



Consiglio regionale della Calabria

DOSSIER

PL n. 59/12

di iniziativa del Consigliere G. MATTIANI recante:

"Modifiche alla legge regionale 19 novembre 2020, n. 24 (Norme per l'utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche private)"

relatore: M. COMITO;

DATI DELL'ITER

NUMERO DEL REGISTRO DEI PROVVEDIMENTI	
DATA DI PRESENTAZIONE ALLA SEGRETERIA DELL'ASSEMBLEA	19/4/2022
DATA DI ASSEGNAZIONE ALLA COMMISSIONE	19/4/2022
COMUNICAZIONE IN CONSIGLIO	19/4/2022
SEDE	MERITO
PARERE PREVISTO	Il Comm.
NUMERO ARTICOLI	

Testo del Provvedimento

Proposta di legge n. 59/XII pag. 3
"Modifiche alla legge regionale 19 novembre 2020, n. 24 (Norme per l'utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche private)"

Normativa citata

Legge regionale 19 novembre 2020, n. 24 pag. 7
"Norme per l'utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche private."

D.Lgs. 8 agosto 1991, n. 258 pag. 9
"Attuazione delle direttive n. 85/432/CEE, n. 85/433/CEE e n.85/584/CEE, in materia di formazione e diritto di stabilimento dei farmacisti, a norma dell'art. 6 della legge 30 luglio 1990, n. 212."

Giurisprudenza Costituzionale

Sentenza n.6 del 25 novembre 2021-18 gennaio 2022 pag. 17
"GIUDIZIO DI LEGITTIMITÀ COSTITUZIONALE IN VIA PRINCIPALE -Artt. 1, c. 1° e 2°, 3, c. 2°, e 4 della legge della Regione Calabria 19/11/2020, n. 24. "

Normativa nazionale

D.L. 30 aprile 2019, n. 35 pag. 28
"Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria."

Legge 23 dicembre 2009, n. 191 (art. 2, commi 71, 72 e 73) pag. 44
"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010)."

Normativa regionale

Legge regionale 18 luglio 2008, n. 24 pag. 96
"Norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private."

Documentazione correlata

Proposta di legge del 25 febbraio 2021, n. 24 - Regione Marche pag. 110
"NORME PER L'UTILIZZO DEI FARMACI NELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE CONVENZIONATE"

Deliberazione della Giunta Regionale 21 gennaio 2022, n. 22-4557 - Piemonte pag. 113
"L.R. 18/2007 e s.m.i. - Approvazione delle Linee d'indirizzo per "La gestione clinica del farmaco nelle strutture residenziali e semi-residenziali sanitarie e socio-sanitarie."

PROPOSTA DI LEGGE recante

"Modifiche alla legge regionale 19 novembre 2020, n. 24 (Norme per l'utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche private)".

Relazione descrittiva

La presente proposta di legge è volta a modificare alcuni articoli della L.R. 19 novembre 2020, n. 24 (Norme per l'utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche private).

L'intervento di novellazione si rende necessario per uniformare la legge regionale de qua al quadro ordinamentale vigente - in particolare alla disciplina statale in materia di requisiti per l'accesso alla dirigenza sanitaria e al decreto legislativo n. 258 del 1991 che individua le attività cui è abilitato il farmacista - eliminando nel contempo tutte le disposizioni suscettibili di risvolti onerosi. Considerato che nella seduta del Consiglio dei Ministri del 13 gennaio 2021, il Governo ha impugnato la legge regionale in oggetto - rilevando che alcune disposizioni in essa contenute invadono la competenza esclusiva statale in materia di ordinamento civile e si pongono in contrasto sia con i principi fondamentali della legislazione statale in materia di coordinamento della finanza pubblica e in materia di professioni - la approvanda legge di modifica, volta a superare tutte le censure governative, porterebbe alla rinuncia della suddetta impugnativa evitando il giudizio innanzi alla Corte costituzionale.

La proposta si compone di 5 articoli, di seguito descritti:

- l'art. 1 modifica l'articolo 1 della l.r. 24/2020, alla fine del comma 1 le parole "opportunamente inquadrato nell'organigramma secondo le dimensioni della struttura", sono sostituite con le parole "che dovrà essere contrattualizzato nel rispetto della normativa vigente" e riformulando l'ultima parte del comma 2;
- l'art. 2 modifica l'art. 3 della l.r. 24/2020, eliminando tra i compiti del farmacista ivi elencati, quelli non in linea con l'art. 1, comma 1, del decreto legislativo n. 258 del 1991;
- l'art. 3 abroga l'articolo 4 della l.r. 24/2020, in quanto suscettibile di avere risvolti onerosi, sostituendolo con la clausola di salvaguardia che faccia salve le competenze attribuite al Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro dei disavanzi del settore sanitario regionale;
- l'art. 4 prevede l'invarianza finanziaria di tale proposta di legge regionale, in considerazione della sua natura squisitamente ordinamentale;
- l'art. 5, 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.

Relazione finanziaria

Quadro di riepilogo analisi economico finanziaria

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

Titolo della legge: **"Modifiche alla legge regionale 19 novembre 2020, n.24**

(Norme per l'utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche private)".

La tabella 1 è utilizzata per individuare e classificare la spesa indotte dall'attuazione del provvedimento.

Nella colonna 1 va indicato l'articolo del testo che produce un impatto finanziario in termini di spesa o minore entrata.

Nella colonna 2 si descrive con precisione la spesa.

Nella colonna 3 si specifica la natura economica della spesa: C "spesa corrente", I "spesa d'investimento".

Nella Colonna 4 si individua il carattere temporale della spesa: A" annuale, P "Pluriennale".

Nella colonna 5 si indica l'ammontare previsto della spesa corrispondente.

Tab. 1 - Oneri finanziari:

	Descrizione spese	Tipologia I o C	Carattere temporale A o P	Importo
Art. 1	L'art 1 modifica l'articolo 1 della l.r.24/2020, sostituendo, alla fine del comma 1 le parole opportunamente inquadrato nell'organigramma secondo le dimensioni della struttura", con le parole "che dovrà essere contrattualizzato nel rispetto della normativa vigente" e riformulando l'ultima parte del comma 2; Le modifiche hanno carattere ordinamentale.			0
Art. 2	L'art. 2 modifica l'art. 3 della l.r. 24/2020, eliminando tra i compiti del farmacista ivi elencati, quelli non in linea con l'art. 1, comma 1, del decreto legislativo n. 258 del 1991. Le modifiche hanno carattere ordinamentale.			0

Art. 3	L'art. 3 abroga l'articolo 4 della l.r. 24/2020, in quanto suscettibile di avere risvolti onerosi, sostituendolo con la clausola di salvaguardia che faccia salve le competenze attribuite al Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro dei disavanzi del settore sanitario regionale.			0
Art.4	L'art. 4 prevede l'invarianza finanziaria di tale proposta di legge regionale, in considerazione della sua natura e squisitamente ordinamentale.			0
Art. 5	L'art. 5, 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

Tab. 2 - Copertura finanziaria:

Indicare nella Tabella 2 il Programma e/o capitolo di copertura degli oneri finanziari indicate nella tabella I .

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

Proposta di legge recante**"Modifiche alla legge regionale 19 novembre 2020, n.24 (Norme per l'utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche private)".**

Art.1

(Modifiche all'articolo 1 della l.r. 24/2020)

1. L'articolo 1 della legge regionale 19 novembre 2020, n.24 (Norme per l'utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche private) è così modificato:
 - a) alla fine del comma 1, le parole: "opportunamente inquadrato nell'organigramma secondo le dimensioni della struttura" sono sostituite con le parole: "che dovrà essere contrattualizzato nel rispetto della normativa vigente";
 - b) alla fine del comma 2, le parole "abbiano conseguito il titolo di abilitazione all'esercizio professionale e siano iscritti al relativo ordine professionale, nel rispetto delle normative vigenti in materia" sono sostituite dalle seguenti: "siano in possesso dei requisiti specifici previsti dalla disciplina ordinamentale vigente in materia".

Art.2

(Modifiche all'articolo 3 della l.r. 24/2020)

1. Il comma 2 dell'articolo 3 della l.r. 24/2020 è così modificato:
 - a) la lettera d), la lettera f) e la lettera g) sono abrogate;
 - b) alla fine della lettera e), sono soppresse le seguenti parole: "nonché controllare l'aderenza terapeutica".

Art. 3

(Sostituzione dell'articolo 4 della l.r. 24/2020)

1. L'articolo 4 della l.r. 24/2020 è sostituito dal seguente:

"Art. 4

(Clausola di salvaguardia)

1. Sono fatte salve le competenze attribuite al Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro dei disavanzi del settore sanitario regionale."

Art. 4

(Clausola di invarianza degli oneri finanziari)

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

Art. 5

(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.

Legge regionale 19 novembre 2020, n. 24

Norme per l'utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche private.

(BURC n. 109 del 19 novembre 2020)

(Il Governo, con delibera C.d.M. del 13 gennaio 2021, ha deciso di impugnare l'articolo 1, l'articolo 3, comma 2, e l'articolo 4 della presente legge.

La Corte costituzionale, con sentenza 25 novembre 2021, n. 6 - pubblicata nella [Gazz. Uff. n. 3 del 19 gennaio 2022](#), prima serie speciale - ha dichiarato l'illegittimità costituzionale degli artt. 1, commi 1 e 2, 3, comma 2, e 4 della presente legge.)

Art. 1¹

(Presenza della figura professionale del farmacista nelle strutture pubbliche e private)

1. Negli istituti di ricovero, di riabilitazione, nelle residenze sanitarie assistite (RSA), negli Hospice, nelle residenze socio sanitarie assistite (RSSA), presso i servizi per le tossicodipendenze (SERT), negli ospizi, nelle case protette e comunità terapeutiche, case di cura private e in tutte le altre strutture pubbliche e private ove sono utilizzati farmaci, l'approvvigionamento, la conservazione, l'allestimento e la distribuzione degli stessi deve avvenire sotto la responsabilità di personale farmacista opportunamente inquadrato nell'organigramma secondo le dimensioni della struttura.
2. L'esercizio della professione di farmacista presso le strutture di cui al comma 1 è consentito a coloro che abbiano conseguito il titolo di abilitazione all'esercizio professionale e siano iscritti al relativo ordine professionale, nel rispetto delle normative vigenti in materia. **7**

Art. 2

(Dispensazione e fornitura farmaci)

1. La dispensazione e la fornitura di qualunque medicinale sono prerogativa esclusiva del farmacista che deve operare in piena autonomia e coscienza professionale, conformemente ai principi etici e tenendo presente i diritti del malato e il rispetto della vita.
2. Il farmacista, come unico esperto del farmaco ed educatore sanitario, collabora con le altre figure sanitarie nel rispetto delle competenze definite dalla legge e dal contratto.

Art. 3

(Compiti del farmacista)

1. Il farmacista concorre ad ottimizzare le risorse della struttura attraverso la scelta nell'acquisto dei farmaci e dispositivi medici e coopera per garantire il benessere e la cura del paziente.
2. **7** A tal fine, il farmacista si occupa di:
 - a) gestire i farmaci nella struttura;
 - b) ordinare i medicinali e tutto il materiale sanitario, dispositivi medici, medicazioni e dispositivi nutrizionali;
 - c) coordinare i rapporti con i fornitori;

¹ La Corte costituzionale, con sentenza 25 novembre 2021, n. 6, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del presente articolo.

- d) prendere visione e fare consulenza della terapia farmacologica da adottare sul paziente;
- e) affiancare i medici nel redigere ed integrare la terapia farmacologica nonché controllare l'aderenza terapeutica;
- f) verificare l'interazione tra farmaco-farmaco, farmaco-cibo, farmaco-disturbi comportamentali;
- g) dispensare terapia farmacologica decisa dal medico e consegnare la stessa agli infermieri per la somministrazione. **7**²

Art. 4³

(Criteri di assunzione presso le strutture)

1. Presso le strutture di cui all'articolo 1 è obbligatorio garantire la presenza del farmacista abilitato, nel rispetto dei seguenti criteri:
 - a) un farmacista per ogni sessanta posti letto;
 - b) due o più farmacisti da garantire proporzionalmente nelle strutture che hanno più di sessanta posti letto;
 - c) un farmacista nelle strutture con ricezione inferiore. In questo caso, le stesse strutture possono avvalersi di personale utilizzato presso altri organismi, ricorrendo alla tipologia contrattuale part- time. **7**

Art. 5

(Norma transitoria)

1. Le disposizioni di cui alla [legge regionale 18 luglio 2008, n. 24](#) (Norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private) e il relativo regolamento di attuazione sono modificati dopo l'entrata in vigore della presente legge. 2. L'ottemperanza alla presente legge viene riconosciuta quale requisito per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e socio sanitarie. 3. Le strutture di cui all'articolo 1 devono adeguarsi alle presenti disposizioni entro novanta giorni dalla data di pubblicazione della legge.

Art. 6

(Clausola d'invarianza finanziaria)

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

Art. 7

(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.

² La Corte costituzionale, con sentenza 25 novembre 2021, n. 6, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del presente comma.

³ La Corte costituzionale, con sentenza 25 novembre 2021, n. 6, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del presente articolo.

D.Lgs. 08/08/1991, n. 258

Attuazione delle direttive n. 85/432/CEE, n. 85/433/CEE e n. 85/584/CEE, in materia di formazione e diritto di stabilimento dei farmacisti, a norma dell'art. 6 della legge 30 luglio 1990, n. 212.

Pubblicato nella Gazz. Uff. 16 agosto 1991, n. 191.

Epigrafe

Premessa

1.

2.

3.

3-bis.

3-ter.

3-quater.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

Allegato A

D.Lgs. 8 agosto 1991, n. 258 (1)

Attuazione delle direttive n. 85/432/CEE, n. 85/433/CEE e n. 85/584/CEE, in materia di formazione e diritto di stabilimento dei farmacisti, a norma dell'art. 6 della legge 30 luglio 1990, n. 212 (2).

(1) Pubblicato nella Gazz. Uff. 16 agosto 1991, n. 191.

(2) Vedi, anche, relativamente alla direttiva 85/432/CEE, l'allegato III, paragrafo C, L. 15 novembre 2000, n. 364.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 76 e 87 della Costituzione;

Visto l'art. 5 della legge 30 luglio 1990, n. 212, recante delega al Governo per l'attuazione delle direttive del Consiglio delle Comunità europee n. 85/432/CEE, n. 85/433/CEE e n. 85/584/CEE, in materia di formazione e diritto di stabilimento dei farmacisti;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione dell'11 maggio 1991;

Acquisito il parere delle competenti commissioni della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 2 agosto 1991;

Sulla proposta del Ministro per il coordinamento delle politiche comunitarie, di concerto con i Ministri degli

affari esteri, di grazia e giustizia, del tesoro, della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;

Emana il seguente decreto legislativo:

1. Ai cittadini degli Stati membri delle Comunità europee che sono in possesso dei diplomi, certificati ed altri titoli di cui all'allegato del presente decreto è riconosciuto il titolo di farmacista ed è consentito l'esercizio delle seguenti attività professionali:

a) preparazione della forma farmaceutica dei medicinali;

b) fabbricazione e controllo dei medicinali;

c) controllo dei medicinali in un laboratorio di controllo dei medicinali;

d) immagazzinamento, conservazione e distribuzione dei medicinali nella fase di commercio all'ingrosso;

e) preparazione, controllo, immagazzinamento e distribuzione dei medicinali nelle farmacie aperte al pubblico;

f) preparazione, controllo, immagazzinamento e distribuzione dei medicinali negli ospedali;

g) diffusione di informazioni e consigli nel settore dei medicinali.

2. L'elenco di cui all'allegato è modificato con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della università e della ricerca scientifica e tecnologica, in conformità ad eventuali modifiche ed integrazioni delle direttive comunitarie.

3. I diplomi, certificati ed altri titoli rilasciati dagli Stati membri delle Comunità europee ai cittadini degli stessi, che soddisfano l'insieme dei requisiti minimi di formazione richiesti dalla normativa comunitaria, ma non corrispondono alle denominazioni figuranti nell'allegato al presente decreto, sono assimilati, a tutti gli effetti, ai diplomi, certificati e altri titoli di cui al comma 1, se sono corredati di un attestato che certifichi che sono rilasciati a conclusione di una formazione conforme alle disposizioni comunitarie e che sono assimilati dallo Stato membro che li ha rilasciati a quelli specifici nell'allegato al presente decreto.

2. 1. Per ottenere, mediante l'iscrizione all'albo, l'autorizzazione all'esercizio della professione di farmacista l'interessato deve presentare al Ministero della sanità domanda in lingua italiana, in carta da

bollo, nella quale sia indicata anche la provincia presso il cui ordine dei farmacisti si chiede l'iscrizione. La domanda deve essere corredata dai seguenti documenti:

a) uno dei titoli previsti dall'allegato in originale o copia autenticata;

b) un estratto del casellario giudiziale, ovvero, in mancanza, un documento equipollente rilasciato dalla competente autorità dello Stato di origine o di provenienza;

c) un certificato di cittadinanza;

d) un certificato sulle condizioni di salute dell'interessato, conforme alle norme stabilite dallo Stato membro di origine o di provenienza per l'esercizio della professione.

2. I documenti di cui al comma 1, devono essere accompagnati, se redatti in una lingua straniera, da una traduzione in lingua italiana certificata conforme al testo originale dalle autorità diplomatiche o consolari italiane del Paese in cui i documenti sono stati redatti, oppure da un traduttore ufficiale.

3. Al momento della loro presentazione i documenti di cui alle lettere b), c), e d) del comma 1, non devono essere di data anteriore a tre mesi.

4. Restano ferme le disposizioni che prevedono ulteriori requisiti per l'esercizio delle singole attività di cui all'art. 1.

3. 1. Il Ministero della sanità, d'intesa con il Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, accerta la regolarità della domanda e della relativa documentazione entro due mesi dal ricevimento e provvede a trasmettere gli atti all'ordine dei farmacisti della provincia indicata dall'interessato, dandone comunicazione al medesimo.

2. Il Ministero della sanità, nel caso di fondato dubbio circa l'autenticità dei diplomi, dei certificati e degli altri titoli, svolge i necessari accertamenti presso la competente autorità dello Stato di origine o di provenienza e chiede conferma del possesso, da parte dell'interessato, di tutti i requisiti di formazione prescritti per il conseguimento del titolo di cui all'allegato.

3. Nel caso in cui il Ministero della sanità venga a conoscenza di fatti gravi e specifici, verificatisi fuori dal territorio nazionale, che possano influire sull'ammissione del richiedente all'esercizio della professione, chiede informazioni al riguardo alla competente autorità dello Stato di origine o provenienza.

4. Per il periodo di tempo necessario ad acquisire la conferma di cui al comma 2, o le informazioni di cui al comma 3, il termine di due mesi è sospeso. La procedura di ammissione riprende dopo tre mesi anche se lo Stato consultato non ha fatto pervenire la risposta.

5. Le informazioni sono coperte dal segreto d'ufficio.

6. Il rigetto della domanda da parte del Ministero della sanità è motivato.

7. Il competente ordine provinciale dei farmacisti, entro un mese dalla data di ricevimento della domanda e della relativa documentazione inviate dal Ministero della sanità, completa la procedura per l'iscrizione all'ordine stabilita dalle vigenti norme.

8. In caso di dubbi insorti o di fatti conosciuti successivamente alla ammissione dell'interessato all'esercizio professionale, si applicano le disposizioni di cui ai commi 2, 3 e 5.

9. Il cittadino di un Paese comunitario che abbia ottenuto la iscrizione all'ordine dei farmacisti ai sensi del presente decreto ha gli stessi diritti ed è soggetto agli stessi obblighi e mansioni disciplinari previsti per i farmacisti italiani.

3-bis. 1. Il Ministero della salute notifica alla Commissione europea, ai fini degli ulteriori atti di competenza, le disposizioni legislative, regolamentari e amministrative adottate dallo Stato italiano in materia di rilascio di diplomi, certificati e altri titoli nel settore oggetto del presente decreto legislativo (3).

(3) Articolo aggiunto dall'art. 8, D.Lgs. 8 luglio 2003, n. 277.

3-ter. 1. Per i cittadini degli Stati membri i cui diplomi, certificati e altri titoli non rispondono alle denominazioni riportate per tale Stato membro nell'allegato del presente decreto, sono riconosciuti come prova sufficiente i diplomi, i certificati e gli altri titoli rilasciati da tali Stati membri, corredati di un certificato rilasciato dalle loro autorità o enti competenti. Il certificato attesta che tali diplomi, certificati e altri titoli sanciscono una formazione conforme alle disposizioni del presente decreto e per lo Stato membro che li ha rilasciati sono assimilati a quelli la cui denominazione è riportata dallo stesso decreto (4).

(4) Articolo aggiunto dall'art. 8, D.Lgs. 8 luglio 2003, n. 277.

3-quater. 1. Sono ammessi alla procedura di cui all'articolo 2, i diplomi, certificati e altri titoli acquisiti dai cittadini di cui all'articolo 1, in Paesi che non fanno parte dell'Unione europea, qualora tali titoli siano stati riconosciuti in un altro Stato membro.

2. Il Ministero della salute, d'intesa con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, sentita la Federazione nazionale degli ordini dei farmacisti, valuta le istanze di riconoscimento tenendo conto, anche, della formazione e dell'esperienza professionale acquisite in un altro Stato membro.

3. La decisione viene pronunciata entro tre mesi dalla presentazione da parte dell'interessato della domanda completa di tutti i documenti giustificativi.

4. I provvedimenti di rigetto delle domande di riconoscimento di diplomi, certificati e altri titoli devono essere congruamente motivati e sono impugnabili dinanzi agli organi giurisdizionali competenti. Decorso inutilmente il termine stabilito per l'adozione del provvedimento, il richiedente può ricorrere all'autorità giudiziale (5).

(5) Articolo aggiunto dall'art. 8, D.Lgs. 8 luglio 2003, n. 277.

4. 1. Il Ministero della sanità invia, a richiesta, alle autorità competenti degli altri Stati membri delle Comunità europee tutte le informazioni relative a misure di carattere disciplinare, nonché a sanzioni penali connesse all'esercizio della professione, adottate nei confronti degli iscritti agli ordini dei farmacisti che abbiano chiesto di esercitare la professione in un Paese comunitario. A tal fine i competenti ordini dei farmacisti danno comunicazione al Ministero della sanità di tutte le sanzioni che incidono sull'esercizio professionale.

2. I cittadini di uno Stato membro delle Comunità europee ai quali è stato consentito l'esercizio della professione di farmacista ai sensi del presente decreto hanno diritto di far uso del titolo di formazione conseguito nel paese d'origine o provenienza nella lingua di tale Stato, anche in forma abbreviata. Il titolo deve essere seguito dal nome e dalla sede dell'Istituto o della commissione che lo ha rilasciato.

3. L'istituzione di un rapporto di lavoro con le strutture sanitarie pubbliche è disciplinata dall'art. 11 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761.

5. 1. Ai cittadini di uno Stato membro delle Comunità europee, in possesso di diplomi, certificati od altri titoli rilasciati dagli Stati stessi, comprovanti una formazione conclusa prima della data di entrata in vigore del presente decreto,

ovvero iniziata prima ma conclusa dopo la predetta data, e non rispondente all'insieme dei requisiti minimi di formazione richiesti dalla normativa comunitaria, è riconosciuto il titolo di farmacista ed è consentito l'esercizio della relativa attività professionale, ai sensi dell'art. 1, alla condizione che essi corredino la documentazione richiesta all'art. 2 con un attestato, rilasciato dalla competente autorità, che comprovi che essi si sono dedicati effettivamente, per almeno tre anni consecutivi nel corso dei cinque che precedono il rilascio dell'attestato, ad una delle attività di farmacista di cui all'art. 1, in uno degli Stati membri delle Comunità europee, purché detta attività sia regolamentata in tale Stato.

2. I diplomi, certificati ed altri titoli che attestano una formazione acquisita dai cittadini degli Stati membri nel territorio dell'ex Repubblica democratica tedesca e che non soddisfano l'insieme dei requisiti minimi di formazione richiesti dalla normativa comunitaria, vengono assimilati ai diplomi che soddisfano i suddetti requisiti, se:

a) attestano una formazione iniziata prima dell'unificazione tedesca;

b) danno diritto all'esercizio delle attività di farmacista in tutto il territorio della Germania, alle stesse condizioni del titolo rilasciato dalle autorità competenti tedesche, specificato nell'allegato al presente decreto;

c) sono corredati di un attestato che certifichi che i loro titolari si sono dedicati effettivamente in Germania, per almeno tre anni consecutivi nel corso dei cinque anni che precedono il rilascio dell'attestato, ad una delle attività previste dall'art. 1, purché regolamentata in tale Stato.

2-bis. Il Ministero della salute, previ gli opportuni accertamenti, rilascia, a coloro che hanno iniziato in Italia la loro formazione di farmacista anteriormente al 1° novembre 1993 e concluso anteriormente al 1° novembre 2003, l'attestato che dichiara che si sono effettivamente e legalmente dedicati in Italia all'attività di cui all'articolo 1, comma 1, per un periodo di almeno tre anni consecutivi nel corso dei cinque anni che precedono il rilascio dell'attestato e che, pertanto, sono autorizzati ad esercitare la predetta attività alle medesime condizioni dei titolari dei diplomi indicati in allegato (6).

(6) Comma aggiunto dall'art. 8, D.Lgs. 8 luglio 2003, n. 277.

6. 1. Gli ordini provinciali dei farmacisti, in occasione dell'iscrizione dei cittadini di Stati membri delle Comunità europee in possesso dei titoli di cui all'allegato, curano, ove occorra a giudizio degli ordini stessi, con spese a carico degli interessati che gli iscritti acquisiscano esaurienti informazioni sulla legislazione sanitaria e sociale e sulle norme deontologiche vigenti in Italia, nonché le conoscenze linguistiche necessarie all'esercizio dell'attività professionale.

7. 1. I farmacisti iscritti ad un ordine provinciale italiano che si trasferiscono in un altro Paese membro delle Comunità europee possono, a domanda, conservare l'iscrizione all'ordine stesso.

8. 1. ... (7).

(7) Sostituisce il primo comma dell'art. 12, L. 2 aprile 1968, n. 475.

9. 1. Nel caso in cui la Repubblica ellenica proceda al riconoscimento dei diplomi, certificati e titoli di cui all'allegato, rilasciati dagli altri Stati membri delle Comunità europee soltanto per l'esercizio in qualità di lavoratore dipendente dell'attività di farmacista, il certificato di cui al punto *d*) dell'allegato avrà valore in Italia solo ai fini dell'esercizio dell'attività di farmacista in qualità di lavoratore dipendente.

Allegato A (8)

Elenco delle denominazioni dei diplomi, certificati ed altri titoli di farmacista

Paese	Titolo del diploma	Ente che rilascia il diploma
Belgique/België/ Belgien	- Diploma van apoteker - Diplôme de pharmacien	1. De universiteiten/ les universités 2. De bevoegde Examencommissie van de Vlaamse Gemeenschap/ le Jury compétent d'enseignement de la Communauté française
Danmark	Bevis for bestået farmaceutisk kandidateksamen	Danmarks Farmaceutiske Højskole
Deutschland	Zeugnis über die Staatliche Pharmazeutische Prüfung	Zuständige Behörden
E ?????	????? ??????? ?????????????? ????????????	????????????? ??????????????
España	Título de licenciado en farmacia	Ministerio de Educación y Cultura / El rector de una Universidad
France	Diplôme d'Etat de pharmacien/Diplôme d'Etat de docteur en pharmacie	Universités
Ireland	Certificate of Registered Pharmaceutical Chemist	
Italia	Diploma o certificato di abilitazione all'esercizio della professione di farmacista ottenuto in seguito ad un esame di Stato	Università
Luxembourg	Diplôme d'Etat de pharmacien	Jury d'examen d'Etat + visa du ministre

		de l'éducation nationale
Nederland	Getuigschrift van met goed gevolg afgelegd apotekersexamen	Faculteit Pharmacie
Österreich	Staatliches Apothekerdiplom	Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Portugal	Carta de curso de licenciatura em Ciências Farmacêuticas	Universidades
Suomi/Finland	Proviisorin tutkinto/provisorexamen	1. Helsingin yliopisto/Helsingfors universitet 2. Kuopion yliopisto
Sverige	Apotekarexamen	Uppsala universitet
United Kingdom	Certificate of Registered Pharmaceutical Chemist	

(8) Allegato così sostituito dall'allegato VIII al D.Lgs. 8 luglio 2003, n. 277, ai sensi di quanto disposto dall'art. 8 dello stesso decreto.



CORTE COSTITUZIONALE



Sentenza **6/2022**

Giudizio GIUDIZIO DI LEGITTIMITÀ COSTITUZIONALE IN VIA PRINCIPALE

Presidente **CORAGGIO** - Redattore **PROSPERETTI**

Udienza Pubblica del **24/11/2021** Decisione del **25/11/2021**

Deposito del **18/01/2022** Pubblicazione in G. U. **19/01/2022**

Norme impugnate: Artt 1, c. 1° e 2°, 3, c. 2°, e 4 della legge della Regione Calabria 19/11/2020, n. 24.

Massime: **44490 44491**

Atti decisi: **ric. 4/2021**

Massima n. 44490

Titolo

Sanità pubblica - Piano di rientro dal disavanzo sanitario - Interventi legislativi della Regione incidenti sulla spesa per il personale - Interferenza con i poteri conferiti al commissario ad acta per l'attuazione del piano - Divieto, in quanto non conformi all'ordinamento costituzionale. (Classif. 231008).

Testo

Gli interventi legislativi adottati dalle Regioni in costanza di commissariamento del settore sanitario, ove incidenti sulla spesa per il personale, non sono conformi all'ordinamento costituzionale, a causa dell'interferenza con le prerogative del Commissario, e del conseguente contrasto con i principi di coordinamento della finanza pubblica, configurati dal complesso normativo statale che disciplina i piani di rientro dal disavanzo del settore sanitario e il regime del commissariamento. (*Precedente: S. 266/2016 -*

m a s s . 3 9 2 5 8 e 3 9 2 5 9).

Massima n. 44491

Titolo

Regioni (competenza concorrente) - Professioni - Interventi consentiti esclusivamente in riferimento ad aspetti che presentano uno specifico collegamento con la realtà regionale - Spettanza allo Stato della individuazione delle figure professionali, con i relativi profili e titoli abilitanti (nel caso di specie: illegittimità costituzionale delle norme della Regione Calabria che prevedono la presenza obbligatoria dei farmacisti nelle strutture sanitarie, pubbliche e private, ove sono utilizzati farmaci e ne disciplinano i requisiti, inquadramento e compiti). (Classif. 217013).

Testo

La potestà legislativa regionale nella materia concorrente delle professioni deve esercitarsi esclusivamente in riferimento ad aspetti che presentano uno specifico collegamento con la realtà regionale, giacché deve rispettare il principio per cui l'individuazione delle figure professionali, con i relativi profili e titoli abilitanti, è riservata allo Stato, per il suo carattere necessariamente unitario. (*Precedenti: S. 328/2009 - mass. 34178; S. 300/2007 - mass. 31601 e 31602; S. 153/2006 - mass. 30337*).

(Nel caso di specie, sono dichiarati costituzionalmente illegittimi - per violazione dell'art. 117, commi secondo, lett. *l*, e terzo, Cost. - gli artt. 1, commi 1 e 2, 3, comma 2, e 4 della legge reg. Calabria n. 24 del 2020, che prevedono la presenza obbligatoria della figura professionale del farmacista nelle strutture sanitarie, pubbliche e private, ove sono utilizzati farmaci, disciplinandone requisiti, inquadramento e compiti. Le disposizioni regionali impugnate dal Governo - di carattere immediatamente precettivo e cogente, in quanto volte all'assunzione dei farmacisti - violano i vincoli normativi statali volti al contenimento delle spese per il personale e del relativo reclutamento, interferendo con le competenze della gestione commissariale. Esse inoltre violano la competenza esclusiva dello Stato in materia di ordinamento civile e quella concorrente in materia di professioni, in quanto alterano la necessaria unitarietà a livello nazionale della disciplina di tale rapporto di impiego e configurano nuove e più ampie competenze di tale figura professionale che, oltretutto, interagiscono con quelle assegnate dall'ordinamento ad altre figure dell'area sanitaria).

Atti oggetto del giudizio

legge della Regione Calabria 19/11/2020 n. 24 art. 1 co. 1

legge della Regione Calabria 19/11/2020 n. 24 art. 1 co. 2

legge della Regione Calabria 19/11/2020 n. 24 art. 3 co. 2

legge della Regione Calabria 19/11/2020 n. 24 art. 4

Parametri costituzionali

Costituzione art. 117 co. 2 lett. l)

Costituzione art. 117 co. 3

Pronuncia

SENTENZA N. 6

ANNO 2022

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE COSTITUZIONALE

composta dai signori: Presidente: Giancarlo CORAGGIO; Giudici : Giuliano AMATO, Silvana SCIARRA, Daria de PRETIS, Nicolò ZANON, Franco MODUGNO, Augusto Antonio BARBERA, Giulio PROSPERETTI, Giovanni AMOROSO, Francesco VIGANÒ, Luca ANTONINI, Stefano PETITTI, Angelo BUSCEMA, Emanuela NAVARRETTA, Maria Rosaria SAN GIORGIO,

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio di legittimità costituzionale degli artt. 1, commi 1 e 2, 3, comma 2, e 4 della legge della Regione Calabria 19 novembre 2020, n. 24 (Norme per l'utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche e private), promosso dal Presidente del Consiglio dei ministri con ricorso notificato il 18-21 gennaio 2021, depositato in cancelleria il 26 gennaio 2021, iscritto al n. 4 del registro ricorsi 2021 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica n. 7, prima serie speciale, dell'anno 2021.

udito nell'udienza pubblica del 24 novembre 2021 il Giudice relatore Giulio Prosperetti;

udito l'avvocato dello Stato Enrico De Giovanni per il Presidente del Consiglio dei ministri;

deliberato nella camera di consiglio del 25 novembre 2021.

Ritenuto in fatto

1.– Con ricorso notificato il 18-21 gennaio 2021 e depositato il 26 gennaio 2021 (reg. ric. n. 4 del 2021), il Presidente del Consiglio dei ministri, rappresentato e difeso dall'Avvocatura generale dello Stato, ha promosso questioni di legittimità costituzionale degli artt. 1, commi 1 e 2, 3, comma 2, e 4 della legge della Regione Calabria 19 novembre 2020, n. 24 (Norme per l'utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche e private): quanto agli artt. 1, commi 1 e 2, e 4, per violazione dell'art. 117, terzo comma, della Costituzione, in riferimento alla competenza legislativa concorrente in materia di principi fondamentali di «coordinamento della finanza pubblica»; quanto all'art. 1, comma 2, per lesione, altresì, dell'art. 117, secondo comma, lettera l), Cost., in riferimento alla competenza esclusiva dello Stato in materia di «ordinamento civile»; quanto all'art. 3, comma 2, per violazione dell'art. 117, terzo comma, Cost., in riferimento ai principi fondamentali in materia di «professioni», e dell'art. 3 Cost., per lesione del principio di uguaglianza.

1.2.– In ordine alla prima censura, promossa nei confronti degli artt. 1, commi 1 e 2, e 4 della legge regionale impugnata, la difesa statale illustra innanzitutto il contenuto delle disposizioni.

L'art. 1, comma 1, prevede la presenza obbligatoria della figura professionale del farmacista negli istituti di ricovero, di riabilitazione, nelle residenze sanitarie assistite (RSA), negli hospice, nelle residenze socio sanitarie assistite (RSSA), presso i servizi per le tossicodipendenze (SERT), negli ospizi, nelle case protette e comunità terapeutiche, case di cura private e in tutte le altre strutture pubbliche e private della Regione ove sono utilizzati farmaci, con inquadramento nell'organigramma della struttura interessata secondo le dimensioni della struttura stessa.

L'art. 1, comma 2, stabilisce che l'esercizio della professione di farmacista presso le suddette strutture è consentito a coloro che abbiano conseguito il titolo di abilitazione all'esercizio professionale e siano iscritti al relativo ordine professionale.

L'art. 4, infine, allo scopo di garantire la predetta obbligatorietà della presenza del farmacista nelle strutture socio-sanitarie della Regione, determina i criteri in relazione al numero dei posti letto della struttura interessata: un farmacista ogni sessanta posti letto, due o più farmacisti nelle strutture che hanno più di sessanta posti letto, un farmacista nelle strutture con ricezione inferiore.

Preliminarmente, la difesa statale evidenzia che la Regione Calabria soggiace al piano di rientro dal disavanzo sanitario, la cui attuazione è sottoposta ad una gestione commissariale: al Commissario ad acta sono assegnati tutti gli interventi necessari atti a garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA) nei termini indicati dai Tavoli di verifica, ivi compresa l'attuazione dei programmi operativi che comprendono, tra le diverse azioni, la razionalizzazione e il contenimento della spesa per il personale in coerenza con l'effettivo fabbisogno, in applicazione della normativa vigente in materia.

La difesa statale rappresenta che tale normativa statale in materia di spesa di personale è dettata dal decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 (Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria), convertito, con modificazioni, nella legge 25 giugno 2019, n. 60.

L'art. 11 di detto decreto-legge, rubricato «Disposizioni in materia di personale e di nomine negli enti del Servizio sanitario nazionale», stabilisce: al comma 1, a decorrere dal 2019, un nuovo parametro del tetto di spesa di personale; al comma 4, che le Regioni indirizzano e coordinano la spesa di personale dei propri enti del servizio sanitario entro il predetto nuovo parametro di spesa confermando, altresì, per le medesime Regioni le disposizioni di cui all'art. 2, comma 73, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010)» (verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti dalle disposizioni di cui ai commi 71 e 72 della medesima legge n. 191 del 2009 nell'ambito del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'art. 12 dell'intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano).

Ciò premesso, secondo la difesa statale, «le disposizioni regionali in esame (artt. 1, commi 1 e 2, e 4) presentano profili di illegittimità costituzionale laddove, nel disporre, nel loro combinato disposto, l'obbligatorietà (nei sensi sopra descritti) della figura del farmacista abilitato in tutte le strutture sanitarie pubbliche, impongono alle predette strutture di prevedere tale figura professionale nel loro organigramma a prescindere dall'effettivo fabbisogno di personale, che non può che essere adottato in coerenza con l'effettivo fabbisogno assistenziale che deve essere definito in coerenza con il regolamento adottato con decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2015 n. 70, e con la metodologia adottata e approvata con i Tavoli di verifica».

Il ricorrente prosegue assumendo che la prevista obbligatorietà di garantire la presenza del farmacista non assicura «il rispetto della cornice economico-finanziaria programmata nel piano di rientro dal disavanzo sanitario», e, pertanto, le disposizioni impugnate «sono suscettibili di avere risvolti onerosi e, conseguentemente, di porsi in contrasto con l'art. 117, comma 3, della Costituzione, atteso che le vigenti disposizioni in materia di contenimento della spesa di personale degli enti del SSN si configurano quali principi di coordinamento della finanza pubblica». In proposito viene richiamata la giurisprudenza costituzionale relativa ai limiti che incontra l'autonomia legislativa concorrente delle Regioni nel settore della gestione del servizio sanitario alla luce degli obiettivi di finanza pubblica e di contenimento della spesa, «in un "quadro di esplicita condivisione da parte delle Regioni della assoluta necessità di contenere i disavanzi del settore sanitario" (sentenze n. 91 del 2012 e n. 193 del 2007)», e alla conseguente possibilità per il legislatore statale di «"legittimamente imporre alle Regioni vincoli alla spesa corrente per assicurare l'equilibrio unitario della finanza pubblica complessiva, in connessione con il perseguimento di obiettivi nazionali, condizionati anche da obblighi comunitari" (sentenze n. 91 del 2012, n. 163 del 2011 e n. 52 del 2010)» (è richiamata la sentenza n. 93 del 2013).

1.3.– La disposizione dell'art. 1, comma 2, della legge reg. Calabria n. 24 del 2020 sarebbe altresì lesiva, secondo il ricorrente, dell'art. 117, secondo comma, lettera l), Cost. «che riserva alla competenza

esclusiva dello Stato l'ordinamento civile e, quindi, i rapporti di diritto privato regolabili dal codice civile (contratti collettivi)».

Ciò in quanto «l'inclusione del farmacista abilitato nelle predette strutture pubbliche in luogo del farmacista specializzato, introduce una deroga al sistema di reclutamento previsto per l'accesso al SSN, tenuto conto che l'art. 32 del DPR n. 483/1997 ("Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale", che fa corpo con l'art. 18 del d.lgs. n. 502/92) prevede quale requisito specifico di ammissione per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario il possesso della specializzazione nella disciplina oggetto del concorso stesso ovvero in disciplina equipollente o affine».

La difesa statale evidenzia che «[l]a normativa vigente consente agli specializzandi regolarmente iscritti al terzo anno del corso di formazione specialistica solo di partecipare alle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario nella specifica disciplina bandita, collocandoli, all'esito positivo delle medesime procedure, in graduatoria separata. L'eventuale assunzione a tempo indeterminato viene, comunque, subordinata al conseguimento del titolo di specializzazione e all'esaurimento della pertinente graduatoria dei medesimi professionisti già specialisti alla data di scadenza del bando».

1.4.– Infine, il ricorrente dubita della legittimità costituzionale dell'art. 3, comma 2, della legge regionale impugnata, in riferimento alla competenza legislativa concorrente prevista dall'art. 117, terzo comma, Cost., in quanto contrasterebbe con i principi fondamentali in materia di «professioni».

L'art. 3 della legge reg. Calabria n. 24 del 2020 prevede: «1. Il farmacista concorre ad ottimizzare le risorse della struttura attraverso la scelta nell'acquisto dei farmaci e dispositivi medici e coopera per garantire il benessere e la cura del paziente. 2. A tal fine, il farmacista si occupa di: a) gestire i farmaci nella struttura; b) ordinare i medicinali e tutto il materiale sanitario, dispositivi medici, medicazioni e dispositivi nutrizionali; c) coordinare i rapporti con i fornitori; d) prendere visione e fare consulenza della terapia farmacologica da adottare sul paziente; e) affiancare i medici nel redigere ed integrare la terapia farmacologica nonché controllare l'aderenza terapeutica; f) verificare l'interazione tra farmaco-farmaco, farmaco-cibo, farmaco-disturbi comportamentali; g) dispensare terapia farmacologica decisa dal medico e consegnare la stessa agli infermieri per la somministrazione».

L'Avvocatura dello Stato ritiene che la disposizione dettata dal comma 2 dell'art. 3 «non risulta in linea con l'art. 1, comma 1, del decreto legislativo n. 258 del 1991 che individua le attività cui è abilitato il farmacista nei seguenti termini: "Ai cittadini degli Stati membri delle Comunità europee che sono in possesso dei diplomi, certificati ed altri titoli di cui all'allegato del presente decreto è riconosciuto il titolo di farmacista ed è consentito l'esercizio delle seguenti attività professionali: a) preparazione della forma farmaceutica dei medicinali; b) fabbricazione e controllo dei medicinali; c) controllo dei medicinali in un laboratorio di controllo dei medicinali; d) immagazzinamento, conservazione e distribuzione dei medicinali nella fase di commercio all'ingrosso; e) preparazione, controllo, immagazzinamento e distribuzione dei medicinali nelle farmacie aperte al pubblico; f) preparazione, controllo, immagazzinamento e distribuzione dei medicinali negli ospedali; g) diffusione di informazioni e consigli nel settore dei medicinali"».

