice interno: 476156)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 477 del 29 aprile 2022

Riconoscimento dei maggiori oneri derivanti dall'emergenza COVID-19 sostenuti dagli erogatori privati accreditati, nel biennio 2020-2021, e quantificazione dei conseguenti ristori economici.*[Sanità e igiene pubblica]*

Note per la trasparenza:

Con il presente provvedimento si procede a riconoscere agli erogatori privati accreditati, in ragione dell'attività sanitaria per la quale sono accreditati, per gli anni 2020 e 2021, i finanziamenti previsti dalle varie disposizioni nazionali che hanno previsto misure di contrasto della pandemia e di potenziamento del Servizio sanitario finalizzati a fronteggiare l'emergenza COVID-19 e le sue conseguenze.

L'Assessore Manuela Lanzarin riferisce quanto segue.

Con delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 è stato dichiarato lo stato di emergenza in tutto il territorio nazionale. Lo stato di emergenza è stato successivamente prorogato con vari atti, per ultimo al 31 marzo 2022 con decreto legge 24 dicembre 2021, n. 221, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della legge 18 febbraio 2022, n. 11.

Durante il periodo emergenziale molti sono gli atti che si sono susseguiti, sia a livello nazionale che regionale; atti che hanno previsto misure di contrasto della pandemia e di potenziamento del Servizio sanitario finalizzati a fronteggiare l'emergenza COVID-19 e le sue conseguenze.

Per quanto riguarda il presente provvedimento si deve dare evidenza:

- dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 17 luglio 2020, n. 77
- del decreto del Ministero della Salute 12 agosto 2021
- dell'art. 4, comma 5-bis, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 17 luglio 2020, n. 77.

Ora, premesso quanto sopra esposto, si ritiene di procedere suddividendo la prima parte del presente atto per capitoli, al fine di dare maggiore chiarezza.

1) Incremento tariffario massimo di riferimento per le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti a pazienti affetti da COVID-19 (art. 4, commi 1 e 2, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 17 luglio 2020, n. 77 e decreto del Ministero della Salute 12 agosto 2021).

Il comma 1 dell'art. 4 del d.l. n. 34/2020 dispone che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possano riconoscere alle strutture inserite nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, la remunerazione di una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID 19 e un incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da COVID-19. Questo limitatamente al periodo dello stato di emergenza e anche in deroga al limite di spesa di cui all'articolo 45, comma 1-ter, del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124 convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157.

Il comma 2 dell'art. 4 del d.l. n. 34/2020 prevede che le modalità di determinazione della specifica funzione assistenziale e l'incremento tariffario, di cui al comma 1, siano stabilite con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.

Nel merito di quanto finora rappresentato va ricordato che la Giunta Regionale, nelle more dell'approvazione del decreto di cui al comma 2 dell'art. 4 del d.l. n. 34/2020, ha approvato la deliberazione n. 1421 del 21 ottobre 2020, cui si rinvia, con la quale si è proceduto a:

- riconoscere agli erogatori ospedalieri privati accreditati indicati nella deliberazione n. 552 del 5 maggio 2020, un incremento tariffario pari ad euro 3.500,00 per i ricoveri di pazienti affetti da COVID-19 così come individuati dalle schede di dimissione ospedaliera - SDO
- riconoscere, ai sopra citati erogatori, una remunerazione giornaliera pari ad euro 100,00 per ogni posto letto attivato ed aggiuntivo ai posti letto indicati nella vigente scheda di dotazione ospedaliera, limitatamente alle discipline "Terapia intensiva", "Pneumologia" e "Malattie infettive", per il numero dei giorni durante i quali non siano stati effettuati ricoveri ospedalieri per pazienti COVID-19
- rinviare ad un successivo provvedimento il riconoscimento della specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID-19 e l'incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da COVID-19 alle Aziende Ulss, all'Azienda Ospedale-Università di Padova, all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all'IRCCS - IOV, compatibilmente con il fabbisogno sanitario riconosciuto per l'anno 2020.

La deliberazione n. 1421/2020 prevedeva, inoltre, che nel caso di approvazione del decreto di cui al comma 2 dell'art. 4 del d.l. n. 34/2020, si sarebbe proceduto all'applicazione di quanto in esso disposto.

Con successiva deliberazione n. 223 del 2 marzo 2021, cui si rinvia, è stata assegnata agli erogatori ospedalieri privati accreditati di cui alla deliberazione n. 552 del 5 maggio 2020, quale quota in acconto rispetto a quanto disposto con la deliberazione n. 1421/2020, l'80 per cento dell'importo dell'incremento tariffario per l'attività di ricovero di pazienti affetti da COVID-19 svolta nel periodo 21 febbraio - 30 agosto 2020, per un importo complessivo pari ad euro 1.612.800,00.

Il 12 agosto 2021 è stato emanato il decreto del Ministero della Salute "Remunerazione di una funzione assistenziale e di un incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da COVID-19", pubblicato in Gazzetta ufficiale 19 novembre 2021, n. 276. Con tale atto si è provveduto a determinare l'incremento tariffario per la remunerazione dei ricoveri ospedalieri per acuti di pazienti affetti da COVID-19 e alla individuazione dei criteri utili alla definizione delle funzioni assistenziali correlate all'emergenza COVID-19, che le regioni e province autonome possono riconoscere.

L'art. 2 del d.m. 12 agosto 2021 prevede che le prestazioni di ricovero per acuti a pazienti affetti da COVID-19, indipendentemente dal codice *DRG* (*Diagnosis Related Groups* o Raggruppamenti omogenei di diagnosi) della dimissione finale, siano remunerate maggiorando l'ordinaria remunerazione con l'incremento tariffario massimo, per ciascun episodio di ricovero con durata di degenza maggiore di un giorno, pari a 3.713,00 euro se il ricovero è avvenuto esclusivamente in area medica e pari a 9.697,00 euro se il ricovero è transitato in terapia intensiva. Vengono poi previste le modalità applicative.

A tal proposito, per quanto riguarda l'ordinaria remunerazione, giova ricordare che le tariffe venete di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate della nostra Regione, di cui alla deliberazione n.1805/2011 e s.m.i., sono state oggetto di aggiornamento con le deliberazioni n. 426 del 6 aprile 2021 e n. 1026 del 28 luglio 2021.

Alla luce di quanto finora espresso, per quanto riguarda l'incremento tariffario per la remunerazione dei ricoveri ospedalieri per acuti di pazienti affetti da COVID-19 nei confronti degli erogatori ospedalieri privati accreditati che, nel rispetto delle disposizioni regionali e delle disposizioni delle Aziende Ulss di ubicazione territoriali, hanno erogato le citate prestazioni di ricovero, si propone di riconoscere i seguenti incrementi tariffari: euro 3.713,00 se il ricovero è avvenuto esclusivamente in area medica ed euro 9.697,00 se il ricovero è transitato in terapia intensiva. Gli incrementi finanziari sono corrisposti, limitatamente al periodo emergenziale di cui delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 e successive proroghe, a far data dal 21 febbraio 2020 (che si ricorda essere la data nella quale è stato individuato il primo caso di paziente affetto di COVID-19 in Veneto), così come già previsto dalla dgr n. 1421/2020.

Per quanto riguarda gli importi economici dei ricoveri in parola erogati nel biennio 2020-2021 si riportano nelle colonne 1 e 7 dell'**Allegato A**, parte integrante del presente atto, i valori riferiti agli erogatori beneficiari, suddivisi per singola Azienda Ulss.