Nel confrontare la disposizione regionale censurata con la ricordata previsione statale, il ricorrente evidenzia che «la disposizione regionale finisce per attribuire al farmacista l'esercizio di attività quali: prendere visione e fare consulenza della terapia farmacologica da adottare sul paziente, controllare l'aderenza terapeutica, verificare l'interazione tra farmaco-farmaco, farmaco-cibo, farmaco- disturbi comportamentali, non previste dalla richiamata disposizione statale».

Conseguentemente, il ricorrente assume che la censurata disposizione regionale «nell'attribuire al farmacista l'esercizio di attività ulteriori, diverse e più ampie rispetto a quelle cui è autorizzato il farmacista dal legislatore statale, contrasta con l'art. 1, comma 1, del d.lgs. N. 258/1991 e viola i principi fondamentali in materia di professioni di cui all'art. 117, terzo comma, della Costituzione».

Sul punto, il ricorrente richiama la giurisprudenza costituzionale secondo cui «la potestà legislativa regionale nella materia concorrente delle “professioni” deve rispettare il principio per cui l’individuazione delle figure professionali, con i relativi titoli abilitanti, è riservata allo Stato, per il suo carattere necessariamente unitario (cfr. ex plurimis sentenze n. 153 del 2006, n. 300 del 2007, e più di recente sent. n. 328 del 2009, ove si legge: “Questa Corte ha ripetutamente affermato che ‘la potestà legislativa regionale nella materia concorrente delle professioni deve rispettare il principio secondo cui l’individuazione delle figure professionali, con i relativi profili e titoli abilitanti, è riservata, per il suo carattere necessariamente unitario, allo Stato, rientrando nella competenza delle Regioni la disciplina di quegli aspetti che presentano uno specifico collegamento con la realtà regionale. Tale principio, al di là della particolare attuazione ad opera dei singoli precetti normativi, si configura infatti quale limite di ordine generale, invalicabile dalla legge regionale’ (sentenza n. 138 del 2009, nonché, fra le altre, sentenze n. 57 del 2007, n. 424 del 2006 e n. 153 del 2006)”».

Secondo la difesa dello Stato «[è] palese la violazione di siffatti principi laddove la legge regionale “estende”, nei sensi sopra indicati, le attività esercitabili dal farmacista, peraltro penetrando nell’ambito dell’esercizio di funzioni proprie di diverse categorie professionali (con ulteriore violazione, quindi, delle competenze statali)».

1.4.1.– Da ultimo, il ricorrente afferma che la medesima disposizione impugnata sarebbe, altresì, lesiva del principio di uguaglianza di cui all’art. 3 Cost., «non garantendo l’uniformità nel territorio nazionale delle regole fondamentali di diritto che disciplinano la professione del farmacista».

2.– La Regione Calabria non si è costituita in giudizio.

Considerato in diritto

1.– Con il ricorso indicato in epigrafe (reg. ric. n. 4 del 2021), il Presidente del Consiglio dei ministri, rappresentato e difeso dall’Avvocatura generale dello Stato, ha promosso questioni di legittimità costituzionale degli artt. 1, commi 1 e 2, 3, comma 2, e 4 della legge della Regione Calabria 19 novembre 2020, n. 24 (Norme per l’utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche e private) in riferimento complessivamente agli artt. 3, 117, commi secondo, lettera l), e terzo, della Costituzione.

1.1.– La prima questione è promossa nei confronti del combinato disposto degli artt. 1, commi 1 e 2, e 4 della legge reg. Calabria n. 24 del 2020.

L’art. 1, comma 1, prevede la presenza obbligatoria della figura professionale del farmacista negli istituti di ricovero, di riabilitazione, nelle residenze sanitarie assistite (RSA), negli hospice, nelle residenze socio sanitarie assistite (RSSA), presso i servizi per le tossicodipendenze (SERT), negli ospizi, nelle case protette e comunità terapeutiche, case di cura private e in tutte le altre strutture pubbliche e private della Regione ove sono utilizzati farmaci, con inquadramento nell’organigramma della struttura interessata secondo le dimensioni della struttura stessa; il comma 2 del medesimo art. 1 stabilisce che l’esercizio della professione di farmacista presso le suddette strutture è consentito a coloro che abbiano conseguito il titolo di abilitazione all’esercizio professionale e siano iscritti al relativo ordine professionale nel rispetto delle normative vigenti in materia; l’art. 4 impone che debba esservi un farmacista ogni sessanta posti letto, due o più farmacisti nelle strutture che hanno più di sessanta posti letto, un farmacista nelle strutture con ricezione inferiore.

Secondo il ricorrente, il combinato disposto delle predette disposizioni regionali violerebbe l’art. 117, terzo comma, Cost., in riferimento alla competenza statale in materia di «coordinamento della finanza pubblica», in quanto l’obbligo di garantire la presenza del farmacista nelle strutture pubbliche indicate dall’art. 1, comma 1, non assicura il rispetto della cornice economico-finanziaria programmata nel piano di

rientro dal disavanzo finanziario del settore sanitario regionale, e si pone in contrasto con le disposizioni statali in materia di contenimento della spesa di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale dettate dall'art. 11, commi 1 e 4, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 (Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria), convertito, con modificazioni, nella legge 25 giugno 2019, n. 60, che costituiscono principi di coordinamento della finanza pubblica.

1.2.– L'art. 1, comma 2, della legge reg. Calabria n. 24 del 2020 viene, altresì, impugnato in via autonoma per violazione della competenza esclusiva statale in materia di «ordinamento civile» di cui all'art. 117, secondo comma, lettera l), Cost.

Ad avviso della difesa statale, la previsione secondo cui l'esercizio della professione del farmacista presso le strutture di cui al comma 1 è consentita a coloro che abbiano conseguito il titolo di abilitazione all'esercizio professionale introdurrebbe una deroga alla disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale dettata dall'art. 32 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 483 (Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale), che prevede il possesso, invece, della specializzazione nella disciplina oggetto del concorso.

1.3.– Infine, il ricorrente dubita della legittimità costituzionale dell'art. 3, comma 2, della medesima legge reg. Calabria n. 24 del 2020.

La disposizione, nell'attribuire al farmacista l'esercizio di attività ulteriori, diverse e più ampie rispetto a quelle previste dall'art. 1, comma 1, del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 258 (Attuazione delle direttive n. 85/432/CEE, n. 85/433/CEE e n. 85/584/CEE, in materia di formazione e diritto di stabilimento dei farmacisti, a norma dell'art. 6 della legge 30 luglio 1990, n. 212), si porrebbe in contrasto con l'art. 117, terzo comma, Cost., che riserva allo Stato la competenza in ordine ai principi fondamentali in materia di «professioni», nella fattispecie quella di farmacista, e con l'art. 3 Cost., in riferimento al principio di uguaglianza, poiché non garantisce l'uniformità delle regole fondamentali di diritto che disciplinano la professione del farmacista nel territorio nazionale.

2.– Le questioni sono fondate.

3.– La legge reg. Calabria n. 24 del 2020, costituita da sette articoli, interviene in materia di “gestione del farmaco” nelle strutture pubbliche e private del settore socio-sanitario regionale.

Nella relazione descrittiva della proposta di legge la Regione fornisce elementi per ricostruire le finalità dell'intervento normativo che però trova insuperabili ostacoli di legittimità costituzionale.

In tale relazione si afferma che la «presente legge ha lo scopo di migliorare l'organizzazione delle strutture pubbliche e private attraverso l'inserimento nelle stesse di figure professionali, i farmacisti abilitati, preposte alla gestione del farmaco» e che l'intervento normativo proposto dalla Regione innalzerebbe «in termini di efficienza ed efficacia delle prestazioni, l'organizzazione sanitaria degli istituti di ricovero che hanno l'obiettivo di garantire un'ottimale e funzionale servizio a tutela della salute e del benessere del paziente».

Nella medesima relazione si afferma poi che la previsione della figura del farmacista abilitato come unica figura professionale deputata ad assicurare appropriatezza terapeutica, razionale e ottimale utilizzo dei farmaci, intende sopperire all'anomala situazione in atto, poiché nelle strutture sanitarie la gestione dei farmaci è rimessa ai “caposala” infermieri, circostanza che determinerebbe «frequenti errori nella gestione, somministrazione e controllo della terapia farmaceutica» che si tradurrebbero in maggiori oneri per il sistema sanitario calabrese.

La finalità dell'intervento è, dunque, descritta come tesa a «potenziare il ruolo del farmacista all'interno del sistema sanitario per valorizzare la funzione socio sanitaria ed il ruolo professionale che svolge nella tutela della salute pubblica».

L'intervento si fonda sulle due seguenti misure: l'obbligatorietà della presenza del farmacista abilitato in tutte le predette strutture in cui si utilizzano farmaci; la ridefinizione dei compiti di tale figura professionale.

4.– Il ricorso, dunque, investe proprio tali specifiche misure adottate dal legislatore regionale con le disposizioni impugnate.

4.1.– È innanzitutto fondata la prima censura, promossa nei confronti del combinato disposto degli artt. 1, commi 1 e 2, e 4, per violazione delle disposizioni statali recanti principi fondamentali in materia di «coordinamento della finanza pubblica».

Infatti il settore sanitario della Regione Calabria è sottoposto dal 2010 al piano di rientro dal disavanzo finanziario e alla conseguente gestione commissariale, disposta ai sensi dell'art. 4 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, recante «Interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale», convertito, con modificazioni, nella legge 29 novembre 2007, n. 222; dell'art. 2, commi 78 e seguenti, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010)»; nonché dell'art. 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131, recante «Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3».

I compiti e gli obiettivi funzionali per l'attuazione del piano di rientro sono stati assegnati al Commissario ad acta con delibera del Presidente del Consiglio dei ministri del 19 luglio 2019 per l'attuazione dei programmi operativi 2019-2021, che prevedeva al punto 8, fra gli interventi demandati al Commissario, la: «razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale in coerenza con l'effettivo fabbisogno in applicazione della normativa vigente in materia»; compiti poi confermati nel punto 8 della delibera del Consiglio dei ministri 27 novembre 2020, con cui è stato nominato il nuovo Commissario ad acta.

Alla luce di tale quadro regolatorio risulta evidente il contrasto delle disposizioni regionali in esame con le competenze della gestione commissariale in materia di contenimento della spesa per il personale come definita dalla ricordata delibera del Consiglio dei ministri e, al contempo, è altresì evidente il contrasto con le disposizioni dettate dall'art. 11, commi 1 e 4, del d.l. n. 35 del 2019, come convertito, in tema di tetto di spesa per il personale nel settore sanitario.

La previsione dell'obbligatoria presenza di personale farmacista, opportunamente inquadrato nell'organigramma secondo le dimensioni della struttura, si configura difatti come un preciso obbligo riferito alle amministrazioni pubbliche interessate per l'assunzione di farmacisti, al di fuori della programmazione del fabbisogno di personale nel servizio sanitario.

Tale obbligo viola i ricordati vincoli normativi statali volti al contenimento delle spese per il personale e del relativo reclutamento, interferendo conseguentemente con le competenze della gestione commissariale.

Infatti, benché nella relazione finanziaria alla proposta di legge si affermi che l'intervento ha «natura programmatoria e riguarda profili gestionali-organizzativi delle strutture sanitarie, elencate nell'articolo 1» tale previsione non vale ad escludere l'onere finanziario a carico del bilancio regionale.

Dal tenore letterale delle disposizioni in esame, difatti, si evince il carattere immediatamente precettivo e cogente dell'intervento, volto all'assunzione dei farmacisti.

Questa Corte ha ripetutamente ravvisato la non conformità all'ordinamento costituzionale di interventi legislativi adottati dalle Regioni in costanza di commissariamento del settore sanitario, ove incidenti sulla spesa per il personale, a motivo della interferenza con le prerogative del Commissario, e del conseguente contrasto con i principi di coordinamento della finanza pubblica, configurati dal complesso normativo statale che disciplina i piani di rientro dal disavanzo del settore sanitario e il regime del commissariamento (ex plurimis, sentenze n. 166 del 2020 e n. 266 del 2016).

Ne consegue la illegittimità costituzionale delle disposizioni impugnate per violazione del dedotto correlato parametro costituzionale.

4.2.– Parimenti è fondata l'ulteriore questione promossa in via autonoma nei confronti dell'art. 1, comma 2, della legge reg. Calabria n. 24 del 2020, per violazione della competenza esclusiva dello Stato in materia di «ordinamento civile».

La norma regionale contrasta, infatti, con l'art. 32 del d.P.R. n. 483 del 1997, norma regolamentare che fa corpo con il d.lgs. n. 502 del 1992 e che prevede il possesso della specializzazione nella disciplina oggetto del concorso come requisito per potervi partecipare.

La modifica, da parte della disposizione regionale impugnata, di tale requisito previsto dal legislatore statale altera pertanto la necessaria unitarietà a livello nazionale della disciplina del rapporto di impiego de quo come definita dal concorso della fonte normativa con quella contrattuale (Contratto collettivo nazionale di lavoro del comparto Sanità, periodo 2016-2018, sottoscritto il 21 maggio 2018 e tutt'ora vigente, e in particolare gli artt. 1 e 24).

4.3.– Da ultimo, risultano parimenti fondati i dubbi di legittimità costituzionale avanzati dal ricorrente nei confronti dell'art. 3, comma 2, della legge reg. Calabria n. 24 del 2020.

La disposizione impugnata attribuisce al farmacista l'esercizio di attività ulteriori, diverse e più ampie rispetto a quelle previste dalla disciplina statale, così violando l'art. 117, terzo comma, Cost., in riferimento ai principi fondamentali della legislazione statale in materia di «professioni».

La lesione emerge dal confronto tra la disposizione regionale impugnata e quella statale dedotta come parametro interposto, in quanto la prima attribuisce al farmacista l'esercizio delle seguenti attività non contemplate dal legislatore nazionale: «prendere visione e fare consulenza della terapia farmacologica da adottare sul paziente; [...] controllare l'aderenza terapeutica; verificare l'interazione tra farmaco-farmaco, farmaco-cibo, farmaco-disturbi comportamentali» (art. 3, comma 2, lettere d, e ed f, della legge reg. Calabria n. 24 del 2020).

Il ricorrente richiama l'art. 1 del d.lgs. n. 258 del 1991, attuativo di direttive europee in «materia di formazione e diritto di stabilimento dei farmacisti».

Questa Corte rileva che tale disciplina è stata interessata da nuovi interventi normativi, anch'essi di recepimento di direttive europee emanate in materia.

Si tratta del decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206 (Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell'adesione di Bulgaria e Romania) e successive modificazioni e integrazioni.

Nello specifico, l'art. 51 (Esercizio delle attività professionali di farmacista), come modificato dal decreto legislativo 28 gennaio 2016, n. 15, recante «Attuazione della direttiva 2013/55/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, recante modifica della direttiva 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali e del regolamento (UE) n. 1024/2012, relativo alla cooperazione amministrativa

attraverso il sistema di informazione del mercato interno (“Regolamento IMI”)), nel confermare sostanzialmente l’elenco di attività già contemplato dall’art. 1 del d.lgs. n. 258 del 1991, ha introdotto le seguenti significative attività: consigli sui medicinali in quanto tali, compreso il loro uso corretto, segnalazione alle autorità competenti degli effetti indesiderati dei prodotti farmaceutici, accompagnamento personalizzato dei pazienti che praticano l’automedicazione, contributo a campagne istituzionali di sanità pubblica.

Le predette innovazioni si inseriscono nel processo di ampliamento delle attività attribuite al farmacista e, nello specifico, al “farmacista ospedaliero” – in relazione al quale è prevista la specifica specializzazione in “farmacia ospedaliera” – o comunque operante nelle strutture socio-sanitarie e nell’assistenza farmaceutica territoriale.

Anche la ricordata evoluzione della disciplina comunitaria in materia, pur ampliando le attività professionali del farmacista, non può ritenersi ricomprendere le previsioni della legge impugnata.

4.4.– Né può affermarsi che nella fattispecie la Regione Calabria abbia disciplinato aspetti riconducibili alla propria competenza concorrente in materia.

Secondo la giurisprudenza di questa Corte, tale competenza deve esercitarsi esclusivamente in riferimento ad aspetti che presentano uno specifico collegamento con la realtà regionale, giacché la potestà legislativa regionale nella materia concorrente delle professioni deve rispettare il principio per cui l’individuazione delle figure professionali, con i relativi profili e titoli abilitanti, è riservata allo Stato, per il suo carattere necessariamente unitario (ex plurimis, sentenze n. 328 del 2009, n. 300 del 2007 e n. 153 del 2006).

Nella fattispecie, invece, le innovative attività contemplate dal legislatore regionale non integrano aspetti riconducibili a profili di competenza regionale e non costituiscono mere puntualizzazioni delle “mansioni” in cui si articolano le diverse attività del farmacista previste dal legislatore nazionale, in quanto configurano nuove e più ampie competenze di tale figura professionale che, oltretutto, interagiscono con quelle assegnate dall’ordinamento ad altre figure dell’area sanitaria.

5.– Il riconoscimento dell’illegittimità costituzionale della disposizione impugnata per violazione dell’art. 117, terzo comma, Cost. conduce a ritenere assorbita la dedotta violazione dell’art. 3 Cost., priva del resto di una sua autonomia funzionale, in quanto costituisce il portato ovvero l’effetto consequenziale della lesione del principio di uniforme regolazione statale sul territorio nazionale della professione del farmacista.

PER QUESTI MOTIVI

LA CORTE COSTITUZIONALE

dichiara l’illegittimità costituzionale degli artt. 1, commi 1 e 2, 3, comma 2, e 4 della legge della Regione Calabria 19 novembre 2020, n. 24 (Norme per l’utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche e private).

Così deciso in Roma, nella sede della Corte costituzionale, Palazzo della Consulta, il 25 novembre 2021.

F.to:

Giancarlo CORAGGIO, Presidente

Giulio PROSPERETTI, Redattore

Roberto MILANA, Direttore della Cancelleria

Depositata in Cancelleria il 18 gennaio 2022.

Il Direttore della Cancelleria

F.to: Roberto MILANA

Le sentenze e le ordinanze della Corte costituzionale sono pubblicate nella prima serie speciale della Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (a norma degli artt. 3 della legge 11 dicembre 1984, n. 839 e 21 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092) e nella Raccolta Ufficiale delle sentenze e ordinanze della Corte costituzionale (a norma dell'art. 29 delle Norme integrative per i giudizi davanti alla Corte costituzionale, approvate dalla Corte costituzionale il 16 marzo 1956).

Il testo pubblicato nella Gazzetta Ufficiale fa interamente fede e prevale in caso di divergenza.

D.L. 30 aprile 2019, n. 35 (1) (2).**Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria.**

(1) Pubblicato nella Gazz. Uff. 2 maggio 2019, n. 101.

(2) Convertito in legge, con modificazioni, dall'*art. 1, comma 1, L. 25 giugno 2019, n. 60*.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli *articoli 77 e 87, quinto comma, della Costituzione*;

Ritenuta la straordinaria necessità e urgenza di prevedere, allo scopo di tutelare il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) in ambito sanitario di cui all'*articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione* nonché di garantire il fondamentale diritto alla salute, misure eccezionali, volte anche alla risoluzione delle riscontrate, gravi inadempienze amministrative e gestionali, per la Regione Calabria, supportando l'azione commissariale di risanamento del servizio sanitario regionale;

Accertati il mancato rispetto degli obiettivi economico-finanziari previsti dalla cornice programmata nell'ambito dei programmi operativi, il mancato raggiungimento del punteggio minimo previsto dalla griglia dei livelli essenziali di assistenza, nonché rilevanti criticità connesse alla gestione amministrativa, più volte riscontrati, da ultimo, dai Tavoli di verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dei LEA nella seduta congiunta del 4 aprile 2019;

Ritenuta la straordinaria necessità ed urgenza di adottare misure in materia di carenza di personale sanitario, di formazione sanitaria, di carenza di medicinali e altre misure, tutte volte a garantire e a promuovere la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e ad assicurare una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale nonché una migliore erogazione delle prestazioni, rispondendo in maniera sempre più adeguata alle esigenze dell'utenza;

Vista la deliberazione del Consiglio dei ministri, adottata nella riunione del 18 aprile 2019;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei ministri e del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell'interno, della difesa, dell'economia e delle finanze, dell'istruzione, dell'università e della ricerca e per gli affari regionali e le autonomie;

EMANA

il seguente decreto-legge:

Capo I

Disposizioni urgenti per il servizio sanitario della regione Calabria

Art. 1. Ambito di applicazione**In vigore dal 2 luglio 2019**

1. Il presente Capo reca disposizioni speciali per la Regione Calabria inerenti al raggiungimento degli obiettivi previsti nei programmi operativi di prosecuzione del piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale, nonché dei livelli essenziali di assistenza. (3) (4)

(3) Comma così modificato dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*.

(4) La Corte costituzionale, con sentenza 22 ottobre - 13 novembre 2019, n. 233 (Gazz. Uff. 20 novembre 2019, n. 47, 1ª Serie

speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1, promossa in riferimento agli artt. 81 e 97 della Costituzione; ha dichiarato, inoltre, non fondate le questioni di legittimità costituzionale degli artt. da 1 a 6, 8, 9, 14 e 15, promosse in riferimento agli artt. 5, 117, 119, 120 e 121 Cost..

Art. 2. Verifica straordinaria sui direttori generali degli enti del Servizio sanitario regionale In vigore dal 2 luglio 2019

1. Il Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo nel settore sanitario, nominato ai sensi del combinato disposto dell'*articolo 4 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 29 novembre 2007, n. 222*, e dell'*articolo 2, comma 84, della legge 23 dicembre 2009, n. 191*, di seguito denominato «Commissario ad acta», entro trenta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto e, successivamente, almeno ogni sei mesi, è tenuto ad effettuare una verifica straordinaria sull'attività dei direttori generali delle aziende sanitarie, delle aziende ospedaliere e delle aziende ospedaliere universitarie, ai sensi di quanto disposto dall'*articolo 2 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171*. La verifica è volta altresì ad accertare se le azioni poste in essere da ciascun direttore generale sono coerenti con gli obiettivi di attuazione del piano di rientro, anche sotto il profilo dell'eventuale inerzia amministrativa o gestionale. Il Commissario ad acta, nel caso di valutazione negativa del direttore generale, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, provvede motivatamente, entro quindici giorni dalla formulazione della predetta contestazione e senza i pareri di cui all'*articolo 2, commi 4 e 5, del decreto legislativo n. 171 del 2016*, a dichiararne l'immediata decadenza dall'incarico, nonché a risolverne il relativo contratto. In caso di valutazione positiva, al direttore generale si estendono le disposizioni relative alle attribuzioni ed ai compiti dei commissari straordinari di cui all'articolo 3, comma 6, nonché all'articolo 5, comma 1. (5) (6)

(5) Comma così modificato dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*.

(6) La Corte costituzionale, con sentenza 22 ottobre - 13 novembre 2019, n. 233 (Gazz. Uff. 20 novembre 2019, n. 47, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1, promossa in riferimento agli artt. 81 e 97 della Costituzione; ha dichiarato, inoltre, non fondate le questioni di legittimità costituzionale degli artt. da 1 a 6, 8, 9, 14 e 15, promosse in riferimento agli artt. 5, 117, 119, 120 e 121 Cost..

Art. 3. Commissari straordinari degli enti del Servizio sanitario regionale In vigore dal 2 luglio 2019

1. In caso di valutazione negativa del direttore generale ai sensi dell'articolo 2, comma 1, il Commissario ad acta, previa intesa con la Regione, nonché con il rettore nei casi di aziende ospedaliere universitarie, nomina un Commissario straordinario. In mancanza d'intesa entro il termine perentorio di dieci giorni, la nomina è effettuata con decreto del Ministro della salute, su proposta del Commissario ad acta, previa delibera del Consiglio dei ministri, a cui è invitato a partecipare il Presidente della Giunta regionale con preavviso di almeno tre giorni. Quando risulti nominato dalla Regione, in luogo del direttore generale, un commissario regionale che, a qualsiasi titolo, ne svolge le funzioni, questi decade alla data di entrata in vigore del presente decreto e si applicano le disposizioni del presente articolo. (7)

2. Il Commissario straordinario è scelto, anche nell'ambito dell'elenco nazionale di cui all'*articolo 1 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171*, fra soggetti di comprovata competenza ed esperienza, in particolare in materia di organizzazione sanitaria o di gestione aziendale, anche in quiescenza. Restano

ferme le disposizioni in materia d'inconferibilità e incompatibilità, nonché le preclusioni di cui all'*articolo 3, comma 11, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*. La nomina a Commissario straordinario costituisce causa legittima di recesso da ogni incarico presso gli enti del servizio sanitario nazionale e presso ogni altro ente pubblico. Il Commissario straordinario, se dipendente pubblico, ha altresì diritto all'aspettativa non retribuita con conservazione dell'anzianità per tutta la durata dell'incarico.

3. Fino alla nomina del Commissario straordinario, si applica quanto previsto dall'*articolo 3, comma 6, settimo periodo, del decreto legislativo n. 502 del 1992*. In mancanza del direttore amministrativo e del direttore sanitario, l'ordinaria amministrazione è garantita dal dirigente amministrativo più anziano per età preposto ad unità operativa complessa, ovvero, in subordine, a unità operativa semplice.

4. Può essere nominato un unico Commissario straordinario per più enti del servizio sanitario regionale.

5. L'ente del Servizio sanitario della Regione corrisponde al Commissario straordinario il compenso stabilito dalla normativa regionale per i direttori generali dei rispettivi enti del servizio sanitario, anche cumulativamente nei casi di cui al comma 4. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, adottato di concerto col Ministro della salute entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, è definito un compenso aggiuntivo per l'incarico di Commissario straordinario, comunque non superiore a euro 50.000 al lordo degli oneri riflessi a carico del bilancio del Ministero della salute. Restano comunque fermi i limiti di cui all'*articolo 23-ter, commi 1 e 2, del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 22 dicembre 2011, n. 214*. Per l'attuazione del presente comma è autorizzata la spesa di euro 472.500 annui per ciascuno degli anni 2019 e 2020 e alla relativa copertura si provvede ai sensi dell'articolo 14. La corresponsione del compenso aggiuntivo di cui al presente comma è subordinata alla valutazione positiva della verifica di cui al comma 7. (7)

6. Entro sei mesi dalla nomina, il Commissario straordinario adotta l'atto aziendale di cui all'*articolo 3, comma 1-bis, del decreto legislativo n. 502 del 1992*, approvato dal Commissario ad acta, al fine 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. (7)

6-bis. Ai fini dell'adozione dell'atto aziendale di cui al comma 6, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il Ministro della salute, con proprio decreto, istituisce un'Unità di crisi speciale per la regione con il compito di effettuare, entro tre mesi dalla sua istituzione, visite ispettive straordinarie presso le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e le aziende ospedaliere universitarie. L'Unità di crisi è composta da dirigenti del Ministero della salute, che operano nell'esercizio delle funzioni istituzionalmente assegnate, e da un numero massimo di cinque esperti nelle discipline chirurgiche, mediche, anatomopatologiche e dei servizi diagnostici. Entro trenta giorni da ciascuna visita ispettiva, l'Unità di crisi trasmette al Commissario straordinario e al Commissario *ad acta* una relazione sullo stato dell'erogazione delle prestazioni cliniche, con particolare riferimento alla condizione dei servizi, delle dotazioni tecniche e tecnologiche e delle risorse umane, evidenziando gli eventuali scostamenti dagli *standard* necessari a garantire i livelli essenziali di assistenza e gli interventi organizzativi necessari al loro ripristino. Ai componenti dell'Unità di crisi non appartenenti ai ruoli del Ministero della salute spetta esclusivamente il rimborso delle spese documentate. Per l'attuazione del presente comma è autorizzata la spesa di euro 50.000 per l'anno 2019, alla cui copertura si provvede ai sensi dell'articolo 14. (8)

7. Entro nove mesi dalla nomina e, successivamente, almeno ogni nove mesi, il Commissario ad acta provvede alla verifica delle attività svolte dal Commissario straordinario, per le cui modalità si rinvia, in quanto applicabili, all'articolo 2, comma 1. In caso di valutazione negativa, il Commissario ad acta dispone la decadenza immediata dall'incarico del Commissario straordinario e provvede alla relativa sostituzione. (7)

8. L'incarico di Commissario straordinario è valutabile quale esperienza dirigenziale ai fini di cui al comma 7-ter dell'*articolo 1 del decreto legislativo n. 171 del 2016*.

9. I Commissari straordinari restano in carica fino al termine di cui all'articolo 15, comma 1, e comunque fino alla nomina, se anteriore, dei direttori generali individuati, ai sensi dell'*articolo 2 del decreto*

legislativo n. 171 del 2016, in esito a procedure selettive, che sono avviate dalla Regione decorsi dodici mesi dall'entrata in vigore del presente decreto. (7) (9)

(7) Comma così modificato dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*.

(8) Comma inserito dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*.

(9) La Corte costituzionale, con sentenza 22 ottobre - 13 novembre 2019, n. 233 (Gazz. Uff. 20 novembre 2019, n. 47, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1, promossa in riferimento agli artt. 81 e 97 della Costituzione; ha dichiarato, inoltre, non fondate le questioni di legittimità costituzionale degli artt. da 1 a 6, 8, 9, 14 e 15, promosse in riferimento agli artt. 5, 117, 119, 120 e 121 Cost..

Art. 4. Direttori amministrativi e direttori sanitari degli enti del Servizio sanitario regionale In vigore dal 2 luglio 2019

1. Il Commissario straordinario o il direttore generale verifica periodicamente, e comunque entro sessanta giorni dalla nomina ovvero dalla valutazione positiva effettuata dal Commissario ad acta, 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. Qualora sia dichiarata la decadenza dei direttori amministrativi e sanitari, il Commissario straordinario o il direttore generale li sostituisce attingendo dagli elenchi regionali di idonei, costituiti nel rispetto delle procedure di cui all'*articolo 3 del decreto legislativo n. 171 del 2016*.

1-bis. Nei casi di decadenza ai sensi del comma 1 e in ogni altro caso di vacanza degli uffici di direttore sanitario o di direttore amministrativo, l'ente pubblica nel proprio sito internet istituzionale un avviso finalizzato ad acquisire la disponibilità ad assumere l'incarico. Qualora, trascorsi quindici giorni dalla pubblicazione, non sia pervenuta alcuna manifestazione di interesse, tale incarico può essere conferito anche a soggetti non iscritti negli elenchi regionali di idonei di cui all'*articolo 3 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171*, che siano in possesso dei requisiti previsti dall'*articolo 1, comma 4, lettere a) e b)*, del citato decreto legislativo n. 171 del 2016. (10) (11)

(10) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*.

(11) La Corte costituzionale, con sentenza 22 ottobre - 13 novembre 2019, n. 233 (Gazz. Uff. 20 novembre 2019, n. 47, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1, promossa in riferimento agli artt. 81 e 97 della Costituzione; ha dichiarato, inoltre, non fondate le questioni di legittimità costituzionale degli artt. da 1 a 6, 8, 9, 14 e 15, promosse in riferimento agli artt. 5, 117, 119, 120 e 121 Cost..

Art. 5. Dissesto finanziario degli enti del Servizio sanitario regionale In vigore dal 2 luglio 2019

1. Entro novanta giorni dalla nomina, il Commissario straordinario, anche avvalendosi, ai sensi degli articoli 8 e 9, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e del Corpo della Guardia di finanza, effettua una verifica generale sulla gestione dell'ente cui è preposto. Laddove emergano gravi e reiterate irregolarità nella gestione dei bilanci, anche alla luce delle osservazioni formulate dal collegio sindacale o delle pronunce della competente sezione regionale della Corte dei conti, ovvero una manifesta e reiterata

incapacità di gestione, il Commissario straordinario propone al Commissario ad acta di disporre la gestione straordinaria dell'ente, alla quale sono imputate, con bilancio separato rispetto a quello della gestione ordinaria, tutte le entrate di competenza e tutte le obbligazioni assunte fino al 31 dicembre 2018.

2. Alla gestione straordinaria provvede un Commissario straordinario di liquidazione nominato dal Commissario ad acta, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, fra dirigenti o funzionari del Ministero dell'economia e delle finanze e di altre amministrazioni dello Stato, in servizio o in quiescenza, dotati di idonea esperienza nel campo finanziario e contabile, ovvero fra gli iscritti nel registro dei revisori contabili, nell'albo dei dottori commercialisti e nell'albo dei ragionieri. Al Commissario straordinario di liquidazione si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3, comma 2, secondo, terzo e quarto periodo.

3. Con successivo decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, è definito il compenso del Commissario straordinario di liquidazione, il cui onere è posto a carico della massa passiva dell'ente per il quale sia stata disposta la gestione straordinaria ai sensi del comma 1. Restano comunque fermi i limiti di cui all'*articolo 23-ter, commi 1 e 2, del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 22 dicembre 2011, n. 214*. (12)

4. Per la gestione straordinaria si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni del Titolo VIII della Parte II del *decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267*. Resta ferma in ogni caso l'applicazione, per tutte le obbligazioni contratte anteriormente al 31 dicembre 2018, dell'*articolo 248, commi 2, 3 e 4, e dell'articolo 255, comma 12, del citato decreto legislativo n. 267 del 2000*.

5. E' data facoltà al Commissario ad acta di nominare un unico Commissario straordinario di liquidazione per uno o più enti del Servizio sanitario regionale che si trovino nelle condizioni di cui al comma 1.

6. Entro trenta giorni dalla nomina, il Commissario straordinario di liquidazione presenta al Commissario ad acta, che l'approva entro i successivi novanta giorni, il piano di rientro aziendale, contenente la ricognizione della situazione economico-finanziaria dell'ente, nonché l'indicazione delle coperture finanziarie necessarie per la relativa attuazione, nei limiti delle risorse disponibili. A tali fini è autorizzata l'apertura di apposite contabilità speciali di tesoreria unica, ai sensi della *legge 29 ottobre 1984, n. 720*, intestate alla gestione straordinaria di cui al comma 2. (13)

(12) Comma così modificato dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*.

(13) La Corte costituzionale, con sentenza 22 ottobre - 13 novembre 2019, n. 233 (Gazz. Uff. 20 novembre 2019, n. 47, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1, promossa in riferimento agli artt. 81 e 97 della Costituzione; ha dichiarato, inoltre, non fondate le questioni di legittimità costituzionale degli artt. da 1 a 6, 8, 9, 14 e 15, promosse in riferimento agli artt. 5, 117, 119, 120 e 121 Cost..

Art. 6. Appalti, servizi e forniture per gli enti del Servizio sanitario della Regione Calabria In vigore dal 15 settembre 2020

1. Gli enti del Servizio sanitario della Regione si avvalgono esclusivamente degli strumenti di acquisto e di negoziazione aventi ad oggetto beni, servizi e lavori di manutenzione messi a disposizione da CONSIP S.p.A. nell'ambito del Programma di razionalizzazione degli acquisti della Pubblica amministrazione ovvero, previa convenzione, dalla centrale di committenza della regione Calabria per l'affidamento di appalti di lavori, servizi e forniture, strumentali all'esercizio delle proprie funzioni, superiori alle soglie di rilevanza comunitaria di cui all'*articolo 35 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50*. Resta ferma, in ogni caso, la facoltà di avvalersi del Provveditorato interregionale per le opere pubbliche per la

Sicilia-Calabria. (15)

2. Per l'affidamento di appalti di lavori, servizi e forniture inferiori alle soglie di rilevanza comunitaria di cui all'*articolo 35 del decreto legislativo n. 50 del 2016*, il Commissario ad acta stipula un protocollo d'intesa con l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) ai sensi dell'*articolo 213, comma 3, lettera h) del medesimo decreto legislativo* a cui si adeguano gli enti del Servizio sanitario della Regione. Fino alla stipula di tale protocollo d'intesa restano in vigore le norme e le procedure vigenti. (14)

3. Al fine di assicurare la coerenza e la fattibilità degli interventi individuati dagli atti di programmazione previsti dalla legislazione vigente, ed, in ogni caso, nell'ambito delle risorse da questi assegnate, il Commissario ad acta predispone un Piano triennale straordinario di edilizia sanitaria e di adeguamento tecnologico della rete di emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale della Regione. Il Piano è approvato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, di concerto con i Ministri dell'economia e delle finanze, della salute, delle infrastrutture e dei trasporti, del lavoro e delle politiche sociali. Con l'approvazione del Piano sono revocate le misure già adottate in contrasto con la nuova programmazione.

4. Per i progetti di edilizia sanitaria da finanziare ai sensi dell'*articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67*, per i quali alla data di entrata in vigore del presente decreto non sia stato ancora definito il livello di progettazione richiesto per l'attivazione dei programmi di investimento e appalto dei lavori, gli enti del Servizio sanitario della Regione possono avvalersi, previa convenzione, di INVITALIA S.p.A. quale centrale di committenza, nonché delle altre strutture previste all'uopo da disposizioni di legge. La convenzione può essere stipulata anche per l'attuazione degli interventi già inseriti negli accordi di programma sottoscritti ai sensi dell'*articolo 5-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e dell'*articolo 2, comma 203, della legge 23 dicembre 1996, n. 662*. (14)

5. Per garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie, anche in osservanza delle indicazioni previste nel vigente Piano nazionale di governo delle liste di attesa, è autorizzata per la Regione, per l'anno 2019, la spesa di euro 82.164.205 per l'ammodernamento tecnologico, in particolare per la sostituzione e il potenziamento delle tecnologie rientranti nella rilevazione del fabbisogno 2018-2020 del Ministero della salute, a valere sulle risorse di cui all'*articolo 20 della legge n. 67 del 1988*. Con uno o più decreti dirigenziali del Ministero della salute sono ammessi a finanziamento gli interventi di cui al presente comma, fino a concorrenza del predetto importo a carico dello Stato e al conseguente trasferimento delle risorse si provvede a seguito di presentazione da parte della Regione al Ministero dell'economia e delle finanze degli stati di avanzamento dei lavori. (16)

(14) Comma così modificato dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*.

(15) Comma così modificato dall'*art. 8-bis, comma 1, D.L. 16 luglio 2020, n. 76*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 11 settembre 2020, n. 120*.

(16) La Corte costituzionale, con sentenza 22 ottobre - 13 novembre 2019, n. 233 (Gazz. Uff. 20 novembre 2019, n. 47, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1, promossa in riferimento agli artt. 81 e 97 della Costituzione; ha dichiarato, inoltre, non fondate le questioni di legittimità costituzionale degli artt. da 1 a 6, 8, 9, 14 e 15, promosse in riferimento agli artt. 5, 117, 119, 120 e 121 Cost..

Art. 7. Misure straordinarie di gestione delle imprese esercenti attività sanitaria per conto del Servizio sanitario regionale nell'ambito della prevenzione della corruzione In vigore dal 2 luglio 2019

1. Fermo restando quanto previsto dall'*articolo 32 del decreto-legge 24 giugno 2014 n. 90*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 11 agosto 2014, n. 114*, il Commissario straordinario, sentito il Presidente dell'ANAC, propone al Prefetto, alternativamente, una delle misure di cui al medesimo articolo 32, comma 1, lettere a) e b), e comma 8, nei confronti delle imprese e dei soggetti privati che esercitano attività

sanitaria per conto del Servizio sanitario regionale, in base agli accordi contrattuali di cui all'*articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, dandone contestuale informazione al Commissario ad acta. (17)

(17) Comma così modificato dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*.

Art. 8. Supporto dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali In vigore dal 2 luglio 2019

1. Per le finalità di cui al presente decreto, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) di cui all'*articolo 5 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266*, fornisce supporto tecnico e operativo al Commissario ad acta e ai Commissari straordinari. (18)

2. Per la realizzazione di quanto previsto al comma 1, l'AGENAS può avvalersi di personale comandato, ai sensi dell'*articolo 17, comma 14, della legge 15 maggio 1997, n. 127*.

3. Per le finalità di cui al comma 1, l'AGENAS può ricorrere a profili professionali attinenti ai settori dell'analisi, valutazione, controllo e monitoraggio delle performance sanitarie, anche con riferimento alla trasparenza dei processi, con contratti di lavoro flessibile. (20)

4. Per la copertura degli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo, nel limite massimo di euro 2.000.000 per l'anno 2019 e di euro 4.000.000 per l'anno 2020, si provvede utilizzando l'avanzo di amministrazione di AGENAS, come approvato in occasione del rendiconto generale annuale. Alla compensazione degli effetti finanziari in termini di fabbisogno e indebitamento netto, pari a euro 1.022.000 per l'anno 2019 ed a euro 2.044.000 per l'anno 2020, 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*. (19)

(18) Comma così modificato dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*.

(19) La Corte costituzionale, con sentenza 22 ottobre - 13 novembre 2019, n. 233 (Gazz. Uff. 20 novembre 2019, n. 47, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1, promossa in riferimento agli artt. 81 e 97 della Costituzione; ha dichiarato, inoltre, non fondate le questioni di legittimità costituzionale degli artt. da 1 a 6, 8, 9, 14 e 15, promosse in riferimento agli artt. 5, 117, 119, 120 e 121 Cost..

(20) Sulla durata dei contratti di cui al presente comma vedi l'*art. 1, comma 4, D.L. 10 novembre 2020, n. 150*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 30 dicembre 2020, n. 181*.

Art. 9. Ulteriori disposizioni in tema di collaborazione e supporto ai Commissari In vigore dal 3 maggio 2019

1. Nell'esercizio delle proprie funzioni il Commissario ad acta, i Commissari straordinari e i Commissari straordinari di liquidazione possono avvalersi del Corpo della Guardia di finanza per lo svolgimento di

attività dirette al contrasto delle violazioni in danno degli interessi economici e finanziari connessi all'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario nella Regione. A tal fine, il Corpo della Guardia di finanza opera nell'ambito delle autonome competenze istituzionali, esercitando i poteri previsti dal *decreto legislativo 19 marzo 2001, n. 68*.

2. Per le finalità di cui al comma 1, il Ministero della salute stipula apposita convenzione con la Guardia di finanza, con la quale sono stabilite le modalità operative della collaborazione e le procedure di ristoro degli oneri sostenuti dal Corpo, anche a norma dell'*articolo 2133 del decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66*, mediante applicazione di quanto disposto dall'*articolo 27, comma 2, della legge 23 dicembre 1999, n. 488*.

3. Per l'attuazione del comma 2 è autorizzata la spesa nel limite massimo di euro 160.000 per l'anno 2019 e di euro 320.000 per l'anno 2020 e alla relativa copertura si provvede ai sensi dell'articolo 14. (21)

(21) La Corte costituzionale, con sentenza 22 ottobre - 13 novembre 2019, n. 233 (Gazz. Uff. 20 novembre 2019, n. 47, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1, promossa in riferimento agli artt. 81 e 97 della Costituzione; ha dichiarato, inoltre, non fondate le questioni di legittimità costituzionale degli artt. da 1 a 6, 8, 9, 14 e 15, promosse in riferimento agli artt. 5, 117, 119, 120 e 121 Cost..

Art. 10. Aziende sanitarie sciolte ai sensi dell'*articolo 146 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267*

In vigore dal 3 maggio 2019

1. Nel caso in cui siano adottati i provvedimenti di cui agli *articoli 143, 144, 145 e 146 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267*, si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni del presente decreto. In tali casi, la Commissione straordinaria per la gestione dell'ente di cui all'*articolo 144 del medesimo decreto legislativo n. 267 del 2000*, fermi restando i compiti e le prerogative ad essa assegnati dalla legislazione vigente, opera in coerenza con l'attuazione degli obiettivi del piano di rientro dal disavanzo nel settore sanitario, nonché di quelli dei piani di riqualificazione dei servizi sanitari.