Si rappresenta che per quanto riguarda la quantificazione dell'importo si sono considerate tutte le dimissioni da flusso ministeriale SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera), con degenza maggiore di un giorno e con esclusioni dei ricoveri non acuti. Per la selezione dei dimessi COVID-19, la banca dati SDO è stata incrociata con la banca dati regionale dei tamponi (sia molecolari che antigenici) per individuare le sovrapposizioni tra periodo di degenza ed intervallo di positività, quest'ultimo definito a partire dalla data del primo tampone risultato positivo fino alla data di fine positività (a data minima tra negativizzazione, guarigione clinica, guarigione manuale, o eventualmente il decesso). Come previsto dal d.m. 12 agosto 2021, l'incremento tariffario è riconosciuto per l'intero episodio nei casi di dimissione del paziente per trasferimento tra strutture di ricovero e cura. Convenzionalmente la consecutività delle dimissioni per definire l'episodio unico è stata valutata inferiore alle dodici ore.

2) Definizione delle funzioni assistenziali correlate all'emergenza COVID-19 (art. 4, commi 1 e 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 17 luglio 2020, n. 77 - decreto del Ministero della

Salute 12 agosto 2021)

Richiamando quanto sopra riportato per quanto riguarda i commi 1 e 2 dell'art. 4 del d.l. n. 34/2020, si evidenzia che gli artt. 3 e 4 del d.m. 12 agosto 2021 definiscono:

- quale criterio individuabile per la determinazione della funzione assistenziale correlata all'emergenza COVID-19, i costi di attesa di posti letto di ricovero ospedaliero per acuti per pazienti affetti da COVID-19 nelle discipline medico-internistiche e di terapia intensiva, calcolati sulla base delle giornate di degenza non occupate rispetto a quelle erogabili sui posti letto COVID-19 attivati per l'area medica e per la terapia intensiva (art. 3 lett. a)
- quali criteri generali per la determinazione della remunerazione massima della funzione relativa ai costi di attesa dei posti letto di ricovero ospedaliero per acuti per pazienti affetti da COVID-19, la determinazione dell'importo del finanziamento della funzione relativa ai costi di attesa dei posti letto in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, in proporzione al numero di posti letto di cui all'accordo contrattuale stipulato ai sensi dell'art. 3 del sopra citato decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, correlandolo ai posti letto non occupati e tenendo conto di quanto già riconosciuto sulla base dei propri atti di programmazione, in modo da garantire la compatibilità con il finanziamento per il Servizio sanitario regionale e con le risorse previste per l'attuazione del comma 6 del richiamato art. 3 (art. 4).

Per quanto riguarda l'individuazione dei criteri utili alla definizione delle funzioni assistenziali correlate all'emergenza COVID-19, in ossequio a quanto disposto dal d.m. 12 agosto 2021, si propone di assegnare i seguenti importi giornalieri, con riferimento ai posti letto messi a disposizione per l'emergenza sanitaria, considerati i periodi temporali di disponibilità degli stessi, per il numero dei giorni durante i quali non siano stati effettuati ricoveri ospedalieri per paziente COVID-19:

- Euro 584,36/die per le giornate non erogate del reparto di Terapia Intensiva (codice specialità ministeriale 049);
- Euro 151,20/die per le giornate non erogate degli altri reparti per acuti.

La determinazione degli importi giornalieri sopra indicati si intende modificativa di quanto previsto dalla dgr n. 1421/2020.

La quantificazione economica giornaliera è stata effettuata valutando i costi di produzione desunti dal sistema regionale di contabilità analitica, con riferimento ai fattori produttivi fissi del personale addetto all'assistenza e della tecnologia.

Le "giornate di presenza COVID-19" sono state definite seguendo la medesima metodologia descritta con riferimento all'incremento tariffario, considerando i soli ricoveri per acuti ad esclusione di quelli in regime diurno. Per la quantificazione dell'occupazione dei posti letti, e di riflesso del numero di giornate non erogate, è stata considerata tutta l'attività erogata, tenendo distinto i pazienti ricoverati per COVID-19 da quelli ricoverati per altre patologie. Si rappresenta, inoltre, che i dati relativi alla disponibilità dei posti letto dedicati a pazienti COVID-19 sono stati oggetto di apposita rilevazione da parte della Direzione Programmazione Sanitaria, tramite le Aziende Ulss interessate (documenti agli atti della citata Direzione).

Si riportano nella colonna 2 e 8 dell'**Allegato A**, parte integrante del presente provvedimento, i valori economici della funzione assistenziale con riferimento al biennio 2020-2021 riferiti agli erogatori beneficiari, suddivisi per singola Azienda Ulss.

3) Riconoscimento agli erogatori privati accreditati, che hanno sospeso nell'anno 2020 l'attività sanitaria, fino a un massimo del 90 per cento del budget assegnato nell'anno medesimo (art. 4, comma 5-bis, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 17 luglio 2020, n. 77).

L'art. 4, comma 5-bis del d.l. n. 34/2020 prevede che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, che a causa della pandemia hanno sospeso le attività sanitarie, possano riconoscere alle strutture private accreditate, destinatarie di apposito budget per l'anno 2020, fino a un massimo del 90 per cento del budget assegnato nel medesimo anno. Il citato riconoscimento tiene conto, quindi, sia delle attività erogate nel corso dell'anno 2020 sia, fino a concorrenza del limite massimo del 90 per cento del budget, di un contributo una tantum, legato all'emergenza, a ristoro dei soli costi fissi comunque sostenuti dalla struttura privata accreditata e rendicontati dalla stessa struttura.

Per quanto riguarda le strutture del Veneto, con nota del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, prot. 120472 del 13 marzo 2020, è stata disposta la sospensione immediata di tutte le attività programmate, sia di ricovero che di specialistica ambulatoriale, fino al 15 aprile. Con successiva nota, prot. n. 154295 del 14 aprile 2020, la sospensione in parola è stata prorogata fino al 3 maggio 2020.

A seguito dello sviluppo dello scenario pandemico, con nota del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, prot. n. 474775 del 6 novembre 2020, si è proceduto all'ulteriore sospensione dell'attività programmata, sia di ricovero che di specialistica ambulatoriale, che ha interessato tutti gli ultimi due mesi dell'anno 2020.

Le sospensioni hanno coinvolto, oltre alle strutture ospedaliere pubbliche, gli erogatori ospedalieri privati accreditati, i Centri e istituti ex art. 26 della l. 833/1978 privati accreditati e l'Ospedale Riabilitativo di Alta specializzazione di Motta di Livenza.

Alla luce di quanto sopra riportato si propone di riconoscere agli erogatori privati accreditati nei confronti dei quali è stato riscontrato che la remunerazione per l'attività sanitaria svolta nell'anno 2020 è risultata essere inferiore al 90 per cento del budget del medesimo anno, un contributo *una tantum*, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4, comma 5-bis del d.l. n. 34/2020.

Si riportano nella colonna 3 dell'**Allegato A**, parte integrante del presente provvedimento, i valori economici, riferiti agli erogatori beneficiari, suddivisi per singola Azienda Ulss.

Si ricorda, come meglio riportato nel capitolo 5), che per quanto riguarda gli erogatori ospedalieri privati accreditati, i tetti di spesa, per l'anno 2020, sono stati individuati con deliberazione n. 597 del 28 aprile 2017 e s.m.i. vigente anche nell'anno 2020 per effetto della espressa previsione di proroga prevista nell'atto medesimo. Per quanto riguarda invece i Centri e istituti ex art. 26 della l. 833/1978 privati accreditati, i tetti di spesa per l'anno 2020 sono stati individuati con la deliberazione n. 2258 del 30 dicembre 2016 e s.m.i., vigente anche nell'anno 2020 per effetto della espressa previsione di proroga prevista nell'atto medesimo.