2. Per le finalità di cui al presente articolo, la Commissione straordinaria di cui all'*articolo 144 del decreto legislativo n. 267 del 2000*, oltre al personale in posizione di sovraordinazione di cui all'*articolo 145, primo comma, del medesimo decreto legislativo*, può avvalersi, in via temporanea, anche in deroga alle disposizioni vigenti, in posizione di comando o di distacco, di esperti nel settore pubblico sanitario, nominati dal prefetto competente per territorio su proposta del Ministro della salute, con oneri a carico del bilancio dell'azienda sanitaria locale od ospedaliera interessata.

3. Per le finalità di cui all'articolo 3 del presente decreto, i termini di cui al comma 6 del medesimo articolo e di cui all'articolo 4, comma 1, decorrono dall'insediamento della Commissione straordinaria di cui all'*articolo 144 del menzionato decreto legislativo n. 267 del 2000*, ovvero, se la Commissione è già insediata, dalla data di entrata in vigore del presente decreto. In tali casi la Commissione straordinaria adotta i provvedimenti previsti dall'articolo 3, comma 6, e dall'articolo 4, sentito il Commissario ad acta.

4. Nel caso in cui gli enti del Servizio sanitario regionale siano interessati dai provvedimenti di cui agli *articoli 143, 144, 145 e 146 del decreto legislativo n. 267 del 2000*, la Commissione straordinaria di cui all'*articolo 144 del decreto legislativo n. 267 del 2000* segnala al Commissario ad acta la sussistenza dei presupposti per l'applicazione della disciplina del dissesto finanziario di cui all'articolo 5. Il termine previsto dall'articolo 5, comma 1, decorre dalla data di insediamento della Commissione ovvero, se già insediata, dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

Capo II

Disposizioni urgenti in materia di salute

Art. 11. Disposizioni in materia di personale e di nomine negli enti del Servizio sanitario nazionale**In vigore dal 1 gennaio 2022**

1. A decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'*articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191*. I predetti valori sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 10 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Nel triennio 2019-2021 la predetta percentuale è pari al 10 per cento per ciascun anno. Qualora nella singola Regione emergano, sulla base della metodologia di cui al sesto periodo, obiettivi ulteriori fabbisogni di personale rispetto alle facoltà assunzionali consentite dal presente articolo, valutati congiuntamente dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, può essere concessa alla medesima Regione un'ulteriore variazione del 5 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'anno precedente, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale. Tale importo include le risorse per il trattamento accessorio del personale, il cui limite, definito dall'*articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75*, è adeguato, in aumento o in diminuzione, per garantire l'invarianza del valore medio pro-capite, riferito all'anno 2018, prendendo a riferimento come base di calcolo il personale in servizio al 31 dicembre 2018. Dall'anno 2022 l'incremento di cui al quarto periodo è subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, nel rispetto del valore complessivo della spesa di personale del Servizio sanitario nazionale determinata ai sensi dei precedenti periodi, adotta con decreto la suddetta metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, in coerenza con quanto stabilito dal regolamento di cui al *decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70*, e dall'*articolo 1, comma 516, lettera c), della legge 30 dicembre 2018, n. 145*, e con gli standard organizzativi, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale, anche ai fini di una graduale revisione della disciplina delle assunzioni di cui al presente articolo. Le regioni, sulla base della predetta metodologia, predispongono il piano dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale, che sono valutati e approvati dal tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'*articolo 12, comma 1, dell'intesa 23 marzo 2005*, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, congiuntamente al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 9, comma 1, della *medesima intesa*, anche al fine di salvaguardare l'invarianza della spesa complessiva. (25) (31)

2. Ai fini del comma 1, la spesa è considerata, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, per il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, a tempo determinato, di collaborazione coordinata e continuativa e di personale che presta

servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni. La predetta spesa è considerata al netto degli oneri derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro successivi all'anno 2004, per personale a carico di finanziamenti comunitari o privati e relativi alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'*articolo 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*.

3. Le regioni, previo accordo da definirsi con il Ministero della salute ed il Ministero dell'economia e delle finanze, possono ulteriormente incrementare i limiti di spesa di cui al comma 1, di un ammontare non superiore alla riduzione strutturale della spesa già sostenuta per servizi sanitari esternalizzati prima dell'entrata in vigore del presente decreto. (26)

4. Le disposizioni di cui all'*articolo 2, comma 73, della legge 23 dicembre 2009, n. 191*, si applicano con riferimento a quanto previsto dal presente articolo. Le regioni indirizzano e coordinano la spesa dei propri enti del servizio sanitario in conformità a quanto è previsto dal comma 1. (27)

4.1. Resta ferma l'autonomia finanziaria delle regioni e delle province autonome che provvedono al finanziamento del fabbisogno complessivo del Servizio sanitario nazionale nel loro territorio senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato. (30)

[4-bis. Le disposizioni di cui ai commi 1, 2, 3 e 4 non si applicano alle regioni e alle province autonome che provvedono al finanziamento del fabbisogno complessivo del Servizio sanitario nazionale sul loro territorio senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato. (29) (28)]

4-ter. All'*articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al quinto periodo:

1) le parole: «il blocco automatico del *turn over* del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello di verifica,» sono soppresse;

2) le parole: «per il medesimo periodo» sono sostituite dalle seguenti: «fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello di verifica»;

b) al sesto periodo, le parole: «del blocco automatico del *turn over* e» sono soppresse;

c) al settimo periodo, le parole: «dei predetti vincoli» sono sostituite dalle seguenti: «del predetto vincolo». (22)

4-quater. Dopo il comma 2 dell'*articolo 1 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171*, è inserito il seguente:

«2-bis. Nell'elenco nazionale di cui al comma 2 è istituita un'apposita sezione dedicata ai soggetti idonei alla nomina di direttore generale presso gli Istituti zooprofilattici sperimentali, aventi i requisiti di cui all'*articolo 11, comma 6, primo periodo, del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106*». (22)

4-quinquies. All'*articolo 11, comma 6, primo periodo, del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106*, dopo le parole: «sicurezza degli alimenti» sono aggiunte le seguenti: «e, specificamente, in possesso dei seguenti requisiti: a) età non superiore a sessantacinque anni; b) diploma di laurea rilasciato ai sensi dell'ordinamento previgente alla data di entrata in vigore del regolamento di cui al *decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509*, ovvero laurea specialistica o magistrale; c) comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel settore della sanità pubblica veterinaria nazionale ovvero internazionale e della sicurezza degli alimenti, o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie, maturata nel settore pubblico o nel settore privato; d) *master* o specializzazione di livello universitario in materia di sanità pubblica veterinaria o igiene e sicurezza degli alimenti». (22)

5. Nelle more della formazione della sezione dell'elenco di cui all'*articolo 1, comma 2-bis, del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171*, introdotto dal comma 4-quater del presente articolo, e comunque entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, i direttori generali degli istituti zooprofilattici sperimentali sono nominati ai sensi dell'*articolo 11, comma 5, del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106*, sulla base dei requisiti di cui al citato *articolo 11, comma 6, primo periodo, del decreto legislativo n. 106 del 2012*, come modificato dal comma 4-quinquies del presente articolo. (23)

5-bis. Nelle more della revisione dei criteri di selezione dei direttori generali degli enti del Servizio sanitario nazionale, fermo restando, per le regioni non sottoposte alla disciplina dei piani di rientro, quanto previsto dall'*articolo 2 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171*, nelle regioni commissariate ai sensi del *decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 29 novembre 2007, n. 222*, e della *legge 23 dicembre 2009, n. 191*, per diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, la rosa dei candidati è proposta secondo una graduatoria di merito, sulla base dei requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire. Entro i medesimi limiti temporali, per le regioni sottoposte alla disciplina dei piani di rientro, il presidente della regione effettua la scelta, nell'ambito della predetta graduatoria di merito, anche prescindendo, previa adeguata motivazione, dal relativo ordine. Previo accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi dell'*articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*, la disciplina prevista dal primo periodo del presente comma per le regioni commissariate può essere estesa alle regioni sottoposte ai piani di rientro. (24)

(22) Comma inserito dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*.

(23) Comma così sostituito dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*, che ha sostituito l'originario comma 5 con gli attuali commi 5 e 5-bis.

(24) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*, che ha sostituito l'originario comma 5 con gli attuali commi 5 e 5-bis.

(25) Comma così modificato dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*, dall'*art. 45, comma 1-bis, lett. a) e b)*, *D.L. 26 ottobre 2019, n. 124*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 19 dicembre 2019, n. 157*, dall'*art. 1, comma 269, lett. a)*, *L. 27 dicembre 2019, n. 160*, a decorrere dal 1° gennaio 2020, dall'*art. 25, comma 4-septies, lett. a)*, *D.L. 30 dicembre 2019, n. 162*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 28 febbraio 2020, n. 8*, dall'*art. 4, comma 4, D.L. 31 dicembre 2020, n. 183*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 26 febbraio 2021, n. 21*, e, successivamente, dall'*art. 1, comma 269, lett. a), b) e c)*, *L. 30 dicembre 2021, n. 234*, a decorrere dal 1° gennaio 2022.

(26) Comma così modificato dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*, dall'*art. 1, comma 269, lett. b)*, *L. 27 dicembre 2019, n. 160*, a decorrere dal 1° gennaio 2020, e, successivamente, dall'*art. 25, comma 4-septies, lett. b)*, *D.L. 30 dicembre 2019, n. 162*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 28 febbraio 2020, n. 8*.

(27) Comma così modificato dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*, dall'*art. 1, comma 269, lett. c)*, *L. 27 dicembre 2019, n. 160*, a decorrere dal 1° gennaio 2020, e, successivamente, dall'*art. 25, comma 4-septies, lett. c)*, *D.L. 30 dicembre 2019, n. 162*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 28 febbraio 2020, n. 8*.

(28) Comma abrogato dall'*art. 1, comma 269, lett. d)*, *L. 27 dicembre 2019, n. 160*, a decorrere dal 1° gennaio 2020.

(29) Comma inserito dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*.

(30) Comma inserito dall'*art. 25, comma 4-septies, lett. d)*, *D.L. 30 dicembre 2019, n. 162*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 28 febbraio 2020, n. 8*.

(31) La Corte costituzionale, sentenza interpretativa di rigetto 23 febbraio-14 aprile 2023, n. 70 (Gazz. Uff. 19 aprile 2023, n. 16 - Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, non fondata, nei sensi di cui in motivazione, la questione di legittimità costituzionale dell'*art. 1, comma 269, lett. c)*, *L. 30 dicembre 2021, n. 234*, che ha modificato il presente comma, in riferimento all'*art. 117*, commi terzo e quarto, Cost.

Art. 12. Disposizioni sulla formazione in materia sanitaria e sui medici di medicina generale In vigore dal 2 luglio 2019

1. Per consentire agli atenei una migliore organizzazione degli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo, il termine di cui all'*articolo 7, comma 2, del decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca del 9 maggio 2018, n. 58*, decorre dalla sessione di esame del mese di luglio 2021. Alle prove di esame relative agli anni 2019 e 2020 continuano ad applicarsi le disposizioni di cui al *decreto ministeriale 19 ottobre 2001, n. 445*.

2. All'*articolo 1 della legge 30 dicembre 2018, n. 145*, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al *comma 547*, le parole: «I medici in formazione specialistica iscritti all'ultimo anno del relativo corso» sono sostituite dalle seguenti: «I medici e i medici veterinari iscritti all'ultimo anno del corso di

formazione specialistica nonché, qualora questo abbia durata quinquennale, al penultimo anno del relativo corso»;

b) al *comma 548*, dopo le parole: «dei medici», ovunque ricorrono, sono inserite le seguenti: «e dei medici veterinari»;

c) dopo il *comma 548* sono inseriti i seguenti:

«548-bis. Le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, nei limiti delle proprie disponibilità di bilancio e nei limiti di spesa per il personale previsti dalla disciplina vigente, possono procedere fino al 31 dicembre 2021 all'assunzione con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato con orario a tempo parziale in ragione delle esigenze formative, disciplinato dal *decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, di coloro che sono utilmente collocati nella graduatoria di cui al *comma 547*, fermo restando il rispetto dei vincoli derivanti dall'ordinamento dell'Unione europea relativamente al possesso del titolo di formazione medica specialistica. Il contratto non può avere durata superiore alla durata residua del corso di formazione specialistica, fatti salvi i periodi di sospensione previsti dall'*articolo 24, commi 5 e 6, primo periodo, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368*, e può essere prorogato una sola volta fino al conseguimento del titolo di formazione medica specialistica e comunque per un periodo non superiore a dodici mesi. L'interruzione definitiva del percorso di formazione specialistica comporta la risoluzione automatica del contratto di lavoro. I medici e i medici veterinari specializzandi assunti ai sensi del presente comma sono inquadrati con qualifica dirigenziale e al loro trattamento economico, proporzionato alla prestazione lavorativa resa e commisurato alle attività assistenziali svolte, si applicano le disposizioni del contratto collettivo nazionale di lavoro del personale della dirigenza medica e veterinaria del Servizio sanitario nazionale. Essi svolgono attività assistenziali coerenti con il livello di competenze e di autonomia raggiunto e correlato all'ordinamento didattico di corso, alle attività professionalizzanti nonché al programma formativo seguito e all'anno di corso di studi superato. Gli specializzandi, per la durata del rapporto di lavoro a tempo determinato, restano iscritti alla scuola di specializzazione universitaria e la formazione specialistica è a tempo parziale in conformità a quanto previsto dall'articolo 22 della direttiva n. 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 settembre 2005. Con specifici accordi tra le regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e le università interessate sono definite le modalità di svolgimento della formazione specialistica a tempo parziale e delle attività formative teoriche e pratiche previste dagli ordinamenti e regolamenti didattici della scuola di specializzazione universitaria. La formazione teorica compete alle università. La formazione pratica è svolta presso l'azienda sanitaria o l'ente d'inquadramento, purché accreditati ai sensi dell'*articolo 43 del decreto legislativo n. 368 del 1999*, ovvero presso gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Nel suddetto periodo gli specializzandi non hanno diritto al cumulo del trattamento economico previsto dal contratto di formazione specialistica di cui agli *articoli 37 e seguenti del decreto legislativo n. 368 del 1999*, fermo restando che il trattamento economico attribuito, con oneri a proprio esclusivo carico, dall'azienda o dall'ente d'inquadramento, se inferiore a quello già previsto dal contratto di formazione specialistica, è rideterminato in misura pari a quest'ultimo. A decorrere dalla data del conseguimento del relativo titolo di formazione medica specialistica, coloro che sono assunti ai sensi del presente comma sono inquadrati a tempo indeterminato nell'ambito dei ruoli della dirigenza del Servizio sanitario nazionale ai sensi del *comma 548*.

548-ter. L'assunzione di cui al *comma 548-bis* è subordinata al previo accertamento delle seguenti condizioni:

a) preventiva definizione della programmazione dei fabbisogni di personale;

b) indisponibilità di risorse umane all'inter-no dei medesimi aziende ed enti, anche in relazione al ricorso a tutti gli istituti previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro del personale dipendente;

c) assenza di valide graduatorie regionali di concorso pubblico o avviso pubblico, alle quali attingere per eventuali assunzioni a tempo indeterminato o a tempo determinato;

d) in presenza delle graduatorie di cui alla lettera c), rifiuto dell'assunzione da parte dei soggetti utilmente collocati nelle graduatorie stesse;

e) indizione, nell'ipotesi di assenza di graduatorie, successivamente al 1° gennaio 2019, di procedure per l'assunzione di personale con contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, risultate infruttuose, relative alle medesime funzioni.». (32)

3. Fino al 31 dicembre 2021 (36) i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale e già risultati idonei al concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale, che siano stati incaricati, nell'ambito delle funzioni convenzionali previste dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per almeno ventiquattro mesi, anche non continuativi, nei dieci anni antecedenti alla data di scadenza della presentazione della domanda di partecipazione al concorso per l'accesso al corso di formazione specifica in medicina generale, accedono al predetto corso, tramite graduatoria riservata, senza borsa di studio. Accedono in via prioritaria all'iscrizione al corso coloro che risultino avere il maggior punteggio per anzianità di servizio maturata

nello svolgimento dei suddetti incarichi convenzionali, attribuito sulla base dei criteri previsti dall'accordo collettivo nazionale vigente per il calcolo del punteggio di anzianità di servizio. I medici già iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale sono interpellati, in fase di assegnazione degli incarichi, comunque in via prioritaria rispetto ai medici di cui ai periodi precedenti. Il numero massimo di candidati ammessi al corso è determinato entro i limiti consentiti dalle risorse di cui al successivo periodo. Agli oneri derivanti dal presente comma, relativi alle ulteriori spese di organizzazione dei corsi di formazione specifica di medicina generale fino ad un massimo di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2019, in relazione al corso 2019-2021, 2020, in relazione al corso 2020-2022, e 2021, in relazione al corso 2021-2023, si provvede col vincolo di pari importo delle disponibilità finanziarie ordinarie destinate al fabbisogno sanitario standard nazionale, cui concorre lo Stato, con ripartizione tra le regioni sulla base delle effettive carenze dei medici di medicina generale calcolate sulla base del numero complessivo di incarichi pubblicati e rimasti vacanti. (33) (37)

4. All'*articolo 9 del decreto-legge 14 dicembre 2018, n. 135*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 11 febbraio 2019, n. 12*, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, quarto periodo, dopo le parole «corso di rispettiva frequenza» sono inserite le seguenti: «fatti salvi i periodi di sospensione previsti dall'*articolo 24, commi 5 e 6 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368*,»;

b) al comma 2, le parole «possono prevedere limitazioni del massimale di assistiti in carico ovvero organizzare i corsi a tempo parziale, prevedendo» sono sostituite dalle seguenti: «prevedono limitazioni del massimale degli assistiti in carico o del monte ore settimanale da definire nell'ambito dell'accordo collettivo nazionale, e possono organizzare i corsi anche a tempo parziale, garantendo» (34).

5. Al *decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368*, sono apportate le seguenti modificazioni:

[a] all'*articolo 21, comma 1*, dopo le parole «diploma di formazione specifica in medicina generale» sono aggiunte le seguenti: «o l'iscrizione al corso di formazione specifica in medicina generale»; (35)]

b) all'*articolo 24, comma 3*, sono abrogate le lettere d) ed e).

6. All'*articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, sono apportate le seguenti modifiche:

a) alla lettera b-quinquies) dopo le parole «sulla base di accordi regionali o aziendali» sono aggiunte le seguenti: «, potendo prevedere un incremento del numero massimo di assistiti in carico ad ogni medico di medicina generale nell'ambito dei modelli organizzativi multi professionali nei quali è prevista la presenza oltre che del collaboratore di studio, anche di personale infermieristico e dello psicologo, senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica»; (34)

b) dopo la lettera m-ter) è aggiunta la seguente: «m-quater) fermo restando quanto previsto dalla lettera 0a), prevedere modalità e forme d'incentivo per i medici inseriti nelle graduatorie affinché sia garantito il servizio nelle zone carenti di personale medico nonché specifiche misure alternative volte a compensare l'eventuale rinuncia agli incarichi assegnati.» (34).

(32) Comma così sostituito dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*.

(33) Comma così modificato dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*.

(34) Lettera così modificata dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*.

(35) Lettera soppressa dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*.

(36) Per la proroga del presente termine vedi l'*art. 1, comma 426, L. 30 dicembre 2020, n. 178*.

(37) Per la ripartizione delle somme stanziata dal presente comma vedi la *Deliberazione 26 novembre 2020, n. 73/2020*.

Art. 13. Disposizioni in materia di carenza di medicinali e di riparto del Fondo sanitario nazionale

In vigore dal 28 dicembre 2022

01. All'*articolo 1, comma 1, lettera s)*, del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, dopo le parole: «alternative terapeutiche» sono aggiunte le seguenti: «; al medesimo fine, l'Agenzia italiana del farmaco, dandone previa notizia al Ministero della salute, pubblica un provvedimento di blocco temporaneo delle esportazioni di farmaci nel caso in cui si renda necessario per prevenire o limitare stati di carenza o indisponibilità.». (38)

1. All'*articolo 34, comma 6, secondo periodo, del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219*, la parola «due» è sostituita dalla seguente: «quattro» e all'*articolo 148, comma 1, del medesimo decreto legislativo n. 219 del 2006*, le parole «comma 7» sono sostituite dalle seguenti: «commi 6 e 7». (39)

1-bis. Al fine di garantire il necessario monitoraggio sul territorio nazionale volto a prevenire stati di carenza di medicinali, a tutela della salute pubblica, sono istituite, a supporto dell'Agenzia italiana del farmaco, le figure dirigenziali di livello generale del direttore amministrativo e del direttore tecnico-scientifico. Al fine di assicurare l'invarianza finanziaria, i maggiori oneri derivanti dall'incremento di due posti di funzione dirigenziale di livello generale previsto dal primo periodo sono compensati dalla soppressione di un numero di posti di funzione dirigenziale di livello non generale equivalente sul piano finanziario. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, con decreto da adottare ai sensi dell'*articolo 48, comma 13, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2003, n. 326*, sono adeguati la dotazione organica, l'organizzazione e il funzionamento dell'Agenzia, sulla base delle disposizioni di cui al presente comma. (40)

2. All'*articolo 2, comma 67-bis, della legge 23 dicembre 2009, n. 191*, al quinto periodo, le parole «e per l'anno 2018» sono sostituite dalle seguenti: «, per l'anno 2018 e per l'anno 2019».

(38) Comma premesso dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*.

(39) Comma così modificato dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*.

(40) Comma inserito dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60* e, successivamente, così modificato dall'*art. 3, comma 1-quater, D.L. 8 novembre 2022, n. 169*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 16 dicembre 2022, n. 196*.

Capo III

Disposizioni finanziarie, transitorie e finali

Art. 14. Disposizioni finanziarie In vigore dal 2 luglio 2019

1. Agli oneri previsti dagli articoli 3, commi 5 e 6-bis, e 9, comma 3, pari a 682.500 euro per l'anno 2019 e a 792.500 euro per l'anno 2020, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2019-2021, 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 2019, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute. Per la copertura finanziaria del piano di rientro aziendale di cui all'articolo 5, comma 6, del presente decreto, è vincolata, a valere sulle contabilità speciali di cui al medesimo comma, una quota parte del riparto già spettante alla Regione Calabria ai sensi dell'*articolo 9-bis, comma 6, del decreto-legge 14 dicembre 2018, n. 135*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 11 febbraio 2019, n. 12*. Al fine di garantire il riparto tra le regioni, gli effetti previsti dal citato *articolo 9-bis, commi 5 e 6, del decreto-legge n. 135 del 2018*, s'intendono altresì prodotti qualora l'importo di cui al comma 3 del medesimo articolo, computato e accertato ai sensi del comma 4 dello stesso articolo, risulti versato entro il 30 maggio 2019. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, previa intesa con la Regione Calabria, è stabilito l'ammontare della quota vincolata di cui al secondo periodo. (41) (43)

2. Ai fini dell'attuazione delle disposizioni del Capo I, fermo restando quanto previsto dagli articoli 6, comma 5, e 8, nonché dal comma 1 del presente articolo, la Regione Calabria mette a disposizione del Commissario ad acta, del Commissario straordinario, del Commissario straordinario di liquidazione, del Dipartimento tutela della salute, politiche sanitarie e del personale impiegato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali il personale, gli uffici e i mezzi necessari all'espletamento dei relativi incarichi, utilizzando le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente. (42)

3. Relativamente all'attuazione delle disposizioni di cui al Capo II del presente decreto, si provvede senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

4. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio. (44)

(41) Comma così sostituito dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*.

(42) Comma così modificato dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*.

(43) La Corte costituzionale, con sentenza 22 ottobre - 13 novembre 2019, n. 233 (Gazz. Uff. 20 novembre 2019, n. 47, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1, promossa in riferimento agli artt. 81 e 97 della Costituzione; ha dichiarato, inoltre, non fondate le questioni di legittimità costituzionale degli artt. da 1 a 6, 8, 9, 14 e 15, promosse in riferimento agli artt. 5, 117, 119, 120 e 121 Cost..

(44) La Corte costituzionale, con sentenza 22 ottobre - 13 novembre 2019, n. 233 (Gazz. Uff. 20 novembre 2019, n. 47, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1, promossa in riferimento agli artt. 81 e 97 della Costituzione; ha dichiarato, inoltre, non fondate le questioni di legittimità costituzionale degli artt. da 1 a 6, 8, 9, 14 e 15, promosse in riferimento agli artt. 5, 117, 119, 120 e 121 Cost..

Art. 15. Disposizioni transitorie e finali **In vigore dal 3 maggio 2019**

1. Le disposizioni di cui al Capo I si applicano per diciotto mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

2. I direttori generali degli enti del servizio sanitario della Regione Calabria eventualmente nominati dalla Regione nei trenta giorni anteriori alla data di entrata in vigore del presente decreto cessano dalle loro funzioni dall'entrata in vigore del presente decreto. Sono, in ogni caso, revocate le procedure selettive dei direttori generali in corso alla data di entrata in vigore del presente decreto.

3. All'*articolo 4, comma 2, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222*, è aggiunto in fine il seguente periodo: «L'incarico di commissario ad acta e di subcommissario è valutabile quale esperienza dirigenziale ai fini di cui al comma 7-ter dell'*articolo 1 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171*.». (45)

(45) La Corte costituzionale, con sentenza 22 ottobre - 13 novembre 2019, n. 233 (Gazz. Uff. 20 novembre 2019, n. 47, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1, promossa in riferimento agli artt. 81 e 97 della Costituzione; ha dichiarato, inoltre, non fondate le questioni di legittimità costituzionale degli artt. da 1 a 6, 8, 9, 14 e 15, promosse in riferimento agli artt. 5, 117, 119, 120 e 121 Cost..

Art. 15-bis. Clausola di salvaguardia (46)
In vigore dal 2 luglio 2019

1. Le disposizioni del presente decreto si applicano alle regioni a statuto speciale e alle Province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e con le relative norme di attuazione, anche con riferimento alla *legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3*.

(46) Articolo inserito dalla *legge di conversione 25 giugno 2019, n. 60*.

Art. 16. Entrata in vigore
In vigore dal 3 maggio 2019

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. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

L. 23/12/2009, n. 191**Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010).****Pubblicata nella Gazz. Uff. 30 dicembre 2009, n. 302, S.O.****Art. 2. (Disposizioni diverse) (3) (136)****In vigore dal 30 dicembre 2022**

1. L'adeguamento dei trasferimenti dovuti dallo Stato, ai sensi rispettivamente dell'*articolo 37, comma 3, lettera c), della legge 9 marzo 1989, n. 88*, e successive modificazioni, e dell'*articolo 59, comma 34, della legge 27 dicembre 1997, n. 449*, e successive modificazioni, è stabilito per l'anno 2010:

a) in 303,76 milioni di euro in favore del Fondo pensioni lavoratori dipendenti, delle gestioni dei lavoratori autonomi, della gestione speciale minatori, nonché in favore dell'Ente nazionale di previdenza e di assistenza per i lavoratori dello spettacolo e dello sport professionistico (ENPALS);

b) in 75,05 milioni di euro in favore del Fondo pensioni lavoratori dipendenti, ad integrazione dei trasferimenti di cui alla lettera a), della gestione esercenti attività commerciali e della gestione artigiani.

2. Conseguentemente a quanto previsto dal comma 1, gli importi complessivamente dovuti dallo Stato sono determinati per l'anno 2010 in 18.121,52 milioni di euro per le gestioni di cui al comma 1, lettera a), e in 4.477,88 milioni di euro per le gestioni di cui al comma 1, lettera b).

3. I medesimi importi complessivi di cui ai commi 1 e 2 sono ripartiti tra le gestioni interessate con il procedimento di cui all'*articolo 14 della legge 7 agosto 1990, n. 241*, e successive modificazioni, al netto, per quanto attiene al trasferimento di cui al comma 1, lettera a), della somma di 836,97 milioni di euro attribuita alla gestione per i coltivatori diretti, mezzadri e coloni a completamento dell'integrale assunzione a carico dello Stato dell'onere relativo ai trattamenti pensionistici liquidati anteriormente al 1° gennaio 1989, nonché al netto delle somme di 2,72 milioni di euro e di 63,06 milioni di euro di pertinenza, rispettivamente, della gestione speciale minatori e dell'ENPALS.

4. Ai fini del finanziamento dei maggiori oneri a carico della gestione per l'erogazione delle pensioni, assegni e indennità agli invalidi civili, ciechi e sordomuti di cui all'*articolo 130 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112*, valutati in 204,09 milioni di euro per l'esercizio 2008 e in 200 milioni di euro per l'esercizio 2009, sono utilizzate:

a) le somme che risultano, sulla base del bilancio consuntivo dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) per l'anno 2008, trasferite alla gestione di cui all'*articolo 37 della legge 9 marzo 1989, n. 88*, e successive modificazioni, in eccedenza rispetto agli oneri per prestazioni e provvidenze varie, per un ammontare complessivo pari a 244,09 milioni di euro;

b) le risorse trasferite all'INPS e accantonate presso la gestione di cui alla lettera a), come risultanti dal bilancio consuntivo per l'anno 2008 del predetto Istituto, per un ammontare complessivo di 160 milioni di euro, in quanto non utilizzate per i rispettivi scopi.

5. Il terzo comma dell'*articolo 3 della legge 8 agosto 1972, n. 457*, si interpreta nel senso che il termine ivi previsto del 30 ottobre per la rilevazione della media tra le retribuzioni per le diverse qualifiche previste dai contratti collettivi provinciali di lavoro ai fini della determinazione della retribuzione media convenzionale da porre a base per le prestazioni pensionistiche e per il calcolo della contribuzione degli operai agricoli a tempo determinato è il medesimo di quello previsto al secondo comma dell'*articolo 3 della citata legge n. 457 del 1972* per gli operai a tempo indeterminato. (85)

6. Ai contribuenti che alla data di entrata in vigore del *decreto-legge 23 novembre 2009, n. 168*, hanno già provveduto al pagamento dell'acconto di cui all'*articolo 1, comma 1, del citato decreto-legge n. 168 del 2009*, senza avvalersi del differimento del versamento dell'importo corrispondente a venti punti percentuali dell'acconto dell'imposta sul reddito delle persone fisiche dovuto per il periodo di imposta 2009, previsto dal medesimo *articolo 1, comma 1, del decreto-legge n. 168 del 2009*, compete un credito d'imposta in misura corrispondente, da utilizzare in compensazione ai sensi dell'*articolo 17 del decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241*, e successive modificazioni.

7. Per i soggetti che si sono avvalsi dell'assistenza fiscale, i sostituti d'imposta trattengono l'acconto, tenendo conto del differimento previsto dall'*articolo 1, comma 1, del decreto-legge 23 novembre 2009, n.*

168.

8. I sostituti d'imposta che non hanno tenuto conto del differimento di cui all'*articolo 1, comma 1, del decreto-legge 23 novembre 2009, n. 168*, restituiscono le maggiori somme trattenute nell'ambito della retribuzione del mese di dicembre 2009. Le somme restituite possono essere scomutate dal sostituto d'imposta ai sensi del regolamento di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1997, n. 445*.

9. Per il triennio 2010-2012 continuano ad applicarsi le disposizioni di cui all'*articolo 1, commi 637, 638, 639, 640 e 642, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*.

10. All'*articolo 1, comma 17, della legge 24 dicembre 2007, n. 244*, sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) all'alinea, le parole: «2010 e 2011» sono sostituite dalle seguenti: «2010, 2011 e 2012»;
- b) alla lettera a), le parole: «dicembre 2011» sono sostituite dalle seguenti: «dicembre 2012»;
- c) alla lettera b), le parole: «dicembre 2011» sono sostituite dalle seguenti: «dicembre 2012» e le parole: «giugno 2012» sono sostituite dalle seguenti: «giugno 2013».

11. All'*articolo 1, comma 18, della legge 24 dicembre 2007, n. 244*, le parole: «2010 e 2011» sono sostituite dalle seguenti: «2010, 2011, 2012 e successivi».

12. Al *decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 114*, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) all'*articolo 28*, il comma 2-bis è sostituito dal seguente:
«2-bis. Le regioni, nell'esercizio della potestà normativa in materia di disciplina delle attività economiche, possono stabilire che l'autorizzazione all'esercizio dell'attività di cui al comma 1 sia soggetta alla presentazione da parte del richiedente del documento unico di regolarità contributiva (DURC), di cui all'*articolo 1, comma 1176, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*. In tal caso, possono essere altresì stabilite le modalità attraverso le quali i comuni, anche avvalendosi della collaborazione gratuita delle associazioni di categoria riconosciute dal Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, possono essere chiamati al compimento di attività di verifica della sussistenza e regolarità della predetta documentazione. L'autorizzazione all'esercizio è in ogni caso rilasciata anche ai soggetti che hanno ottenuto dall'INPS la rateizzazione del debito contributivo. Il DURC, ai fini del presente articolo, deve essere rilasciato anche alle imprese individuali»;
- b) all'*articolo 29*, dopo il comma 4 è inserito il seguente:
«4-bis. L'autorizzazione è sospesa per sei mesi in caso di mancata presentazione annuale del DURC, di cui al comma 2-bis dell'articolo 28».

13. Nelle more della definizione del nuovo assetto contrattuale delle amministrazioni pubbliche, con particolare riferimento all'individuazione del numero e alla composizione dei comparti di contrattazione e alle conseguenti implicazioni in termini di rappresentatività sindacale, tenuto anche conto delle compatibilità di finanza pubblica nel contesto degli attuali sviluppi della congiuntura economica, interna ed internazionale, ai fini dei rinnovi contrattuali del triennio 2010-2012, in applicazione dell'*articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*, e di quanto previsto dall'*articolo 2, comma 35, della legge 22 dicembre 2008, n. 203*, gli oneri posti a carico del bilancio statale per la contrattazione collettiva nazionale sono quantificati complessivamente in 215 milioni di euro per l'anno 2010, 370 milioni di euro per l'anno 2011 e 585 milioni di euro a decorrere dall'anno 2012. (32)

14. In relazione a quanto previsto al comma 13, per il triennio 2010-2012, le risorse per i miglioramenti economici del rimanente personale statale in regime di diritto pubblico sono determinate complessivamente in 135 milioni di euro per l'anno 2010, 201 milioni di euro per l'anno 2011 e 307 milioni di euro a decorrere dall'anno 2012, con specifica destinazione, rispettivamente, di 79, 135 e 214 milioni di euro per il personale delle Forze armate e dei Corpi di polizia di cui al *decreto legislativo 12 maggio 1995, n. 195*. (33)

15. Le somme di cui ai commi 13 e 14, comprensive degli oneri contributivi e dell'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP) di cui al *decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446*, concorrono a costituire l'importo complessivo massimo di cui all'*articolo 11, comma 3, lettera h), della legge 5 agosto 1978, n.*

468.

16. Per il personale dipendente da amministrazioni, istituzioni ed enti pubblici diversi dall'amministrazione statale, gli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali per il triennio 2010-2012, nonché quelli derivanti dalla corresponsione dei miglioramenti economici al personale di cui all'*articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*, sono posti a carico dei rispettivi bilanci ai sensi dell'*articolo 48, comma 2, del medesimo decreto legislativo n. 165 del 2001*. In sede di deliberazione degli atti di indirizzo previsti dall'*articolo 47, comma 1, del citato decreto legislativo n. 165 del 2001*, i comitati di settore provvedono alla quantificazione delle relative risorse, attenendosi quale limite massimo ai criteri ed ai parametri, anche metodologici, di determinazione degli oneri, previsti per il personale delle amministrazioni dello Stato di cui al comma 13 del presente articolo. A tal fine, i comitati di settore si avvalgono dei dati disponibili presso il Ministero dell'economia e delle finanze comunicati dalle rispettive amministrazioni in sede di rilevazione annuale dei dati concernenti il personale dipendente.

17. Fermo restando quanto previsto al comma 16, per gli enti del Servizio sanitario nazionale continua a trovare applicazione l'obbligo contabile disposto dall'*articolo 9, comma 1, del decreto-legge 30 settembre 2005, n. 203*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 2 dicembre 2005, n. 248*.

18. In aggiunta alle risorse previste dai commi da 13 a 16 del presente articolo, le amministrazioni destinatarie utilizzano le risorse disponibili ai sensi dell'*articolo 2, commi 33 e 34, della legge 22 dicembre 2008, n. 203*, con le modalità e per le finalità ivi previste, previa verifica da effettuare entro il primo semestre del 2010 sulla base delle risultanze finanziarie dei dati di consuntivo per l'anno 2009. Per il comparto scuola resta ferma la normativa di settore di cui all'*articolo 64 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133*.

19. Le risorse aggiuntive risultanti dalla verifica di cui al comma 18 confluiscono in un apposito fondo istituito nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, per essere destinate, su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, alle finalità di cui ai commi da 13 a 20 del presente articolo.

20. Al termine della fase di cui al comma 13, si provvede alla individuazione ed al relativo stanziamento delle ulteriori risorse finanziarie occorrenti per i rinnovi contrattuali del triennio 2010-2012.

21. Per l'attuazione della sentenza della Corte costituzionale n. 74 del 13 marzo 2009, è istituito un tavolo paritetico tra il Ministero dell'economia e delle finanze e la regione Friuli-Venezia Giulia al fine di determinare l'ammontare delle somme da riconoscere alla regione ai sensi dell'*articolo 1, comma 4, del decreto legislativo 31 luglio 2007, n. 137*, a decorrere dal 1° gennaio 2010. In attesa della predetta determinazione, è corrisposto alla regione Friuli-Venezia Giulia, nell'anno 2010 e per l'importo iscritto nel bilancio dello Stato a legislazione vigente, un acconto di 200 milioni di euro.

22. Ai fini del concorso al raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica, le disposizioni di cui all'*articolo 3, commi 116, 117 e 118, della legge 24 dicembre 2007, n. 244*, operano con riferimento a ciascuno degli anni 2010, 2011. (61)

23. Per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, a valere sul fondo ordinario di cui all'*articolo 34, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 504*, sono disposti dal ministero dell'interno, garantendo una riduzione complessiva degli stanziamenti pari a 10 milioni di euro per ciascun anno del triennio, i seguenti interventi:

a) fino ad un importo complessivo di 45 milioni di euro, il contributo ordinario, al lordo della detrazione derivante dall'attribuzione di una quota di compartecipazione al gettito dell'imposta sul reddito delle persone fisiche, è incrementato in misura pari al 30 per cento per i comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti, nei quali il rapporto tra la popolazione residente ultrasessantacinquenne e la popolazione residente complessiva è superiore al 25 per cento, secondo gli ultimi dati disponibili dell'Istituto nazionale di statistica. Almeno il 50 per cento della maggiore assegnazione è finalizzato ad interventi di natura sociale e socio-assistenziale. In caso di insufficienza del predetto importo complessivo, il contributo spettante al singolo ente è proporzionalmente ridotto;

b) fino ad un importo complessivo di 81 milioni di euro, il contributo ordinario, al lordo della

detrazione derivante dall'attribuzione di una quota di compartecipazione al gettito dell'imposta sul reddito delle persone fisiche, è incrementato in misura pari al 30 per cento per i comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti, nei quali il rapporto tra la popolazione residente di età inferiore a cinque anni e la popolazione residente complessiva è superiore al 4,5 per cento, secondo gli ultimi dati disponibili dell'Istituto nazionale di statistica. Almeno il 50 per cento della maggiore assegnazione è finalizzato ad interventi di natura sociale. In caso di insufficienza del predetto importo complessivo, il contributo spettante al singolo ente è proporzionalmente ridotto;

c) ai comuni con popolazione inferiore a 3.000 abitanti è concesso un ulteriore contributo, fino ad un importo complessivo di 42 milioni di euro, per le medesime finalità dei contributi a valere sul fondo nazionale ordinario per gli investimenti;

d) in favore dell'amministrazione provinciale dell'Aquila e dei comuni della regione Abruzzo individuati ai sensi dell'*articolo 1, comma 2, del decreto-legge 28 aprile 2009, n. 39*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 giugno 2009, n. 77*, è attribuita una maggiorazione del 50 per cento dei contributi ordinari, al lordo della detrazione derivante dall'attribuzione di una quota di compartecipazione al gettito dell'imposta sul reddito delle persone fisiche, calcolata sugli importi spettanti a tale titolo per l'anno 2009; per il solo comune dell'Aquila, la maggiorazione è attribuita nella misura dell'80 per cento;

e) in favore dei comuni della provincia dell'Aquila non rientranti nella fattispecie di cui alla lettera d) è attribuita una maggiorazione del 20 per cento dei contributi ordinari, al lordo della detrazione derivante dall'attribuzione di una quota di compartecipazione al gettito dell'imposta sul reddito delle persone fisiche, calcolata sugli importi spettanti a tale titolo per l'anno 2009. (25)

24. Ai fini della riduzione dei trasferimenti erariali di cui ai commi 39 e 46 dell'*articolo 2 del decreto-legge 3 ottobre 2006, n. 262*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2006, n. 286*, e successive modificazioni, i comuni trasmettono, entro il termine del 31 maggio 2010, al Ministero dell'interno un'apposita certificazione del maggior gettito accertato a tutto l'anno 2009 dell'imposta comunale sugli immobili, derivante dall'applicazione dei commi da 33 a 38, nonché da 40 a 45 del medesimo *articolo 2 del decreto-legge n. 262 del 2006*, convertito, con modificazioni, dalla *legge n. 286 del 2006*, e successive modificazioni, con modalità e termini stabiliti con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero dell'interno. I comuni delle regioni Friuli-Venezia Giulia e Valle d'Aosta e delle province autonome di Trento e di Bolzano trasmettono la certificazione del predetto maggior gettito accertato a tutto l'anno 2009, evidenziando anche quello relativo al solo anno 2007, rispettivamente alla regione o alla provincia autonoma nel cui ambito territoriale ricadono, secondo modalità stabilite dalla stessa regione o provincia autonoma. Entro il termine perentorio del 30 giugno 2010, le regioni Friuli-Venezia Giulia e Valle d'Aosta e le province autonome di Trento e di Bolzano comunicano al Ministero dell'interno le maggiori entrate complessivamente certificate dai comuni ricadenti nel proprio territorio, evidenziando anche quelle relative al solo anno 2007, al fine di effettuarne il recupero a carico delle somme trasferite alla stessa regione o provincia autonoma a titolo di rimborso del minor gettito dell'imposta comunale sugli immobili riferita alle abitazioni principali. (26) (103)

24-bis. La mancata presentazione della certificazione di cui al comma 24 comporta la sospensione dell'ultima rata del contributo ordinario dell'anno 2010 fino al perdurare dell'indadempienza. La stessa sanzione si applica ai comuni che non hanno ancora provveduto alla presentazione dell'analoga certificazione di cui al *decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 17 marzo 2008*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 80 del 4 aprile 2008. Per i comuni delle regioni Friuli-Venezia Giulia e Valle d'Aosta e delle province autonome di Trento e di Bolzano, la mancata presentazione della certificazione comporta la sospensione delle somme trasferite a titolo di rimborso del minor gettito dell'imposta comunale sugli immobili riferita alle abitazioni principali. A tale ultimo fine le predette regioni e province autonome comunicano al Ministero dell'interno, entro il 30 giugno 2010, l'elenco dei comuni che non hanno provveduto a trasmettere la certificazione in questione. (27)

24-ter. All'*articolo 2 del decreto-legge 3 ottobre 2006, n. 262*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2006, n. 286*, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) al comma 39, il secondo periodo è soppresso;
- b) al comma 46, il secondo periodo è soppresso. (27)

25. Al fine di consentire la prosecuzione delle attività dei collegi universitari legalmente riconosciuti per lo svolgimento di attività culturale, per l'anno 2010 è autorizzata la spesa di 3 milioni di euro.

26. Le vittime di atti di terrorismo e delle stragi di tale matrice e i loro superstiti, compresi i figli

maggiorenni, gli ascendenti, i fratelli e le sorelle che siano stati parti in causa in un procedimento civile, penale, amministrativo o contabile comunque dipendente da atti di terrorismo o da stragi di tale matrice, sono esenti dall'obbligo di pagamento dell'imposta di registro previsto, quali parti in causa, dall'*articolo 57 del testo unico delle disposizioni concernenti l'imposta di registro, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 26 aprile 1986, n. 131*, e di ogni altra imposta.

[27. Ai fini dello svolgimento dell'attività negoziale diretta all'acquisizione di beni mobili, servizi e connesse prestazioni strettamente correlate allo svolgimento dei compiti istituzionali dell'Amministrazione della difesa e non direttamente correlate all'attività operativa delle Forze armate, compresa l'Arma dei carabinieri, da individuare con decreto del Ministro della difesa di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, nonché ai fini dell'*articolo 7 della legge 24 dicembre 1985, n. 808*, nonché delle attività di valorizzazione e di gestione, fatta eccezione per quelle di alienazione, degli immobili militari, da realizzare anche attraverso accordi con altri soggetti e la stipula di contratti di sponsorizzazione, è costituita la società per azioni denominata «Difesa Servizi Spa», con sede in Roma. Il capitale sociale della società di cui al presente comma è stabilito in 1 milione di euro e i successivi eventuali aumenti del capitale sono determinati con decreto del Ministro della difesa, che esercita i diritti dell'azionista. Le azioni della società sono interamente sottoscritte dal Ministero della difesa e non possono formare oggetto di diritti a favore di terzi. (28)]

28. Il Corpo della Guardia di finanza ha il diritto all'uso esclusivo delle proprie denominazioni, dei propri stemmi, degli emblemi e di ogni altro segno distintivo. Il Corpo della guardia di finanza, anche avvalendosi dell'apposito ente, può consentire l'uso anche temporaneo delle denominazioni, degli stemmi, degli emblemi e dei segni distintivi di cui al presente comma, in via convenzionale ai sensi dell'*articolo 26 del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163*, nel rispetto delle finalità istituzionali e dell'immagine del Corpo della Guardia di finanza. Si applicano le disposizioni contenute negli *articoli 124, 125 e 126 del codice della proprietà industriale di cui al decreto legislativo 10 febbraio 2005, n. 30*, e successive modificazioni. (30)

28-bis. Le somme derivanti dalla concessione in uso temporaneo delle denominazioni, degli stemmi, degli emblemi e dei segni distintivi del Corpo della guardia di finanza sono versate all'entrata del bilancio dello Stato per essere integralmente riassegnate al programma 5 "Concorso della Guardia di Finanza alla sicurezza pubblica" nell'ambito della missione 7 "Ordine pubblico e sicurezza" e al programma 3 "Prevenzione e repressione delle frodi e delle violazioni agli obblighi fiscali" nell'ambito della missione 29 "Politiche economico-finanziarie e di bilancio e tutela della finanza pubblica" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze. (82)

29. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque fabbrica, vende, espone, adopera industrialmente ovvero utilizza al fine di trarne profitto le denominazioni, gli stemmi, gli emblemi e i marchi di cui al comma 28 in violazione delle disposizioni di cui al medesimo comma è punito con la multa da 1.000 a 5.000 euro.

30. Le disposizioni contenute nel comma 29 non si applicano ai collezionisti e agli amatori che operano per finalità strettamente personali e non lucrative.

31. Ferme restando le competenze attribuite alla Presidenza del Consiglio dei Ministri e disciplinate con *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 28 gennaio 2011*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 25 del 1° febbraio 2011, e successive modificazioni, in materia di approvazione e procedure per la concessione degli emblemi araldici, anche a favore del Corpo della Guardia di finanza, con regolamento da emanare ai sensi dell'*articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400*, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministro dello sviluppo economico, sentito il Ministro della difesa, sono individuati le denominazioni, gli stemmi, gli emblemi e gli altri segni distintivi ai fini di cui al comma 28 e le specifiche modalità attuative. (29) (132)

[32. La società di cui al comma 27, che è posta sotto la vigilanza del Ministro della difesa, opera secondo gli indirizzi strategici e i programmi stabiliti con decreto del medesimo Ministero, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze. La medesima società ha ad oggetto la prestazione di servizi e l'espletamento di attività strumentali e di supporto tecnico-amministrativo in favore dell'Amministrazione della difesa per lo svolgimento di compiti istituzionali di quest'ultima. L'oggetto sociale, riguardante l'attività negoziale diretta all'acquisizione di beni mobili, servizi e connesse prestazioni, è strettamente

correlato allo svolgimento dei compiti istituzionali del comparto sicurezza e difesa, anche attraverso l'espletamento, per le Forze armate, compresa l'Arma dei carabinieri, delle funzioni di centrale di committenza ai sensi dell'*articolo 33 del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163*. Le predette funzioni di centrale di committenza possono essere svolte anche per le altre Forze di polizia, previa stipula di apposite convenzioni con le amministrazioni interessate. La società può altresì esercitare ogni attività strumentale, connessa o accessoria ai suoi compiti istituzionali, nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria in materia di affidamento a società a capitale interamente pubblico. (28)]

[33. La società di cui al comma 27, nell'espletare le funzioni di centrale di committenza, utilizza i parametri di prezzo-qualità delle convenzioni di cui all'*articolo 26, comma 1, della legge 23 dicembre 1999, n. 488*, e successive modificazioni, come limiti massimi per l'acquisto di beni e servizi comparabili. (28)]

[34. Lo statuto disciplina il funzionamento interno della società di cui al comma 27. Esso è approvato con decreto del Ministro della difesa, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, entro quarantacinque giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. È ammessa la delega dei poteri dell'organo amministrativo a uno dei suoi membri. Con lo stesso decreto sono nominati i componenti del consiglio di amministrazione e del collegio sindacale per il primo periodo di durata in carica. I membri del consiglio di amministrazione possono essere scelti anche tra gli appartenenti alle Forze armate in servizio permanente. Le successive modifiche allo statuto e le nomine dei componenti degli organi sociali per i successivi periodi sono deliberate a norma del codice civile ed entrano in vigore a seguito dell'approvazione delle stesse con decreto del Ministro della difesa, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze. Ai fini del presente comma lo statuto prevede:

- a) il divieto esplicito di cedere le azioni o di costituire su di esse diritti a favore di terzi;
- b) la nomina da parte del Ministro della difesa dell'intero consiglio di amministrazione e il suo assenso alla nomina dei dirigenti;
- c) le modalità per l'esercizio del «controllo analogo» sulla società, nel rispetto dei principi del diritto europeo e della relativa giurisprudenza comunitaria;
- d) le modalità per l'esercizio dei poteri di indirizzo e controllo sulla politica aziendale;
- e) l'obbligo dell'esercizio della attività societaria in maniera prevalente in favore del Ministero della difesa;
- f) il divieto di chiedere la quotazione in borsa o al mercato ristretto. (28)

]

[35. Gli utili netti della società di cui al comma 27 sono destinati a riserva, se non altrimenti determinato dall'organo amministrativo della società previa autorizzazione del Ministero vigilante. La società non può sciogliersi se non per legge. (28)]

[36. La pubblicazione del decreto di cui al comma 34 nella Gazzetta Ufficiale tiene luogo degli adempimenti in materia di costituzione delle società previsti dalla normativa vigente. Il rapporto di lavoro del personale dipendente della società è disciplinato dalle norme di diritto privato e dalla contrattazione collettiva. Ai fini dell'applicazione dei commi 27 e da 32 a 35 del presente articolo, in deroga a quanto previsto dal comma 9 dell'*articolo 23-bis del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*, la società si avvale anche del personale militare e civile del Ministero della difesa, anche di livello non dirigenziale, in possesso di specifiche competenze in campo amministrativo e gestionale, da impiegare secondo le modalità previste dallo stesso articolo. (28)]

37. Al fine di assicurare efficace sostegno alle iniziative di rilancio produttivo e di tutela occupazionale nelle aree a più alto tasso di ricorso alla cassa integrazione, nonché per potenziare gli strumenti di tutela della stabilità dell'occupazione, nell'ambito delle risorse del fondo di garanzia di cui all'*articolo 15 della legge 7 agosto 1997, n. 266*, una quota di 10 milioni di euro è destinata agli interventi in favore dei consorzi dei confidi delle province con il più alto tasso di utilizzazione della cassa integrazione. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro dello sviluppo economico, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabilite le modalità attuative del presente comma.

38. I fondi derivanti dal *decreto-legge 19 dicembre 1994, n. 691*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 16 febbraio 1995, n. 35*, che alla data di entrata in vigore della presente legge risultino ancora nella disponibilità dei competenti confidi, possono essere altresì utilizzati dagli stessi per le finalità previste dal comma 37 del presente articolo.

39. All'*articolo 13, comma 3-bis, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni,

dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133*, sono apportate le seguenti modifiche:

a) il primo periodo è sostituito dal seguente: «Al fine di agevolare l'accesso al credito, a partire dal 1° settembre 2008, è istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento della gioventù, un Fondo per l'accesso al credito per l'acquisto della prima casa da parte delle giovani coppie o dei nuclei familiari monogenitoriali con figli minori, con priorità per quelli i cui componenti non risultano occupati con rapporto di lavoro a tempo indeterminato»;

b) l'ultimo periodo è sostituito dal seguente: «Con decreto del Ministro della gioventù, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, d'intesa con la Conferenza unificata, ai sensi dell'*articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*, sono disciplinati, fermo restando il rispetto dei vincoli di finanza pubblica, i criteri per l'accesso al Fondo di cui al primo periodo e le modalità di funzionamento del medesimo, nel rispetto delle competenze delle regioni in materia di politiche abitative».

40. Per l'anno 2010 sono prorogate le disposizioni di cui al comma 153 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni.

41. Per i soggetti che alla data del 31 dicembre 2008 detenevano una partecipazione al capitale sociale di banche popolari superiore alla misura prevista al comma 2 dell'*articolo 30 del testo unico delle leggi in materia bancaria e creditizia, di cui al decreto legislativo 1° settembre 1993, n. 385*, è ulteriormente differito al 31 dicembre 2010 il termine per l'alienazione delle azioni eccedenti di cui al citato *articolo 30, comma 2*.

42. Per i comuni di cui all'*articolo 1 del decreto-legge 28 aprile 2009, n. 39*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 giugno 2009, n. 77*, sono esclusi dal saldo del patto di stabilità interno per l'anno 2010, per un importo complessivo non superiore a 15 milioni di euro, i pagamenti per le spese relative agli investimenti degli enti locali per la tutela della sicurezza pubblica nonché per gli interventi temporanei e straordinari di carattere sociale immediatamente diretti ad alleviare gli effetti negativi del sisma dell'aprile 2009, a valere sulle risorse di cui all'*articolo 14, comma 1, del predetto decreto-legge n. 39 del 2009*. Con decreto del Ministro dell'interno, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza unificata di cui all'*articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*, e successive modificazioni, sono dettate le modalità di attuazione delle disposizioni di cui al presente comma (108) .

43. Al fine di riconoscere la specificità della funzione e del ruolo del personale appartenente al comparto sicurezza-difesa di cui al *decreto legislativo 12 maggio 1995, n. 195*, per il biennio 2008-2009, in aggiunta a quanto previsto dall'*articolo 2, comma 28, della legge 22 dicembre 2008, n. 203*, sono stanziati 100 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2010. (37)

44. Al fine di consentire lo sviluppo del tessuto produttivo nel territorio delle regioni Basilicata, Abruzzo, Molise, Calabria, Campania, Puglia, Sardegna e Sicilia, delle province di Frosinone e di Latina, dei comuni delle province di Rieti e di Viterbo, nonché dei comuni della provincia di Roma compresi nella zona del comprensorio di bonifica di Latina, di cui all'*articolo 3 della legge 10 agosto 1950, n. 646*, attraverso l'incentivazione di progetti coordinati dal Consiglio nazionale delle ricerche e dall'ENEA, secondo le specifiche competenze, in materia di tecnologie avanzate per l'efficienza energetica, tutela ambientale, metodologie innovative per il Made in Italy agroalimentare, produzione di farmaci biotecnologici, è autorizzata la spesa di 15 milioni di euro per l'anno 2010, 15 milioni di euro per l'anno 2011 e 20 milioni di euro per l'anno 2012 in favore del Consiglio nazionale delle ricerche e dell'ENEA.

45. All'*articolo 2, comma 188, primo periodo, della legge 24 dicembre 2007, n. 244*, le parole: «entro il 31 dicembre 2004» sono sostituite dalle seguenti: «entro il 31 dicembre 2008, nei limiti delle risorse disponibili allo scopo destinate, pari a 1 milione di euro per l'anno 2010».

46. È autorizzata la spesa di 4 milioni di euro per l'anno 2010 e di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2011 e 2012 finalizzata alla diffusione di defibrillatori semiautomatici e automatici esterni. Con decreto del Ministro della salute, emanato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'*articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*, e successive modificazioni, sono stabiliti i criteri e le modalità per dotare di defibrillatori luoghi, strutture e

mezzi di trasporto, entro il limite di spesa previsto dal presente comma. (121)

[47. Per il contenimento delle relative spese di potenziamento, ammodernamento, manutenzione e supporto per mezzi, materiali e strutture in dotazione, la facoltà di cui all'*articolo 1, comma 568, della legge 23 dicembre 2005, n. 266*, di stipulare, nei termini ivi contemplati, convenzioni e contratti aventi ad oggetto la permuta di materiali o prestazioni con soggetti pubblici e privati compete anche al Corpo della guardia di finanza. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze sono disciplinate le condizioni e le modalità per la stipula degli atti e l'esecuzione delle prestazioni di cui al periodo precedente, nel rispetto della vigente disciplina in materia negoziale e del principio di economicità. (59)]

48. Per l'anno 2010 al fondo di cui all'*articolo 13, comma 3-quater, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133*, è riservata una quota di 100 milioni di euro a valere sulle risorse di cui al comma 250 del presente articolo.

49. La rideterminazione delle agevolazioni contributive di cui al comma 2 dell'*articolo 01 del decreto-legge 10 gennaio 2006, n. 2*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 11 marzo 2006, n. 81*, e all'*articolo 1-ter, comma 1, del decreto-legge 3 novembre 2008, n. 171*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 30 dicembre 2008, n. 205*, disciplinata per gli anni 2006-2009, è estesa al periodo dal 1° gennaio 2010 al 31 luglio 2010. A tal fine, per l'anno 2010, è autorizzata la spesa di 120,2 milioni di euro. (43)

50. All'*articolo 1, comma 72, della legge 24 dicembre 2007, n. 247*, le parole: «accedere a finanziamenti agevolati per» sono soppresse e, dopo la parola: «ovvero», la parola: «per» è soppressa. Il comma 74 dell'*articolo 1 della legge 24 dicembre 2007, n. 247*, è abrogato.

51. Per interventi urgenti concernenti i territori colpiti dagli eccezionali eventi atmosferici avversi del 6 giugno 2009, il Fondo per la protezione civile, di cui all'*articolo 6, comma 1, del decreto-legge 3 maggio 1991, n. 142*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 3 luglio 1991, n. 195*, è integrato per l'importo di 10 milioni di euro per l'anno 2010.

52. All'*articolo 2-undecies della legge 31 maggio 1965, n. 575*, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) dopo il comma 2, sono inseriti i seguenti:

«2-bis. I beni di cui al comma 2, di cui non sia possibile effettuare la destinazione o il trasferimento per le finalità di pubblico interesse ivi contemplate entro i termini previsti dall'*articolo 2-decies*, sono destinati alla vendita.

2-ter. Il personale delle Forze armate e il personale delle Forze di polizia possono costituire cooperative edilizie alle quali è riconosciuto il diritto di opzione prioritaria sull'acquisto dei beni destinati alla vendita di cui al comma 2-bis.

2-quater. Gli enti locali ove sono ubicati i beni destinati alla vendita ai sensi del comma 2-bis possono esercitare la prelazione all'acquisto degli stessi. Con regolamento adottato ai sensi dell'*articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400*, e successive modificazioni, sono disciplinati i termini, le modalità e le ulteriori disposizioni occorrenti per l'attuazione del presente comma. Nelle more dell'adozione del predetto regolamento è comunque possibile procedere alla vendita dei beni di cui al comma 2-bis ai sensi del comma 4 del presente articolo»;

b) il comma 4 è sostituito dal seguente:

«4. Alla vendita dei beni di cui al comma 2-bis e alle operazioni di cui al comma 3 provvede, previo parere obbligatorio del Commissario straordinario per la gestione e la destinazione dei beni confiscati alle organizzazioni mafiose, il dirigente del competente ufficio del territorio dell'Agenzia del demanio, che può affidarle all'amministratore di cui all'*articolo 2-sexies*, con l'osservanza delle disposizioni di cui al comma 3 dell'*articolo 2-nonies*, entro sei mesi dalla data di emanazione del provvedimento del direttore centrale dell'Agenzia del demanio di cui al comma 1 dell'*articolo 2-decies*. Il dirigente del competente ufficio dell'Agenzia del demanio richiede al prefetto della provincia interessata un parere obbligatorio, sentito il Comitato provinciale per l'ordine e la sicurezza pubblica, e ogni informazione utile affinché i beni non siano acquistati, anche per interposta persona, dai soggetti ai quali furono confiscati ovvero da soggetti altrimenti riconducibili alla criminalità organizzata»;

c) dopo il comma 5 è inserito il seguente:

«5-bis. Le somme ricavate dalla vendita dei beni di cui al comma 2-bis, al netto delle spese per la gestione e la vendita degli stessi, affluiscono, previo versamento all'entrata del bilancio dello Stato, al Fondo unico giustizia per essere riassegnati, nella misura del 50 per cento, al Ministero dell'interno per la

tutela della sicurezza pubblica e del soccorso pubblico e, nella restante misura del 50 per cento, al Ministero della giustizia, per assicurare il funzionamento e il potenziamento degli uffici giudiziari e degli altri servizi istituzionali, in coerenza con gli obiettivi di stabilità della finanza pubblica».

53. Per l'anno 2010 è consentito l'accesso al fondo di garanzia di cui all'*articolo 15 della legge 7 agosto 1997, n. 266*, come rifinanziato dall'*articolo 11 del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 28 gennaio 2009, n. 2*, nei limiti di 20 milioni di euro, per favorire l'accesso al credito ai fini di investimento e di consolidamento delle passività attraverso il rafforzamento delle attività del fondo di garanzia nazionale e dei confidi agricoli.

54. Al fine di assicurare la coerenza delle misure di sostegno di cui all'*articolo 68 del regolamento (CE) n. 73/2009 del Consiglio, del 19 gennaio 2009*, con le disposizioni di cui all'*articolo 38, paragrafo 1, del regolamento (CE) n. 1120/2009 della Commissione, del 29 ottobre 2009*, e di garantire la continuità degli interventi di gestione dei rischi in agricoltura, le risorse finanziarie previste all'*articolo 11 del decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali 29 luglio 2009*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 220 del 22 settembre 2009, di attuazione del citato *articolo 68 del regolamento (CE) n. 73/2009*, sono incrementate fino a 120 milioni di euro per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012. Alla conseguente rimodulazione finanziaria degli interventi di cui al citato decreto si provvede con decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Alle citate risorse si aggiungono altresì le risorse comunitarie attivabili nel contesto dell'organizzazione comune del mercato vitivinicolo, pari a 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012. Al fine di garantire il pagamento dei saldi contributivi degli interventi assicurativi del Fondo di solidarietà nazionale, le disponibilità finanziarie dedicate agli interventi di cui all'*articolo 15, comma 2, del decreto legislativo 29 marzo 2004, n. 102*, e successive modificazioni, possono essere utilizzate per coprire i fabbisogni di spesa degli anni precedenti a quello di competenza senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato.

55. Per le necessità del settore agricolo il CIPE individua i programmi da sostenere e destina 100 milioni di euro, a valere sulle disponibilità del Fondo infrastrutture di cui all'*articolo 18, comma 1, lettera b), del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 28 gennaio 2009, n. 2* (120).

56. Al fine di dare attuazione agli obblighi e agli adempimenti comunitari derivanti dal *regolamento (CE) n. 1198/2006 del Consiglio, del 27 luglio 2006*, nonché del regolamento (CE) del Consiglio, che istituisce un regime di controllo comunitario per garantire il rispetto delle norme della politica comune della pesca, che modifica i *regolamenti (CE) n. 847/96, (CE) n. 2371/2002, (CE) n. 811/2004, (CE) n. 768/2005, (CE) n. 2115/2005, (CE) n. 2166/2005, (CE) n. 388/2006, (CE) n. 509/2007, (CE) n. 76/2007, (CE) n. 1098/2007, (CE) n. 1300/2008, (CE) n. 1342/2008* e che abroga i regolamenti (CEE) n. 2847/93, *(CE) n. 1627/94* e *(CE) n. 966/2006*, approvato dal Consiglio dell'Unione europea nella riunione del 20 novembre 2009, per l'anno 2010 è prorogato il Programma di cui all'*articolo 5, comma 1, del decreto legislativo 26 maggio 2004, n. 154*, di cui al *decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali 3 agosto 2007*, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 236 del 10 ottobre 2007, a valere e nei limiti delle risorse disponibili di cui all'*articolo 1, comma 1084, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*.

57. In considerazione della specificità delle produzioni agricole tipiche e per il sostegno al Made in Italy nel settore agricolo è autorizzata la spesa di 10 milioni di euro per l'anno 2010 per il riconoscimento di contributi alla produzione di prodotti a stagionatura prolungata a denominazione registrata a livello comunitario del settore primario agricolo. Con decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabilite le modalità per l'attuazione del presente comma.

58. L'autorizzazione di spesa di cui all'*articolo 5, comma 3-ter, del decreto-legge 1° ottobre 2005, n. 202*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 30 novembre 2005, n. 244*, è ridotta di 0,1 milioni di euro per il 2010 e di 0,9 milioni di euro a decorrere dal 2011 e di ulteriori 2 milioni di euro per l'anno 2012.

59. Nei confronti degli orfani delle vittime di terrorismo e delle stragi di tale matrice che siano stati già collocati in pensione è riconosciuto un contributo straordinario per l'anno 2010 pari a 5 milioni di euro. Con decreto del Ministro dell'interno, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, si provvede alla ripartizione del predetto contributo sulla base dei criteri di cui all'*articolo 4, comma 2, della legge 3*

agosto 2004, n. 206, e successive modificazioni, in modo tale da escludere sperequazioni di trattamento tra le diverse categorie di beneficiari. Tale contributo non è decurtabile ad ogni effetto di legge e allo stesso contributo si applicano i benefici fiscali di cui all'*articolo 2, commi 5 e 6, della legge 23 novembre 1998, n. 407*, in materia di esenzioni dall'IRPEF (113).

60. Il *comma 556 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 2005, n. 266*, è sostituito dal seguente:

«556. Al fine di promuovere e valorizzare il ruolo di sviluppo e integrazione sociali svolto dalle comunità giovanili, è istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento della gioventù, l'Osservatorio nazionale sulle comunità giovanili. Presso la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento della gioventù è altresì istituito il Fondo nazionale per le comunità giovanili, per la realizzazione di azioni di promozione e valorizzazione delle attività delle comunità giovanili. La dotazione finanziaria del Fondo è fissata in 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009 e in 3 milioni di euro per l'anno 2010».

61. L'*articolo 20, comma 3-ter, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 4 agosto 2006, n. 248*, e il *comma 460 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 2005, n. 266*, si intendono riferiti alle imprese e testate ivi indicate in possesso dei requisiti richiesti anche se abbiano mutato forma giuridica o vengano editate da altre società comunque costituite. (12)

62. In attuazione dell'*articolo 44 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133*, e successive modificazioni, i contributi e le provvidenze spettano nel limite dello stanziamento iscritto sul pertinente capitolo del bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei ministri procedendo, ove necessario, al riparto proporzionale dei contributi tra gli aventi diritto, fatte salve le risorse da destinare alle convenzioni e agli oneri inderogabili afferenti allo stesso capitolo. (95) (99)

63. L'importo di ciascuna annualità di cui all'*articolo 2, comma 135, del decreto-legge 3 ottobre 2006, n. 262*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2006, n. 286*, può essere rimodulato per lo stesso periodo di rimborso, in relazione al mancato pagamento dell'annualità 2009. La presente disposizione entra in vigore il giorno stesso della data di pubblicazione della presente legge nella Gazzetta Ufficiale. Conseguentemente, le somme versate all'entrata del bilancio dello Stato e riassegnabili nell'anno 2009 ai sensi degli *articoli 1, comma 358, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, e 148, comma 1, della legge 23 dicembre 2000, n. 388*, che, alla data di entrata in vigore della presente legge, non sono state riassegnate alle pertinenti unità previsionali di base del bilancio dello Stato, per l'importo di 45 milioni di euro, sono acquisite all'entrata del bilancio dello Stato a compensazione degli effetti derivanti dall'attuazione del primo periodo.

64. L'autorizzazione di spesa di cui all'*articolo 22-bis, comma 5-bis, del testo unico delle disposizioni legislative concernenti le imposte sulla produzione e sui consumi e relative sanzioni penali e amministrative, di cui al decreto legislativo 26 ottobre 1995, n. 504*, e successive modificazioni, è ridotta di 69,2 milioni di euro per l'anno 2010 e di 0,1 milione di euro a decorrere dall'anno 2011. È ridotto da 250.000 tonnellate a 18.000 tonnellate il contingente annuo, per l'anno 2010, di cui all'*articolo 22-bis, comma 1, del citato testo unico di cui al decreto legislativo 26 ottobre 1995, n. 504*.

65. L'autorizzazione di spesa di cui all'*articolo 61, comma 17, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133*, è ridotta di 100 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010.

66. Per garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2010-2012 e in attuazione dell'intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012, sancita nella riunione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 3 dicembre 2009, nonché in funzione dell'esigenza di assicurare, da parte regionale, l'equilibrio economico-finanziario della gestione sanitaria in condizioni di efficienza e appropriatezza, si applicano le disposizioni di cui ai commi da 67 a 105.

67. Per gli anni 2010 e 2011 si dispone un incremento rispettivamente di 584 milioni di euro e di 419 milioni di euro rispetto al livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, pari a 104.564 milioni di euro per l'anno 2010 e a 106.884 milioni di euro per

l'anno 2011, comprensivi della riattribuzione a tale livello di finanziamento dell'importo di 800 milioni di euro annui di cui all'*articolo 22, comma 2, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 3 agosto 2009, n. 102*, e successive modificazioni, nonché dell'importo di 466 milioni di euro annui di economie sulla spesa del personale derivanti da quanto disposto dai commi 16 e 17 del presente articolo e dall'*articolo 1, comma 4, lettera a)*, della citata intesa Stato-regioni, e al netto dei 50 milioni di euro annui per il finanziamento dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di cui all'*articolo 22, comma 6, del citato decreto-legge n. 78 del 2009*, convertito, con modificazioni, dalla *legge n. 102 del 2009*, nonché dell'importo di 167,8 milioni di euro annui per la sanità penitenziaria di cui all'*articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244*. Con successivi provvedimenti legislativi è assicurato l'intero importo delle risorse aggiuntive previste nella citata intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012. Per l'esercizio 2012 sono assicurate al Servizio sanitario nazionale risorse corrispondenti a quelle previste per il 2011, incrementate del 2,8 per cento. (31)

67-bis. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, da adottarsi entro il 30 novembre 2011, di concerto con il Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabilite forme premiali a valere sulle risorse ordinarie previste dalla vigente legislazione per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, applicabili a decorrere dall'anno 2012, per le regioni che istituiscano una Centrale regionale per gli acquisti e l'aggiudicazione di procedure di gara per l'approvvigionamento di beni e servizi per un volume annuo non inferiore ad un importo determinato con il medesimo decreto e per quelle che introducano misure idonee a garantire, in materia di equilibrio di bilancio, la piena applicazione per gli erogatori pubblici di quanto previsto dall'*articolo 4, commi 8 e 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni, nel rispetto del principio della remunerazione a prestazione. L'accertamento delle condizioni per l'accesso regionale alle predette forme premiali è effettuato nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005. Per gli anni 2012 e 2013, in via transitoria, nelle more dell'adozione del decreto di cui al primo periodo, il 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, stabilisce il riparto della quota premiale di cui al presente comma, tenendo anche conto di criteri di riequilibrio indicati dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome. Limitatamente all'anno 2013, la percentuale indicata all'*articolo 15, comma 23, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 7 agosto 2012, n. 135*, è pari allo 0,30 per cento. Per l'anno 2014, per l'anno 2015, per l'anno 2016, per l'anno 2017, per l'anno 2018, per l'anno 2019, per l'anno 2020, per l'anno 2021, per l'anno 2022 e per l'anno 2023 in via transitoria, nelle more dell'adozione del decreto di cui al primo periodo, il 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, stabilisce il riparto della quota premiale di cui al presente comma, tenendo anche conto di criteri di riequilibrio indicati dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome. Limitatamente all'anno 2014, la percentuale indicata al citato *articolo 15, comma 23, del decreto-legge n. 95 del 2012*, convertito, con modificazioni, dalla *legge n. 135 del 2012*, è pari all'1,75 per cento. Limitatamente all'anno 2021, la percentuale indicata al citato *articolo 15, comma 23, del decreto-legge n. 95 del 2012*, convertito, con modificazioni, dalla *legge n. 135 del 2012*, è pari allo 0,32 per cento. (55) (128)

68. Al fine di consentire in via anticipata l'erogazione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, per gli anni 2010, 2011 e 2012:

a) in deroga a quanto stabilito dall'*articolo 13, comma 6, del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56*, il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato a concedere alle regioni a statuto ordinario e alla Regione siciliana anticipazioni, con riferimento al livello del finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato, da accreditare sulle contabilità speciali di cui al comma 6 dell'*articolo 66 della legge 23 dicembre 2000, n. 388*, in essere presso le tesorerie provinciali dello Stato, fermo restando quanto previsto dall'*articolo 77-quater, commi da 2 a 6, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133*;

b) la misura dell'erogazione del suddetto finanziamento, comprensiva di eventuali anticipazioni di cui alla lettera a), è fissata al livello del 97 per cento delle somme dovute a titolo di finanziamento ordinario della quota indistinta, al netto delle entrate proprie e, per la Regione siciliana, della compartecipazione

regionale al finanziamento della spesa sanitaria, quale risulta dall'intesa espressa, ai sensi delle norme vigenti, dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale per i medesimi anni. Per le regioni che risultano adempienti nell'ultimo triennio rispetto agli adempimenti previsti dalla normativa vigente, la misura della citata erogazione del finanziamento è fissata al livello del 98 per cento; tale livello può essere ulteriormente elevato compatibilmente con gli obblighi di finanza pubblica; (80)

c) la quota di finanziamento condizionata alla verifica positiva degli adempimenti regionali è fissata nelle misure del 3 per cento e del 2 per cento delle somme di cui alla lettera b) rispettivamente per le regioni che accedono all'erogazione nella misura del 97 per cento e per quelle che accedono all'erogazione nella misura del 98 per cento ovvero in misura superiore. All'erogazione di detta quota si provvede a seguito dell'esito positivo della verifica degli adempimenti previsti dalla normativa vigente e dalla presente legge; (77) (79) (80) (81)

d) nelle more dell'espressione dell'intesa, ai sensi delle norme vigenti, da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, l'erogazione delle risorse in via anticipata provvisoria è commisurata al livello delle erogazioni effettuate in via anticipata definitiva, a seguito del raggiungimento della citata intesa, relative al secondo anno precedente a quello di riferimento;

e) sono autorizzati, in sede di conguaglio, eventuali recuperi necessari, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti alle regioni per gli esercizi successivi;

f) sono autorizzate, a carico di somme a qualsiasi titolo spettanti, le compensazioni degli importi a credito e a debito di ciascuna regione e provincia autonoma, connessi alla mobilità sanitaria interregionale di cui all'*articolo 12, comma 3, lettera b), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni, nonché alla mobilità sanitaria internazionale di cui all'*articolo 18, comma 7, dello stesso decreto legislativo n. 502 del 1992*, e successive modificazioni. I predetti importi sono definiti dal Ministero della salute d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

69. Ai fini 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*, e successive modificazioni, rideterminato in 23 miliardi di euro dall'*articolo 1, comma 796, lettera n), della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, e successive modificazioni, è elevato a 24 miliardi di euro, fermo restando, per la sottoscrizione di accordi di programma con le regioni e l'assegnazione di risorse agli altri enti del settore sanitario interessati, il limite annualmente definito in base alle effettive disponibilità di bilancio. L'incremento di cui al presente comma è destinato prioritariamente alle regioni che hanno esaurito, con la sottoscrizione di accordi, la loro disponibilità a valere sui citati 23 miliardi di euro.

70. Per consentire alle regioni l'implementazione e lo svolgimento delle attività previste dall'articolo 11 della citata intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012, dirette a pervenire alla certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie, alle regioni si applicano le disposizioni di cui all'*articolo 79, comma 1-sexies, lettera c), del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133*.

71. Fermo restando quanto previsto dall'*articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, e successive modificazioni, per il triennio 2007-2009, gli enti del Servizio sanitario nazionale concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando, anche nel triennio 2010-2012, misure necessarie a garantire che le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, non superino per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento. A tale fine si considerano anche le spese per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni. Ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui al presente comma, le spese per il personale sono considerate al netto: a) per l'anno 2004, delle spese per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro; b) per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, delle spese derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004. Sono comunque fatte salve, e devono essere escluse sia per l'anno 2004 sia per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, le spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati, nonché le spese relative alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'*articolo 12-bis del decreto*

legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. (50) (129) (137)

72. Gli enti destinatari delle disposizioni di cui al comma 71, nell'ambito degli indirizzi fissati dalle regioni, anche in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera, per il conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa previsti dal medesimo comma:

a) predispongono un programma annuale di revisione delle consistenze di personale dipendente a tempo indeterminato, determinato, che presta servizio con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di lavoro flessibile o con convenzioni, finalizzato alla riduzione della spesa complessiva per il personale, con conseguente ridimensionamento dei pertinenti fondi della contrattazione integrativa per la cui costituzione fanno riferimento anche alle disposizioni recate dall'*articolo 1, commi 189, 191 e 194, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, e successive modificazioni;*

b) fissano parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento, rispettivamente, delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa così come rideterminati ai sensi del presente comma. (50)

73. Alla verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti dalle disposizioni di cui ai commi 71 e 72 per gli anni 2010, 2011 e 2012, si provvede nell'ambito del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005. La regione è giudicata adempiente ove sia accertato l'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti. In caso contrario la regione è considerata adempiente solo ove abbia comunque assicurato l'equilibrio economico. (50)

74. Ai fini dell'applicazione, nel triennio 2010-2012, delle disposizioni recate dall'*articolo 17, commi da 10 a 13, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, i vincoli finanziari ivi previsti sono da intendersi riferiti, per gli enti del Servizio sanitario nazionale, alle misure di contenimento delle spese di cui ai commi 71, 72 e 73 del presente articolo.*

75. Per le regioni che risultano in squilibrio economico si applicano le disposizioni di cui ai commi da 76 a 91.

76. All'*articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:*

a) al quinto periodo:

1) dopo le parole: «si applicano comunque» sono inserite le seguenti: «il blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso, il divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo e»;

2) le parole: «scaduto il termine del 31 maggio, i provvedimenti del commissario ad acta non possono avere ad oggetto» sono sostituite dalle seguenti: «scaduto il termine del 31 maggio, la regione non può assumere provvedimenti che abbiano ad oggetto»;

b) sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «Gli atti emanati e i contratti stipulati in violazione del blocco automatico del turn over e del divieto di effettuare spese non obbligatorie sono nulli. In sede di verifica annuale degli adempimenti la regione interessata è tenuta ad inviare una certificazione, sottoscritta dal rappresentante legale dell'ente e dal responsabile del servizio finanziario, attestante il rispetto dei predetti vincoli».

77. È definito quale standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale, rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, il livello del 5 per cento, ancorché coperto dalla regione, ovvero il livello inferiore al 5 per cento qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo. Nel caso di raggiungimento o superamento di detto standard dimensionale, la regione interessata è tenuta a presentare entro il successivo 10 giugno un piano di rientro di durata non superiore al triennio, elaborato con l'ausilio dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) ai sensi dell'*articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, per le parti non in contrasto con la presente legge, che contenga sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal*

vigente piano sanitario nazionale e dal vigente decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di fissazione dei medesimi livelli essenziali di assistenza, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel piano stesso.

78. Il piano di rientro, approvato dalla regione, è valutato dalla Struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3, comma 2, della citata intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012 e dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nei termini perentori rispettivamente di trenta e di quarantacinque giorni dalla data di approvazione da parte della regione. La citata Conferenza, nell'esprimere il parere, tiene conto del parere della citata Struttura tecnica, ove espresso.

79. Il Consiglio dei ministri, 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, decorsi i termini di cui al comma 78, accerta l'adeguatezza del piano presentato anche in mancanza dei pareri delle citate Struttura tecnica e Conferenza. In caso di riscontro positivo, il piano è approvato dal Consiglio dei ministri ed è immediatamente efficace ed esecutivo per la regione. In caso di riscontro negativo, ovvero in caso di mancata presentazione del piano, il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'*articolo 120 della Costituzione*, nomina un commissario ad acta per la predisposizione, entro i successivi trenta giorni, del piano di rientro e per la sua attuazione per l'intera durata del piano stesso. A seguito della nomina del commissario ad acta: (72)

a) oltre all'applicazione delle misure previste dall'*articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo, in via automatica sono sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio e, sempre in via automatica, decadono i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato regionale competente. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati i trasferimenti erariali a carattere obbligatorio;

b) con riferimento all'esercizio in corso alla data della delibera di nomina del commissario ad acta, sono incrementate in via automatica, in aggiunta a quanto previsto dal comma 80, nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le modalità previste dal citato *articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004*, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo. (93)

80. Per la regione sottoposta al piano di rientro resta fermo l'obbligo del mantenimento, per l'intera durata del piano, delle maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e dell'addizionale regionale all'IRPEF ove scattate automaticamente ai sensi dell'*articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo. A decorrere dal 2013 alle regioni che presentano, in ciascuno degli anni dell'ultimo biennio di esecuzione del Piano di rientro, ovvero del programma operativo di prosecuzione dello stesso, verificato dai competenti Tavoli tecnici di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, un disavanzo sanitario, di competenza del singolo esercizio e prima delle coperture, decrescente e inferiore al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote, è consentita la riduzione delle predette maggiorazioni, ovvero la destinazione del relativo gettito a finalità extrasanitarie riguardanti lo svolgimento di servizi pubblici essenziali e l'attuazione delle disposizioni di cui al *decreto-legge 8 aprile 2013, n. 35*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 giugno 2013, n. 64*, in misura tale da garantire al finanziamento del Servizio sanitario regionale un gettito pari al valore medio annuo del disavanzo sanitario registrato nel medesimo biennio. Alle regioni che presentano, in ciascuno degli anni dell'ultimo triennio, un disavanzo sanitario, di competenza del singolo esercizio e prima delle coperture, inferiore, ma non decrescente, rispetto al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote, è consentita la riduzione delle predette maggiorazioni, ovvero la destinazione del relativo gettito a finalità extrasanitarie riguardanti lo svolgimento di servizi pubblici essenziali e l'attuazione delle disposizioni di cui al *decreto-legge 8 aprile 2013, n. 35*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 giugno 2013, n. 64*, in misura tale da garantire al finanziamento del Servizio sanitario regionale un gettito pari al valore massimo annuo del disavanzo sanitario registrato nel medesimo triennio. Le predette riduzioni o destinazione a finalità extrasanitarie sono consentite previa verifica positiva dei medesimi Tavoli e in presenza di un Programma operativo 2013-2015 approvato dai citati Tavoli, ferma restando l'efficacia degli eventuali provvedimenti di riduzione

delle aliquote dell'addizionale regionale all'IRPEF e dell'IRAP secondo le vigenti disposizioni. Resta fermo quanto previsto dal presente comma in caso di risultati quantitativamente migliori e quanto previsto dal comma 86 in caso di determinazione di un disavanzo sanitario maggiore di quello programmato e coperto. 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. Resta fermo quanto previsto dall'*articolo 1, comma 796, lettera b), ottavo periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, in merito alla possibilità, qualora sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi sia stato conseguito con risultati quantitativamente migliori, di riduzione delle aliquote fiscali nell'esercizio successivo per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto; analoga misura di attenuazione si può applicare anche al blocco del turn over e al divieto di effettuare spese non obbligatorie in presenza delle medesime condizioni di attuazione del piano. (51)

80-bis. Le disposizioni di cui al comma 80, secondo e terzo periodo, si interpretano nel senso che la destinazione del gettito derivante dalla massimizzazione delle aliquote di cui al primo periodo del medesimo comma può essere effettuata anche nelle annualità successive al relativo accertamento ed anche per la riduzione della pressione fiscale e la copertura degli oneri finanziari concernenti il servizio del debito relativo al settore sanitario. (84)

81. La verifica dell'attuazione del piano di rientro avviene con periodicità trimestrale e annuale, ferma restando la possibilità di procedere a verifiche ulteriori previste dal piano stesso o straordinarie ove ritenute necessarie da una delle parti. I provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria, e comunque tutti i provvedimenti aventi impatto sul servizio sanitario regionale indicati nel piano in apposito paragrafo dello stesso, sono trasmessi alla piattaforma informatica del Ministero della salute, a cui possono accedere tutti i componenti degli organismi di cui all'*articolo 3 della citata intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012*. Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito dell'attività di affiancamento di propria competenza nei confronti delle regioni sottoposte al piano di rientro dai disavanzi, esprime un parere preventivo esclusivamente sui provvedimenti indicati nel piano di rientro.

81-bis. Il commissario ad acta, a qualsiasi titolo nominato, qualora, in sede di verifica annuale ai sensi del comma 81, riscontri il mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro, come specificati nei singoli contratti dei direttori generali, propone, con provvedimento motivato, la decadenza degli stessi e dei direttori amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, in applicazione dell'*articolo 3-bis, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*. (73)

81-ter. Le disposizioni del comma 81-bis si applicano anche ai commissariamenti disposti ai sensi dell'*articolo 4, comma 2, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modificazioni*. (73)

82. L'approvazione del piano di rientro da parte del Consiglio dei ministri e la sua attuazione costituiscono presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e di quelli interessati dal piano stesso. L'erogazione del maggior finanziamento, dato dalle quote premiali e dalle eventuali ulteriori risorse finanziate dallo Stato non erogate in conseguenza di inadempienze pregresse, avviene per una quota pari al 40 per cento a seguito dell'approvazione del piano di rientro da parte del Consiglio dei ministri. Le restanti somme sono erogate a seguito della verifica positiva dell'attuazione del piano, con la procedura di cui all'*articolo 1, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189*. In materia di erogabilità delle somme restano ferme le disposizioni di cui all'*articolo 1, commi 2 e 3, del citato decreto-legge n. 154 del 2008, e all'articolo 6-bis, commi 1 e 2, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2*.