4) Ristori delle spese relative all'acquisto di dispositivi di protezione individuale e altri beni sanitari correlati all'emergenza COVID-19

Con decreto legge n. 41 del 22 marzo 2021, art. 24, c.1 convertito con modificazioni dalla legge 21 maggio 2021 n. 69, è stato stanziato *"un fondo con una dotazione di 1.000 milioni di euro quale concorso a titolo definitivo al rimborso delle spese sostenute dalle Regioni e Province autonome nell'anno 2020 per l'acquisto di dispositivi di protezione individuale e altri beni sanitari inerenti l'emergenza"* da ripartire successivamente con Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Il decreto del Ministero dell'economia e finanze 16 luglio 2021 concernente il riparto a favore delle Regioni e delle Province autonome del fondo di 1.000 milioni di euro di cui all'art. 24, comma 1, del d.l. n. 41/2021, prevede l'assegnazione alla Regione del Veneto dell'importo di euro 197.493.455,00. Il medesimo decreto, inoltre, dispone che le somme acquisite dalle Regioni e Province autonome a valere sul predetto fondo, concorrono alla valutazione dell'equilibrio finanziario per l'anno 2020 dei rispettivi servizi sanitari.

Alla luce di quanto disposto, si propone di riconoscere il ristoro delle spese sostenute per l'acquisto di dispositivi di protezione individuale e altri beni sanitari e non sanitari, correlati all'emergenza COVID-19 agli erogatori privati accreditati che erogano prestazioni sanitarie a ciclo continuo, a ciclo diurno ed ambulatoriale, ossia gli erogatori ospedalieri privati accreditati, gli Istituti e Centri di Riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78, gli Ospedali di Comunità, le Unità Riabilitative Territoriali e gli Hospice.

Si riportano nella colonna 4 dell'**Allegato A**, parte integrante del presente provvedimento, i valori economici, riferiti agli erogatori beneficiari, suddivisi per singola Azienda Ulss.

La proposta di ristori si basa sulle spese effettivamente rendicontate dagli erogatori privati accreditati relative al periodo febbraio - dicembre 2020. In funzione di queste sono stati derivati dei costi medi unitari per giornata di degenza, per ricovero e per utente ambulatoriale trattato. Questi parametri unitari sono stati utilizzati per il dimensionamento economico dei ristori, in funzione dell'attività erogata, tenuto conto che quanto rendicontato è stato posto come valore massimo riconoscibile.

5) Remunerazione delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale erogate, in supero ai tetti di spesa, nell'anno 2020

Per quanto riguarda i tetti di spesa degli erogatori ospedalieri privati accreditati, sia per l'assistenza ospedaliera che per l'assistenza specialistica ambulatoriale, nell'anno 2020 era in vigore la deliberazione n. 597 del 28 aprile 2017 "Erogatori ospedalieri privati accreditati: criteri e determinazione dei tetti di spesa e dei volumi di attività per il triennio 2017-2019 per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto ed aggiornamento dello schema tipo di accordo contrattuale. D.Lgs n. 502/1992, artt. 8 quinquies e sexies, L.R. 16 agosto 2002, n. 22, art. 17, comma 3" e s.m.i., in ragione dell'espressa previsione di proroga indicata nell'atto medesimo.

Per quanto riguarda i tetti di spesa degli erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali nell'anno 2020 era in vigore la deliberazione n. 2166 del 29 dicembre 2017 "Assegnazione di budget per il triennio 2018-2019-2020 per l'assistenza specialistica ambulatoriale erogata dagli erogatori esclusivamente ambulatoriali nei confronti degli utenti residenti nella Regione Veneto e, a parziale modifica della dgr n. 597/2017, ulteriori disposizioni nei confronti degli erogatori ospedalieri privati accreditati" e s.m.i..

Inoltre, con le deliberazioni n. 1268 del 3 settembre 2019, n. 211 del 18 febbraio 2020 e n. 931 del 09 luglio 2020 sono stati assegnati agli erogatori ospedalieri privati accreditati e agli erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali quote extra budget per l'anno 2020.

Gli atti giuntali sopra indicati prevedevano che i tetti di spesa assegnati, compresi anche gli extra budget, fossero tetti finanziari massimi attribuiti e non superabili e che, pertanto le prestazioni erogate in supero ai tetti di spesa, non sarebbero state remunerate.

Durante l'anno 2020, a causa della pandemia causata da COVID-19, si è assistito, dopo la proclamazione dello stato di emergenza (31 gennaio 2020), all'emanazione di una serie di decreti attuativi (DPCM) in cui le misure di restrizione si sono fatte progressivamente più ferree ed estese via via all'intero territorio nazionale (es. il cd lockdown).

Anche le attività sanitarie programmate sono state sospese contribuendo ad aumentare il numero delle prestazioni non erogate da recuperare.

Per garantire il miglior recupero possibile delle prestazioni non erogate e considerato che la gran parte del personale, sia dirigenziale che del comparto, del Servizio Sanitario Nazionale era direttamente impiegato nelle attività di contrasto alla emergenza epidemiologica, le Aziende Ulss sono state invitate a richiedere la collaborazione sinergica agli erogatori privati accreditati.

L'erogazione di molte delle prestazioni "sospese" ha comportato, in alcuni casi, il superamento del tetto di spesa, ivi comprese le quote di budget aggiuntivo previsto dalla programmazione regionale, assegnati per l'anno 2020. In ossequio a quanto previsto dalle deliberazioni sopra riportate, gli importi relativi al citato superamento, non sono stati riconosciuti agli erogatori privati accreditati interessati.

Rappresentando che è stato di fondamentale importanza, per la tutela della salute dei cittadini, consentire l'erogazione delle prestazioni "sospese" nel più breve tempo possibile, compatibilmente con il periodo emergenziale in corso, si propone di riconoscere, agli erogatori privati accreditati interessati, la remunerazione delle prestazioni erogate in superamento al tetto di spesa, ivi comprese le quote di budget aggiuntivo previsto dalla programmazione regionale. Questo a modifica di quanto disposto dalle deliberazioni sopra riportate, per l'anno 2020.

Si riportano nella colonna 5 dell'**Allegato A**, parte integrante del presente provvedimento, i valori economici, riferiti agli erogatori beneficiari, suddivisi per singola Azienda Ulss.

Riassumendo quanto previsto nei cinque capitoli sopra riportati i valori economici complessivamente ammontano ad euro 67.436.700,00.

Vanno tuttavia tenute in considerazione le iscrizioni contabili già effettuate dalle Aziende Ulss nei bilanci consuntivi 2020, approvati con dgr n. 1236 del 14 settembre 2021. Analizzati i bilanci d'esercizio, sentiti anche gli uffici Economico Finanziari delle aziende sanitarie, risultano essere stati iscritti - a vario titolo - nel conto economico 2020 costi, con riferimento alle poste dettagliate in precedenza, per complessivi euro 28.749.480,99, così come riportato nella colonna 7 dell'**Allegato B**, parte integrante del presente atto. Questi costi hanno concorso alla determinazione dei risultati di esercizio 2020, già ripianati finanziariamente con dgr n. 1389 del 12 ottobre 2021.

Tutto ciò considerato, ai valori economici complessivi del biennio 2020-2021 determinati sulla base dei criteri esposti nel presente provvedimento, corrispondono nuovi costi a valere sul bilancio 2021 - con relativa contropartita finanziaria in favore delle aziende Ulss - per complessivi euro 38.687.219,01, così come riportato nella colonna 8 dell'**Allegato B**, parte integrante del presente atto.