83. Qualora dall'esito delle verifiche di cui al comma 81 emerga l'inadempienza della regione, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Consiglio dei ministri, sentite la Struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3, comma 2, della citata intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012 e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, che esprimono il proprio parere entro i termini perentori, rispettivamente, di dieci e di venti giorni dalla richiesta, diffida la regione interessata ad attuare il piano, adottando altresì tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi in esso previsti. In caso di perdurante inadempienza, accertata dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza di cui rispettivamente all'articolo 12 e all'articolo 9 della citata intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, in attuazione dell'*articolo 120 della Costituzione* nomina un commissario ad acta per l'intera durata del piano di rientro. 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 commissario verifica altresì la piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale. A seguito della deliberazione di nomina del commissario: (63)

a) oltre all'applicazione delle misure previste dall'*articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo, in via automatica sono sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio, da individuare a seguito del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 79, lettera a), e decadono, sempre in via automatica, i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato regionale competente;

b) con riferimento all'esercizio in corso alla data della delibera di nomina del commissario ad acta, sono incrementate in via automatica, in aggiunta a quanto previsto dal comma 80, nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali l'addizionale all'IRPEF rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le modalità previste dall'*articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo. (92)

84. Qualora il commissario ad acta per la redazione e l'attuazione del piano, a qualunque titolo nominato, non adempia in tutto o in parte all'obbligo di redazione del piano o agli obblighi, anche temporali, derivanti dal piano stesso, indipendentemente dalle ragioni dell'inadempimento, il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'*articolo 120 della Costituzione*, adotta tutti gli atti necessari ai fini della predisposizione del piano di rientro e della sua attuazione. Nei casi di riscontrata difficoltà in sede di verifica e monitoraggio nell'attuazione del piano, nei tempi o nella dimensione finanziaria ivi indicata, il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'*articolo 120 della Costituzione*, sentita la regione interessata, nomina uno o più commissari ad acta di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria per l'adozione e l'attuazione degli atti indicati nel piano e non realizzati. (64) (93)

[84-bis. In caso di impedimento del presidente della regione nominato commissario ad acta, il Consiglio dei ministri nomina un commissario ad acta, al quale spettano i poteri indicati nel terzo e nel quarto periodo del comma 83, fino alla cessazione della causa di impedimento. (74) (78)]

85. Si applicano le disposizioni di cui all'*articolo 4, comma 2, terzo, quarto, quinto e sesto periodo, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 29 novembre 2007, n. 222*, e successive modificazioni, in materia di soggetti attuatori e di oneri e risorse della gestione commissariale. Restano altresì salve le disposizioni in materia di commissariamenti sanitari che non siano in contrasto con le disposizioni del presente articolo.

86. L'accertato verificarsi, in sede di verifica annuale, del mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro, con conseguente determinazione di un disavanzo sanitario, comporta, oltre all'applicazione delle misure previste dal comma 80 e ferme restando le misure eventualmente scattate ai sensi del comma 83, l'incremento nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali dell'addizionale all'IRPEF rispetto al livello delle aliquote

vigenti, secondo le procedure previste dall'*articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo. (94)

87. Le disposizioni di cui ai commi 80, 82, ultimo periodo, e da 83 a 86 si applicano anche nei confronti delle regioni che abbiano avviato le procedure per il piano di rientro.

88. Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente 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. È fatta salva la possibilità per la regione di presentare un nuovo piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal presente articolo. A seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure definiti nel medesimo piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale. In ogni caso si applicano le disposizioni di cui all'*articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo, e ai commi da 80 a 86 del presente articolo (104) .

88-bis. Il primo periodo del comma 88 si interpreta nel senso che i programmi operativi costituiscono prosecuzione e necessario aggiornamento degli interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del piano di rientro, al fine di tenere conto del finanziamento del servizio sanitario programmato per il periodo di riferimento, dell'effettivo stato di avanzamento dell'attuazione del piano di rientro, nonché di ulteriori obblighi regionali derivanti da Intese fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano o da innovazioni della legislazione statale vigente. (52)

89. Al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi dei piani di rientro dai disavanzi sanitari, sottoscritti ai sensi dell'*articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, e successive modificazioni, nella loro unitarietà, anche mediante il regolare svolgimento dei pagamenti dei debiti accertati in attuazione dei medesimi piani, per un periodo di due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge non possono essere intraprese o proseguite azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni medesime e i pignoramenti eventualmente eseguiti non vincolano gli enti debitori e i tesorieri, i quali possono disporre delle somme per le finalità istituzionali degli enti. I relativi debiti insoluti producono, nel suddetto periodo di due mesi, esclusivamente gli interessi legali di cui all'articolo 1284 del codice civile, fatti salvi gli accordi tra le parti che prevedono tassi di interesse inferiori. (10)

90. Le regioni interessate dai piani di rientro, d'intesa con il Governo, possono utilizzare, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, a copertura dei debiti sanitari, le risorse del Fondo per le aree sottoutilizzate relative ai programmi di interesse strategico regionale di cui alla *delibera del CIPE n. 1/2009 del 6 marzo 2009*, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 137 del 16 giugno 2009, nel limite individuato nella delibera di presa d'atto dei singoli piani attuativi regionali da parte del CIPE.

91. Limitatamente ai risultati d'esercizio dell'anno 2009, nelle regioni per le quali si è verificato il mancato raggiungimento degli obiettivi programmati di risanamento e riequilibrio economico-finanziario contenuti nello specifico piano di rientro dai disavanzi sanitari, di cui all'accordo sottoscritto ai sensi dell'*articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, e successive modificazioni:

a) è consentito provvedere alla copertura del disavanzo sanitario mediante risorse di bilancio regionale a condizione che le relative misure di copertura, idonee e congrue, risultino essere state adottate entro il 31 dicembre 2009;

b) si applicano, secondo le procedure previste dall'*articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo, le disposizioni di cui al comma 86 del presente articolo, in deroga a quanto stabilito dall'*articolo 1, comma 796, lettera b), sesto periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*.

92. Per le regioni che risultano inadempienti per motivi diversi dall'obbligo dell'equilibrio di bilancio sanitario, si applicano le disposizioni di cui ai commi da 93 a 97.

93. Le regioni possono chiedere la sottoscrizione di un accordo, con il relativo piano di rientro, approvato dalla regione, ai sensi dell'*articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, e successive

modificazioni, per le parti non in contrasto con la presente legge. Ai fini della sottoscrizione del citato accordo, il piano di rientro è valutato dalla Struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3, comma 2, della citata intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012 e dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nei termini perentori, rispettivamente, di quindici e di trenta giorni dall'invio. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'esprimere il parere, tiene conto del parere della citata Struttura tecnica, ove reso. Alla sottoscrizione del citato accordo si dà luogo anche nel caso sia decorso inutilmente il predetto termine di trenta giorni.

94. La sottoscrizione dell'accordo di cui al comma 93 e la relativa attuazione costituiscono presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e di quelli interessati dal piano di rientro. L'erogazione del maggior finanziamento avviene per una quota pari all'80 per cento a seguito della sottoscrizione dell'accordo. Le restanti somme sono erogate a seguito della verifica positiva dell'attuazione del piano, con la procedura di cui all'*articolo 1, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 4 dicembre 2008, n. 189*. In materia di erogabilità delle somme restano ferme le disposizioni di cui all'*articolo 1, commi 2 e 3, del citato decreto-legge n. 154 del 2008* e all'*articolo 6-bis, commi 1 e 2, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 28 gennaio 2009, n. 2*.

95. 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.

96. La verifica dell'attuazione del piano di rientro avviene con periodicità semestrale e annuale, ferma restando la possibilità di procedere a verifiche ulteriori previste dal piano stesso o straordinarie ove ritenute necessarie da una delle parti. I provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria, e comunque tutti i provvedimenti aventi impatto sul servizio sanitario regionale indicati nel piano in apposito paragrafo dello stesso, sono trasmessi alla piattaforma informatica del Ministero della salute, cui possono accedere tutti i componenti degli organismi di cui all'articolo 3 della citata intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012. Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito dell'attività di affiancamento di propria competenza nei confronti delle regioni sottoposte al piano di rientro dai disavanzi, esprime un parere preventivo esclusivamente sui provvedimenti indicati nel piano di rientro.

97. Le regioni che avrebbero dovuto sottoscrivere, entro il 31 dicembre 2009, un accordo ai sensi dell'*articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, e successive modificazioni, con il relativo piano di rientro, per la riattribuzione del maggior finanziamento, possono formalmente chiedere di sottoscrivere il medesimo accordo corredando la richiesta di un adeguato piano di rientro, entro il termine del 30 aprile 2010. In caso di mancata sottoscrizione dell'accordo entro i successivi novanta giorni, la quota di maggior finanziamento si intende definitivamente sottratta alla competenza della regione interessata. (36)

98. Lo Stato è autorizzato ad anticipare alle regioni interessate dai piani di rientro dai disavanzi sanitari per squilibrio economico, fino a un massimo di 1.000 milioni di euro, la liquidità necessaria per l'estinzione dei debiti sanitari cumulativamente registrati fino al 31 dicembre 2005 anche a seguito di accertamenti in sede contenziosa, con contestuale estinzione entro il 31 maggio 2010 dei relativi procedimenti pendenti. All'erogazione si provvede, fermi restando gli equilibri programmati dei trasferimenti di cassa al settore sanitario, anche in tranches successive, a seguito dell'accertamento definitivo e completo del debito sanitario non coperto da parte della regione, con il supporto dell'advisor contabile, in attuazione del citato piano di rientro, e della predisposizione, da parte regionale, di misure legislative di copertura dell'ammortamento della predetta liquidità, idonee e congrue. La regione interessata è tenuta, in funzione delle risorse trasferite dallo Stato, alla relativa restituzione, comprensiva di interessi, in un periodo non superiore a trent'anni. Gli importi così determinati sono acquisiti in appositi capitoli del bilancio dello Stato. Con apposito contratto tra il Ministero dell'economia e delle finanze e la regione interessata sono definite le modalità di erogazione e di restituzione delle somme, prevedendo, qualora la regione non adempia nei termini ivi stabiliti al versamento delle rate di ammortamento dovute, sia le modalità di recupero delle medesime somme da parte del Ministero dell'economia e delle finanze, sia l'applicazione di interessi moratori. Si applicano le disposizioni di cui all'*articolo 1, comma 796, lettera e), della legge 27 dicembre 2006, n. 296*. (9)

99. Le disposizioni recate dal comma 1, lettere a) e b), e dal comma 4 dell'*articolo 13 del decreto-legge 28 aprile 2009, n. 39*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 giugno 2009, n. 77*, concernenti la materia del prezzo dei farmaci e delle quote di spettanza si interpretano nel senso che il termine «brevetto» deve intendersi riferito al brevetto sul principio attivo.

100. All'*articolo 1, comma 796, lettera t), della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, le parole: «1° gennaio 2010» sono sostituite dalle seguenti: «1° gennaio 2011».

101. Al comma 8-bis dell'*articolo 66 del codice dell'amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82*, introdotto dall'*articolo 37, comma 1, della legge 18 giugno 2009, n. 69*, le parole: «Fino al 31 dicembre 2010» sono sostituite dalle seguenti: «Fino al 31 dicembre 2011».

102. Il Fondo per le non autosufficienze di cui all'*articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, è incrementato di euro 400 milioni per l'anno 2010.

103. A decorrere dall'anno 2010, gli oneri relativi ai diritti soggettivi di cui alle seguenti disposizioni non sono più finanziati a valere sul Fondo nazionale per le politiche sociali, di cui all'*articolo 20, comma 8, della legge 8 novembre 2000, n. 328*, bensì mediante appositi capitoli di spese obbligatorie iscritti nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali:

- a) *articolo 65 della legge 23 dicembre 1998, n. 448*, e successive modificazioni;
- b) *articoli 33, 74 e 75 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*;
- c) *articolo 39 della legge 28 dicembre 2001, n. 448*, e successive modificazioni;
- d) *articolo 3, comma 131, della legge 24 dicembre 2003, n. 350*.

104. In applicazione di quanto disposto dal comma 103, a decorrere dall'anno 2010 lo stanziamento del Fondo nazionale per le politiche sociali, di cui all'*articolo 20, comma 8, della legge 8 novembre 2000, n. 328*, è corrispondentemente ridotto.

105. All'*articolo 51, comma 1, del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 28 febbraio 2008, n. 31*, dopo le parole: «destinate al finanziamento degli interventi di cui all'elenco 1 della medesima legge» sono inserite le seguenti: «, nonché quelle decorrenti dall'anno 2010».

106. Le disposizioni recate dai commi da 107 a 125 sono approvate ai sensi e per gli effetti dell'*articolo 104 del testo unico delle leggi costituzionali concernenti lo statuto speciale per il Trentino-Alto Adige, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670*, e successive modificazioni.

107. A decorrere dal 1° gennaio 2010, al citato testo unico di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670*, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) sono abrogati la lettera d) del comma 2 dell'*articolo 69*, la lettera b) del comma 1 e il comma 2 dell'*articolo 75*, nonché l'*articolo 78*;
- b) all'*articolo 69, comma 2, lettera b)*, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «, determinata assumendo a riferimento i consumi finali»;
- c) all'*articolo 73* sono apportate le seguenti modificazioni:
 - 1) al comma 1 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Le tasse automobilistiche istituite con legge provinciale costituiscono tributi propri»;
 - 2) dopo il comma 1 è aggiunto il seguente:
«1-bis. Le province, relativamente ai tributi erariali per i quali lo Stato ne prevede la possibilità, possono in ogni caso modificare aliquote e prevedere esenzioni, detrazioni e deduzioni purché nei limiti delle aliquote superiori definite dalla normativa statale»;
- d) l'*articolo 74* è sostituito dal seguente:
«Art. 74. - 1. La regione e le province possono ricorrere all'indebitamento solo per il finanziamento di spese di investimento, per una cifra non superiore alle entrate correnti. È esclusa ogni garanzia dello Stato sui prestiti dalle stesse contratti»;
- e) la lettera e) del comma 1 dell'*articolo 75* è sostituita dalla seguente:

«e) i nove decimi dell'imposta sul valore aggiunto relativa all'importazione determinata assumendo a riferimento i consumi finali»;

f) la lettera f) del comma 1 dell'*articolo 75* è sostituita dalla seguente:

«f) i nove decimi del gettito dell'accisa sulla benzina, sugli oli da gas per autotrazione e sui gas petroliferi liquefatti per autotrazione erogati dagli impianti di distribuzione situati nei territori delle due province, nonché i nove decimi delle accise sugli altri prodotti energetici ivi consumati»;

g) dopo l'*articolo 75* è inserito il seguente:

«Art. 75-bis. - 1. Nell'ammontare delle quote di tributi erariali devolute alla regione e alle province sono comprese anche le entrate afferenti all'ambito regionale e provinciale affluite, in attuazione di disposizioni legislative o amministrative, a uffici situati fuori del territorio della regione e delle rispettive province.

2. La determinazione delle quote di cui al comma 1 è effettuata assumendo a riferimento indicatori od ogni altra documentazione idonea alla valutazione dei fenomeni economici che hanno luogo nel territorio regionale e provinciale.

3. Salvo quanto diversamente disposto con le disposizioni di cui all'articolo 107, i gettiti di spettanza provinciale dell'imposta sul reddito delle società e delle imposte sostitutive sui redditi di capitale, qualora non sia possibile la determinazione con le modalità di cui al comma 2, sono quantificati sulla base dell'incidenza media dei medesimi tributi sul prodotto interno lordo (PIL) nazionale da applicare al PIL regionale o provinciale accertato dall'Istituto nazionale di statistica»;

h) l'*articolo 79* è sostituito dal seguente:

«Art. 79. - 1. La regione e le province concorrono al conseguimento degli obiettivi di perequazione e di solidarietà e all'esercizio dei diritti e dei doveri dagli stessi derivanti nonché all'assolvimento degli obblighi di carattere finanziario posti dall'ordinamento comunitario, dal patto di stabilità interno e dalle altre misure di coordinamento della finanza pubblica stabilite dalla normativa statale:

a) con l'intervenuta soppressione della somma sostitutiva dell'imposta sul valore aggiunto all'importazione e delle assegnazioni a valere su leggi statali di settore;

b) con l'intervenuta soppressione della somma spettante ai sensi dell'articolo 78;

c) con il concorso finanziario ulteriore al riequilibrio della finanza pubblica mediante l'assunzione di oneri relativi all'esercizio di funzioni statali, anche delegate, definite d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, nonché con il finanziamento di iniziative e di progetti, relativi anche ai territori confinanti, complessivamente in misura pari a 100 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2010 per ciascuna provincia. L'assunzione di oneri opera comunque nell'importo di 100 milioni di euro annui anche se gli interventi nei territori confinanti risultino per un determinato anno di un importo inferiore a 40 milioni di euro complessivi;

d) con le modalità di coordinamento della finanza pubblica definite al comma 3.

2. Le misure di cui al comma 1 possono essere modificate esclusivamente con la procedura prevista dall'articolo 104 e fino alla loro eventuale modificazione costituiscono il concorso agli obiettivi di finanza pubblica di cui al comma 1.

3. Al fine di assicurare il concorso agli obiettivi di finanza pubblica, la regione e le province concordano con il Ministro dell'economia e delle finanze gli obblighi relativi al patto di stabilità interno con riferimento ai saldi di bilancio da conseguire in ciascun periodo. Fermi restando gli obiettivi complessivi di finanza pubblica, spetta alle province stabilire gli obblighi relativi al patto di stabilità interno e provvedere alle funzioni di coordinamento con riferimento agli enti locali, ai propri enti e organismi strumentali, alle aziende sanitarie, alle università non statali di cui all'*articolo 17, comma 120, della legge 15 maggio 1997, n. 127*, alle camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e agli altri enti od organismi a ordinamento regionale o provinciale finanziati dalle stesse in via ordinaria. Non si applicano le misure adottate per le regioni e per gli altri enti nel restante territorio nazionale. A decorrere dall'anno 2010, gli obiettivi del patto di stabilità interno sono determinati tenendo conto anche degli effetti positivi in termini di indebitamento netto derivanti dall'applicazione delle disposizioni recate dal presente articolo e dalle relative norme di attuazione. Le province vigilano sul raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica da parte degli enti di cui al presente comma ed esercitano sugli stessi il controllo successivo sulla gestione dando notizia degli esiti alla competente sezione della Corte dei conti.

4. Le disposizioni statali relative all'attuazione degli obiettivi di perequazione e di solidarietà, nonché al rispetto degli obblighi derivanti dal patto di stabilità interno, non trovano applicazione con riferimento alla regione e alle province e sono in ogni caso sostituite da quanto previsto dal presente articolo. La regione e le province provvedono alle finalità di coordinamento della finanza pubblica contenute in specifiche disposizioni legislative dello Stato, adeguando la propria legislazione ai principi costituenti limiti ai sensi degli articoli 4 e 5»;

i) dopo il comma 1 dell'*articolo 80* sono aggiunti i seguenti:

«1-bis. Nelle materie di competenza le province possono istituire nuovi tributi locali. Nel caso di tributi locali istituiti con legge dello Stato, la legge provinciale può consentire agli enti locali di modificare le aliquote e di introdurre esenzioni, detrazioni o deduzioni nei limiti delle aliquote superiori definite dalla normativa statale e può prevedere, anche in deroga alla disciplina statale, modalità di riscossione.

1-ter. Le compartecipazioni al gettito e le addizionali a tributi erariali che le leggi dello Stato attribuiscono agli enti locali spettano, con riguardo agli enti locali del rispettivo territorio, alle province. Ove la legge statale disciplini l'istituzione di addizionali tributarie comunque denominate da parte degli enti locali, alle relative finalità provvedono le province individuando criteri, modalità e limiti di applicazione di tale disciplina nel rispettivo territorio»;

l) l'*articolo 82* è sostituito dal seguente:

«Art. 82. - 1. Le attività di accertamento dei tributi nel territorio delle province sono svolte sulla base di indirizzi e obiettivi strategici definiti attraverso intese tra ciascuna provincia e il Ministro dell'economia e delle finanze e conseguenti accordi operativi con le agenzie fiscali»;

m) all'*articolo 83* è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «La regione e le province adeguano la propria normativa alla legislazione dello Stato in materia di armonizzazione dei bilanci pubblici».

108. Le quote dei proventi erariali spettanti alla regione Trentino-Alto Adige/Südtirol e alle province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi degli *articoli 69, 70 e 75 del citato testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670*, e successive modificazioni, a decorrere dal 1° gennaio 2011, sono riversate dalla struttura di gestione individuata dall'*articolo 22 del decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241*, per i tributi oggetto di versamento unificato e di compensazione, e dai soggetti a cui affluiscono, per gli altri tributi, direttamente alla regione e alle province autonome sul conto infruttifero, intestato ai medesimi enti, istituito presso la tesoreria provinciale dello Stato, nei modi e nei tempi da definire con apposito decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, adottato previa intesa con la regione e le province autonome. (124)

109. A decorrere dal 1° gennaio 2010 sono abrogati gli *articoli 5 e 6 della legge 30 novembre 1989, n. 386*; in conformità con quanto disposto dall'*articolo 8, comma 1, lettera f), della legge 5 maggio 2009, n. 42*, sono comunque fatti salvi i contributi erariali in essere sulle rate di ammortamento di mutui e prestiti obbligazionari accessi dalle province autonome di Trento e di Bolzano, nonché i rapporti giuridici già definiti. (83) (127)

110. A decorrere dal 1° gennaio 2010, il contributo di cui all'*articolo 334 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209*, relativamente agli intestatari delle carte di circolazione residenti nelle province autonome di Trento e di Bolzano, è attribuito alla rispettiva provincia. Gli assicuratori sono tenuti a scorporare dal totale dei contributi di cui al citato *articolo 334 del codice di cui al decreto legislativo n. 209 del 2005* le somme attribuite alle province autonome di Trento e di Bolzano e a effettuare distinti versamenti a favore di ogni singola provincia autonoma con le stesse modalità previste dal regolamento di cui al *decreto del Ministro delle finanze 14 dicembre 1998, n. 457*, per il versamento dell'imposta sulle assicurazioni per la responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore.

111. In applicazione dell'*articolo 75-bis del citato testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670*, introdotto dal comma 107, lettera g), del presente articolo, l'imposta sulle assicurazioni, esclusa quella per la responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore, è attribuita sulla base della distribuzione provinciale dei premi, contabilizzati dalle imprese di assicurazione e accertati dall'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo.

112. L'onere a carico dello Stato per il rimborso delle funzioni delegate in materia di viabilità statale, motorizzazione civile, collocamento al lavoro, catasto e opere idrauliche è stabilito nell'importo di 50 milioni di euro annui per ciascuna provincia autonoma per gli anni 2003 e successivi ed è erogato nella stessa misura annua a decorrere dall'anno 2010.

113. Il rimborso dovuto alla provincia autonoma di Bolzano per l'esercizio della delega in materia di ordinamento scolastico prevista dal *decreto legislativo 24 luglio 1996, n. 434*, per gli anni 2010 e successivi è determinato e corrisposto in 250 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2010. Le spettanze relative agli anni dal 2000 al 2005 sono determinate nell'importo già concordato e quelle per gli anni dal 2006 al 2009 sono definite entro l'anno 2010. Tali spettanze arretrate a tutto l'anno 2009 sono

corrisposte nell'importo di 100 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2010.

114. Resta ferma la corresponsione, con cadenza annuale dall'anno 2010, delle quote variabili maturate, ai sensi dell'*articolo 78 del citato testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670*, e successive modificazioni, e relative norme di attuazione, sino a tutto l'anno 2009. Le quote maturate sino all'anno 2005 sono definite entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge. Le quote relative agli anni dal 2006 al 2009 sono definite entro l'anno 2010.

115. Alle comunità costituite nella provincia autonoma di Trento ai sensi della *legge provinciale 16 giugno 2006, n. 3*, si applica la disposizione di cui all'*articolo 74, comma 1, del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917*, e successive modificazioni.

116. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge sono definite le norme di attuazione necessarie a seguito delle modificazioni del citato testo unico di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670*, introdotte dalla presente legge.

117. Secondo quanto previsto dall'*articolo 79, comma 1, lettera c), del citato testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670*, come sostituito dal comma 107, lettera h), del presente articolo, le province autonome di Trento e di Bolzano, nel rispetto del principio di leale collaborazione, concorrono al conseguimento di obiettivi di perequazione e di solidarietà attraverso il finanziamento di progetti, di durata anche pluriennale, per la valorizzazione, lo sviluppo economico e sociale, l'integrazione e la coesione dei territori dei comuni appartenenti alle province di regioni a statuto ordinario confinanti rispettivamente con la provincia autonoma di Trento e con la provincia autonoma di Bolzano. Ciascuna delle due province autonome assicura annualmente un intervento finanziario pari a 40 milioni di euro istituendo apposite postazioni nel bilancio pluriennale. (66) (114)

117-bis. Con successiva intesa tra le province autonome di Trento e di Bolzano e le regioni Lombardia e Veneto, il Ministero dell'economia e delle finanze e il Dipartimento per gli affari regionali della Presidenza del Consiglio dei ministri vengono definiti:

- a) i criteri di individuazione dei progetti e delle iniziative di cui al comma 117, riservando in ogni caso una quota di finanziamento a progetti a valenza sovrapregionale;
- b) le modalità di gestione delle risorse, garantendo l'erogazione dei finanziamenti annuali da parte delle province autonome di Trento e di Bolzano, di cui al comma 117;
- c) le modalità di gestione dei progetti approvati e finanziati nelle annualità 2010-2011 e 2012 dall'Organismo di indirizzo e delle relative risorse. (67) (131)

[118. Ai fini dell'attuazione del comma 117 è istituito un organismo di indirizzo composto da:

- a) due rappresentanti del Ministro dell'economia e delle finanze, di cui uno con funzioni di presidente, su indicazione del Ministro stesso;
- b) un rappresentante del Ministro per i rapporti con le regioni;
- c) un rappresentante del Ministro dell'interno;
- d) un rappresentante della provincia autonoma di Trento;
- e) un rappresentante della provincia autonoma di Bolzano;
- f) un rappresentante per ciascuna delle regioni a statuto ordinario di cui al comma 117. (68) (115)

]

[119. L'organismo di indirizzo di cui al comma 118 stabilisce gli indirizzi per la valutazione e l'approvazione dei progetti di cui al comma 117. (68) (116)]

[120. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, adottato su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, sentiti il Ministro per i rapporti con le regioni e il Ministro dell'interno, previo parere delle regioni a statuto ordinario di cui al comma 117 e d'intesa con le province autonome di Trento e di Bolzano, si provvede a:

- a) stabilire i criteri in base ai quali possono concorrere al finanziamento, presentando i progetti di cui al comma 117, oltre ai singoli comuni confinanti, anche forme associative tra più comuni confinanti e tra comuni confinanti e comuni ad essi contigui territorialmente;
- b) stabilire i criteri di ripartizione dei finanziamenti con riferimento ai diversi obiettivi di sviluppo e di integrazione e tra i diversi ambiti territoriali;

- c) disciplinare le modalità di erogazione dei finanziamenti da parte delle province autonome di Trento e di Bolzano;
- d) nominare i membri dell'organismo di indirizzo di cui al comma 118, sulla base delle designazioni presentate da ciascuno dei soggetti e organi rappresentati;
- e) disciplinare l'organizzazione e il funzionamento dell'organismo di indirizzo di cui al comma 118, in modo da garantire il carattere cooperativo delle decisioni;
- f) determinare le tipologie dei progetti di cui al comma 117, nonché le modalità e i termini per la presentazione degli stessi;
- g) stabilire i requisiti di ammissibilità dei progetti, al fine di assicurare il rispetto della normativa comunitaria in materia di aiuti di Stato;
- h) stabilire i criteri di valutazione dei progetti;
- i) stabilire i criteri e le modalità di verifica della regolare attuazione degli interventi previsti da ciascun progetto ammesso al finanziamento e del conseguimento degli obiettivi da essi perseguiti;
- l) disciplinare il funzionamento di appositi organi, che approvano annualmente i progetti e determinano i finanziamenti da parte delle province autonome spettanti a ciascuno di essi, sulla base degli indirizzi stabiliti dall'organismo di cui al comma 118; i suddetti organi sono composti in modo paritetico da rappresentanti delle province interessate e dello Stato. (68) (117)

]

[121. Ai componenti dell'organismo di gestione di cui al comma 118 non spetta alcun compenso. Gli oneri connessi alla partecipazione alle riunioni dello stesso sono a carico dei rispettivi soggetti e organi rappresentati, i quali provvedono a valere sugli ordinari stanziamenti di bilancio e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Per gli anni 2011 e 2012, previa intesa con le province autonome di Trento e di Bolzano, una parte dell'intervento finanziario di cui al comma 117, nella misura dello 0,6 per cento del totale, è riservata per le spese dell'organismo di indirizzo relative all'istruttoria e verifica dei progetti di cui al medesimo comma 117. (46) (68) (118)]

122. Nel rispetto dell'*articolo 33 della Costituzione* e dei principi fondamentali della legislazione statale, la provincia autonoma di Trento esercita, ai sensi degli *articoli 16 e 17 del citato testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670*, le funzioni, delegate alla medesima provincia autonoma a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, relative all'università degli studi di Trento, compreso il relativo finanziamento. L'onere per l'esercizio delle predette funzioni rimane a carico della provincia autonoma di Trento secondo quanto previsto dalla lettera c) del comma 1 dell'*articolo 79 del citato testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 670 del 1972*, come sostituito dal comma 107, lettera h), del presente articolo. (125)

123. La provincia autonoma di Bolzano, secondo quanto previsto dalla lettera c) del comma 1 dell'*articolo 79 del citato testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670*, come sostituito dal comma 107, lettera h), del presente articolo, assume il finanziamento sostenuto dallo Stato per la Libera università di Bolzano, i costi di funzionamento del conservatorio «Claudio Monteverdi» di Bolzano, quelli relativi al servizio di spedizione e recapito postale nell'ambito del territorio provinciale e al finanziamento di infrastrutture di competenza dello Stato sul territorio provinciale, nonché gli ulteriori oneri specificati mediante accordo tra il Governo, la regione Trentino-Alto Adige/Südtirol, la provincia autonoma di Trento e la provincia autonoma di Bolzano.

124. Sono delegate alle province autonome di Trento e di Bolzano le funzioni in materia di gestione di cassa integrazione guadagni, disoccupazione e mobilità, da esercitare sulla base di conseguenti intese con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali per coordinare e raccordare gli interventi, ivi compresa la possibilità di avvalersi dell'INPS sulla base di accordi con quest'ultimo. Le predette province autonome possono regolare la materia sulla base dei principi della legislazione statale, con particolare riguardo ai criteri di accesso, utilizzando risorse aggiuntive del proprio bilancio, senza oneri a carico dello Stato. L'onere per l'esercizio delle predette funzioni rimane a carico delle province autonome secondo quanto previsto dalla lettera c) del comma 1 dell'*articolo 79 del citato testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670*, come sostituito dal comma 107, lettera h), del presente articolo. (130)

125. Fino all'emanazione delle norme di attuazione che disciplinano l'esercizio delle funzioni delegate di cui ai commi 122, 123 e 124, lo Stato continua a esercitare le predette funzioni ferma restando l'assunzione degli oneri a carico delle province autonome di Trento e di Bolzano, a decorrere dal 1° gennaio 2010, secondo quanto previsto dalla lettera c) del comma 1 dell'*articolo 79 del citato testo unico*

di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670, come sostituito dal comma 107, lettera h), del presente articolo.

126. Le maggiori entrate e le minori spese derivanti dall'attuazione dei commi da 105 a 125 affluiscono al fondo di cui al comma 250, con le medesime modalità ivi previste.

127. Lo stanziamento di cui all'*articolo 1, comma 4, del decreto-legge 27 maggio 2008, n. 93*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 luglio 2008, n. 126*, e all'*articolo 2, comma 8, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 4 dicembre 2008, n. 189*, è integrato:

- a) per l'anno 2008 di 156 milioni di euro;
- b) dall'anno 2009 di 760 milioni di euro annui.

128. Il terzo periodo del comma 4 dell'*articolo 1 del decreto-legge 27 maggio 2008, n. 93*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 luglio 2008, n. 126*, è soppresso.

129. Le disponibilità del fondo di cui all'*articolo 7-quinquies, comma 1, del decreto-legge 10 febbraio 2009, n. 5*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 9 aprile 2009, n. 33*, come integrate dall'*articolo 1, comma 5, del decreto-legge 23 novembre 2009, n. 168*, nonché ai sensi della presente legge, sono ridotte di 3.690 milioni di euro per l'anno 2010, di 1.379 milioni di euro per l'anno 2011, di 2.560 milioni di euro per l'anno 2012 e di 760 milioni di euro a decorrere dall'anno 2013. Le disponibilità del Fondo strategico per il Paese a sostegno dell'economia reale, istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, di cui all'*articolo 18, comma 1, lettera b-bis), del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 28 gennaio 2009, n. 2*, e successive modificazioni, sono ridotte di 120 milioni di euro per l'anno 2010.

130. Il comma 2 dell'*articolo 19 del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 28 gennaio 2009, n. 2*, è sostituito dal seguente:

«2. In via sperimentale per il biennio 2010-2011, a valere sulle risorse di cui al comma 1 e comunque nei limiti di 200 milioni di euro per ciascuno degli anni 2010 e 2011, e nei soli casi di fine lavoro, fermo restando quanto previsto dai commi 8, secondo periodo, e 10, è riconosciuta una somma liquidata in un'unica soluzione, pari al 30 per cento del reddito percepito l'anno precedente e comunque non superiore a 4.000 euro, ai collaboratori coordinati e continuativi di cui all'*articolo 61, comma 1, del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276*, iscritti in via esclusiva alla Gestione separata presso l'INPS di cui all'*articolo 2, comma 26, della legge 8 agosto 1995, n. 335*, con esclusione dei soggetti individuati dall'*articolo 1, comma 212, della legge 23 dicembre 1996, n. 662*, i quali soddisfino in via congiunta le seguenti condizioni: a) operino in regime di monocommittenza; b) abbiano conseguito l'anno precedente un reddito lordo non superiore a 20.000 euro e non inferiore a 5.000 euro; c) con riguardo all'anno di riferimento sia accreditato, presso la predetta Gestione separata di cui all'*articolo 2, comma 26, della legge n. 335 del 1995*, un numero di mensilità non inferiore a uno; d) risultino senza contratto di lavoro da almeno due mesi; e) risultino accreditate nell'anno precedente almeno tre mensilità presso la predetta Gestione separata di cui all'*articolo 2, comma 26, della legge n. 335 del 1995*. Restano fermi i requisiti di accesso e la misura del trattamento vigenti alla data del 31 dicembre 2009 per coloro che hanno maturato il diritto entro tale data».

131. Dopo il comma 2-bis dell'*articolo 19 del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 28 gennaio 2009, n. 2*, è inserito il seguente:

«2-ter. In via sperimentale per l'anno 2010, per l'indennità ordinaria di disoccupazione non agricola con requisiti normali di cui all'*articolo 19, primo comma, del regio decreto-legge 14 aprile 1939, n. 636*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 luglio 1939, n. 1272*, ai fini del perfezionamento del requisito contributivo si computano anche i periodi svolti nel biennio precedente in via esclusiva sotto forma di collaborazione coordinata e continuativa, anche a progetto, nella misura massima di tredici settimane. Per quantificare i periodi di copertura assicurativa svolti sotto forma di collaborazione coordinata e continuativa si calcola l'equivalente in giornate lavorative, dividendo il totale dell'imponibile contributivo ai fini della Gestione separata nei due anni precedenti per il minimale di retribuzione giornaliera». (42)

132. In via sperimentale per l'anno 2010, ai beneficiari di qualsiasi trattamento di sostegno al reddito non connesso a sospensioni dal lavoro, ai sensi della legislazione vigente in materia di ammortizzatori sociali, che abbiano almeno trentacinque anni di anzianità contributiva e che accettino un'offerta di lavoro che

preveda l'inquadramento in un livello retributivo inferiore di almeno il 20 per cento a quello corrispondente alle mansioni di provenienza, è riconosciuta la contribuzione figurativa integrativa, fino alla data di maturazione del diritto al pensionamento e comunque non oltre la data del 31 dicembre 2010 (56) (109).

133. La contribuzione figurativa integrativa è pari alla differenza tra il contributo accreditato nelle mansioni di provenienza e il contributo obbligatorio spettante in relazione al lavoro svolto ai sensi del comma 132. Tale beneficio è concesso a domanda nel limite di 40 milioni di euro per l'anno 2010. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono disciplinate le modalità di attuazione del presente comma (110) .

134. In via sperimentale per l'anno 2010, la riduzione contributiva prevista dall'*articolo 8, comma 2, e dall'articolo 25, comma 9, della legge 23 luglio 1991, n. 223*, è estesa, comunque non oltre la data del 31 dicembre 2010, ai datori di lavoro che assumono i beneficiari dell'indennità di disoccupazione non agricola con requisiti normali di cui all'*articolo 19, primo comma, del regio decreto-legge 14 aprile 1939, n. 636*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 luglio 1939, n. 1272*, che abbiano almeno cinquanta anni di età. La durata della riduzione contributiva prevista dal citato *articolo 8, comma 2, e dal citato articolo 25, comma 9, della legge n. 223 del 1991* è prolungata, per chi assume lavoratori in mobilità o che beneficiano dell'indennità di disoccupazione non agricola con requisiti normali, che abbiano almeno trentacinque anni di anzianità contributiva, fino alla data di maturazione del diritto al pensionamento e comunque non oltre la data del 31 dicembre 2010 (57) (105) .

135. Il beneficio di cui al comma 134 è concesso a domanda nel limite di 120 milioni di euro per l'anno 2010. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono disciplinate le modalità di attuazione del comma 134 e del presente comma (106) .

136. Sono prorogate, per l'anno 2010, le disposizioni di cui ai commi 10-bis, 11, 13, 14, 15 e 16 dell'*articolo 19 del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 28 gennaio 2009, n. 2*, e successive modificazioni. Al comma 10-bis del medesimo *articolo 19*, dopo le parole: «in caso di licenziamento» sono inserite le seguenti: «o di cessazione del rapporto di lavoro».

137. L'intervento di cui all'*articolo 19, comma 12, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 28 gennaio 2009, n. 2*, è prorogato per l'anno 2010 nel limite di spesa di 15 milioni di euro.

138. In attesa della riforma degli ammortizzatori sociali per l'anno 2010 e nel limite delle risorse di cui al comma 140, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, può disporre, sulla base di specifici accordi governativi e per periodi non superiori a dodici mesi, in deroga alla normativa vigente, la concessione, anche senza soluzione di continuità, di trattamenti di cassa integrazione guadagni, di mobilità e di disoccupazione speciale, anche con riferimento a settori produttivi e ad aree regionali. Nell'ambito delle risorse finanziarie destinate per l'anno 2010 alla concessione in deroga alla normativa vigente, anche senza soluzione di continuità, di trattamenti di cassa integrazione guadagni, di mobilità e di disoccupazione speciale, i trattamenti concessi ai sensi dell'*articolo 2, comma 36, della legge 22 dicembre 2008, n. 203*, e successive modificazioni, e dell'*articolo 19, comma 9, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 28 gennaio 2009, n. 2*, e successive modificazioni, possono essere prorogati, sulla base di specifici accordi governativi e per periodi non superiori a dodici mesi, con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze. La misura dei trattamenti di cui al periodo precedente è ridotta del 10 per cento nel caso di prima proroga, del 30 per cento nel caso di seconda proroga e del 40 per cento nel caso di proroghe successive. I trattamenti di sostegno del reddito, nel caso di proroghe successive alla seconda, possono essere erogati esclusivamente nel caso di frequenza di specifici programmi di reimpiego, anche miranti alla riqualificazione professionale, organizzati dalla regione (111) .

139. Al fine di garantire criteri omogenei di accesso a tutte le forme di integrazione del reddito, si applicano anche ai lavoratori destinatari della cassa integrazione guadagni in deroga e della mobilità in deroga, rispettivamente, le disposizioni di cui all'*articolo 8, comma 3, del decreto-legge 21 marzo 1988, n. 86*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 20 maggio 1988, n. 160*, e di cui all'*articolo 16, comma 1,*

della legge 23 luglio 1991, n. 223. Con riferimento ai lavoratori di cui al primo periodo, ai fini del calcolo del requisito di cui al citato articolo 16, comma 1, della legge n. 223 del 1991, si considerano valide anche eventuali mensilità accreditate dalla medesima impresa presso la Gestione separata di cui all'articolo 2, comma 26, della legge 8 agosto 1995, n. 335, con esclusione dei soggetti individuati ai sensi dell'articolo 1, comma 212, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per i soggetti che abbiano conseguito in regime di monocommittenza un reddito superiore a 5.000 euro complessivamente riferito a dette mensilità.

140. Gli oneri derivanti dai commi da 136 a 139 sono posti a carico delle risorse di cui alla delibera del CIPE n. 2/2009 del 6 marzo 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18 aprile 2009, al netto delle risorse anticipate al 2009 dalla delibera del CIPE n. 70/2009 del 31 luglio 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 258 del 5 novembre 2009, e delle risorse individuate per l'anno 2010 dall'articolo 1, commi 2 e 6, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102.

141. All'articolo 19 del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2, come da ultimo modificato dalla presente legge, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) dopo il comma 4 è inserito il seguente:

«4-bis. Al fine di favorire il reinserimento al lavoro, l'INPS comunica al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, per la successiva pubblicazione nella borsa continua nazionale del lavoro di cui all'articolo 15 del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276, e successive modificazioni, i dati relativi ai percettori di misure di sostegno al reddito per i quali la normativa vigente prevede, a favore dei datori di lavoro, incentivi all'assunzione ovvero, in capo al prestatore di lavoro, l'obbligo di accettare un'offerta formativa o un'offerta di lavoro congruo»;

b) al comma 7:

1) al terzo periodo, le parole: «per l'anno 2009» sono sostituite dalle seguenti: «per gli anni 2009 e 2010»;

2) sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «Nel caso di proroga dei trattamenti di cassa integrazione guadagni in deroga alla normativa vigente, i fondi interprofessionali per la formazione continua di cui all'articolo 118 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, e successive modificazioni, possono concorrere, nei limiti delle risorse disponibili, al trattamento spettante ai lavoratori dipendenti da datori di lavoro iscritti ai fondi medesimi. In caso di indennità di mobilità in deroga alla normativa vigente concessa ai dipendenti licenziati da datori di lavoro iscritti ai fondi interprofessionali per la formazione continua, il concorso finanziario dei fondi medesimi può essere previsto, nell'ambito delle risorse disponibili, nei casi di prima concessione in deroga. I fondi interprofessionali per la formazione continua e i fondi di cui all'articolo 12 del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276, e successive modificazioni, possono accedere alla banca dati di cui al comma 4 del presente articolo, per la gestione dei relativi trattamenti e lo scambio di informazioni».