Tanto premesso, alla copertura agli oneri derivanti dal presente provvedimento, quantificati in euro 38.687.219,01 si provvede a valere:

- sulle risorse statali emergenziali COVID-19 assegnate alla Regione del Veneto nell'esercizio 2020, trasferite ad Azienda Zero ed accantonate al 31/12/2020 sul proprio bilancio, per un importo di euro 4.788.295,98 come indicato nel punto 6 della dgr n. 1785/2021 ad oggetto "*Assegnazione agli enti del SSR dei finanziamenti per fronteggiare l'emergenza sanitaria da Covid-19*", ultima in ordine cronologico ad assegnare agli enti del SSR risorse statali finalizzate all'emergenza Covid-19. Tali risorse sono utilizzabili in maniera flessibile ai sensi del d.l. 73/2021;
- sulle risorse statali emergenziali COVID-19 assegnate alla Regione del Veneto a valere sull'esercizio 2021 per l'importo residuo di euro 33.898.923,03, in parte già trasferite ad Azienda Zero ed indicate nel punto 6 della dgr n. 1785/2021 ed in parte da trasferire con successivi provvedimenti.

In merito alle risorse assegnate nell'esercizio 2021, l'art. 16 comma 8-novies del d.l. n. 146 del 21 ottobre 2021, convertito con modificazioni nella L. 17 dicembre 2021, n. 215 recita quanto segue: *"Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro il 23 dicembre 2021, trasmettono al Ministero della salute una relazione dettagliata, attestante le prestazioni assistenziali destinate a fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 erogate nell'anno 2021 ai sensi del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, del decreto legge 22 marzo 2021, n. 41, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 maggio 2021, n. 69, e del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106. Entro il 31 dicembre 2021, il Ministero della salute verifica la coerenza delle informazioni contenute nella predetta relazione con le attività assistenziali previste dalla normativa citata, con particolare riferimento al previsto recupero delle liste d'attesa, favorito dal progressivo attenuamento dell'impatto sui servizi sanitari regionali dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e dal previsto rafforzamento strutturale dei servizi sanitari regionali. Sulla base delle risultanze della verifica operata dal Ministero della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono rendere disponibili per i rispettivi servizi sanitari le risorse correnti a valere sul Fondo sanitario nazionale 2021 previste dalla normativa citata, per tutte le attività assistenziali rese dai rispettivi servizi sanitari regionali nel 2021, prescindendo dalle singole disposizioni in relazione a ciascuna linea di finanziamento. Nel caso in cui la relazione sia incompleta o non sia trasmessa nel termine previsto dal primo periodo, la verifica si intende effettuata con esito negativo. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano in ogni caso l'erogazione delle prestazioni assistenziali negli anni 2021 e 2022 nell'ambito delle risorse finanziarie previste a legislazione vigente e senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica".*

Il Ministero della salute, ai sensi della normativa sopra richiamata, ha provveduto ad operare la verifica di coerenza delle informazioni contenute nelle relazioni prodotte dalle regioni e dalle province autonome e con verbale trasmesso in data 3 gennaio 2022 (prot. reg. n. 124) ha comunicato l'esito positivo della propria verifica. In conseguenza di ciò, le risorse residue al 31/12/2021 relative ai provvedimenti statali emergenziali 2021 possono essere utilizzate per la copertura di qualsiasi costo legato all'emergenza sanitaria, prescindendo dalle singole disposizioni in relazione a ciascuna linea di finanziamento.

Con il presente provvedimento si propone dunque di assegnare agli enti del Servizio Sanitario Regionale - SSR un importo di finanziamenti a copertura di costi emergenziali sostenuti dagli erogatori privati accreditati per complessivi euro 38.687.219,01, come dettagliatamente indicato nell'**Allegato C**, parte integrante del presente atto, incaricando Azienda Zero dell'erogazione.

Si dà atto che, ad esito della verifica effettuata dalla Direzione Programmazione e Controllo SSR, le risorse dei finanziamenti statali emergenziali assegnati alla Regione del Veneto nell'esercizio 2021 che residuano in seguito alla ripartizione proposta con il presente provvedimento ammontano complessivamente ad euro 103.472.180,70.

Si dà, altresì, atto che i maggiori oneri derivanti dall'emergenza COVID-19 riconosciuti agli erogatori privati accreditati con il presente provvedimento, per il biennio 2020-2021, costituiscono circa il 7% dei finanziamenti statali emergenziali già assegnati e utilizzati dalla Regione del Veneto per il biennio medesimo.

Si precisa che gli importi di cui al presente atto costituiscono gli importi massimi da riconoscere ai singoli erogatori privati accreditati. Ogni Azienda sanitaria resta responsabile dell'esatta quantificazione economica, nel rispetto dei principi contenuti nel presente provvedimento, nonché di quanto eventualmente già riconosciuto anche a titolo di acconto. Ogni Azienda sanitaria provvederà ad informare la Direzione regionale competente. L'eventuale eccedenza finanziaria corrisposta alle Aziende sanitarie e non utilizzata a fini di ristoro agli erogatori privati accreditati, rimarrà nelle disponibilità delle Aziende medesime per la copertura di altri costi COVID-19.

Si dà evidenza che il riepilogo dei valori economici contenuti nel presente atto, dettagliatamente suddivisi per singola Azienda Ulss e per singola linea di intervento sono riportati nell'**Allegato B**, parte integrante del presente provvedimento.

Infine, si precisa che la documentazione tecnica, validata dalle strutture competenti dell'Area Sanità e Sociale e utilizzata nel presente provvedimento, è stata prodotta da Azienda Zero ed è disponibile presso la stessa. Inoltre sulla documentazione tecnica sono state informate tutte le Associazioni di categoria degli erogatori privati accreditati durante l'incontro svoltosi in videoconferenza in data 28 marzo 2022. Con nota del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, prot. n. 142059 del 29 marzo 2022, la documentazione tecnica è stata trasmessa alle citate Associazioni di categoria.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTO il decreto legislativo. 14 marzo 2013, n. 33;

VISTO il d.l. 25 maggio 2021, n. 73 convertito con modificazioni dalla L. 23 luglio 2021, n. 106;

VISTO il d.l. 21 ottobre 2021, n. 146 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2021, n. 2015;

VISTO l'art. 4, commi 1, 2 e 5-bis del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 17 luglio 2020, n. 77;

VISTO il decreto legge n. 41 del 22 marzo 2021, art. 24, c.1 convertito con modificazioni dalla legge 21 maggio 2021 n. 69;

VISTO il d.l. 25 maggio 2021, n. 73 convertito con modificazioni dalla L. 23 luglio 2021, n. 106;

VISTO il d.l. 21 ottobre 2021, n. 146 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2021, n. 2015;

VISTO il decreto del Ministero della Salute 12 agosto 2021;

VISTA l'intesa della Conferenza Stato-Regioni sullo schema di Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze di concerto con il Ministero della Salute, rep. atti 98/CSR del 24 giugno 2021;

VISTA la deliberazione n. 2258 del 30 dicembre 2016 e s.m.i.;

VISTA la deliberazione n. 597 del 28 aprile 2017 e s.m.i.;

VISTA la deliberazione n. 2166 del 29 dicembre 2017 e s.m.i.;

VISTE le deliberazioni n. 1268 del 3 settembre 2019, n. 211 del 18 febbraio 2020 e n. 931 del 9 luglio 2020;

VISTA la deliberazione n. 1421 del 21 ottobre 2020;

VISTA la deliberazione n. 223 del 2 marzo 2021;

VISTA la deliberazione n. 1236 del 14 settembre 2021;

VISTA la deliberazione n. 1389 del 12 ottobre 2021;

VISTA la deliberazione n. 1785 del 15 dicembre 2021;

VISTO l'articolo 2, comma 2, della Legge Regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

delibera

1. di approvare le premesse quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di riconoscere i maggiori oneri derivanti dall'emergenza COVID-19 sostenuti dagli erogatori privati accreditati, nel biennio 2020-2021, e di quantificare i conseguenti ristori economici, pari complessivamente ad euro 67.436.700,00, così come riportato nell'**Allegato A**, parte integrante del presente provvedimento;
3. di prendere atto che i maggiori costi sostenuti dagli erogatori privati accreditati per fronteggiare l'emergenza sanitaria nel biennio 2020-2021 corrispondono complessivamente ad euro 67.436.700,00, così come riepilogato nell'**Allegato A**, di cui euro 28.749.480,16 hanno già trovato copertura nelle risorse assegnate agli enti del SSR con dgr n. 1389/2021 a titolo di ripiano perdite;
4. di quantificare in euro 38.687.219,01 gli oneri derivanti dal presente provvedimento, suddivisi per singola Azienda Ulss e per singola linea di intervento, come riepilogato nell'**Allegato B**, parte integrante del presente provvedimento;
5. di assegnare agli enti del SSR un importo di finanziamenti a copertura di costi emergenziali COVID-19 sostenuti dagli erogatori privati accreditati nel biennio 2020-2021 per complessivi euro 38.687.219,01, come dettagliatamente indicato nell'**Allegato C**, parte integrante del presente provvedimento;
6. di incaricare Azienda Zero ad erogare agli enti del SSR gli importi di cui al punto 5., così come indicati nell'**Allegato C**, con copertura a valere sulle risorse statali emergenziali ricevute nel corso dell'esercizio 2020 per l'importo di euro

- 4.788.295,98 e sulle risorse statali emergenziali ricevute a valere sull'esercizio 2021 per l'importo di euro 33.898.923,03, così come riportato in premessa;
7. di dare atto che, ad esito della verifica effettuata dalla Direzione Programmazione e Controllo SSR, le risorse dei finanziamenti statali emergenziali assegnati alla Regione del Veneto nell'esercizio 2021 che residuano in seguito a quanto disposto ai precedenti punti 4. e 5., ammontano complessivamente ad euro 103.472.180,70;
8. la Direzione Programmazione Sanitaria e la Direzione Programmazione e Controllo SSR sono incaricate dell'esecuzione del presente atto per le parti di rispettiva competenza;
9. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto alla pubblicazione ai sensi dell'articolo 23 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;
10. di trasmettere il presente provvedimento agli enti del SSR;
11. di pubblicare la presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

Bur n. 78 del 08/07/2022

(Codice interno: 478875)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 673 del 07 giugno 2022

Deliberazione n. 477 del 29 aprile 2022 "Riconoscimento dei maggiori oneri derivanti dall'emergenza COVID-19 sostenuti dagli erogatori privati accreditati, nel biennio 2020-2021, e quantificazione dei conseguenti ristori economici".
Determinazioni.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Con il presente provvedimento si procede alla correzione di meri errori materiali relativamente alle colonne 1 "Incremento tariffario art. 4, commi 1 e 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34", riferito all'anno 2020, e 7 "Incremento tariffario art. 4, commi 1 e 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34", riferito all'anno 2021 dell'Allegato A alla deliberazione n. 477/2022 nei confronti di n. 6 strutture ospedaliere private accreditate.

L'Assessore Manuela Lanzarin riferisce quanto segue.

Con delibera n. 477 del 29 aprile 2022, cui si fa rinvio, la Giunta Regionale ha approvato il riconoscimento dei maggiori oneri derivanti dall'emergenza COVID-19 sostenuti dagli erogatori privati accreditati, nel biennio 2020-2021, e la quantificazione dei conseguenti ristori economici.

La citata deliberazione è stata trasmessa alle Aziende Ulss del Veneto e alle Associazioni di categoria, rappresentative delle strutture private accreditate interessate con nota del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria, prot. n. 209571 del 9 maggio 2022.

A seguito di verifiche tecniche effettuate dalle direzioni regionali competenti, con il supporto di Azienda Zero, sull'Allegato A "Importi economici - dettaglio erogatori beneficiari, suddivisi per singola Azienda Ulss" alla dgr n. 477/2022, sono emersi alcuni errori materiali a causa dei quali gli importi indicati nelle colonne 1 "Incremento tariffario art. 4, commi 1 e 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34", riferito all'anno 2020, e 7 "Incremento tariffario art. 4, commi 1 e 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34", riferito all'anno 2021, del citato Allegato A non risultavano correttamente attribuiti, limitatamente alle seguenti strutture:

Azienda ULSS	Denominazione Istituto
501. Dolomiti	05014900. GVM CORTINA S.R.L.
505. Polesana	05015000. CASA DI CURA SANTA MARIA MADDALENA
505. Polesana	05015100. CASA DI CURA MADONNA DELLA SALUTE
506. Euganea	05012100. CASA DI CURA VILLA MARIA SPA
506. Euganea	05012300. CASA DI CURA ABANO TERME POLISPEC. E TER.
506. Euganea	05012400. CASA DI CURA PARCO DEI TIGLI

Prendendo atto degli errori materiali, la Direzione Programmazione Sanitaria e la Direzione Programmazione e Controllo SSR propone di approvare l'**Allegato A**, parte integrante del presente atto, ove vengono indicati i nuovi valori economici riferiti alle strutture sopra indicate, che si intendono sostitutivi dei valori economici indicati nell'Allegato A alla dgr n. 477/2022.

Si rappresenta che la correzione di cui al presente atto non comporta alcuna variazione dell'Allegato A alla dgr n. 477/2022 relativamente all'importo complessivo pari a euro 50.437.200 riportato nella colonna 6 "Totale anno 2020", all'importo complessivo pari a euro 16.999.500 riportato nella colonna 9 "Totale anno 2021" e conseguentemente all'importo complessivo pari a euro 67.436.700 riportato nella colonna 10 "Totale biennio 2020-2021".

Si propone di incaricare il Direttore della Direzione Programmazione e Controllo SSR di provvedere agli ulteriori adeguamenti degli atti regionali, ove necessario.

Ai sensi della dgr n. 477/2022, si conferma che gli importi di cui al presente atto costituiscono gli importi massimi da riconoscere ai singoli erogatori privati accreditati. Ogni Azienda sanitaria resta responsabile dell'esatta quantificazione

economica, nonché di quanto eventualmente già riconosciuto anche a titolo di acconto. Ogni Azienda sanitaria provvederà ad informare la Direzione regionale competente. L'eventuale eccedenza finanziaria corrisposta alle Aziende sanitarie e non utilizzata a fini di ristoro agli erogatori privati accreditati, rimarrà nelle disponibilità delle Aziende medesime per la copertura di altri costi COVID-19.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTO il decreto legislativo. 14 marzo 2013, n. 33;

VISTA la deliberazione n. 477 del 29 aprile 2022;

VISTO l'articolo 2, comma 2, della Legge Regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

delibera

1. di approvare le premesse quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare, a correzione del mero errore materiale, l'**Allegato A**, parte integrante del presente atto, ove vengono indicati i nuovi valori economici riferiti alle strutture indicate nell'Allegato medesimo, che si intendono sostitutivi dei valori economici indicati nell'Allegato A alla dgr n. 477/2022;
3. di prendere atto che i nuovi valori economici di cui all'**Allegato A** non comportano alcuna variazione dell'Allegato A alla dgr n. 477/2022 relativamente all'importo complessivo pari a euro 50.437.200 riportato nella colonna 6 "Totale anno 2020", all'importo complessivo pari a euro 16.999.500 riportato nella colonna 9 "Totale anno 2021" e conseguentemente all'importo complessivo pari a euro 67.436.700 riportato nella colonna 10 "Totale biennio 2020-2021";
4. la Direzione Programmazione Sanitaria e la Direzione Programmazione e Controllo SSR sono incaricate dell'esecuzione del presente atto per le parti di rispettiva competenza, ivi compresi gli ulteriori adeguamenti degli atti regionali, ove necessario;
5. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto alla pubblicazione ai sensi dell'articolo 23 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;
6. di trasmettere il presente provvedimento agli enti del SSR interessati;
7. di pubblicare la presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 6488