142. All'articolo 20 del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 5, lettera b), le parole: «ovvero presso unità produttive nelle quali sia operante una sospensione dei rapporti» sono sostituite dalle seguenti: «, a meno che tale contratto sia stipulato per provvedere alla sostituzione di lavoratori assenti ovvero sia concluso ai sensi dell'articolo 8, comma 2, della legge 23 luglio 1991, n. 223, ovvero abbia una durata iniziale non superiore a tre mesi. Salva diversa disposizione degli accordi sindacali, il divieto opera altresì presso unità produttive nelle quali sia operante una sospensione dei rapporti»;

b) dopo il comma 5 è aggiunto il seguente:

«5-bis. Qualora il contratto di somministrazione preveda l'utilizzo di lavoratori assunti dal somministratore ai sensi dell'articolo 8, comma 2, della legge 23 luglio 1991, n. 223, non operano le disposizioni di cui ai commi 3 e 4 del presente articolo. Ai contratti di lavoro stipulati con lavoratori in mobilità ai sensi del presente comma si applica il citato articolo 8, comma 2, della legge n. 223 del 1991».

143. Il comma 46 dell'articolo 1 della legge 24 dicembre 2007, n. 247, è abrogato. Dalla data di entrata in vigore della presente legge trovano applicazione le disposizioni in materia di somministrazione di lavoro a tempo indeterminato di cui al titolo III, capo I, del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276, come da ultimo modificato dalla presente legge, e all'articolo 20, comma 3, del medesimo decreto legislativo n. 276 del 2003 sono apportate le seguenti modificazioni:

a) alla lettera i), le parole: «o territoriali» sono sostituite dalle seguenti: «, territoriali o aziendali»;

b) dopo la lettera i) è aggiunta la seguente:

«i-bis) in tutti i settori produttivi, pubblici e privati, per l'esecuzione di servizi di cura e assistenza alla persona e di sostegno alla famiglia».

144. Per la realizzazione delle misure sperimentali di cui ai commi 145 e 146, finalizzate all'inserimento o al reinserimento nel mercato del lavoro di lavoratori svantaggiati, individuati ai sensi del regolamento (CE) n. 800/2008 della Commissione, del 6 agosto 2008, è autorizzata la spesa di 65 milioni di euro per l'anno 2010.

145. Alle agenzie per il lavoro di cui agli *articoli 4 e 5 del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276*, e successive modificazioni, è concesso, nei limiti delle risorse di cui al comma 144 del presente articolo:

a) un incentivo di 1.200 euro per ogni lavoratore oggetto di intermediazione che viene assunto con contratto a tempo indeterminato o con contratto a termine di durata non inferiore a due anni, con esclusione della somministrazione di lavoro e del contratto di lavoro intermittente;

b) un incentivo di 800 euro per ogni lavoratore oggetto di intermediazione che viene assunto con contratto a termine di durata compresa tra uno e due anni, con esclusione della somministrazione di lavoro e del contratto di lavoro intermittente;

c) un incentivo tra 2.500 e 5.000 euro per l'assunzione, con contratto a tempo indeterminato, di inserimento al lavoro o a termine non inferiore a dodici mesi, dei lavoratori disabili iscritti nelle liste speciali che presentino particolari caratteristiche e difficoltà di inserimento nel ciclo lavorativo ordinario.

146. Gli incentivi di cui al comma 145 possono essere riconosciuti, alle stesse condizioni di cui al medesimo comma, anche agli operatori privati del lavoro accreditati ai sensi dell'*articolo 7 del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276*, anche mediante elenchi regionali sperimentali o provvisori.

147. La gestione delle misure di cui ai commi da 144 a 146 è affidata alla società Italia Lavoro Spa, d'intesa con la Direzione generale degli ammortizzatori sociali e incentivi all'occupazione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Entro il 31 luglio 2011, la società Italia Lavoro Spa provvede a effettuare la verifica e il monitoraggio degli effetti delle disposizioni di cui ai predetti commi da 144 a 146, identificando i costi e l'impatto delle misure, nonché la nuova occupazione generata per area territoriale, età, genere e professionalità.

148. All'*articolo 70 del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276*, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) alla lettera b) del comma 1, dopo le parole: «parchi e monumenti» sono aggiunte le seguenti: «, anche nel caso in cui il committente sia un ente locale»;

b) la lettera e) del comma 1 è sostituita dalla seguente:

«e) di qualsiasi settore produttivo, compresi gli enti locali, le scuole e le università, il sabato e la domenica e durante i periodi di vacanza da parte di giovani con meno di venticinque anni di età se regolarmente iscritti a un ciclo di studi presso un istituto scolastico di qualsiasi ordine e grado, compatibilmente con gli impegni scolastici, ovvero in qualunque periodo dell'anno se regolarmente iscritti a un ciclo di studi presso l'università»;

c) alla lettera g) del comma 1, le parole: «, limitatamente al commercio, al turismo e ai servizi» sono soppresse;

d) alla lettera h-bis) del comma 1, dopo le parole: «settore produttivo» sono inserite le seguenti: «, compresi gli enti locali,»;

e) dopo la lettera h-bis) del comma 1 è aggiunta la seguente:

«h-ter) di attività di lavoro svolte nei maneggi e nelle scuderie»;

f) al comma 1 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «In via sperimentale per l'anno 2010, per prestazioni di lavoro accessorio si intendono anche le attività lavorative di natura occasionale rese nell'ambito di qualsiasi settore produttivo da parte di prestatori di lavoro titolari di contratti di lavoro a tempo parziale, con esclusione della possibilità di utilizzare i buoni lavoro presso il datore di lavoro titolare del contratto a tempo parziale»;

g) al comma 1-bis, le parole: «per il 2009» sono sostituite dalle seguenti: «per gli anni 2009 e 2010» e dopo le parole: «in tutti i settori produttivi» sono inserite le seguenti: «, compresi gli enti locali,».

149. Dopo il comma 2-bis dell'*articolo 70 del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276*, è aggiunto il seguente:

«2-ter. Il ricorso a prestazioni di lavoro accessorio da parte di un committente pubblico e degli enti locali è consentito nel rispetto dei vincoli previsti dalla vigente disciplina in materia di contenimento delle spese di personale e ove previsto dal patto di stabilità interno».

150. Con effetto dal 1° gennaio 2010, ai trattamenti di cui all'*articolo 9 della legge 6 agosto 1975, n. 427*, e successive modificazioni, si applicano le disposizioni di cui all'*articolo 1, comma 27, della legge 24 dicembre 2007, n. 247*.

151. In via sperimentale per l'anno 2010, nel limite di 12 milioni di euro, ai datori di lavoro, che non abbiano effettuato nei dodici mesi precedenti riduzione di personale avente la stessa qualifica dei lavoratori da assumere e che non abbiano sospensioni dal lavoro ai sensi dell'*articolo 1 della legge 23 luglio 1991, n. 223*, e successive modificazioni, che senza esservi tenuti assumono a tempo pieno e indeterminato lavoratori destinatari dell'indennità di cui all'*articolo 19, primo comma, del regio decreto-legge 14 aprile 1939, n. 636*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 luglio 1939, n. 1272*, e dell'indennità di cui all'*articolo 9 della legge 6 agosto 1975, n. 427*, e successive modificazioni, è concesso dall'INPS un incentivo pari all'indennità spettante al lavoratore nel limite di spesa del trattamento spettante e con esclusione di quanto dovuto a titolo di contribuzione figurativa per il numero di mensilità di trattamento di sostegno al reddito non erogate. Tale incentivo è erogato, a domanda e nei limiti delle risorse di cui al primo periodo del presente comma, attraverso il conguaglio con le somme dovute dai datori di lavoro a titolo di contributi previdenziali, fermo restando quanto previsto dall'*articolo 8, comma 4-bis, della citata legge n. 223 del 1991*. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono disciplinate le modalità di attuazione del presente comma (58) (107).

152. All'*articolo 9-bis, comma 5, ultimo periodo, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 3 agosto 2009, n. 102*, dopo le parole: «Ministro dell'economia e delle finanze» sono inserite le seguenti: «, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali,».

153. L'*articolo 63, comma 6, 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*, si interpreta nel senso che il valore del salario medio convenzionale, da definire secondo le modalità stabilite nello stesso comma, ai fini della contribuzione, è il medesimo di quello che deve essere utilizzato per la determinazione della retribuzione pensionabile ai fini del calcolo delle prestazioni previdenziali.

154. All'*articolo 118, comma 16, della legge 23 dicembre 2000, n. 388*, e successive modificazioni, dopo le parole: «e di 80 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009» sono inserite le seguenti: «, nonché di 100 milioni di euro per l'anno 2010, di cui il 20 per cento destinato prioritariamente all'attuazione degli *articoli 48 e 50 del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276*, e successive modificazioni».

155. Dopo il comma 1 dell'*articolo 53 del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276*, è inserito il seguente:

«1-bis. I contratti collettivi di lavoro stipulati a livello nazionale, territoriale o aziendale dalle associazioni dei datori e dei prestatori di lavoro comparativamente più rappresentative sul piano nazionale possono stabilire la retribuzione dell'apprendista in misura percentuale della retribuzione spettante ai lavoratori addetti a mansioni o funzioni che richiedono qualificazioni corrispondenti a quelle per il conseguimento delle quali è finalizzato il contratto. La retribuzione così determinata deve essere graduale anche in rapporto all'anzianità di servizio».

156. Al *decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 28 gennaio 2009, n. 2*, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'*articolo 4, comma 3*, dopo le parole: «Nell'anno 2009» sono inserite le seguenti: «e nell'anno 2010» e dopo le parole: «60 milioni di euro» è inserita la seguente: «annui»;

b) all'*articolo 5, comma 1*, le parole: «31 dicembre 2009» sono sostituite dalle seguenti: «31 dicembre 2010».

157. Ai fini dell'applicazione del comma 156, i limiti di reddito indicati nelle disposizioni richiamate nel predetto comma sono da riferire all'anno 2009.

158. Il Fondo sociale per occupazione e formazione, di cui all'*articolo 18, comma 1, lettera a), del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 28 gennaio 2009, n. 2*, è ridotto di 100 milioni di euro per l'anno 2010.

159. Al comma 2 dell'*articolo 20 del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 3 agosto 2009, n. 102*, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Per l'anno 2010 l'INPS effettua, con le risorse umane e finanziarie previste a legislazione vigente, in via aggiuntiva all'ordinaria attività di accertamento della permanenza dei requisiti sanitari e reddituali, un programma di 100.000 verifiche nei confronti dei titolari di benefici economici di invalidità civile».

160. Agli oneri derivanti dall'attuazione dei commi da 130 a 157, pari a 1.125 milioni di euro per l'anno 2010, a 259 milioni di euro per l'anno 2011 e a 5 milioni di euro per l'anno 2012, si provvede, quanto a 150 milioni di euro per l'anno 2010, ai sensi dei commi 158 e 159, quanto a 975 milioni di euro per l'anno 2010, a 259 milioni di euro per l'anno 2011 e a 5 milioni di euro per l'anno 2012, mediante corrispondente riduzione delle disponibilità del fondo di cui all'*articolo 7-quinquies, comma 1, del decreto-legge 10 febbraio 2009, n. 5*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 9 aprile 2009, n. 33*, come integrate dall'*articolo 1, comma 5, del decreto-legge 23 novembre 2009, n. 168*, nonché ai sensi della presente legge.

161. Le disposizioni dei commi da 162 a 182 hanno l'obiettivo di contribuire al riequilibrio economico del territorio nazionale attraverso lo sviluppo del credito nel Mezzogiorno.

162. Gli strumenti e le istituzioni previsti ai sensi dei commi da 165 a 182 mirano:

- a) ad aumentare la capacità di offerta del sistema bancario e finanziario del Mezzogiorno;
- b) a sostenere le iniziative imprenditoriali maggiormente meritevoli di credito, incidendo sui costi di approvvigionamento delle risorse finanziarie necessarie agli investimenti;
- c) a canalizzare il risparmio verso iniziative economiche che creano occupazione nel Mezzogiorno.

163. Nell'attuare le disposizioni di cui ai commi da 161 a 182, lo Stato assume un ruolo di facilitatore di processi e dell'iniziativa privata. Le norme vengono attuate nel rispetto della vigente normativa nazionale e dell'Unione europea e in particolare nell'ambito delle normative vigenti in materia di aiuti di Stato.

164. L'attuazione delle operazioni di cui ai commi da 165 a 171 e da 178 a 182 è subordinata, ove necessario, all'autorizzazione della Commissione europea, con le procedure previste dall'*articolo 108, paragrafo 3, del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea*.

165. È istituito il Comitato promotore della «Banca del Mezzogiorno Spa», di seguito denominata: «Banca», di cui all'*articolo 6-ter del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133*. Il Comitato è composto da un numero massimo di quindici membri nominati dal Presidente del Consiglio dei ministri su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, anche in rappresentanza delle categorie economiche e sociali, di cui almeno cinque espressione di soggetti bancari e finanziari aventi sede legale in una delle regioni del Mezzogiorno (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sardegna e Sicilia), almeno uno espressione dell'imprenditorialità giovanile e uno della società Poste italiane Spa. Il Comitato promotore è costituito senza oneri per la finanza pubblica.

166. È compito del Comitato promotore individuare e selezionare i soci fondatori, diversi dallo Stato, tra banche operanti nel Mezzogiorno, imprenditori o associazioni di imprenditori, società a partecipazione pubblica nonché tra altri soggetti che condividano le finalità e le attività della Banca così come definite dal comma 169. Il Comitato promotore, tra l'altro, definisce le regole di governo della Banca, gli apporti minimi di capitale necessari a soggetti diversi dallo Stato per partecipare in qualità di soci e le specifiche funzioni e attività in relazione a quanto definito dalla presente disposizione.

167. Per avviare l'iniziativa e favorire l'aggregazione di una maggioranza rappresentata da soggetti privati in accordo con la normativa in materia di aiuti di Stato, considerata la fase di difficoltà del sistema creditizio nazionale e internazionale, lo Stato partecipa al capitale sociale con una quota di importo non

superiore a quello delle risorse iscritte in bilancio ai sensi dell'*articolo 6-ter del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133*, e mantenute nel conto dei residui del corrente esercizio finanziario.

168. La Banca agisce attraverso la rete delle banche e delle istituzioni che aderiscono all'iniziativa con l'acquisto di azioni e può stipulare apposite convenzioni con la società Poste italiane Spa. L'adesione implica, per le attività, i prodotti e i servizi sviluppati o diffusi congiuntamente, l'affiancamento del marchio della Banca a quello proprio. L'adesione implica inoltre la preliminare definizione di modalità operative e di governo sinergiche, orientate a far identificare la Banca con la rete delle banche e delle istituzioni aderenti.

169. La Banca opera con la rete di cui al comma 168 per almeno cinque anni come istituzione finanziaria di secondo livello, sostenendo progetti di investimento nel Mezzogiorno e promuovendo in particolare il credito alle piccole e medie imprese, anche con il supporto di intermediari finanziari aventi un adeguato livello di patrimonializzazione. Il sostegno deve essere prioritariamente indirizzato a favorire la nascita di nuove imprese, l'imprenditorialità giovanile e femminile, l'aumento dimensionale e l'internazionalizzazione, la ricerca e l'innovazione, al fine di creare maggiore occupazione. In particolare, come servizio reso alla rete delle banche e delle istituzioni aderenti, la Banca può:

a) favorire lo sviluppo di servizi e strumenti finanziari per il credito di medio e lungo termine e per il capitale di rischio nel Mezzogiorno, anche con l'emissione di obbligazioni e passività esplicitamente indirizzate a finanziare le piccole e medie imprese che investono nel Mezzogiorno; tali emissioni godono del regime di favore fiscale stabilito nei commi da 178 a 181;

b) emettere obbligazioni per finanziare specifici progetti infrastrutturali nel Mezzogiorno. L'emissione di tali obbligazioni, nei primi due anni dalla data della prima emissione, può essere assistita dalla garanzia dello Stato, che copre il capitale e gli interessi. Le obbligazioni sono emesse a condizioni di mercato e hanno durata non inferiore a tre anni. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze sono fissati criteri, modalità e condizioni economiche per la concessione della garanzia dello Stato nonché il volume complessivo di obbligazioni sul quale può essere prestata la garanzia stessa. La garanzia dello Stato è inserita nell'elenco allegato allo stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze ai sensi dell'*articolo 13 della legge 5 agosto 1978, n. 468*. Ai relativi eventuali oneri si provvede ai sensi dell'*articolo 7, secondo comma, numero 2), della medesima legge n. 468 del 1978*, con imputazione nell'ambito dell'unità previsionale di base 8.1.7 dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze. Il Ministero dell'economia e delle finanze effettua un monitoraggio semestrale al fine di verificare eventuali effetti di tali operazioni sui saldi di finanza pubblica e di individuare conseguentemente idonei mezzi di copertura finanziaria;

c) acquisire dalle banche aderenti mutui a medio o lungo termine erogati a piccole e medie imprese del Mezzogiorno aventi adeguato merito di credito, per creare portafogli efficienti in termini di diversificazione e riduzione del rischio da cedere al mercato. Eventuali emissioni di titoli rappresentativi di tali portafogli possono essere assistite dalla garanzia del Fondo di cui all'*articolo 2, comma 100, lettera a), della legge 23 dicembre 1996, n. 662*, a seguito di istruttoria sul sottostante eseguita dal Comitato di gestione del Fondo stesso. Con decreto del Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono stabiliti criteri e modalità per la concessione della garanzia, ivi inclusi le condizioni economiche e l'ammontare massimo che può essere assistito dalla garanzia del Fondo citato;

d) offrire consulenza e assistenza alle piccole e medie imprese per l'utilizzo degli strumenti di agevolazione messi a disposizione da amministrazioni pubbliche, istituzioni multilaterali e organismi sovranazionali;

e) stimolare e sostenere la nascita di nuove banche a vocazione territoriale nelle aree del Mezzogiorno.

170. Entro due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Comitato promotore presenta una relazione al Ministro dell'economia e delle finanze sullo stato di avanzamento del progetto. Con successivo decreto, il Ministro dell'economia e delle finanze può revocare il finanziamento come socio fondatore, se lo stato di avanzamento non è ritenuto soddisfacente. In ogni caso, le necessarie autorizzazioni di cui all'*articolo 14 del testo unico delle leggi in materia bancaria e creditizia, di cui al decreto legislativo 1° settembre 1993, n. 385*, e successive modificazioni, devono essere richieste entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

171. Al termine della fase di avvio e, comunque, decorsi cinque anni dall'inizio dell'operatività della Banca,

l'intera partecipazione posseduta dallo Stato, tranne un'azione, è ridistribuita tra i soci fondatori privati. I soci fondatori prevedono nello statuto le modalità per l'acquisizione delle azioni sottoscritte dallo Stato al momento della fondazione. Ogni altra partecipazione detenuta da un ente appartenente alla pubblica amministrazione compreso nell'elenco dell'Istituto nazionale di statistica pubblicato ai sensi dell'*articolo 1, comma 5, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, deve prevedere un trattamento analogo a quello delle azioni possedute dallo Stato. Resta fermo che la partecipazione pubblica non può in nessun caso e in nessun momento rappresentare la maggioranza delle azioni sottoscritte.

172. Per favorire la crescita di una rete bancaria sul territorio e sostenere la crescita della Banca, alle banche di credito cooperativo autorizzate all'attività bancaria successivamente alla data di entrata in vigore della presente legge e che partecipano al capitale della Banca è consentita, per un periodo massimo di cinque anni dalla data dell'autorizzazione stessa, l'emissione di azioni di finanziamento di cui all'articolo 2526 del codice civile. Le azioni sono sottoscrivibili solo da parte di fondi mutualistici per la promozione e lo sviluppo della cooperazione, di cui alla *legge 31 gennaio 1992, n. 59*, in deroga ai limiti di cui all'*articolo 34, commi 2 e 4, del testo unico delle leggi in materia bancaria e creditizia, di cui al decreto legislativo 1° settembre 1993, n. 385*, e successive modificazioni.

173. Se necessario, in base alla normativa vigente, il Ministro dell'economia e delle finanze con propri decreti può autorizzare enti e società partecipati dal Ministero dell'economia e delle finanze a contribuire, in qualità di soci finanziatori, alla sottoscrizione del capitale di banche di credito cooperativo che partecipano al capitale della Banca e autorizzate all'attività bancaria successivamente alla data di entrata in vigore della presente legge e comunque non oltre cinque anni dalla medesima data.

174. L'ammontare del capitale complessivamente sottoscrivibile dai soci finanziatori di cui al comma 172 non può superare la misura di un terzo del capitale sociale esistente al momento dell'emissione delle azioni di finanziamento. Le azioni di finanziamento non possono essere cedute con effetto verso la Banca, se la cessione non è autorizzata dal consiglio di amministrazione.

175. Ciascun socio finanziatore ha un voto, qualunque sia il numero delle azioni di finanziamento possedute. La categoria dei soci finanziatori ha il diritto di designare un componente del consiglio di amministrazione e un componente del collegio sindacale.

176. Le azioni di finanziamento devono essere rimborsate decorsi dieci anni dalla loro sottoscrizione. Le modalità di liquidazione delle partecipazioni acquisite ai sensi del primo periodo sono stabilite in un apposito piano predisposto dalla Banca e sottoposto alla preventiva approvazione della Banca d'Italia.

177. Con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, sentita la Banca d'Italia, sono stabilite le disposizioni attuative dei commi da 172 a 176.

[178. Al fine di favorire la canalizzazione del risparmio verso iniziative economiche che creano occupazione nel Mezzogiorno o che perseguono finalità etiche nel Mezzogiorno:

a) le disposizioni del *decreto legislativo 1° aprile 1996, n. 239*, si applicano agli strumenti finanziari con scadenza non inferiore a diciotto mesi, sottoscritti da persone fisiche non esercenti attività di impresa ed emessi da banche per sostenere progetti di investimento di medio e lungo termine di piccole e medie imprese del Mezzogiorno o per sostenere progetti etici nel Mezzogiorno. Sugli interessi relativi ai suddetti titoli di cui all'*articolo 2 del citato decreto legislativo n. 239 del 1996* si applica un'aliquota di favore nella misura del 5 per cento;

b) l'imposta di cui alla lettera a) si applica sugli interessi relativi a un ammontare di titoli non superiore a 100.000 euro per ciascun sottoscrittore e a condizione che il periodo di tempo intercorrente tra le operazioni di acquisto e di cessione dei titoli non sia inferiore a dodici mesi. (48)

]

[179. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, sentite le competenti autorità di vigilanza, sono stabilite le modalità attuative dei commi da 178 a 182, ivi inclusi le modalità di rendicontazione delle iniziative in tal modo finanziate, i limiti annuali di emissioni che possono beneficiare dell'imposta sostitutiva nella misura fissata nel comma 178 e le caratteristiche dei progetti etici. (48)]

[180. Il beneficio fiscale è concesso con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, previa verifica della conformità dello strumento con le finalità di cui ai commi da 178 a 182 e del rispetto delle condizioni fissate nel decreto di cui al comma 179. Il beneficio fiscale si applica agli strumenti finanziari emessi

successivamente all'adozione del decreto di cui al primo periodo. (48)]

[181. Il monitoraggio sugli impieghi attivati dagli strumenti di cui ai commi da 178 a 182 è affidato per cinque anni alla Banca mediante apposita convenzione da stipulare con le istituzioni finanziarie emittenti. (48)]

182. Al *comma 1097 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, dopo le parole: «titoli governativi dell'area euro» sono inserite le seguenti: «e, per una quota non superiore al 5 per cento dei fondi, in altri titoli assistiti dalla garanzia dello Stato italiano».

183. Il contributo ordinario base spettante agli enti locali a valere sul fondo ordinario di cui all'*articolo 34, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 504*, è ridotto per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, rispettivamente di 1 milione di euro, di 5 milioni di euro e di 7 milioni di euro per le province e di 12 milioni di euro, di 86 milioni di euro e di 118 milioni di euro per i comuni. Il Ministro dell'interno, con proprio decreto, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, provvede per l'anno 2010 alla corrispondente riduzione, in proporzione alla popolazione residente, del contributo ordinario spettante ai singoli enti. Per l'anno 2011 il Ministro dell'interno, con proprio decreto, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, provvede alla corrispondente riduzione, in proporzione alla popolazione residente, del contributo ordinario spettante ai singoli enti per i quali ha luogo il rinnovo dei rispettivi consigli. Per l'anno 2012 la riduzione del contributo ordinario viene applicata, in proporzione alla popolazione residente, a tutti gli enti per i quali il rinnovo dei rispettivi consigli ha luogo nel medesimo anno e a quelli per i quali ha avuto luogo nell'anno precedente. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano disciplinano quanto previsto dai commi da 184 a 187 secondo quanto previsto dai rispettivi statuti e dalle relative norme di attuazione, fermo restando quanto disposto dall'*articolo 10 della legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3*. (2) (133)

184. In relazione alle riduzioni del contributo ordinario di cui al comma 183, il numero dei consiglieri comunali e dei consiglieri provinciali è ridotto del 20 per cento. L'entità della riduzione è determinata con arrotondamento all'unità superiore. Ai fini della riduzione del numero dei consiglieri comunali e dei consiglieri provinciali di cui al primo periodo non sono computati il Sindaco e il Presidente della provincia. (2) (96)

185. Il numero massimo degli assessori comunali è determinato, per ciascun comune, in misura pari a un quarto del numero dei consiglieri del comune, con arrotondamento all'unità superiore. Il numero massimo degli assessori provinciali è determinato, per ciascuna provincia, in misura pari a un quarto del numero dei consiglieri della provincia, con arrotondamento all'unità superiore. Ai fini di cui al presente comma, nel numero dei consiglieri del comune e dei consiglieri della provincia sono computati, rispettivamente, il Sindaco e il Presidente della provincia. (16) (97)

185-bis. I circondari provinciali esistenti alla data di entrata in vigore della presente disposizione sono soppressi. All'*articolo 21 del Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267*, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) i commi 1 e 2 sono abrogati;

b) la rubrica è sostituita dalla seguente: «Revisione delle circoscrizioni provinciali». (17)

186. Al fine del coordinamento della finanza pubblica e per il contenimento della spesa pubblica, i comuni devono adottare le seguenti misure: (18)

a) soppressione della figura del difensore civico comunale di cui all'*articolo 11 del testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267*. Le funzioni del difensore civico comunale possono essere attribuite, mediante apposita convenzione, al difensore civico della provincia nel cui territorio rientra il relativo comune. In tale caso il difensore civico provinciale assume la denominazione di «difensore civico territoriale» ed è competente a garantire l'imparzialità e il buon andamento della pubblica amministrazione, segnalando, anche di propria iniziativa, gli abusi, le disfunzioni, le carenze e i ritardi dell'amministrazione nei confronti dei cittadini; (19)

b) soppressione delle circoscrizioni di decentramento comunale di cui all'*articolo 17 del citato testo unico di cui al decreto legislativo n. 267 del 2000*, e successive modificazioni, tranne che per i comuni con popolazione superiore a 250.000 abitanti, che hanno facoltà di articolare il loro territorio in circoscrizioni, la cui popolazione media non può essere inferiore a 30.000 abitanti; è fatto salvo il comma 5 dell'*articolo 17 del Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, di cui al decreto legislativo 18 agosto*

2000, n. 267; (20)

c) possibilità di delega da parte del sindaco dell'esercizio di proprie funzioni a non più di due consiglieri, in alternativa alla nomina degli assessori, nei comuni con popolazione non superiore a 3.000 abitanti;

d) soppressione della figura del direttore generale, tranne che nei comuni con popolazione superiore a 100.000 abitanti; (21)

e) soppressione dei consorzi di funzioni tra gli enti locali, ad eccezione dei bacini imbriferi montani (BIM) costituiti ai sensi dell'*articolo 1 della legge 27 dicembre 1953, n. 959*. Sono fatti salvi i rapporti di lavoro a tempo indeterminato esistenti, con assunzione da parte dei comuni delle funzioni già esercitate dai consorzi soppressi e delle relative risorse e con successione dei comuni ai medesimi consorzi in tutti i rapporti giuridici e ad ogni altro effetto (22) (135). (88) (98)

186-bis. Decorso un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono soppresse le Autorità d'ambito territoriale di cui agli *articoli 148 e 201 del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152*, e successive modificazioni. Decorso lo stesso termine, ogni atto compiuto dalle Autorità d'ambito territoriale è da considerarsi nullo. Entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni attribuiscono con legge le funzioni già esercitate dalle Autorità, nel rispetto dei principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza. Le disposizioni di cui agli *articoli 148 e 201 del citato decreto legislativo n. 152 del 2006*, sono efficaci in ciascuna regione fino alla data di entrata in vigore della legge regionale di cui al periodo precedente. I medesimi articoli sono comunque abrogati decorso un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge. (23) (49)

187. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, lo Stato cessa di concorrere al finanziamento delle comunità montane previsto dall'*articolo 34 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 504*, e dalle altre disposizioni di legge relative alle comunità montane. Nelle more dell'attuazione della *legge 5 maggio 2009, n. 42*, il 30 per cento delle risorse finanziarie di cui al citato *articolo 34 del decreto legislativo n. 504 del 1992* e alle citate disposizioni di legge relative alle comunità montane è assegnato ai comuni appartenenti alle comunità montane e ripartito tra gli stessi con decreto del Ministero dell'interno, previa intesa sancita in sede di Conferenza unificata ai sensi dell'*articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*. (24) (38) (112) (87)

188. Le riduzioni di spesa di cui ai commi 183 e 187 confluiscono nel fondo di cui all'*articolo 7-quinquies, comma 1, del decreto-legge 10 febbraio 2009, n. 5*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 9 aprile 2009, n. 33*, come integrato ai sensi della presente legge nonché dal *decreto- legge 23 novembre 2009, n. 168*.

[189. Allo scopo di conseguire, attraverso la valorizzazione e l'alienazione degli immobili militari, le risorse necessarie a soddisfare le esigenze infrastrutturali e alloggiative delle Forze armate, il Ministero della difesa è autorizzato a promuovere la costituzione di uno o più fondi comuni di investimento immobiliare, d'intesa con i comuni con i quali sono sottoscritti gli accordi di programma di cui al comma 190. (28)]

[190. Con uno o più decreti del Ministro della difesa sono individuati gli immobili da trasferire o da conferire ai fondi di cui al comma 189, che possono costituire oggetto di appositi accordi di programma di valorizzazione con i comuni nel cui ambito essi sono ubicati. L'inserimento degli immobili nei citati decreti ne determina la classificazione come patrimonio disponibile dello Stato. Tali decreti, da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale, hanno effetto dichiarativo della proprietà, in assenza di precedenti trascrizioni, e producono gli effetti previsti dall'*articolo 2644 del codice civile*, nonché effetti sostitutivi dell'iscrizione del bene in catasto. Gli uffici competenti provvedono, se necessario, alle conseguenti attività di trascrizione, intavolazione e voltura. Avverso l'inserimento degli immobili nei citati decreti è ammesso ricorso amministrativo entro sessanta giorni dalla data di pubblicazione dei medesimi decreti nella Gazzetta Ufficiale, fermi restando gli altri rimedi di legge. (28)]

[191. Ai sensi di quanto previsto dall'*articolo 58 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133*, la deliberazione del consiglio comunale di approvazione del protocollo d'intesa corredato dello schema dell'accordo di programma, di cui al comma 190, costituisce autorizzazione alle varianti allo strumento urbanistico generale, per le quali non occorre la verifica di conformità agli eventuali atti di pianificazione sovraordinata di competenza delle province e delle regioni, salva l'ipotesi in cui la variante comporti variazioni volumetriche superiori al 30 per cento dei volumi esistenti. Per gli immobili oggetto degli accordi di programma di valorizzazione che sono assoggettati alla disciplina prevista dal codice dei beni culturali e del paesaggio, di cui al *decreto legislativo 22 gennaio 2004, n. 42*, è acquisito il parere della competente soprintendenza del Ministero per i beni e le attività

culturali, che si esprime entro trenta giorni. (41) (28)]

[192. Con decreto del Ministro della difesa, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, anche tenuto conto di quanto convenuto negli accordi di programma di cui al comma 190, sono disciplinati le procedure e i criteri attraverso i quali procedere all'individuazione o all'eventuale costituzione della società di gestione del risparmio per il funzionamento e per le cessioni delle quote dei fondi di cui al comma 189, fermo restando che gli immobili conferiti che sono ancora in uso al Ministero della difesa possono continuare a essere da esso utilizzati a titolo gratuito fino alla riallocazione delle funzioni, da realizzare sulla base del cronoprogramma stabilito con il decreto di conferimento degli immobili al fondo. Ai comuni con i quali sono stati sottoscritti gli accordi di programma di cui al comma 190 è riconosciuta una quota non inferiore al 10 per cento e non superiore al 20 per cento del ricavato derivante dall'alienazione degli immobili valorizzati. (28)]

[193. Alle operazioni connesse all'attuazione dei commi da 189 a 191 del presente articolo si applicano, per quanto compatibili, le disposizioni di cui agli *articoli 3, commi 2, 9, 18 e 19, 3-bis, comma 1, e 4, commi 2-bis e 2-quinquies, del decreto-legge 25 settembre 2001, n. 351, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 novembre 2001, n. 410, e successive modificazioni.* (28)]

[194. Con decreto del Ministro della difesa, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabilite, fermo restando l'importo dovuto di cui al comma 195, le quote di risorse, fino ad una percentuale stabilita con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della difesa, derivanti dalla cessione delle quote dei fondi di cui al comma 189, ovvero dal trasferimento degli immobili ai fondi, da destinare, mediante riassegnazione, previo versamento all'entrata, al Ministero della difesa, da iscrivere in un apposito fondo in conto capitale istituito nello stato di previsione del Ministero medesimo, ai sensi dell'*articolo 27, comma 13-ter.2, terzo periodo, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, previa verifica della compatibilità finanziaria con gli equilibri di finanza pubblica, con particolare riferimento al rispetto del conseguimento, da parte dell'Italia, dell'indebitamento netto strutturale concordato in sede di programma di stabilità e crescita, nonché all'entrata del bilancio dello Stato per la stabilità finanziaria dei conti pubblici. A tal fine è comunque destinato all'entrata del bilancio dello Stato il corrispettivo del valore patrimoniale degli immobili alla data di entrata in vigore della presente legge. Le somme riassegnate al Ministero della difesa sono destinate alla realizzazione di un programma di riorganizzazione delle Forze armate, con prioritaria destinazione alla razionalizzazione del settore infrastrutturale, definito con decreto del Ministro della difesa, su proposta del Capo di stato maggiore della difesa. È comunque assicurata l'invarianza del valore patrimoniale in uso all'Amministrazione della difesa al termine del programma di razionalizzazione infrastrutturale.* (4) (28)]

195. Al fine di contribuire al raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica, per l'anno 2010, nei limiti del trasferimento o del conferimento degli immobili di cui al comma 2 dell'*articolo 314 del codice dell'ordinamento militare*, è attribuito al comune di Roma e al Commissario straordinario del Governo di cui all'*articolo 78 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, e successive modificazioni, attraverso quote dei fondi di cui al comma 1 dell'articolo 314 del codice dell'ordinamento militare* ovvero attraverso i proventi realizzati con i trasferimenti dei predetti beni nei suddetti limiti, un importo pari a 600 milioni di euro di cui un sesto al comune di Roma e cinque sestimi al Commissario straordinario del Governo. (5)

196. È concessa, per l'anno 2010, un'anticipazione di tesoreria al Commissario straordinario del Governo per le esigenze di cui all'*articolo 78 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, e successive modificazioni, fino a concorrenza dei cinque sestimi dell'importo di cui al comma 195 del presente articolo per provvedere al pagamento delle rate di ammortamento e degli oneri di parte corrente, relativi ad oneri di personale, alla produzione di servizi in economia e all'acquisizione di servizi e forniture, compresi nel piano di rientro approvato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 5 dicembre 2008. L'anticipazione è accreditata sulla contabilità speciale aperta ai sensi dell'*articolo 78, comma 4, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, per 200 milioni di euro, entro il mese di gennaio 2010 e, per la parte residua, entro il 31 dicembre 2010, da estinguere con oneri a carico del bilancio dello Stato entro il 31 dicembre 2010. Per ulteriori interventi infrastrutturali è autorizzata, a favore del comune di Roma, la spesa di 100 milioni di euro per l'anno 2012; al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'*articolo 7-quinquies, comma 1, del decreto-legge 10 febbraio 2009, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 aprile 2009, n. 33, come integrato dal decreto-legge 23 novembre 2009, n. 168, nonché dalla presente legge.* (6)**

196-bis. Il termine per la conclusione delle operazioni di dismissione immobiliare di cui al comma 196 è fissato al 31 dicembre 2012, fermo restando quanto previsto dal comma 195, nonché dal comma 2 dell'*articolo 314 del codice dell'ordinamento militare di cui al decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66*, al fine di agevolare il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica. Gli eventuali maggiori proventi rivenienti dalla vendita dei beni sono acquisiti all'entrata del bilancio dello Stato per essere destinati al Fondo ammortamento dei titoli di Stato. Con provvedimenti predisposti dal Commissario straordinario del Governo del comune di Roma, nominato ai sensi dell'*articolo 4, comma 8-bis del decreto-legge 25 gennaio 2010, n. 2*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 26 marzo 2010, n. 42*, che deve essere in possesso di comprovati requisiti di elevata professionalità nella gestione economico-finanziaria, acquisiti nel settore privato, necessari per gestire la fase operativa di attuazione del piano di rientro, sono accertate le eventuali ulteriori partite creditorie e debitorie rispetto al documento predisposto ai sensi dell'*articolo 14, comma 13-bis, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 30 luglio 2010, n. 122*, dal medesimo Commissario, concernente l'accertamento del debito del comune di Roma alla data del 30 luglio 2010, che è approvato con effetti a decorrere dal 29 dicembre 2010. Il medesimo Commissario straordinario è autorizzato ad inserire, per un importo complessivo massimo di 30 milioni di euro, nella massa passiva di cui al documento predisposto ai sensi dell'articolo 14, comma 13-bis, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, le eventuali ulteriori partite debitorie rivenienti da obbligazioni od oneri del comune di Roma, ivi inclusi gli oneri derivanti dalle procedure di cui all'articolo 42-bis del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 8 giugno 2001, n. 327, anteriori al 28 aprile 2008, alla cui individuazione si procede con determinazioni dirigenziali, assunte con l'attestazione dell'avvenuta assistenza giuridico amministrativa del Segretario comunale. Roma Capitale può riacquisire l'esclusiva titolarità di crediti, inseriti nella massa attiva di cui al documento predisposto ai sensi del citato articolo 14, comma 13-bis, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, verso le società dalla medesima partecipate anche compensando totalmente o parzialmente gli stessi con partite a debito inserite nella massa passiva di cui al citato documento. Roma Capitale è autorizzata ad avvalersi di appositi piani pluriennali per il rientro dai crediti verso le proprie partecipate così riacquisiti. Il medesimo Commissario straordinario è autorizzato, altresì, ad inserire nella massa passiva di cui al documento predisposto ai sensi dell'articolo 14, comma 13-bis, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, le somme introitate dalla gestione commissariale in forza del contratto di servizio di cui all'articolo 5 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 5 dicembre 2008, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 16, comma 12-octies, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ai fini del loro reintegro a favore di Roma Capitale, dedotte le somme a qualsiasi titolo inserite, dal 31 ottobre 2013 fino alla data di entrata in vigore della presente disposizione, nella medesima massa ed al fine del loro reintegro a favore di Roma Capitale e che, pertanto, restano nella disponibilità della stessa. Le somme di cui ai periodi precedenti non sono considerate tra le entrate finali di cui all'articolo 31, comma 3, della legge 12 novembre 2011, n. 183, rilevanti ai fini del patto di stabilità interno. (60) (134)

196-ter. Agli oneri derivanti dal comma 196 si provvede mediante corrispondente versamento al bilancio dello Stato per 500 milioni per l'anno 2010 di una quota delle risorse complessivamente disponibili relative a rimborsi e compensazioni di crediti di imposta, esistenti presso la contabilità speciale 1778 "Agenzia delle entrate - Fondi di Bilancio", da riassegnare ad apposito programma dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, per essere destinata all'estinzione dell'anticipazione di tesoreria complessivamente concessa ai sensi del medesimo comma 196. (44)

197. Allo scopo di semplificare, razionalizzare e omogeneizzare i pagamenti delle retribuzioni fisse e accessorie dei pubblici dipendenti, di favorire il monitoraggio della spesa del personale e di assicurare il versamento unificato delle ritenute previdenziali e fiscali, a partire dal 30 novembre 2010 il pagamento delle competenze accessorie, spettanti al personale delle amministrazioni dello Stato che per il pagamento degli stipendi si avvalgono delle procedure informatiche e dei servizi del Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento dell'amministrazione generale, del personale e dei servizi, è disposto congiuntamente alle competenze fisse mediante ordini collettivi di pagamento di cui al *decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 31 ottobre 2002*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 295 del 17 dicembre 2002. Per consentire l'adeguamento delle procedure informatiche del Ministero dell'economia e delle finanze per le finalità di cui al presente comma è autorizzata la spesa di 9 milioni di euro per l'anno 2010 e di 12 milioni di euro per l'anno 2011. Con successivo decreto di natura non regolamentare del Ministro dell'economia e delle finanze sono stabiliti i tempi e le modalità attuative delle disposizioni di cui al presente comma. (126)

198. All'articolo 25 del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 2:

1) dopo le parole: «6 giugno 2009» sono inserite le seguenti: «e dal decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 9 aprile 2009, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 84 del 10 aprile 2009»;

2) il numero: «24» è sostituito dal seguente: «60»;

3) la parola: «gennaio» è sostituita dalla seguente: «giugno»;

b) al comma 3:

1) il numero: «24» è sostituito dal seguente: «60»;

2) la parola: «gennaio» è sostituita dalla seguente: «giugno».

199. Agli oneri derivanti dall'attuazione dei commi 197 e 198, pari a 179 milioni di euro per l'anno 2010 e a 120 milioni di euro per l'anno 2011, si provvede per l'anno 2010 mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 7-quinquies, comma 1, del decreto-legge 10 febbraio 2009, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 aprile 2009, n. 33, come integrato dall'articolo 1, comma 5, del decreto-legge 23 novembre 2009, n. 168, nonché ai sensi della presente legge, e per l'anno 2011, quanto a 120 milioni di euro, mediante parziale utilizzo delle maggiori entrate derivanti dal comma 197. Le maggiori entrate per gli anni 2011 e seguenti derivanti dal comma 198 e la quota delle maggiori entrate derivanti dal predetto comma 197, non utilizzata per la copertura dei citati oneri derivanti dai commi 197 e 198, affluiscono al fondo di cui all'articolo 7-quinquies, comma 1, del decreto-legge 10 febbraio 2009, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 aprile 2009, n. 33, come integrato ai sensi della presente legge nonché dal decreto-legge 23 novembre 2009, n. 168, con le medesime modalità ivi previste.