Seduta del 13/06/2022

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali LETIZIA MORATTI *Vice Presidente*
STEFANO BOLOGNINI
DAVIDE CARLO CAPARINI
RAFFAELE CATTANEO
RICCARDO DE CORATO
MELANIA DE NICHILLO RIZZOLI
PIETRO FORONI
STEFANO BRUNO GALLI

GUIDO GUIDESI
ALESSANDRA LOCATELLI
LARA MAGONI
ALESSANDRO MATTINZOLI
FABIO ROLFI
FABRIZIO SALA
MASSIMO SERTORI
CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Enrico Gasparini

Su proposta dell'Assessore Letizia Moratti

Oggetto

DETERMINAZIONI RELATIVE ALLA STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE A CONTRATTO NEL QUADRO DELLE NORME NAZIONALI CHE HANNO DISPOSTO CONTRIBUTI A RISTORO PER L'EMERGENZA COVID-19 – ESERCIZIO 2021

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Giovanni Pavesi

Il Dirigente Matteo Corradin

L'atto si compone di 21 pagine

di cui 10 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTO il contenuto dell'art. 4 del DL 34/2020 (c.d. "Decreto Rilancio"), convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77 e s.m.i., che prevedeva per l'anno 2020:

- al comma 5 *"Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2020, le quali sospendano le attività ordinarie anche in conseguenza dell'applicazione delle misure previste dall'articolo 5- sexies, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, la remunerazione a titolo di acconto, su base mensile, e salvo congruaggio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori privati, fino a un massimo del 90 per cento del volume di attività riconosciuto nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 stipulati per il 2020";*
- al comma 5bis *"le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano che, in funzione dell'andamento dell'emergenza da COVID-19, hanno sospeso, anche per il tramite dei propri enti, le attività ordinarie possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2020 fino a un massimo del 90 per cento del budget assegnato nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, stipulati per l'anno 2020, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale. Il predetto riconoscimento tiene conto, pertanto, sia delle attività ordinariamente erogate nel corso dell'anno 2020 di cui deve essere rendicontata l'effettiva produzione, sia, fino a concorrenza del predetto limite massimo del 90 per cento del budget, di un contributo a tantum legato all'emergenza in corso ed erogato dalle regioni e province autonome nelle quali insiste la struttura destinataria di budget, a ristoro dei soli costi fissi comunque sostenuti dalla struttura privata accreditata e rendicontati dalla stessa struttura che, sulla base di uno specifico provvedimento regionale, ha sospeso le attività previste dai relativi accordi e contratti stipulati per l'anno 2020. Resta fermo il riconoscimento, nell'ambito del budget assegnato per l'anno 2020, in caso di produzione del volume di attività superiore al 90 per cento e fino a concorrenza del budget previsto negli accordi e contratti stipulati per l'anno 2020, come rendicontato dalla medesima struttura interessata";*

RILEVATO che l'art. 1 comma 495 Legge 30 dicembre 2020, n. 178 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023") ha previsto per l'anno 2021 che: *"Le regioni e le province*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

autonome di Trento e di Bolzano che, in funzione dell'andamento dell'emergenza da COVID-19, hanno sospeso, anche per il tramite dei propri enti, le attività ordinarie possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2021 fino a un massimo del 90 per cento del budget assegnato nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, stipulati per l'anno 2021, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale. Il predetto riconoscimento tiene conto, pertanto, sia delle attività ordinariamente erogate nel corso dell'anno 2021 di cui deve essere rendicontata l'effettiva produzione, sia, fino a concorrenza del predetto limite massimo del 90 per cento del budget, di un contributo una tantum legato all'emergenza in corso ed erogato dalle regioni e province autonome nelle quali insiste la struttura destinataria di budget, a ristoro dei soli costi fissi comunque sostenuti dalla struttura privata accreditata e rendicontati dalla stessa struttura che, sulla base di uno specifico provvedimento regionale, ha sospeso le attività previste dai relativi accordi e contratti stipulati per l'anno 2021. Resta fermo il riconoscimento, nell'ambito del budget assegnato per l'anno 2021, in caso di produzione del volume di attività superiore al 90 per cento e fino a concorrenza del budget previsto negli accordi e contratti stipulati per l'anno 2021, come rendicontato dalla medesima struttura interessata";

RICHIAMATE, in quanto applicabili anche per l'anno 2021, le note inviate dalla Direzione Generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute ai Direttori Generali della sanità delle Regioni:

- prot. 4429-26/02/2021-DGPR0GS-MDS-P, in merito alle Modalità di applicazione articolo 4, comma 5 bis del decreto legge n. 34/2020, sotto il profilo del termine "sospensione", in particolare chiarendo se la sospensione delle attività debba ricondursi tanto alle ordinanze regionali che hanno "direttamente" circoscritto le tipologie di prestazioni erogabili, quanto i provvedimenti che hanno "indirettamente" limitato l'attività delle strutture attraverso l'obbligo di adottare misure volte a contenere la diffusione del virus;
- prot. 6393-23/03/2021-DGPROGS-MDS-P, che fornisce ulteriori indicazioni in tema agli atti utili alla definizione del periodo di sospensione, tra cui la circolare n. 2619 del 29.02.2020 recante "Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da Covid-19";

PRESO ATTO del richiamo, presente nell'art. 1 comma 495 Legge 30 dicembre 2020, n. 178, di dare applicazione al riconoscimento dei ristori, "ferma restando la



Regione Lombardia

LA GIUNTA

garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale”;

RICHIAMATA la DGR n. XI/5123 del 02/08/2021 con la quale si prevedono, per l'anno 2020, le determinazioni circa il contributo a ristoro nei confronti delle strutture sanitarie private accreditate a contratto, ai sensi del DL n. 34/2020;

VISTA la nota prot. n. G1.2021.0052913 del 31/08/2021, con la quale è stato istituito un Gruppo di lavoro regionale, che ha elaborato le modalità applicative per dare coerente attuazione alla citata DGR n. XI/5123 del 02/08/2021;

VISTE le successive note prot. n. G1.2021.0059821 del 13/10/2021, prot. n. G1.2021.0061594 del 27/10/2021 e prot. n. G1.2021.0065670 del 25/11/2021, relative alle modalità di applicazione della DGR n. XI/5123/2021;

VISTA la DGR n. XI/5340 del 04/10/2021, ad oggetto: “Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del SSR per l'esercizio 2021 con particolare riferimento alla rete delle unità di offerta sociosanitarie territoriali”, e in particolare l'Allegato 3) - Procedimento per l'attuazione del comma 495 della legge 178 del 2020 “Bilancio di previsione dello stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023”;

RILEVATO, in quanto applicabile anche per l'anno 2021, che nella nota prot. 4429-26/02/2021-DGPR0GS-MDS-P viene specificato che:

- in considerazione della ratio della norma in oggetto, si ritiene che l'impatto derivante dalla sospensione delle attività ordinarie, qualora in assenza di specifici provvedimenti regionali/provinciali, possa derivare anche solo dalle Linee di indirizzo emanate a livello nazionale, in considerazione delle delibere del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, del 29 luglio 2020 e del 7 ottobre 2020 con le quali è stato dichiarato e prorogato lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;
- il ristoro dei costi fissi fino al 90% del budget assegnato e sottoscritto costituisce un limite massimo, per cui alle strutture dovrà essere riconosciuta la sola percentuale del budget risultante dalla somma tra la produzione 2020 erogata (al netto dei controlli di appropriatezza) entro budget e i costi fissi sostenuti e rendicontati per il periodo di sospensione delle attività;
- una volta definito l'importo spettante alla struttura sulla base della



Regione Lombardia

LA GIUNTA

produzione resa, rendicontata e verificata, nonché sulla base della rendicontazione dei soli costi fissi correlati al periodo di sospensione delle attività a ristoro dei quali potrà essere riconosciuto un contributo "una tantum" nei limiti e nelle modalità sopra descritti, le regioni e le province autonome potranno, operare i dovuti congruaggi rispetto agli acconti erogati;

STABILITO di prevedere, ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui all'art. 1 comma 495 Legge 30 dicembre 2020, n. 178, in tema di ristori, con riferimento alle strutture sanitarie private accreditate e a contratto e per le linee di produzione non già ricomprese nella DGR XI/5340/2021 (prestazioni di psichiatria e neuropsichiatria infantile), che:

- rientrano nel campo di applicazione del contributo concesso una tantum sull'esercizio 2021 le strutture sanitarie private accreditate e a contratto con scheda di budget, in considerazione degli effetti prodotti dall'applicazione nel corso del 2021 delle regole assunte a livello nazionale e regionale di prevenzione e controllo Covid correlate sul modello ordinario di gestione assistenziale, in funzione della tutela delle persone in carico e degli operatori;
- il contributo è concesso nell'ipotesi in cui il valore complessivo della produzione a budget erogata e valorizzata sul 2021, calcolata tenendo conto degli effetti derivanti dall'incremento tariffario per ricovero e cura disposto dalle DGR n. XI/3518, n. XI/3915 e n. XI/4049/2020, è inferiore al 90% del valore del corrispondente budget di produzione assegnato e sottoscritto ed il cui riconoscimento è possibile fino al tetto massimo del 90% di tale budget;
- nel caso in cui non tutti i *setting* di produzione siano inferiori al 90% del budget è possibile procedere alla valutazione della quota di ristori sulle singole linee produttive; tuttavia in tale fattispecie la struttura sanitaria privata accreditata e a contratto deve obbligatoriamente produrre una specifica dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ex art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, che attesti che i costi fissi, con specifico riferimento ai costi relativi al personale, dedicati al *setting* per il quale si chiede il ristoro non hanno subito una riallocazione a favore dell'erogazione di altri *setting* assistenziali diversi;
- le strutture che hanno erogato prestazioni a favore dei pazienti Covid devono obbligatoriamente produrre una specifica dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ex art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, che attesti che i costi fissi, con specifico riferimento ai costi relativi al



Regione Lombardia

LA GIUNTA

personale, dedicati al setting per il quale si chiede il ristoro non hanno subito una riallocazione a favore dell'erogazione di prestazioni a pazienti affetti da COVID-19;

- il contributo è pari alla differenza tra il valore complessivo della produzione e quello corrispondente al totale dei costi fissi riferiti alla struttura sanitaria privata accreditata e a contratto, non coperti da altri contributi ordinari e straordinari per il periodo gennaio/dicembre 2021, dichiarati agli atti istruttori dall'Ente gestore che ne fa richiesta mediante presentazione dello schema tipo riportato nell'allegato 1), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento e che non ricadono nelle fattispecie previste ai due punti precedenti;
- il contributo è previsto con esclusivo riferimento all'esercizio 2021;

RITENUTO di approvare l'allegato 1), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, ai fini della gestione istruttoria da parte delle ATS del procedimento diretto al riconoscimento del contributo previsto a titolo *una tantum* sull'esercizio 2021 dalla norma dell'art. 4 del D.L. 34/2020 convertito nella legge 77/2020 e s.m.i., legato all'emergenza Covid ed erogato a ristoro dei soli costi fissi;

STABILITO di ritenere che il periodo rilevante ai fini della valutazione delle richieste di ristoro ai sensi dell'art. 1 comma 495 Legge 30 dicembre 2020, n. 178 da parte degli erogatori sanitari privati accreditati e a contratto, tenuto conto delle suddette linee di indirizzo e dei provvedimenti regionali assunti nel corso del 2021, decorre dal 1° gennaio 2021 a tutto il 31 dicembre 2021;

RITENUTO di istituire un Gruppo di lavoro regionale, che provveda all'elaborazione delle modalità applicative del presente provvedimento, e in particolare:

- dare coerente attuazione, in relazione ai contributi a ristoro 2021, alla maggiorazione tariffaria dei ricoveri per pazienti COVID positivi, previsto dal DL 34/2020, e definito con Decreto 12 agosto 2021, ad oggetto: "Remunerazione di una funzione assistenziale e di un incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da COVID-19", pubblicato in G.U. serie generale n. 276 del 19 novembre 2021;
- adeguare, eventualmente, la modulistica relativa allo "Schema per la presentazione della domanda di concessione del contributo di cui all'art. 1 comma 495 legge 30 dicembre 2020, n. 178",
- integrare, eventualmente, la domanda di concessione di contributo con ulteriore documentazione (ad es. parere dell'organo di controllo, prospetti



Regione Lombardia

LA GIUNTA

di riconciliazione e calcolo, bilancio d'esercizio approvato, specifiche relazioni e note metodologiche, ecc.);

- definire le tempistiche di trasmissione delle domande di concessione di contributo;

RITENUTO che la documentazione predisposta dal Gruppo di lavoro regionale sia trasmessa a tutti i soggetti interessati con specifica nota della Direzione Generale Welfare;

DATO ATTO che il costo del personale è considerato, nell'allegato 1) un costo fisso, e che il personale in fase emergenziale ha subito una riallocazione dinamica, legata alla riduzione di alcune attività (anche a seguito delle sospensioni che sono uno dei presupposti alla base del riconoscimento dei ristori oggetto del presente atto) a favore dell'erogazione di altre, anche di setting assistenziali diversi;

RICHIAMATI gli atti regionali che a partire dal 2020 hanno avuto riflessi economici sulla macroarea ricovero e specialistica ambulatoriale:

- DGR XI/2906 del 08/03/2020 e DGR n. XI/2984 del 23/03/2020 che hanno previsto, in applicazione alle indicazioni del DL 18/2020, il coinvolgimento delle strutture private accreditate, anche se non a contratto, nelle attività di erogazione di ricovero e cura, previa sottoscrizione di specifici contratti di scopo;
- DGR XI/3681 del 15/10/2020 che ha previsto l'attivazione temporanea di posti di cure sub-acute e degenze di comunità per il periodo ottobre 2020 – maggio 2021 al fine di gestire i pazienti COVID positivi paucisintomatici o asintomatici, prevedendo che lo stanziamento complessivo (€ 28 mln di cui € 10 mln a valere per l'esercizio 2020) venga finanziato nell'ambito della macro-area dei ricoveri;
- DGR XI/3132 del 12/05/2020, DGR XI/3530 del 05/08/2020, DGR XI/3778 del 03/11/2020 e DGR XI/3954 del 30/11/2020 che hanno introdotto e regolamentato l'erogazione di prestazioni di laboratorio legate alla gestione dell'epidemia (tampone molecolare, test sierologico, tampone antigenico rapido) per i quali è stato previsto che la produzione trova copertura all'interno della macroarea di ricovero e specialistica ambulatoriale;

DATO ATTO che i criteri di definizione dei budget secondo quanto indicato dalla DGR XI/4773/2021 (prestazioni erogate a favore dei pazienti a prescindere dalla residenza per attività di ricovero, sub-acuti e ambulatoriale) fissa il valore su cui



Regione Lombardia

LA GIUNTA

calcolare la massima percentuale di ristori;

PRESO ATTO che il richiamo *“ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio Sanitario Regionale”* prevede che la copertura economica dei ristori avvenga con le risorse del riparto del Fondo Sanitario Regionale.