200. Ai sensi della direttiva 2009/12/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, dell'11 marzo 2009, concernente i diritti aeroportuali, e tenuto conto della necessità di investimenti infrastrutturali relativi all'esercizio delle attività aeronautiche, ferma restando la delibera del CIPE n. 38/2007 del 15 giugno 2007, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 221 del 22 settembre 2007, nelle more della stipula dei contratti di programma di cui al punto 5.2 della medesima delibera e di cui all'articolo 17, comma 34-bis, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, è autorizzata, a decorrere dall'anno 2010, e antecedentemente al solo primo periodo contrattuale, un'anticipazione tariffaria dei diritti aeroportuali per l'imbarco di passeggeri in voli all'interno e all'esterno del territorio dell'Unione europea con riguardo anche ai sistemi aeroportuali unitariamente considerati, nel limite massimo di 3 euro per passeggero in partenza, vincolata all'effettuazione in autofinanziamento di nuovi investimenti infrastrutturali urgenti relativi all'esercizio delle attività aeronautiche, alle seguenti condizioni: (35)

a) presentazione all'Ente nazionale per l'aviazione civile (ENAC), da parte delle società concessionarie, di un'istanza corredata di un piano di sviluppo e ammodernamento aeroportuale con allegato elenco delle opere ritenute urgenti e indifferibili, nonché del relativo cronoprogramma;

b) validazione da parte dell'ENAC dei piani di sviluppo di cui alla lettera a) in ordine alla loro cantierabilità, necessità, urgenza, congruità e sostenibilità economica, nonché conseguente proposta da parte dell'ENAC della misura di cui alla lettera c);

c) determinazione annuale dal 2010 della misura effettiva dell'anticipazione tariffaria con decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere del CIPE, correlata ai piani di sviluppo validati in funzione dei seguenti parametri:

1) fabbisogno relativo ai costi riconosciuti degli interventi validati dall'ENAC relativi al periodo regolatorio;

2) volume delle unità di carico registrate nel singolo aeroporto quali risultanti dall'ultimo annuario statistico pubblicato dall'ENAC;

d) accantonamento delle entrate conseguenti all'anticipazione tariffaria nel bilancio delle società concessionarie, in un apposito fondo vincolato di bilancio;

e) svincolo delle somme accantonate a fronte dell'effettiva realizzazione degli investimenti urgenti da parte delle società concessionarie e sulla base di stati di avanzamento dei lavori convalidati dall'ENAC;

f) utilizzabilità delle somme che restano accantonate, da parte delle società concessionarie, ove queste ultime, nel termine di sei mesi dalla validazione di cui alla lettera b), depositino tutta la documentazione necessaria alla stipula del contratto di programma e, entro un anno dal deposito della documentazione, stipolino i contratti di programma.

201. La misura dell'anticipazione tariffaria determinata ai sensi della lettera c) del comma 200 può contenere anche i costi riconosciuti delle opere autofinanziate dalle società concessionarie, relativi a progetti approvati dall'ENAC, realizzati o in corso di realizzazione, che non risultino remunerati dalle tariffe vigenti, secondo i criteri e le modalità previsti dalla delibera del CIPE di cui al comma 200. Qualora nei termini di cui alla lettera f) del comma 200 non venga effettuato il deposito della documentazione ovvero non vengano stipulati i contratti di programma, l'anticipazione tariffaria decade. L'anticipazione tariffaria decade, altresì, nel caso di mancato avvio della realizzazione degli investimenti nei termini e con le modalità fissati dal piano di investimenti e dal relativo cronoprogramma e non può essere rinnovata oltre l'anno successivo alla chiusura, da parte dell'ENAC, del procedimento di consultazione pubblica sul contratto di programma previsto dalla disciplina vigente. In caso di decadenza dell'anticipazione tariffaria, le somme iscritte dalla società concessionaria nel fondo di bilancio vincolato sono trasferite all'ENAC e da questo versate, ai sensi dell'*articolo 18 del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102*, su un apposito conto della Tesoreria dello Stato, dove le stesse restano vincolate all'effettuazione degli investimenti previsti ovvero, in difetto, di altri interventi infrastrutturali nel sedime aeroportuale di competenza della società concessionaria, su disposizione dell'ENAC. In caso di mancata presentazione del piano di sviluppo di cui alla lettera a) del comma 200 non si fa luogo in alcun caso all'anticipazione tariffaria. Il fondo vincolato presso la società concessionaria è rivalutato annualmente alla media dei rendimenti del BTP decennale benchmark. In sede di stipula dei contratti di programma, gli investimenti realizzati mediante utilizzi del fondo vincolato non producono ulteriori aumenti tariffari o costi imputabili ai sensi del punto 3.1 della delibera del CIPE di cui al comma 200. Al termine della concessione, le somme affluite al fondo vincolato, eventualmente non ancora utilizzate, sono trasferite al subentrante, con mantenimento del vincolo di destinazione, o, in difetto, all'ENAC.

202. All'*articolo 8-duodecies del decreto-legge 8 aprile 2008, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2008, n. 101*, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 2, primo periodo, le parole: «alla data di entrata in vigore del presente decreto» sono sostituite dalle seguenti: «alla data del 31 dicembre 2009, a condizione che i suddetti schemi recepiscano le prescrizioni richiamate dalle delibere del CIPE di approvazione, ai fini dell'invarianza di effetti sulla finanza pubblica, fatti salvi gli schemi di convenzione già approvati»; (34)

b) dopo il comma 2 è aggiunto il seguente:

«2-bis. Per le tratte autostradali in concessione per le quali la scadenza della concessione è prevista entro il 31 dicembre 2014, la società ANAS Spa, entro il 31 marzo 2010, avvia le procedure ad evidenza pubblica per l'individuazione dei concessionari ai quali, allo scadere delle convenzioni vigenti, è affidata la concessione. Con decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono stabilite le modalità di utilizzo delle risorse derivanti dall'attuazione delle disposizioni di cui al presente comma».

203. All'*articolo 1, primo comma, della legge 17 dicembre 1971, n. 1158*, e successive modificazioni, il primo periodo è sostituito dal seguente: «Alla realizzazione di un collegamento stabile viario e ferroviario e di altri servizi pubblici fra la Sicilia e il continente - opera di preminente interesse nazionale - si provvede mediante affidamento dello studio, della progettazione e della costruzione, nonché dell'esercizio del solo collegamento viario, ad una società per azioni al cui capitale sociale partecipano, in misura non inferiore al 51 per cento, la società ANAS Spa, le regioni Sicilia e Calabria, nonché altre società controllate, anche indirettamente, dallo Stato».

204. Al fine di consentire il perseguimento delle finalità di cui all'*articolo 1 della legge 17 dicembre 1971, n. 1158*, come da ultimo modificato dal comma 203 del presente articolo, è autorizzata la spesa di 470 milioni di euro per l'anno 2012 quale contributo alla società ANAS Spa per la sottoscrizione e l'esecuzione, negli anni 2012 e seguenti, di aumenti di capitale della società di cui al medesimo articolo; al relativo onere si provvede mediante riduzione del fondo di cui all'*articolo 7-quinquies, comma 1, del decreto-legge 10 febbraio 2009, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 aprile 2009, n. 33*, come integrato ai sensi della presente legge nonché dal *decreto-legge 23 novembre 2009, n. 168*.

205. È approvato il secondo atto aggiuntivo alla Convenzione di concessione del 30 dicembre 2003 sottoscritto dal Ministro delle infrastrutture e dei trasporti con la società Stretto di Messina Spa ai sensi della *legge 17 dicembre 1971, n. 1158*.

206. Al comma 102 dell'articolo 3 della legge 24 dicembre 2007, n. 244, e successive modificazioni, dopo le parole: «legge 27 dicembre 2006, n. 296,» sono inserite le seguenti: «ad eccezione dei Corpi di polizia e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco,».

207. Al comma 9 dell'articolo 66 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, dopo le parole: «legge 27 dicembre 2006, n. 296,» sono inserite le seguenti: «ad eccezione dei Corpi di polizia e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco,».

208. Dopo il comma 9 dell'articolo 66 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, come modificato dal comma 207 del presente articolo, è inserito il seguente:

«9-bis. Per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012 i Corpi di polizia e il Corpo nazionale dei vigili del fuoco possono procedere, secondo le modalità di cui al comma 10, ad assunzioni di personale a tempo indeterminato, nel limite di un contingente di personale complessivamente corrispondente a una spesa pari a quella relativa al personale cessato dal servizio nel corso dell'anno precedente e per un numero di unità non superiore a quelle cessate dal servizio nel corso dell'anno precedente».

209. Per le finalità di cui ai commi da 206 a 208 è autorizzata la spesa di 115 milioni di euro per l'anno 2010, di 344 milioni di euro per l'anno 2011 e di 600 milioni di euro a decorrere dall'anno 2012. Le assunzioni nelle carriere iniziali dei Corpi di polizia e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco negli anni 2010, 2011 e 2012 sono destinate ai volontari in ferma breve, in ferma prefissata e in rafferma delle Forze armate, in servizio o in congedo, nelle percentuali previste dall'articolo 16, comma 1, della legge 23 agosto 2004, n. 226, per i Corpi di polizia, e dall'articolo 18, comma 1, del decreto legislativo 8 maggio 2001, n. 215, per il Corpo nazionale dei vigili del fuoco.

210. Agli oneri derivanti dai commi da 206 a 209, si provvede, quanto a 115 milioni di euro per l'anno 2010, a 344 milioni di euro per l'anno 2011 e a quota parte degli oneri, a decorrere dall'anno 2012, nella misura di 71 milioni di euro, mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 7-quinquies, comma 1, del decreto-legge 10 febbraio 2009, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 aprile 2009, n. 33, come integrato dall'articolo 1, comma 5, del decreto-legge 23 novembre 2009, n. 168, nonché ai sensi della presente legge.

211. All'articolo 96, comma 4, del codice delle comunicazioni elettroniche, di cui al decreto legislativo 1º agosto 2003, n. 259, e successive modificazioni, dopo le parole: «di cui al comma 2, secondo periodo,» sono inserite le seguenti: «il rilascio di informazioni relative al traffico telefonico è effettuato in forma gratuita. In relazione alle prestazioni a fini di giustizia diverse da quelle di cui al primo periodo».

212. Al 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, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 9, comma 1, le parole: «le esenzioni previste» sono sostituite dalle seguenti: «quanto previsto»;

b) all'articolo 10:

1) i commi 4 e 5 sono abrogati;

2) dopo il comma 6 è aggiunto il seguente:

«6-bis. Nei procedimenti di cui all'articolo 23 della legge 24 novembre 1981, n. 689, e successive modificazioni, gli atti del processo sono soggetti soltanto al pagamento del contributo unificato, nonché delle spese forfetizzate secondo l'importo fissato all'articolo 30 del presente testo unico. Nelle controversie di cui all'articolo unico della legge 2 aprile 1958, n. 319, e successive modificazioni, e in quelle in cui si applica lo stesso articolo, è in ogni caso dovuto il contributo unificato per i processi dinanzi alla Corte di cassazione»; (8) (47) (86)

c) all'articolo 13:

1) il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. Per i processi di esecuzione immobiliare il contributo dovuto è pari a euro 200. Per gli altri processi esecutivi lo stesso importo è ridotto della metà. Per i processi esecutivi mobiliari di valore inferiore a 2.500 euro il contributo dovuto è pari a euro 30. Per i processi di opposizione agli atti esecutivi il contributo dovuto è pari a euro 120»;

2) al comma 2-bis, sono premesse le seguenti parole: «Fuori dei casi previsti dall'articolo 10,

comma 6-bis,»;

3) il comma 4 è abrogato. (91)

[213. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della giustizia, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, stipula una o più convenzioni in base alle quali si provvede alla gestione dei crediti relativi alle spese di giustizia regolate dal citato testo unico di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 2002, n. 115*, conseguenti ai provvedimenti passati in giudicato o divenuti definitivi fino al 31 dicembre 2007, o inerenti al mantenimento in carcere per condanne, per le quali sia cessata l'espiazione della pena in istituto prima della stessa data, mediante le seguenti attività:

a) acquisizione dei dati anagrafici del debitore e quantificazione del credito, nella misura stabilita dal decreto del Ministro della giustizia adottato a norma dell'*articolo 205 del citato testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 2002, n. 115*, e successive modificazioni;

b) iscrizione a ruolo del credito. (54)

]

[214. Restano in ogni caso ferme le disposizioni del citato testo unico di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 2002, n. 115*, che attengono alla natura del credito, incluse quelle riferite alle condizioni per l'esigibilità dello stesso. (54)]

215. Le risorse derivanti dalla gestione dei crediti relativi alle spese di giustizia di cui al comma 213 nonché le maggiori entrate derivanti dall'attuazione del comma 212 sono versate all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnate, previa verifica della compatibilità finanziaria con gli equilibri di finanza pubblica da parte del Ministero dell'economia e delle finanze, con particolare riferimento al rispetto del conseguimento, da parte dell'Italia, dell'indebitamento netto strutturale concordato in sede di programma di stabilità e crescita, alle pertinenti unità previsionali di base dello stato di previsione del Ministero della giustizia e destinate al finanziamento di un piano straordinario per lo smaltimento dei processi civili e al potenziamento dei servizi istituzionali dell'amministrazione giudiziaria, ivi compreso l'adeguamento dell'organico del Corpo di polizia penitenziaria occorrente per fronteggiare la situazione emergenziale in atto. A tale ultimo fine e per assicurare, inoltre, la piena operatività dei relativi servizi, il Ministro della giustizia è autorizzato all'assunzione di personale nel ruolo degli agenti e degli assistenti del Corpo di polizia penitenziaria, nei limiti numerici consentiti dalle risorse derivanti dall'applicazione del comma 212 e nei limiti delle risorse di cui al precedente periodo. (39)

216. All'articolo 36, quarto comma, secondo periodo, del codice penale, dopo le parole: «capoversi precedenti» sono aggiunte le seguenti: «, salva la pubblicazione nei giornali, che è fatta unicamente mediante indicazione degli estremi della sentenza e dell'indirizzo internet del sito del Ministero della giustizia».

217. Al comma 4 dell'*articolo 171-ter della legge 22 aprile 1941, n. 633*, e successive modificazioni, la lettera b) è sostituita dalla seguente:

«b) la pubblicazione della sentenza ai sensi dell'articolo 36 del codice penale».

218. All'*articolo 18 del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231*, il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. La pubblicazione della sentenza avviene ai sensi dell'articolo 36 del codice penale nonché mediante affissione nel comune ove l'ente ha la sede principale».

219. Per far fronte alla grave e urgente emergenza, dovuta al sovrappopolamento delle carceri, sono stanziati complessivi 500 milioni di euro, a valere sulle disponibilità del Fondo infrastrutture di cui all'*articolo 18, comma 1, lettera b), del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 28 gennaio 2009, n. 2*, destinati all'attuazione, anche per stralci, del programma degli interventi necessari per conseguire la realizzazione delle nuove infrastrutture carcerarie o l'aumento della capienza di quelle esistenti e garantire una migliore condizione di vita dei detenuti, ai sensi dell'*articolo 44-bis del decreto-legge 30 dicembre 2008, n. 207*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 27 febbraio 2009, n. 14* (100) .

220. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della giustizia stipula con le regioni una o più convenzioni, finanziate con le risorse del Fondo per le aree sottoutilizzate di cui all'*articolo 61 della legge 27 dicembre 2002, n. 289*, e successive modificazioni, per la realizzazione di progetti finalizzati al rilancio dell'economia in ambito locale attraverso il potenziamento del servizio giustizia.

221. I risparmi di spesa derivanti dai commi 211 e da 216 a 218, affluiscono al fondo di cui al comma 250, previo decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della giustizia, ai fini dell'accertamento del relativo ammontare e dell'individuazione della corrispondente riduzione dei pertinenti capitoli, per spese di funzionamento dell'organizzazione giudiziaria. (40)

222. A decorrere dal 1° gennaio 2010, le amministrazioni dello Stato di cui all'*articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*, e successive modificazioni, incluse la Presidenza del Consiglio dei ministri e le agenzie, anche fiscali, comunicano annualmente all'Agenzia del demanio, entro il 31 gennaio, la previsione triennale: a) del loro fabbisogno di spazio allocativo; b) delle superfici da esse occupate non più necessarie. Le predette amministrazioni comunicano altresì all'Agenzia del demanio, entro il 30 settembre di ogni anno, le istruttorie da avviare nell'anno seguente per reperire immobili in locazione. L'Agenzia del demanio, verificata la corrispondenza dei fabbisogni comunicati con gli obiettivi di contenimento della spesa pubblica di cui agli articoli 1, commi 204 e seguenti, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni, nonché *74 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 6 agosto 2008, n. 133*, e successive modificazioni: a) accerta l'esistenza di immobili da assegnare in uso fra quelli di proprietà dello Stato ovvero trasferiti ai fondi comuni d'investimento immobiliare di cui all'*articolo 4 del decreto-legge 25 settembre 2001, n. 351*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 23 novembre 2001, n. 410*, e successive modificazioni; b) verifica la congruità del canone degli immobili di proprietà di terzi, ai sensi dell'*articolo 1, comma 479, della legge 23 dicembre 2005, n. 266*, individuati dalle predette amministrazioni tramite indagini di mercato che devono essere effettuate prioritariamente tra gli immobili di proprietà pubblica presenti sull'applicativo informatico messo a disposizione dall'Agenzia del demanio; con la predetta consultazione si considerano assolti i relativi obblighi di legge in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni; c) rilascia alle predette amministrazioni il nulla osta alla stipula dei contratti di locazione ovvero al rinnovo di quelli in scadenza, ancorché sottoscritti dall'Agenzia del demanio. È nullo ogni contratto di locazione stipulato dalle predette amministrazioni senza il preventivo nulla osta alla stipula dell'Agenzia del demanio, fatta eccezione per quelli stipulati dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri e dichiarati indispensabili per la protezione degli interessi della sicurezza dello Stato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri. Le predette amministrazioni adempiono i contratti sottoscritti, effettuano il pagamento dei canoni di locazione ed assumono ogni responsabilità e onere per l'uso e la custodia degli immobili assunti in locazione. Le medesime amministrazioni hanno l'obbligo di comunicare all'Agenzia del demanio, entro 30 giorni dalla data di stipula, l'avvenuta sottoscrizione del contratto di locazione e di trasmettere alla stessa Agenzia copia del contratto annotato degli estremi di registrazione presso il competente Ufficio dell'Agenzia delle Entrate. Ai fini del contenimento della spesa pubblica, le predette amministrazioni dello Stato, nell'espletamento delle indagini di mercato di cui alla lettera b) del terzo periodo del presente comma, finalizzate all'individuazione degli immobili da assumere in locazione passiva, hanno l'obbligo di scegliere soluzioni allocative economicamente più vantaggiose per l'Erario sulla base di quanto previsto dal comma 222-bis, valutando anche la possibilità di decentrare gli uffici. Per le finalità di cui al citato articolo 1, commi 204 e seguenti, della legge n. 296 del 2006, e successive modificazioni, le predette amministrazioni comunicano all'Agenzia del demanio entro il 30 giugno 2010 l'elenco dei beni immobili di proprietà di terzi utilizzati a qualsiasi titolo. Sulla base delle attività effettuate e dei dati acquisiti ai sensi del presente comma e del comma 222-bis, l'Agenzia del demanio definisce il piano di razionalizzazione degli spazi. Il piano di razionalizzazione viene inviato, previa valutazione del Ministro dell'economia e delle finanze in ordine alla sua compatibilità con gli obiettivi di riduzione del costo d'uso e della spesa corrente, ai Ministri interessati per le valutazioni di competenza ed è pubblicato nel sito internet dell'Agenzia del demanio. A decorrere dal 1° gennaio 2010, fermo restando quanto previsto dall'*articolo 2, commi 618 e 619, della legge 24 dicembre 2007, n. 244*, le amministrazioni interessate comunicano semestralmente all'Agenzia del demanio gli interventi manutentivi effettuati sia sugli immobili di proprietà dello Stato, alle medesime in uso governativo, sia su quelli di proprietà di terzi utilizzati a qualsiasi titolo, nonché l'ammontare dei relativi oneri. Gli stanziamenti alle singole amministrazioni per gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria, a decorrere dall'esercizio finanziario 2011, non potranno eccedere gli importi spesi e comunicati all'Agenzia del demanio, fermi restando i limiti stabiliti dall'*articolo 2, comma 618, della legge 24 dicembre 2007, n. 244*. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, tutte le amministrazioni pubbliche di cui al citato *articolo 1, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001*, e successive modificazioni, che utilizzano o detengono, a qualunque titolo, immobili di proprietà dello Stato o di proprietà dei medesimi soggetti pubblici, trasmettono al Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento del tesoro l'elenco identificativo dei predetti beni ai fini della redazione del rendiconto patrimoniale delle Amministrazioni pubbliche a valori di mercato. Entro il 31

luglio di ciascun anno successivo a quello di trasmissione del primo elenco, le amministrazioni di cui al citato *articolo 1, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001*, e successive modificazioni, comunicano le eventuali variazioni intervenute. Qualora emerga l'esistenza di immobili di proprietà dello Stato non in gestione dell'Agenzia del demanio, gli stessi rientrano nella gestione dell'Agenzia. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze l'obbligo di comunicazione può essere esteso ad altre forme di attivo ai fini della redazione dei predetti conti patrimoniali. In caso di inadempimento dei predetti obblighi di comunicazione e di trasmissione, l'Agenzia del demanio e il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento del tesoro ne effettuano la segnalazione alla Corte dei conti per gli atti di rispettiva competenza. Gli enti di previdenza inclusi tra le pubbliche amministrazioni di cui all'*art. 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*, effettuano entro il 31 dicembre 2010 un censimento degli immobili di loro proprietà, con specifica indicazione degli immobili strumentali e di quelli in godimento a terzi. La ricognizione è effettuata con le modalità previste con decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze. Con provvedimento del Direttore dell'Agenzia del demanio sono stabilite le modalità delle comunicazioni e delle trasmissioni previste dal presente comma. (7) (122) (123)

222-bis. L'ottimizzazione degli spazi ad uso ufficio è perseguita dalle Amministrazioni di cui al precedente comma 222 riportando gli stessi alle effettive esigenze funzionali degli uffici e alle risorse umane impiegate avuto riguardo ad un parametro di riferimento compreso tra 20 e 25 metri quadrati per addetto. Le Amministrazioni interessate pongono in essere entro 90 giorni dalla data di pubblicazione della presente disposizione piani di razionalizzazione degli spazi nel rispetto dei parametri sopraindicati senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Detti piani devono essere comunicati all'Agenzia del Demanio. In caso di nuova costruzione o di ristrutturazione integrale, il rapporto mq/addetto è determinato dall'Agenzia del Demanio entro il 31 dicembre 2012. Una quota parte pari al 15 per cento dei risparmi di spesa conseguiti dalle singole Amministrazioni ad esito della razionalizzazione degli spazi è dalle stesse utilizzata, in sede di predisposizione del bilancio di previsione per l'anno successivo a quello in cui è stata verificata e accertata con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze la sussistenza dei risparmi di spesa conseguiti, per essere destinata alla realizzazione di progetti di miglioramento della qualità dell'ambiente di lavoro e di miglioramento del benessere organizzativo purché inseriti nell'ambito dei piani di razionalizzazione. Al fine di pervenire ad ulteriori risparmi di spesa, le Amministrazioni dello Stato di cui al comma 222 comunicano all'Agenzia del demanio, secondo le modalità ed i termini determinati con provvedimento del direttore della medesima Agenzia, i dati e le informazioni relativi ai costi per l'uso degli edifici di proprietà dello Stato e di terzi dalle stesse utilizzati. Con provvedimenti del direttore dell'Agenzia del demanio sono comunicati gli indicatori di performance elaborati dalla medesima Agenzia in termini di costo d'uso/addetto, sulla base dei dati e delle informazioni fornite dalle predette Amministrazioni dello Stato. Queste ultime, entro due anni dalla pubblicazione del relativo provvedimento nel sito internet dell'Agenzia del demanio, sono tenute ad adeguarsi ai migliori indicatori di performance ivi riportati. In caso di inadempimento dei predetti obblighi, l'Agenzia del demanio ne effettua la segnalazione alla Corte dei conti per gli atti di rispettiva competenza. Nella predisposizione dei piani di ottimizzazione e razionalizzazione degli spazi dovranno in ogni caso essere tenute in considerazione le vigenti disposizioni sulla riduzione degli assetti organizzativi, ivi comprese quelle recate dal presente decreto. Le presenti disposizioni costituiscono principio a cui le Regioni e gli Enti locali, negli ambiti di rispettiva competenza, adeguano i propri ordinamenti. A tal fine, nell'ambito della Conferenza unificata di cui al *decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*, è istituito un tavolo tecnico permanente con il compito di supportare l'adeguamento degli enti locali ai citati principi e monitorarne lo stato di attuazione. (69)

222-ter. Al fine del completamento del processo di razionalizzazione e ottimizzazione dell'utilizzo, a qualunque titolo, degli spazi destinati all'archiviazione della documentazione cartacea, le Amministrazioni statali procedono entro il 31 dicembre di ogni anno, con le modalità di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 8 gennaio 2001, n. 37*, allo scarto degli atti di archivio. In assenza di tale attività di cui al presente comma le Amministrazioni non possono essere destinatarie della quota parte dei risparmi di spesa previsti dal sesto periodo del precedente comma 222-bis. Le predette Amministrazioni devono comunicare annualmente all'Agenzia del Demanio gli spazi ad uso archivio resisi liberi all'esito della procedura di cui sopra, per consentire di avviare, ove possibile, un processo di riunificazione, in poli logistici allo scopo destinati, degli archivi di deposito delle Amministrazioni (62).

222-quater. Le amministrazioni di cui al primo periodo del comma 222-bis, entro il 30 giugno 2015, predispongono un nuovo piano di razionalizzazione nazionale per assicurare, oltre al rispetto del parametro metri quadrati per addetto di cui al comma 222-bis, un complessivo efficientamento della

presenza territoriale, attraverso l'utilizzo degli immobili pubblici disponibili o di parte di essi, anche in condivisione con altre amministrazioni pubbliche, compresi quelli di proprietà degli enti pubblici, e il rilascio di immobili condotti in locazione passiva in modo da garantire per ciascuna amministrazione, dal 2016, una riduzione, con riferimento ai valori registrati nel 2014, non inferiore al 50 per cento in termini di spesa per locazioni passive e non inferiore al 30 per cento in termini di spazi utilizzati negli immobili dello Stato. Sono esclusi dall'applicazione della disposizione di cui al primo periodo i presidi territoriali di pubblica sicurezza e quelli destinati al soccorso pubblico e gli edifici penitenziari. I piani di razionalizzazione nazionali, comprensivi della stima dei costi per la loro concreta attuazione, sono trasmessi all'Agenzia del demanio per la verifica della compatibilità degli stessi con gli obiettivi fissati dal presente comma, nonché della compatibilità con le risorse finanziarie stanziare negli appositi capitoli di spesa riguardanti la razionalizzazione degli spazi ad uso di ufficio. All'Agenzia del demanio sono attribuite funzioni di indirizzo e di impulso dell'attività di razionalizzazione svolta dalle amministrazioni dello Stato, anche mediante la diretta elaborazione di piani di razionalizzazione secondo quanto previsto dal comma 222. All'attuazione delle disposizioni del quarto periodo si provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Entro e non oltre 60 giorni dalla presentazione del piano, l'Agenzia del demanio comunica al Ministero dell'economia e delle finanze e all'amministrazione interessata i risultati della verifica, nonché la disponibilità delle specifiche risorse finanziarie. Nel caso di assenza di queste ultime, l'attuazione del piano di razionalizzazione è sospesa fino alla disponibilità di nuove risorse. Nel caso di disponibilità di risorse finanziarie e di verifica positiva della compatibilità dei piani di razionalizzazione con gli obiettivi fissati dal presente comma, l'Agenzia comunica gli stanziamenti di bilancio delle amministrazioni, relativi alle locazioni passive, da ridurre per effetto dei risparmi individuati nel piano, a decorrere dalla completa attuazione del piano medesimo. Nel caso in cui, invece, il piano di razionalizzazione nazionale non venga presentato, ovvero sia presentato, ma non sia in linea con gli obiettivi fissati dal presente comma, il Ministero dell'economia e delle finanze, sulla base dei dati comunicati dall'Agenzia del demanio, effettua una corrispondente riduzione sui capitoli relativi alle spese correnti per l'acquisto di beni e servizi dell'amministrazione inadempiente, al fine di garantire i risparmi attesi dall'applicazione del presente comma. Con decreti del Ministro dell'economia e delle finanze, nel limite massimo del 50 per cento dei complessivi risparmi individuati nei piani di razionalizzazione, sono apportate le occorrenti variazioni di bilancio necessarie per il finanziamento delle spese connesse alla realizzazione dei predetti piani, da parte delle amministrazioni e dell'Agenzia del demanio. (71)

222-quinquies. Al fine di dare concreta e sollecita attuazione ai piani di razionalizzazione di cui ai commi 222 e seguenti, a decorrere dal 1° gennaio 2015 è istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze un fondo denominato "Fondo per la razionalizzazione degli spazi", con una dotazione iniziale di 20 milioni di euro. Il Fondo ha la finalità di finanziare le opere di riadattamento e ristrutturazione necessarie alla riallocazione delle amministrazioni statali in altre sedi di proprietà dello Stato ed è alimentato, secondo modalità stabilite con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, da:

a) una quota non superiore al 10 per cento dei proventi derivanti dalle nuove operazioni di valorizzazione e cessione degli immobili di proprietà dello Stato che sono versati all'entrata per essere riassegnati al Fondo;

b) una quota non superiore al 10 per cento dei risparmi rivenienti dalla riduzione della spesa per locazioni passive determinati con decreti del Ministro dell'economia e delle finanze. (75)

223. I commi 436 e 437 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, sono sostituiti dai seguenti: «436. Nel rispetto del principio di trasparenza dell'azione amministrativa e delle procedure disciplinate dall'articolo 14-bis, comma 3, lettera f), del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, l'Agenzia del demanio può alienare beni immobili di proprietà dello Stato, singolarmente o in blocco: a) mediante trattativa privata, se di valore unitario o complessivo non superiore ad euro 400.000; b) mediante asta pubblica ovvero invito pubblico ad offrire, se di valore unitario o complessivo superiore ad euro 400.000, e, qualora non aggiudicati, mediante trattativa privata. L'Agenzia del demanio, con propri provvedimenti dirigenziali, provvede a disciplinare le modalità delle procedure telematiche concorsuali di vendita. Alle forme di pubblicità si provvede con la pubblicazione su almeno due dei principali quotidiani a diffusione nazionale e su almeno due quotidiani a maggiore diffusione locale, nonché sul sito internet dell'Agenzia del demanio. Le spese relative alla pubblicità delle procedure concorsuali sono poste a carico dello Stato. L'aggiudicazione avviene, nelle procedure concorsuali, a favore dell'offerta più alta rispetto al prezzo di base ovvero, nelle procedure ad offerta libera, a favore dell'offerta migliore, previa valutazione della sua convenienza economica da parte dell'Agenzia del demanio sulla base dei valori indicati dall'Osservatorio del mercato immobiliare per la

zona di riferimento e avuto riguardo alla tipologia di immobile e all'andamento del mercato. In caso di procedura ad offerta libera, l'Agenzia del demanio può riservarsi di non procedere all'aggiudicazione degli immobili.

437. Per le alienazioni di cui al comma 436 è riconosciuto in favore delle regioni e degli enti locali territoriali, sul cui territorio insistono gli immobili in vendita, il diritto di opzione all'acquisto entro il termine di quindici giorni dal ricevimento della determinazione a vendere comunicata dall'Agenzia del demanio prima dell'avvio delle procedure. In caso di vendita con procedure ad offerta libera, spetta in via prioritaria alle regioni e agli enti locali territoriali il diritto di prelazione all'acquisto, da esercitare nel corso della procedura di vendita».

224. Fatto salvo quanto previsto dal comma 222-bis, sesto periodo, le maggiori entrate e i risparmi di spesa derivanti dai commi da 222 a 223 affluiscono al Fondo per l'ammortamento dei titoli di Stato. (70)

225. La società CONSIP Spa conclude accordi quadro, ai sensi dell'*articolo 59 del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163*, e successive modificazioni, cui le stazioni appaltanti di cui all'*articolo 3, comma 33, del citato codice di cui al decreto legislativo n. 163 del 2006*, possono fare ricorso per l'acquisto di beni e di servizi. In alternativa, le medesime stazioni appaltanti adottano, per gli acquisti di beni e servizi comparabili, parametri di qualità e di prezzo rapportati a quelli degli accordi quadro di cui al presente comma. Resta fermo quanto previsto dall'*articolo 26 della legge 23 dicembre 1999, n. 488*, e successive modificazioni, dall'*articolo 58 della legge 23 dicembre 2000, n. 388*, dall'*articolo 1, commi 449 e 450, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, e dall'*articolo 2, comma 574, della legge 24 dicembre 2007, n. 244* e comunque quanto previsto dalla normativa in tema di obblighi di approvvigionarsi attraverso gli strumenti messi a disposizione da Consip Spa. (76)

226. Le convenzioni di cui all'*articolo 26 della legge 23 dicembre 1999, n. 488*, e successive modificazioni, possono essere stipulate anche ai fini e in sede di aggiudicazione degli appalti basati su un accordo quadro concluso ai sensi del comma 225 del presente articolo. Resta fermo quanto previsto dal comma 3 del citato *articolo 26 della legge n. 488 del 1999*, e successive modificazioni, per le convenzioni stipulate dalla società CONSIP Spa.

227. Nel contesto del sistema a rete costituito dalle centrali regionali e dalla società CONSIP Spa ai sensi dell'*articolo 1, comma 457, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, possono essere indicati criteri utili per l'individuazione delle categorie merceologiche di beni e di servizi oggetto di accordi quadro, conclusi anche ai sensi dei commi 225 e 226 del presente articolo dalla società CONSIP Spa, al fine di determinare un'elevata possibilità di incidere positivamente e in maniera significativa sui processi di acquisto pubblici.

228. Al fine di agevolare il reperimento di alloggi nelle aree colpite dagli eventi sismici del 6 aprile 2009, relativamente agli immobili ad uso abitativo ubicati nella provincia dell'Aquila, in coerenza con l'attuazione della *legge 5 maggio 2009, n. 42*, e in via sperimentale, per l'anno 2010, il canone di locazione relativo ai contratti stipulati ai sensi dell'*articolo 2, comma 3, della legge 9 dicembre 1998, n. 431*, e successive modificazioni, tra persone fisiche che non agiscono nell'esercizio di un'impresa, arte o professione, può essere assoggettato, sulla base della decisione del locatore, a un'imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle relative addizionali nella misura del 20 per cento; la base imponibile dell'imposta sostitutiva è costituita dall'importo che rileva ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche. L'imposta sostitutiva è versata entro il termine stabilito per il versamento a saldo dell'imposta sul reddito delle persone fisiche. L'acconto relativo all'imposta sul reddito delle persone fisiche dovuta per l'anno 2011 è calcolato senza tenere conto delle disposizioni di cui al presente comma. Per la liquidazione, l'accertamento, la riscossione e il contenzioso riguardanti l'imposta sostitutiva di cui al presente comma si applicano le disposizioni previste per le imposte sui redditi. Con provvedimento del Direttore dell'Agenzia delle entrate, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabilite le modalità di dichiarazione e di versamento dell'imposta sostitutiva di cui al presente comma, nonché ogni altra disposizione utile ai fini dell'attuazione del presente comma. (101)

229. Al comma 2 dell'*articolo 2 del decreto-legge 24 dicembre 2002, n. 282*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 21 febbraio 2003, n. 27*, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) al primo periodo, le parole: «1° gennaio 2008» sono sostituite dalle seguenti: «1° gennaio 2010»;
- b) al secondo periodo, le parole: «31 ottobre 2008» sono sostituite dalle seguenti: «31 ottobre 2010»;
- c) al terzo periodo, le parole: «31 ottobre 2008» sono sostituite dalle seguenti: «31 ottobre 2010».
230. Le maggiori entrate derivanti dal comma 229 affluiscono al fondo di cui al comma 250 con le modalità ivi previste (90).

231. Le somme di cui all'*articolo 31, commi 12 e 13, della legge 27 dicembre 2002, n. 289*, ancora dovute al 31 dicembre 2009, a far data dal 1° gennaio 2010, sono versate in venti annualità, con la maggiorazione degli interessi al tasso legale. Il Ministero dell'interno fa pervenire, entro il 31 marzo 2010, agli enti interessati il nuovo piano di estinzione del debito residuo.

232. Con decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono individuati specifici progetti prioritari ricompresi nei corridoi europei TEN-T e inseriti nel programma delle infrastrutture strategiche, aventi costi e tempi di realizzazione superiori, rispettivamente, a 2 miliardi di euro e a quattro anni dall'approvazione del progetto definitivo e non suddivisibili in lotti funzionali di importo inferiore a 1 miliardo di euro, per i quali il CIPE può autorizzare, per un importo complessivo residuo da finanziare, relativo all'insieme dei progetti prioritari individuati, non superiore a 10 miliardi di euro, l'avvio della realizzazione del relativo progetto definitivo per lotti costruttivi individuati dallo stesso CIPE, subordinatamente alle seguenti condizioni:

a) il costo del lotto costruttivo autorizzato deve essere integralmente finanziato e deve esservi copertura finanziaria, con risorse pubbliche o private nazionali o dell'Unione europea, che, alla data dell'autorizzazione del primo lotto, devono costituire almeno il 20 per cento del costo complessivo dell'opera; in casi di particolare interesse strategico, con decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, può essere consentito l'utilizzo della procedura di cui al presente comma anche in caso di copertura finanziaria, con risorse pubbliche o private nazionali o dell'Unione europea, che, alla data dell'autorizzazione del primo lotto, costituiscono almeno il 10 per cento del costo complessivo dell'opera;

b) il progetto definitivo dell'opera completa deve essere accompagnato da una relazione che indichi le fasi di realizzazione dell'intera opera per lotti costruttivi, il cronoprogramma dei lavori per ciascuno dei lotti e i connessi fabbisogni finanziari annuali; l'autorizzazione dei lavori per i lotti costruttivi successivi al primo lotto deve essere accompagnata da un aggiornamento di tutti gli elementi della medesima relazione;

c) il contraente generale o l'affidatario dei lavori deve assumere l'impegno di rinunciare a qualunque pretesa risarcitoria, eventualmente sorta in relazione alle opere individuate con i decreti del Presidente del Consiglio dei ministri di cui all'alinea, nonché a qualunque pretesa anche futura connessa all'eventuale mancato o ritardato finanziamento dell'intera opera o di lotti successivi; dalle determinazioni assunte dal CIPE non devono in ogni caso derivare nuovi obblighi contrattuali nei confronti di terzi a carico del soggetto aggiudicatore dell'opera per i quali non sussista l'integrale copertura finanziaria.

233. Con l'autorizzazione del primo lotto costruttivo, il CIPE assume l'impegno programmatico di finanziare l'intera opera ovvero di corrispondere l'intero contributo finanziato e successivamente assegna, in via prioritaria, le risorse che si rendono disponibili in favore dei progetti di cui al comma 232, allo scopo di finanziare i successivi lotti costruttivi fino al completamento delle opere, tenuto conto del cronoprogramma.

234. Il Documento di programmazione economico-finanziaria - Allegato Infrastrutture dà distinta evidenza degli interventi di cui ai commi 232 e 233, per il completamento dei quali il CIPE assegna le risorse secondo quanto previsto dal comma 233.

235. All'*articolo 3, comma 4-bis, del decreto-legge 10 febbraio 2009, n. 5*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 9 aprile 2009, n. 33*, dopo le parole: «operazioni a favore delle piccole e medie imprese che possono essere effettuate esclusivamente attraverso l'intermediazione di soggetti autorizzati all'esercizio del credito» sono aggiunte le seguenti: «nonché attraverso la sottoscrizione di fondi comuni di investimento gestiti da una società di gestione collettiva del risparmio di cui all'*articolo 33 del testo unico di cui al decreto legislativo 24 febbraio 1998, n. 58*, e successive modificazioni, il cui oggetto sociale realizza uno o più fini istituzionali della Cassa depositi e prestiti Spa. Lo Stato è autorizzato a

sottoscrivere, per l'anno 2010, fino a 500.000 euro di quote di società di gestione del risparmio finalizzate a gestire fondi comuni di investimento mobiliare di tipo chiuso riservati a investitori qualificati che perseguono tra i loro obiettivi quelli del rafforzamento patrimoniale e dell'aggregazione delle imprese di minore dimensione».

236. Per le finalità di cui all'*articolo 29, comma 1, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 28 gennaio 2009, n. 2*, è autorizzata l'ulteriore spesa di 200 milioni di euro per ciascuno degli anni 2010 e 2011. Con decreto di natura non regolamentare del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico, da emanare sentite le associazioni di categoria, sono stabilite le modalità di utilizzo del predetto stanziamento e degli stanziamenti, pari a 654 milioni di euro per l'anno 2010 e a 65,4 milioni di euro per l'anno 2011, iscritti nel bilancio dello Stato ai sensi della citata disposizione, anche al fine di stabilire i criteri di individuazione e di finanziamento di nuovi investimenti dei privati in ricerca e sviluppo; il predetto decreto può individuare le tipologie di interventi suscettibili di agevolazione, le modalità di fruizione del credito d'imposta e i soggetti beneficiari meritevoli di agevolazione. Alla relativa copertura finanziaria si provvede, per l'anno 2010, mediante riduzione del Fondo per le aree sottoutilizzate di cui all'*articolo 61 della legge 27 dicembre 2002, n. 289*, e successive modificazioni, e, per l'anno 2011, mediante riduzione del fondo di cui all'*articolo 7-quinquies, comma 1, del decreto-legge 10 febbraio 2009, n. 5*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 9 aprile 2009, n. 33*. (15) (119)

237. Per il finanziamento annuale previsto dall'*articolo 1, comma 1244, della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, è autorizzata la spesa di 50 milioni di euro per l'anno 2010.

238. Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 237 si provvede con le disponibilità conseguenti alle revoche totali o parziali delle agevolazioni di cui all'*articolo 1, comma 2, del decreto-legge 22 ottobre 1992, n. 415*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 19 dicembre 1992, n. 488*, e successive modificazioni, al netto delle risorse necessarie per far fronte agli impegni già assunti per avvenuta sottoscrizione di atti convenzionali e compatibilmente con gli effetti stimati in ciascun anno in termini di indebitamento netto. Le disposizioni di cui al comma 237 si applicano a condizione dell'adozione dei provvedimenti amministrativi, debitamente registrati dalla Corte dei conti, recanti l'accertamento delle risorse finanziarie disponibili di cui al primo periodo del presente comma. (14)

239. Al fine di garantire condizioni di massima celerità nella realizzazione degli interventi necessari per la messa in sicurezza e l'adeguamento antisismico delle scuole, entro la data del 30 giugno 2010, previa approvazione di apposito atto di indirizzo delle Commissioni parlamentari permanenti competenti per materia nonché per i profili di carattere finanziario, sono individuati gli interventi di immediata realizzabilità fino all'importo complessivo di 300 milioni di euro, con la relativa ripartizione degli importi tra gli enti territoriali interessati, nell'ambito delle misure e con le modalità previste ai sensi dell'*articolo 7-bis del decreto-legge 1° settembre 2008, n. 137*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 30 ottobre 2008, n. 169*. (11)

240. Le risorse assegnate per interventi di risanamento ambientale con delibera del CIPE del 6 novembre 2009, pari a 1.000 milioni di euro, a valere sulle disponibilità del Fondo infrastrutture e del Fondo strategico per il Paese a sostegno dell'economia reale, 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*, e successive modificazioni, sono destinate ai piani straordinari diretti a rimuovere le situazioni a più elevato rischio idrogeologico individuate dalla direzione generale competente del Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, sentite le autorità di bacino di cui all'*articolo 63 del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152*, e successive modificazioni, nonché all'*articolo 1 del decreto-legge 30 dicembre 2008, n. 208*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 27 febbraio 2009, n. 13*, e il Dipartimento della protezione civile della Presidenza del Consiglio dei ministri. Le risorse di cui al presente comma possono essere utilizzate anche tramite accordo di programma sottoscritto dalla regione interessata e dal Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare che definisce, altresì, la quota di cofinanziamento regionale a valere sull'assegnazione di risorse del Fondo per le aree sottoutilizzate di cui all'*articolo 61 della legge 27 dicembre 2002, n. 289*, e successive modificazioni, che ciascun programma attuativo regionale destina a interventi di risanamento ambientale (89). (13)

241. Per gli anni 2010, 2011 e 2012 è attribuita, per ogni anno, all'autorità di cui alla *legge 10 ottobre*

1990, n. 287, una quota pari: a 2,2 milioni di euro, per ciascun anno, delle entrate di cui all'*articolo 23 della legge 12 agosto 1982, n. 576*, e successive modificazioni; a 8,4 milioni di euro, per ciascun anno, delle entrate di cui all'*articolo 2, comma 38, della legge 14 novembre 1995, n. 481*; a 6 milioni di euro, per l'anno 2010, e a 5,9 milioni di euro, per ciascuno degli anni 2011 e 2012, delle entrate di cui all'*articolo 1, comma 6, lettera c), numero 5), della legge 31 luglio 1997, n. 249*; a 7 milioni di euro, per l'anno 2010, e a 7,7 milioni di euro, per ciascuno degli anni 2011 e 2012, delle entrate di cui all'*articolo 1, comma 67, della legge 23 dicembre 2005, n. 266*, e successive modificazioni. Per gli anni 2011 e 2012 è attribuita all'autorità di cui al codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al *decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196*, una quota pari: a 1,6 milioni di euro, per ciascun anno, delle entrate di cui al citato *articolo 23 della legge n. 576 del 1982*, e successive modificazioni; a 3,2 milioni di euro, per ciascun anno, delle entrate di cui al citato *articolo 2, comma 38, della legge n. 481 del 1995*; a 3,6 milioni di euro, per ciascun anno, delle entrate di cui al citato *articolo 1, comma 6, lettera c), numero 5), della legge n. 249 del 1997*; a 3,6 milioni di euro, per ciascun anno, delle entrate di cui al citato *articolo 1, comma 67, della legge n. 266 del 2005*, e successive modificazioni. Per gli anni 2010, 2011 e 2012 è attribuita, per ogni anno, all'autorità di cui alla *legge 12 giugno 1990, n. 146*, una quota pari: a 0,1 milioni di euro, per ciascun anno, delle entrate di cui al citato *articolo 23 della legge n. 576 del 1982*, e successive modificazioni; a 0,3 milioni di euro, per ciascun anno, delle entrate di cui al citato *articolo 2, comma 38, della legge n. 481 del 1995*; a 0,3 milioni di euro, per ciascun anno, delle entrate di cui al citato *articolo 1, comma 6, lettera c), numero 5), della legge n. 249 del 1997*; a 0,3 milioni di euro, per ciascun anno, delle entrate di cui al citato *articolo 1, comma 67, della legge n. 266 del 2005*, e successive modificazioni; a 1 milione di euro, per ciascun anno, delle entrate di cui all'*articolo 13 della legge 8 agosto 1995, n. 335*, e successive modificazioni, e di cui all'*articolo 59, comma 39, della legge 27 dicembre 1997, n. 449*. Le somme di cui ai precedenti periodi sono trasferite dall'autorità contribuente all'autorità beneficiaria entro il 31 gennaio di ciascun anno. A fini di perequazione, con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, sentite le autorità interessate, sono stabilite, senza maggiori oneri per la finanza pubblica, misure reintegrative in favore delle autorità contribuenti, nei limiti del contributo versato, a partire dal decimo anno successivo all'erogazione del contributo, a carico delle autorità indipendenti percipienti che a tale data presentino un avanzo di amministrazione. In deroga alla previsione di cui al periodo precedente, l'Autorità di cui all'*articolo 10 della legge 10 ottobre 1990, n. 287*, restituisce entro il 31 gennaio 2014 le somme trasferite, per l'anno 2012, dalle autorità contribuenti quale quota delle entrate di cui all'*articolo 23 della legge 12 agosto 1982, n. 576*, e successive modificazioni, delle entrate di cui all'*articolo 2, comma 38, della legge 14 novembre 1995, n. 481*, delle entrate di cui all'*articolo 1, comma 6, lettera c), numero 5), della legge 31 luglio 1997, n. 249*, e delle entrate di cui all'*articolo 1, comma 67, della legge 23 dicembre 2005, n. 266*, e successive modificazioni; le restanti somme saranno restituite in dieci annualità costanti da erogare entro il 31 gennaio di ciascun anno, a partire dal 2015. (65)

242. Le somme versate entro il 31 ottobre 2009 all'entrata del bilancio dello Stato ai sensi dell'*articolo 148, comma 1, della legge 23 dicembre 2000, n. 388*, che, alla data di entrata in vigore della presente disposizione, non sono state riassegnate alle pertinenti unità previsionali di base del bilancio dello Stato, per un importo di 50 milioni di euro sono riassegnate entro l'anno 2009 a un apposito capitolo per essere destinate a interventi a tutela delle popolazioni colpite da eventi atmosferici avversi verificatisi nell'ultimo triennio (102).

243. La disposizione di cui al comma 242 entra in vigore il giorno stesso della pubblicazione della presente legge nella Gazzetta Ufficiale.

244. Gli importi da iscrivere nei fondi speciali di cui all'*articolo 11-bis della legge 5 agosto 1978, n. 468*, e successive modificazioni, per il finanziamento dei provvedimenti legislativi che si prevede possano essere approvati nel triennio 2010-2012, restano determinati, per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, nelle misure indicate nelle *Tabelle A e B* allegate alla presente legge, rispettivamente per il fondo speciale destinato alle spese correnti e per il fondo speciale destinato alle spese in conto capitale.

245. Le dotazioni da iscrivere nei singoli stati di previsione del bilancio per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012, in relazione a leggi di spesa permanente la cui quantificazione è rinviata alla legge finanziaria, sono indicate nella *Tabella C* allegata alla presente legge.

246. Ai sensi dell'*articolo 11, comma 3, lettera f), della legge 5 agosto 1978, n. 468*, e successive modificazioni, gli stanziamenti di spesa per il rifinanziamento di norme che prevedono interventi di

sostegno dell'economia classificati tra le spese in conto capitale restano determinati, per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, nelle misure indicate nella *Tabella D* allegata alla presente legge.

247. Ai sensi dell'*articolo 11, comma 3, lettera e), della legge 5 agosto 1978, n. 468*, e successive modificazioni, le autorizzazioni di spesa recate dalle leggi indicate nella *Tabella E* allegata alla presente legge sono ridotte degli importi determinati nella medesima Tabella.

248. Gli importi da iscrivere in bilancio in relazione alle autorizzazioni di spesa recate da leggi a carattere pluriennale restano determinati, per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, nelle misure indicate nella *Tabella F* allegata alla presente legge.

249. A valere sulle autorizzazioni di spesa in conto capitale recate da leggi a carattere pluriennale, riportate nella Tabella di cui al comma 248, le amministrazioni e gli enti pubblici possono assumere impegni nell'anno 2010, a carico di esercizi futuri, nei limiti massimi di impegnabilità indicati per ciascuna disposizione legislativa in apposita colonna della stessa Tabella, ivi compresi gli impegni già assunti nei precedenti esercizi a valere sulle autorizzazioni medesime.

250. Le risorse, come integrate dal *decreto-legge 25 settembre 2009, n. 135*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 20 novembre 2009, n. 166*, affluite alla contabilità speciale istituita ai sensi del comma 8 dell'*articolo 13-bis del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 3 agosto 2009, n. 102*, sono versate all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnate, con uno o più decreti del Ministro dell'economia e delle finanze, al fondo di cui all'*articolo 7-quinquies, comma 1, del decreto-legge 10 febbraio 2009, n. 5*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 9 aprile 2009, n. 33*. Con decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, le disponibilità del predetto fondo sono destinate alle finalità di cui all'*Elenco 1* allegato alla presente legge, nella misura massima ivi prevista, per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012. Gli schemi dei decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, corredati di relazione tecnica ai sensi della normativa vigente verificata anche in ordine all'assenza di effetti negativi sui saldi di finanza pubblica, sono trasmessi alle Camere per l'espressione del parere da parte delle Commissioni parlamentari competenti per i profili di carattere finanziario, da rendere entro trenta giorni dalla trasmissione della richiesta. Il Governo, ove non intenda conformarsi alle condizioni formulate con riferimento ai profili finanziari, ritrasmette alle Camere gli schemi di decreto corredati dei necessari elementi integrativi di informazione, per i pareri definitivi delle Commissioni parlamentari competenti per i profili finanziari, che devono essere espressi entro quindici giorni. Le risorse, pari a 181 milioni di euro, destinate alle finalità di cui all'ultima voce del citato *Elenco 1* allegato alla presente legge sono contestualmente ripartite con un unico decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, previo conforme parere delle Commissioni parlamentari delle due Camere competenti per i profili finanziari. La quota delle disponibilità del fondo di cui al presente comma non aventi corrispondenti effetti sul fabbisogno e sull'indebitamento netto, per l'importo di 689 milioni di euro per l'anno 2010, di 1.991 milioni di euro per l'anno 2011 e di 182 milioni di euro per l'anno 2012, è destinata, mediante decreti del Ministro dell'economia e delle finanze, alla sistemazione contabile delle partite iscritte al conto sospeso con la Banca d'Italia per le quali non esistono in bilancio le occorrenti risorse. (45) (53)

251. Restano validi gli atti e i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base del *decreto-legge 23 novembre 2009, n. 168*. La dotazione del fondo previsto dall'*articolo 7-quinquies, comma 1, del decreto-legge 10 febbraio 2009, n. 5*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 9 aprile 2009, n. 33*, è incrementata, per l'anno 2010, di 3.716 milioni di euro, cui si provvede mediante utilizzo delle maggiori entrate, per l'anno medesimo, derivanti dagli effetti dell'*articolo 1 del decreto-legge n. 168 del 2009*.

252. La copertura della presente legge per le nuove o maggiori spese correnti, per le riduzioni di entrata e per le nuove finalizzazioni nette da iscrivere nel fondo speciale di parte corrente è assicurata, ai sensi dell'*articolo 11, comma 5, della legge 5 agosto 1978, n. 468*, e successive modificazioni, secondo il prospetto allegato.

253. La presente legge entra in vigore il 1° gennaio 2010.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà 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.

- (2) Comma così modificato dall'art. 1, comma 1, D.L. 25 gennaio 2010, n. 2, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 marzo 2010, n. 42, e, successivamente, dall'art. 9, comma 1, D.L. 6 marzo 2014, n. 16, convertito, con modificazioni, dalla L. 2 maggio 2014, n. 68.
- (3) L'art. 4, comma 4, D.L. 25 gennaio 2010, n. 2 aveva inserito il comma 23-bis; successivamente, tale modifica non è stata confermata dalla legge di conversione (L. 26 marzo 2010, n. 42).
- (4) Comma così modificato dall'art. 4, comma 6, D.L. 25 gennaio 2010, n. 2, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 marzo 2010, n. 42.
- (5) Comma così modificato dall'art. 4, comma 7, lett. a) e b), D.L. 25 gennaio 2010, n. 2, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 marzo 2010, n. 42 e, successivamente, dall'art. 2130, comma 1, lett. b), D.Lgs. 15 marzo 2010, n. 66, con la decorrenza prevista dall'art. 2272, comma 1 del medesimo D.Lgs. 66/2010.
- (6) Comma così modificato dall'art. 4, comma 8, lett. da a) a e), D.L. 25 gennaio 2010, n. 2, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 marzo 2010, n. 42, dall'art. 2130, comma 1, lett. c), D.Lgs. 15 marzo 2010, n. 66, con la decorrenza prevista dall'art. 2272, comma 1 del medesimo D.Lgs. 66/2010 e, successivamente, dall'art. 2, comma 8, D.L. 29 dicembre 2010, n. 225, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 febbraio 2011, n. 10.
- (7) Comma modificato dall'art. 1, comma 23-bis, lett. da a) a d), D.L. 30 dicembre 2009, n. 194, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 febbraio 2010, n. 25, dall'art. 15, comma 3-quater, D.L. 30 dicembre 2009, n. 195, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 febbraio 2010, n. 26 e dall'art. 8, comma 9, D.L. 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla L. 30 luglio 2010, n. 122; vedi, anche, il comma 15-bis del medesimo art. 8, D.L. 78/2010. Successivamente, il presente comma è stato modificato dall'art. 12, commi 14 e 15, D.L. 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla L. 15 luglio 2011, n. 111, dall'art. 27, comma 4, D.L. 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla L. 22 dicembre 2011, n. 214, dall'art. 24, comma 1, D.L. 29 dicembre 2011, n. 216 convertito, con modificazioni, dalla L. 24 febbraio 2012, n. 14 e dall'art. 1, comma 387, lett. a), nn. 1), 2), e 3), L. 27 dicembre 2013, n. 147, a decorrere dal 1° gennaio 2014. Infine, il presente comma è stato così modificato dall'art. 24, comma 1, D.L. 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla L. 23 giugno 2014, n. 89.
- (8) Per la disciplina applicabile alle controversie in materia di lavoro dinanzi alla Corte di Cassazione, vedi l'art. 1, comma 23-quinquiesdecies, D.L. 30 dicembre 2009, n. 194, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 febbraio 2010, n. 25.
- (9) Comma così modificato dall'art. 1, comma 23-septiesdecies, D.L. 30 dicembre 2009, n. 194, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 febbraio 2010, n. 25.
- (10) Comma così modificato dall'art. 1, comma 23-vicies, D.L. 30 dicembre 2009, n. 194, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 febbraio 2010, n. 25.
- (11) Comma così modificato dall'art. 7, comma 5-ter, D.L. 30 dicembre 2009, n. 194, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 febbraio 2010, n. 25.
- (12) Comma così modificato dall'art. 10-sexies, comma 3, D.L. 30 dicembre 2009, n. 194, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 febbraio 2010, n. 25.
- (13) Per la riduzione delle risorse, di cui al presente comma, vedi l'art. 17, comma 2-bis, D.L. 30 dicembre 2009, n. 195, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 febbraio 2010, n. 26 e, successivamente, l'art. 2, comma 12-quinquies, D.L. 29 dicembre 2010, n. 225, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 febbraio 2011, n. 10.
- (14) Comma così modificato dall'art. 4, comma 5, lett. c), D.L. 25 marzo 2010, n. 40, convertito, con modificazioni, dalla L. 22 maggio 2010, n. 73.
- (15) Per la riduzione dell'autorizzazione di spesa, di cui al presente comma, vedi l'art. 4, comma 1, D.L. 25 marzo 2010, n. 40, convertito, con modificazioni, dalla L. 22 maggio 2010, n. 73.
- (16) Comma così modificato dall'art. 1, comma 1-bis, lett. a) e b), D.L. 25 gennaio 2010, n. 2, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 marzo 2010, n. 42.
- (17) Comma inserito dall'art. 1, comma 1-ter, D.L. 25 gennaio 2010, n. 2, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 marzo 2010, n. 42.
- (18) Alinea così modificato dall'art. 1, comma 1-quater, lett. a), D.L. 25 gennaio 2010, n. 2, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 marzo 2010, n. 42.
- (19) Lettera così modificata dall'art. 1, comma 1-quater, lett. b), nn. 1) e 2), D.L. 25 gennaio 2010, n. 2, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 marzo 2010, n. 42.
- (20) Lettera così modificata dall'art. 1, comma 1-quater, lett. c), D.L. 25 gennaio 2010, n. 2, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 marzo 2010, n. 42.
- (21) Lettera così modificata dall'art. 1, comma 1-quater, lett. d), D.L. 25 gennaio 2010, n. 2, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 marzo 2010, n. 42.
- (22) Lettera così modificata dall'art. 1, comma 1-quater, lett. e), D.L. 25 gennaio 2010, n. 2, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 marzo 2010, n. 42.
- (23) Comma inserito dall'art. 1, comma 1-quinquies, D.L. 25 gennaio 2010, n. 2, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 marzo 2010, n. 42.
- (24) Comma così modificato dall'art. 1, comma 1-sexies, lett. a) e b), D.L. 25 gennaio 2010, n. 2, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 marzo 2010, n. 42.
- (25) Comma così sostituito dall'art. 4, comma 4, D.L. 25 gennaio 2010, n. 2, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 marzo 2010, n. 42.
- (26) Comma così modificato dall'art. 4, comma 4-quater, lett. a), nn. 1) e 2), D.L. 25 gennaio 2010, n. 2, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 marzo 2010, n. 42.
- (27) Comma inserito dall'art. 4, comma 4-quater, lett. b), D.L. 25 gennaio 2010, n. 2, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 marzo 2010, n. 42.
- (28) Comma abrogato dall'art. 2268, comma 1, n. 1083), D.Lgs. 15 marzo 2010, n. 66, con la decorrenza prevista dall'art. 2272,

comma 1 del medesimo D.Lgs. 66/2010.

(29) Comma modificato dall'*art. 2268, comma 1, n. 1083*), *D.Lgs. 15 marzo 2010, n. 66*, con la decorrenza prevista dall'*art. 2272, comma 1 del medesimo D.Lgs. 66/2010* e, successivamente, così sostituito dall'*art. 10, comma 1, D.Lgs. 24 febbraio 2012, n. 20*.

(30) Comma così sostituito dall'*art. 2130, comma 1, lett. a)*, *D.Lgs. 15 marzo 2010, n. 66*, con la decorrenza prevista dall'*art. 2272, comma 1 del medesimo D.Lgs. 66/2010*.

(31) Per la rideterminazione del finanziamento, di cui al presente comma, vedi l'*art. 9, comma 16, l'art. 11, commi 5, lett. a) e 12, D.L. 31 maggio 2010, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 30 luglio 2010, n. 122* e l'*art. 1, comma 49, L. 13 dicembre 2010, n. 220*.

(32) Per la rideterminazione delle risorse, di cui al presente comma, vedi l'*art. 9, comma 18, lett. a)*, *D.L. 31 maggio 2010, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 30 luglio 2010, n. 122*.

(33) Per la rideterminazione delle risorse, di cui al presente comma, vedi l'*art. 9, comma 18, lett. b)*, *D.L. 31 maggio 2010, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 30 luglio 2010, n. 122*.

(34) L'*art. 47, comma 3, D.L. 31 maggio 2010, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 30 luglio 2010, n. 122*, ha interpretato la presente lettera nel senso che in caso di mancato adeguamento da parte dei concessionari degli schemi di convenzione ovvero dei Piani economico-finanziari alle prescrizioni del CIPE attestato dal concedente dandone comunicazione ai Ministeri dell'economia e delle finanze e delle infrastrutture e dei trasporti, gli schemi di convenzione stessi non si intendono approvati e sono sottoposti alle ordinarie procedure di approvazione di cui all'*articolo 2, commi 82 e seguenti del decreto-legge 3 ottobre 2006, n. 262* convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2006, n. 286*.

(35) Alinea così modificato dall'*art. 47, comma 3-ter, D.L. 31 maggio 2010, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 30 luglio 2010, n. 122*.

(36) Per la regione Puglia, vedi, anche, l'*art. 2, comma 2, D.L. 5 agosto 2010, n. 125*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 1° ottobre 2010, n. 163*.

(37) Per la riduzione dell'autorizzazione di spesa, di cui al presente comma, vedi l'*art. 15, comma 1, D.P.R. 1° ottobre 2010, n. 184* e l'*art. 9, comma 1, D.P.R. 1° ottobre 2010, n. 185*.

(38) La Corte costituzionale, con sentenza 3-17 novembre 2010, n. 326 (Gazz. Uff. 24 novembre 2010, n. 47 - Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità del presente comma, nella parte in cui:

a) nel primo periodo, nel richiamare l'articolo 34 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 504, sopprime il concorso dello Stato al finanziamento delle comunità montane con il fondo nazionale ordinario per gli investimenti,

b) nel medesimo primo periodo, contiene l'inciso «e dalle altre disposizioni di legge relative alle comunità montane»,

c) nel secondo periodo, prevede la devoluzione ai comuni, già facenti parte delle comunità montane, del trenta per cento delle risorse provenienti dal fondo ordinario nazionale per gli investimenti,

d) nel secondo periodo, contiene l'inciso «e alle citate disposizioni di legge relative alle comunità montane».

(39) Comma così modificato dall'*art. 4, comma 1, lett. a) e b)*, *L. 26 novembre 2010, n. 199* e, successivamente, dall'*art. 23, comma 36, D.L. 6 luglio 2011, n. 98*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 15 luglio 2011, n. 111*.

(40) Comma così modificato dall'*art. 4, comma 2, L. 26 novembre 2010, n. 199*.

(41) La Corte costituzionale, con sentenza 17-26 novembre 2010, n. 341 (Gazz. Uff. 1° dicembre 2010, n. 48 - Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità del presente comma.

(42) Per la proroga degli interventi a carattere sperimentale, di cui al presente comma, vedi l'*art. 1, comma 33, L. 13 dicembre 2010, n. 220*, l'*art. 33, comma 25, L. 12 novembre 2011, n. 183*, l'*art. 1, D.M. 31 ottobre 2011, n. 62509* e, successivamente, l'*art. 1, D.M. 2 settembre 2013, n. 75866*.

(43) Per l'estensione dell'applicazione delle disposizioni di cui al presente comma, vedi l'*art. 1, comma 45, L. 13 dicembre 2010, n. 220*.

(44) Comma inserito dall'*art. 2, comma 7, D.L. 29 dicembre 2010, n. 225*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 26 febbraio 2011, n. 10*.

(45) Per la proroga del termine, di cui al presente comma, vedi l'*art. 1, comma 1, D.L. 29 dicembre 2010, n. 225*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 26 febbraio 2011, n. 10* e, successivamente, l'*art. 1, comma 1, D.P.C.M. 25 marzo 2011*.

(46) Comma così modificato dall'*art. 2, comma 1-bis, D.L. 29 dicembre 2010, n. 225*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 26 febbraio 2011, n. 10* e, successivamente, dall'*art. 4, comma 1, D.L. 29 dicembre 2011, n. 216*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 24 febbraio 2012, n. 14*.

(47) Per l'applicazione della disciplina previgente, vedi l'*art. 2, comma 4-quinquiesdecies, D.L. 29 dicembre 2010, n. 225*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 26 febbraio 2011, n. 10*.

(48) Comma abrogato dall'*art. 8, comma 4, lett. g)*, *D.L. 13 maggio 2011, n. 70*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 12 luglio 2011, n. 106*.

(49) Per la proroga del termine, di cui al presente comma, vedi l'*art. 1, comma 1, D.L. 29 dicembre 2010, n. 225*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 26 febbraio 2011, n. 10*, l'*art. 1, comma 1, D.P.C.M. 25 marzo 2011* e, successivamente, l'*art. 13, comma 2, D.L. 29 dicembre 2011, n. 216*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 24 febbraio 2012, n. 14*.

(50) Per l'estensione dell'applicazione delle disposizioni di cui al presente comma, vedi l'*art. 17, comma 3, D.L. 6 luglio 2011, n. 98*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 15 luglio 2011, n. 111*.

(51) Comma così modificato dall'*art. 17, comma 4, lett. a)*, *D.L. 6 luglio 2011, n. 98*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 15 luglio 2011, n. 111* e, successivamente, dall'*art. 2, comma 6, D.L. 15 ottobre 2013, n. 120*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 13 dicembre 2013, n. 137*.

(52) Comma inserito dall'*art. 17, comma 4, lett. b)*, *D.L. 6 luglio 2011, n. 98*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 15 luglio 2011, n. 111*.

(53) Per la riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui al presente comma, vedi l'*art. 21, comma 11, D.L. 6 luglio 2011, n. 98*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 15 luglio 2011, n. 111*.

(54) Comma abrogato dall'*art. 23, comma 36, D.L. 6 luglio 2011, n. 98*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 15 luglio 2011, n. 111*.

(55) Comma inserito dall'*art. 9, comma 2, D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 149* e modificato dall'*art. 1, comma 234, L. 27 dicembre 2013, n. 147*, a decorrere dal 1° gennaio 2014. Successivamente, il presente comma è stato così modificato dall'*art. 42, comma*

14-ter, D.L. 12 settembre 2014, n. 133, convertito, con modificazioni, dalla L. 11 novembre 2014, n. 164, dall'art. 6, comma 4, D.L. 30 dicembre 2015, n. 210, convertito, con modificazioni, dalla L. 25 febbraio 2016, n. 21, dall'art. 34, comma 2, D.L. 24 aprile 2017, n. 50, convertito, con modificazioni, dalla L. 21 giugno 2017, n. 96, dall'art. 8, comma 3, D.L. 25 luglio 2018, n. 91, convertito, con modificazioni, dalla L. 21 settembre 2018, n. 108, dall'art. 13, comma 2, D.L. 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla L. 25 giugno 2019, n. 60, dall'art. 5, comma 1, D.L. 30 dicembre 2019, n. 162, convertito, con modificazioni, dalla L. 28 febbraio 2020, n. 8, dall'art. 4, comma 1, D.L. 31 dicembre 2020, n. 183, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 febbraio 2021, n. 21, dall'art. 35, comma 2, D.L. 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla L. 23 luglio 2021, n. 106, dall'art. 1, comma 289, L. 30 dicembre 2021, n. 234, a decorrere dal 1° gennaio 2022, e dall'art. 4, comma 1, D.L. 29 dicembre 2022, n. 198, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 febbraio 2023, n. 14.

(56) Per la proroga degli interventi a carattere sperimentale, di cui al presente comma, vedi l'art. 1, comma 33, L. 13 dicembre 2010, n. 220, l'art. 33, comma 25, L. 12 novembre 2011, n. 183, l'art. 2, D.M. 31 ottobre 2011, n. 62509 e, successivamente, l'art. 2, D.M. 2 settembre 2013, n. 75866.

(57) Per la proroga degli interventi a carattere sperimentale, di cui al presente comma, vedi l'art. 1, comma 33, L. 13 dicembre 2010, n. 220, l'art. 33, comma 25, L. 12 novembre 2011, n. 183, gli artt. 3 e 4, D.M. 31 ottobre 2011, n. 62509 e, successivamente, gli artt. 3 e 4, D.M. 2 settembre 2013, n. 75866.

(58) Per la proroga degli interventi a carattere sperimentale, di cui al presente comma, vedi l'art. 1, comma 33, L. 13 dicembre 2010, n. 220, l'art. 33, comma 25, L. 12 novembre 2011, n. 183, l'art. 5, comma 1, D.M. 31 ottobre 2011, n. 62509 e, successivamente, l'art. 5, D.M. 2 settembre 2013, n. 75866.

(59) Comma abrogato dall'art. 2268, comma 1, n. 1083), D.Lgs. 15 marzo 2010, n. 66, come modificato dall'art. 9, comma 1, lett. p), n. 12), D.Lgs. 24 febbraio 2012, n. 20.

(60) Comma inserito dall'art. 2, comma 7, D.L. 29 dicembre 2010, n. 225, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 febbraio 2011, n. 10 e, successivamente, così modificato dall'art. 29, comma 10, D.L. 29 dicembre 2011, n. 216, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 febbraio 2012, n. 14, dall'art. 23-ter, comma 2, lett. d), D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla L. 7 agosto 2012, n. 135, e dall'art. 16, comma 5, D.L. 6 marzo 2014, n. 16, convertito, con modificazioni, dalla L. 2 maggio 2014, n. 68. Successivamente, la Corte costituzionale, con sentenza 23 giugno-4 luglio 2014, n. 191 (Gazz. Uff. 9 luglio 2014, n. 29 - Prima serie speciale), ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del suddetto art. 2, comma 7, del D.L. 29 dicembre 2010, n. 225, convertito, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della L. 26 febbraio 2011, n. 10, nella parte in cui, introducendo il presente comma, stabilisce che il Commissario straordinario del Governo per il Comune di Roma «deve essere in possesso di comprovati requisiti di elevata professionalità nella gestione economico-finanziaria, acquisiti nel settore privato, necessari per gestire la fase operativa di attuazione del piano di rientro». In precedenza, il presente comma era stato modificato dall'art. 2, comma 2, lett. d), D.L. 27 giugno 2012, n. 87, non convertito in legge (Comunicato 27 agosto 2012, pubblicato nella G.U. 27 agosto 2012, n. 199), dall'art. 1, comma 5, D.L. 31 ottobre 2013, n. 126, non convertito in legge (Comunicato 31 dicembre 2013, pubblicato nella G.U. 31 dicembre 2013, n. 305) e dall'art. 4, comma 1, D.L. 30 dicembre 2013, n. 151, non convertito in legge (Comunicato 1° marzo 2014, pubblicato nella G.U. 1° marzo 2014, n. 50).

(61) Comma così modificato dall'art. 14, comma 5, D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla L. 7 agosto 2012, n. 135.

(62) Comma inserito dall'art. 3, comma 9, D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla L. 7 agosto 2012, n. 135.

(63) Alinea così modificato dall'art. 2, comma 6, lett. a), D.L. 10 ottobre 2012, n. 174, convertito, con modificazioni, dalla L. 7 dicembre 2012, n. 213 e, successivamente, dall'art. 1, comma 569, lett. b), L. 23 dicembre 2014, n. 190, a decorrere dal 1° gennaio 2015; per l'applicazione di tale ultima disposizione vedi l'art. 1, comma 570, della medesima L. n. 190/2014.

(64) Comma così modificato dall'art. 1, comma 569, lett. c), L. 23 dicembre 2014, n. 190, a decorrere dal 1° gennaio 2015; per l'applicazione di tale disposizione vedi l'art. 1, comma 570 della medesima L. n. 190/2014. In precedenza il presente comma era stato modificato dall'art. 2, comma 6, lett. b), D.L. 10 ottobre 2012, n. 174; tale modifica non è stata confermata dalla legge di conversione (L. 7 dicembre 2012, n. 213).

(65) Comma così modificato dall'art. 1, comma 414, L. 27 dicembre 2013, n. 147, a decorrere dal 1° gennaio 2014.

(66) Comma così modificato dall'art. 1, comma 519, lett. a), L. 27 dicembre 2013, n. 147, a decorrere dal 1° gennaio 2014.

(67) Comma inserito dall'art. 1, comma 519, lett. b), L. 27 dicembre 2013, n. 147, a decorrere dal 1° gennaio 2014.

(68) Comma abrogato dall'art. 1, comma 519, lett. c), L. 27 dicembre 2013, n. 147, a decorrere dal 30 giugno 2014.

(69) Comma inserito dall'art. 3, comma 9, D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla L. 7 agosto 2012, n. 135 e modificato dall'art. 1, comma 387, lett. b), nn. 1) e 2), L. 27 dicembre 2013, n. 147, a decorrere dal 1° gennaio 2014. Successivamente, il presente comma è stato così modificato dall'art. 24, comma 2, lett. a), D.L. 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla L. 23 giugno 2014, n. 89, e dall'art. 1, comma 432, L. 30 dicembre 2018, n. 145, a decorrere dal 1° gennaio 2019.

(70) Comma così sostituito dall'art. 1, comma 387, lett. c), L. 27 dicembre 2013, n. 147, a decorrere dal 1° gennaio 2014.

(71) Comma inserito dall'art. 24, comma 2, lett. b), D.L. 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla L. 23 giugno 2014, n. 89 e, successivamente, così modificato dall'art. 1, comma 272, lett. a), nn. 1), 2), 3), 4) e 5), L. 23 dicembre 2014, n. 190, a decorrere dal 1° gennaio 2015.

(72) Alinea così modificato dall'art. 1, comma 569, lett. a), nn. 1) e 2), L. 23 dicembre 2014, n. 190, a decorrere dal 1° gennaio 2015; per l'applicazione di tale disposizione vedi l'art. 1, comma 570, della medesima L. n. 190/2014.

(73) Comma inserito dall'art. 1, comma 572, L. 23 dicembre 2014, n. 190, a decorrere dal 1° gennaio 2015.

(74) Comma inserito dall'art. 2, comma 6, lett. b), D.L. 10 ottobre 2012, n. 174, convertito, con modificazioni, dalla L. 7 dicembre 2012, n. 213 e, successivamente, così sostituito dall'art. 1, comma 569, lett. d), L. 23 dicembre 2014, n. 190, a decorrere dal 1° gennaio 2015; per l'applicazione di tale ultima disposizione vedi l'art. 1, comma 570, della medesima L. n. 190/2014.

(75) Comma inserito dall'art. 1, comma 272, lett. b), L. 23 dicembre 2014, n. 190, a decorrere dal 1° gennaio 2015.

(76) Comma così modificato dall'art. 1, comma 497, lett. a) e b), L. 28 dicembre 2015, n. 208, a decorrere dal 1° gennaio 2016.

(77) Per l'incremento della quota di premialità di cui alla presente lettera, vedi l'art. 1, comma 385, L. 11 dicembre 2016, n. 232.

(78) Comma abrogato dall'art. 1, comma 569, lett. d), L. 23 dicembre 2014, n. 190, come modificato dall'art. 25-septies, comma 2, lett. c), D.L. 23 ottobre 2018, n. 119, convertito, con modificazioni, dalla L. 17 dicembre 2018, n. 136.

(79) Sull'applicabilità delle disposizioni della presente lettera vedi l'art. 1, comma 866, L. 30 dicembre 2018, n. 145.

(80) In deroga a quanto disposto dalla presente lettera vedi l'art. 117, comma 1, D.L. 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con

modificazioni, dalla L. 17 luglio 2020, n. 77.

(81) Per la rideterminazione delle somme di cui alla presente lettera vedi l'art. 117, comma 1, lett. a), D.L. 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla L. 17 luglio 2020, n. 77.

(82) Comma inserito dall'art. 1, comma, 1000, L. 30 dicembre 2020, n. 178, a decorrere dal 1° gennaio 2021.

(83) In deroga a quanto disposto dal presente comma vedi l'art. 1, comma 266, L. 30 dicembre 2021, n. 234.

(84) Comma inserito dall'art. 11-bis, comma 1, D.L. 27 gennaio 2022, n. 4, convertito, con modificazioni, dalla L. 28 marzo 2022, n. 25.

(85) La Corte costituzionale, con sentenza 19 - 30 settembre 2011, n. 257 (Gazz. Uff. 5 ottobre 2011, n. 42, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibili le questioni di legittimità costituzionale dell'articolo 2, comma 5, sollevate in riferimento agli articoli 38, secondo comma, e 53 della Costituzione; ha inoltre dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 2, comma 5, sollevate in riferimento agli articoli 3, 111, primo e secondo comma, 117, primo comma, Cost., in relazione agli artt. 6 e 14 della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, resa esecutiva con legge 4 agosto 1955, n. 848.

(86) La Corte costituzionale, con ordinanza 19 - 23 marzo 2012, n. 69 (Gazz. Uff. 28 marzo 2012, n. 13, 1ª Serie speciale), ha dichiarato la manifesta inammissibilità delle questioni di legittimità costituzionale dell'articolo 2, comma 212, lettera b), numero 2), sollevate nel complesso, in riferimento agli artt. 3, 24 e 111 della Costituzione e all'art. 23, decimo comma, della legge 24 novembre 1981, n. 689.

(87) La Corte costituzionale, con sentenza 03 - 17 novembre 2010, n. 326 (Gazz. Uff. 24 novembre 2010, n. 47, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibili le residue questioni di legittimità costituzionale dell'art. 2, comma 187, promosse in riferimento, nel complesso, agli artt. 3, 97, 114, 117, 118, 119, 123, 136 e 137 della Costituzione, ai principi di ragionevolezza, di leale collaborazione, di certezza delle entrate e di affidamento; ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 2, comma 186, lettera a), promossa in riferimento agli artt. 114, 117 e 119 della Costituzione; ha dichiarato inammissibili le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 2, comma 186, lettera e), promosse in riferimento, nel complesso, agli artt. 3, 97, 114, 117, 118 e 119 della Costituzione, nonché al principio di leale collaborazione.

(88) La Corte costituzionale, con sentenza 03 - 17 novembre 2010, n. 326 (Gazz. Uff. 24 novembre 2010, n. 47, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibili le residue questioni di legittimità costituzionale dell'art. 2, comma 187, promosse in riferimento, nel complesso, agli artt. 3, 97, 114, 117, 118, 119, 123, 136 e 137 della Costituzione, ai principi di ragionevolezza, di leale collaborazione, di certezza delle entrate e di affidamento; ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 2, comma 186, lettera a), promossa in riferimento agli artt. 114, 117 e 119 della Costituzione; ha dichiarato inammissibili le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 2, comma 186, lettera e), promosse in riferimento, nel complesso, agli artt. 3, 97, 114, 117, 118 e 119 della Costituzione, nonché al principio di leale collaborazione.

(89) La Corte costituzionale, con sentenza 17 - 26 novembre 2010, n. 341 (Gazz. Uff. 1 dicembre 2010, n. 48, 1ª Serie speciale), ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 2, comma 240, promossa dalla Regione Toscana, in riferimento agli articoli 117, secondo comma, e 118, primo comma, della Costituzione, nonché al principio di leale collaborazione e al principio di sussidiarietà.

(90) La Corte costituzionale, con sentenza 17 - 26 novembre 2010, n. 342 (Gazz. Uff. 1 dicembre 2010, n. 48, 1ª Serie speciale), ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 2, comma 230, sollevata dalla Regione siciliana, in riferimento agli artt. 36 e 37 del regio decreto legislativo 15 maggio 1946, n. 455, e all'art. 2 del decreto del Presidente della Repubblica 26 luglio 1965, n. 1074.

(91) La Corte costituzionale, con ordinanza 18 - 20 aprile 2011, n. 143 (Gazz. Uff. 27 aprile 2011, n. 18, 1ª Serie speciale), ha dichiarato la manifesta inammissibilità della questione di legittimità costituzionale dell'art. 2, comma 212, sollevata con riferimento agli artt. 3 e 24 della Costituzione.

(92) La Corte costituzionale, con sentenza 1° - 12 dicembre 2014, n. 278 (Gazz. Uff. 17 dicembre 2014, n. 52, 1ª Serie speciale), ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 2, comma 83, sollevata in riferimento agli artt. 1, secondo comma, 5, 70, primo comma, 77, primo e secondo comma, 114, secondo comma, 117, terzo e sesto comma, 120, secondo comma, e 121, secondo comma, della Costituzione.

(93) La Corte costituzionale, con sentenza 1° - 12 dicembre 2014, n. 278 (Gazz. Uff. 17 dicembre 2014, n. 52, 1ª Serie speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 2, commi 79 e 84, sollevata in riferimento all'art. 120, secondo comma, della Costituzione.

(94) La Corte costituzionale, con ordinanza 24 ottobre - 24 novembre 2017, n. 243 (Gazz. Uff. 29 novembre 2017, n. 48, 1ª Serie speciale), ha dichiarato manifestamente infondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 2, comma 86, sollevata dalla Commissione tributaria provinciale di Campobasso in riferimento all'art. 53 della Costituzione e manifestamente inammissibili le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 2, comma 86, sollevate dalla Commissione tributaria provinciale di Campobasso in riferimento agli artt. 97 e 24 Cost..

(95) La Corte costituzionale, con sentenza 4 giugno - 25 luglio 2019, n. 206 (Gazz. Uff. 31 luglio 2019, n. 31, 1ª Serie speciale), ha dichiarato, fra l'altro, inammissibili le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 2, comma 62, in riferimento agli artt. 3 (principio di ragionevolezza), 21 e 97 della Costituzione, e non fondate le questioni di legittimità costituzionale dello stesso art. 2, comma 62, sollevate in riferimento agli artt. 2, 3 (principio di uguaglianza), 21, 41, secondo comma, Cost., e al principio della tutela dell'affidamento negli atti dello Stato, anche in relazione all'art. 117, primo comma, Cost.

(96) Sull'applicabilità delle disposizioni contenute nel presente comma vedi il comma 2 dell'art. 1, D.L. 25 gennaio 2010, n. 2. Vedi, anche, il comma 1 dell'art. 2, del medesimo decreto.

(97) Sull'applicabilità delle disposizioni contenute nel presente comma vedi il comma 2 dell'art. 1, D.L. 25 gennaio 2010, n. 2.

(98) Sull'applicabilità delle disposizioni contenute nel presente comma vedi il comma 2 dell'art. 1, D.L. 25 gennaio 2010, n. 2 e il comma 44 dell'art. 2, D.L. 29 dicembre 2010, n. 225, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 febbraio 2011, n. 10.

(99) Vedi, anche, l'art. 10-sexies, D.L. 30 dicembre 2009, n. 194, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 febbraio 2010, n. 25.

(100) Vedi, anche, il comma 8 dell'art. 17-ter, D.L. 30 dicembre 2009, n. 195, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 febbraio 2010, n. 26.

(101) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il Prov. 1 marzo 2010.

(102) Per la ripartizione delle risorse di cui al presente comma vedi l'O.P.C.M. 20 aprile 2010, n. 3867.

(103) Vedi, anche, il D.Dirett. 7 aprile 2010.

(104) Vedi, anche, il comma 1 dell'art. 11, D.L. 31 maggio 2010, n. 78.

- (105) Vedi, anche, il D.M. 26 luglio 2010, n. 53343.
- (106) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il D.M. 26 luglio 2010, n. 53343.
- (107) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il D.M. 26 luglio 2010, n. 53344.
- (108) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il D.M. 25 ottobre 2010.
- (109) Vedi, anche, il D.M. 30 luglio 2010.
- (110) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il D.M. 30 luglio 2010.
- (111) Vedi, anche, il comma 30 dell'art. 1, L. 13 dicembre 2010, n. 220.
- (112) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il D.Dirett. 29 dicembre 2010.
- (113) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il D.M. 22 dicembre 2010.
- (114) Vedi, anche, il D.P.C.M. 14 gennaio 2011 e, successivamente, l'art. 1, comma 520, L. 27 dicembre 2013, n. 147.
- (115) Vedi, anche, il D.P.C.M. 14 gennaio 2011.
- (116) Vedi, anche, il D.P.C.M. 14 gennaio 2011.
- (117) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il D.P.C.M. 14 gennaio 2011.
- (118) Vedi, anche, il D.P.C.M. 14 gennaio 2011.
- (119) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il D.M. 4 marzo 2011.
- (120) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi la Del. 18 novembre 2010, n. 107/2010.
- (121) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il D.M. 18 marzo 2011.
- (122) Per l'estensione dell'attuale perimetro di raccolta dati alle concessioni e alle partecipazioni e per i relativi obblighi e modalità di comunicazione ai fini della redazione del rendiconto patrimoniale dello Stato a prezzi di mercato vedi il D.M. 30 luglio 2010.
- (123) Vedi, anche, l'art. 12, comma 13, D.L. 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla L. 15 luglio 2011, n. 111, l'art. 20, comma 1-bis, D.L. 29 dicembre 2011, n. 216, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 febbraio 2012, n. 14, l'art. 17, comma 3, D.L. 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla L. 11 agosto 2014, n. 114, e l'art. 1, comma 620, L. 27 dicembre 2019, n. 160.
- (124) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il D.M. 20 luglio 2011.
- (125) Vedi, anche, il D.Lgs. 18 luglio 2011, n. 142.
- (126) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il D.M. 1° dicembre 2010.
- (127) Vedi, anche, l'art. 23, comma 4, D.Lgs. 29 marzo 2012, n. 68.
- (128) Per