DATO ATTO che il presente provvedimento prevede la spesa massima complessiva di Euro 65.000.000,00 assicurata dalle disponibilità del Fondo Sanitario 2021 accantonate nella GSA in sede di IV° CET 2021 alla voce “Altri accantonamenti” e impegnate nella contabilità finanziaria a favore della GSA al capitolo 8374 e in attesa di rimodulazione ai sensi dell'art. 1 – comma 21 della L.R. 43/2017;

STABILITO di demandare a successivi atti della DG Welfare l'attuazione operativa, e l'assegnazione alle ATS delle necessarie risorse;

STABILITO che il presente provvedimento è soggetto alla materia di trasparenza ai sensi degli artt. 26 e 27 del D.Lgs. n. 33;

STABILITO di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia (BURL) e sul portale istituzionale di Regione Lombardia www.regione.lombardia.it e di trasmettere lo stesso alle ATS;

VISTE altresì:

- la L.R. n. 34/78 e s.m.i., nonché il regolamento di contabilità e la L.R. di approvazione del bilancio di previsione dell'anno in oggetto;
- la L.R. n. 20/08 nonché i provvedimenti organizzativi dell'XI legislatura;
- la L.R. 30 dicembre 2009 n. 33 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”;
- la L.R. 30 dicembre 2019, n. 24 “Legge di stabilità 2020 – 2022”;
- la L.R. 30 dicembre 2019, n. 26 “Bilancio di previsione 2020 – 2022” e s.m.i.;
- la DGR XI/2672 del 16.12.2019 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario per l'esercizio 2020” e s.m.i.;

VAGLIATE ed ASSUNTE come proprie le predette determinazioni;

All'unanimità dei voti, espressi nelle forme di legge;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERA

1. di prevedere, ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui all'art. 1 comma 495 Legge 30 dicembre 2020, n. 178, in tema di ristori, con riferimento alle strutture sanitarie private accreditate e a contratto e per le linee di produzione non già ricomprese nella DGR XI/5340/2021 (prestazioni di psichiatria e neuropsichiatria infantile), che:
 - rientrano nel campo di applicazione del contributo concesso una tantum sull'esercizio 2021 le strutture sanitarie private accreditate e a contratto con scheda di budget, in considerazione degli effetti prodotti dall'applicazione nel corso del 2021 delle regole assunte a livello nazionale e regionale di prevenzione e controllo Covid correlate sul modello ordinario di gestione assistenziale, in funzione della tutela delle persone in carico e degli operatori;
 - il contributo è concesso nell'ipotesi in cui il valore complessivo della produzione a budget erogata e valorizzata sul 2021, calcolata tenendo conto degli effetti derivanti dall'incremento tariffario per ricovero e cura disposto dalle DGR n. XI/3518, n. XI/3915 e n. XI/4049/2020, è inferiore al 90% del valore del corrispondente budget di produzione assegnato e sottoscritto ed il cui riconoscimento è possibile fino al tetto massimo del 90% di tale budget;
 - nel caso in cui non tutti i *setting* di produzione siano inferiori al 90% del budget è possibile procedere alla valutazione della quota di ristori sulle singole linee produttive; tuttavia in tale fattispecie la struttura sanitaria privata accreditata e a contratto deve obbligatoriamente produrre una specifica dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ex art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, che attesti che i costi fissi, con specifico riferimento ai costi relativi al personale, dedicati al *setting* per il quale si chiede il ristoro non hanno subito una riallocazione a favore dell'erogazione di altri *setting* assistenziali diversi;
 - le strutture che hanno erogato prestazioni a favore dei pazienti Covid devono obbligatoriamente produrre una specifica dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ex art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, che attesti che i costi fissi, con specifico riferimento ai costi relativi al personale, dedicati al *setting* per il quale si chiede il ristoro non hanno subito una riallocazione a favore dell'erogazione di prestazioni a pazienti affetti da COVID-19;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- il contributo è pari alla differenza tra il valore complessivo della produzione e quello corrispondente al totale dei costi fissi riferiti alla struttura sanitaria privata accreditata e a contratto, non coperti da altri contributi ordinari e straordinari per il periodo gennaio/dicembre 2021, dichiarati agli atti istruttori dall'Ente gestore che ne fa richiesta mediante presentazione dello schema tipo riportato nell'allegato 1), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento e che non ricadono nelle fattispecie previste ai due punti precedenti;
 - il contributo è previsto con esclusivo riferimento all'esercizio 2021;
2. di approvare l'allegato 1), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, ai fini della gestione istruttoria da parte delle ATS del procedimento diretto al riconoscimento del contributo previsto a titolo una tantum sull'esercizio 2021 dalla norma dell'art. 4 del D.L. 34/2020 convertito nella legge 77/2020 e s.m.i., legato all'emergenza Covid ed erogato a ristoro dei soli costi fissi;
3. di prevedere l'istituzione di un Gruppo di lavoro regionale, presso la DG Welfare, che provveda all'elaborazione delle modalità applicative del presente provvedimento, e in particolare:
- dare coerente attuazione, in relazione ai contributi a ristoro 2021, alla maggiorazione tariffaria dei ricoveri per pazienti COVID positivi, previsto dal DL 34/2020, e definito con Decreto 12 agosto 2021, ad oggetto: "Remunerazione di una funzione assistenziale e di un incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da COVID-19", pubblicato in G.U. serie generale n. 276 del 19 novembre 2021;
 - adeguare, eventualmente, la modulistica relativa allo "Schema per la presentazione della domanda di concessione del contributo di cui all'art. 1 comma 495 legge 30 dicembre 2020, n. 178",
 - integrare, eventualmente, la domanda di concessione di contributo con ulteriore documentazione (ad es. parere dell'organo di controllo, prospetti di riconciliazione e calcolo, bilancio d'esercizio approvato, specifiche relazioni e note metodologiche, ecc.);
 - definire le tempistiche di trasmissione delle domande di concessione di contributo;
4. di prevedere che la documentazione predisposta dal Gruppo di lavoro regionale, di cui al punto 3), sia trasmessa a tutti i soggetti interessati con specifica nota della Direzione Generale Welfare;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

-
5. di dare atto che il presente provvedimento prevede la spesa massima complessiva di Euro 65.000.000,00 assicurata dalle disponibilità del Fondo Sanitario 2021 accantonate nella GSA in sede di IV' CET 2021 alla voce "Altri accantonamenti" e impegnate nella contabilità finanziaria a favore della GSA al capitolo 8374 e in attesa di rimodulazione ai sensi dell'art. 1 – comma 21 della L.R. 43/2017;
 6. di demandare a successivi atti della DG Welfare l'attuazione operativa, e l'assegnazione alle ATS delle necessarie risorse;
 7. di stabilire che il presente provvedimento è soggetto alla materia di trasparenza ai sensi degli artt. 26 e 27 del D.Lgs. n. 33;
 8. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia (BURL) e sul portale istituzionale di Regione Lombardia www.regione.lombardia.it e di trasmettere lo stesso alle ATS.

IL SEGRETARIO
ENRICO GASPARINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge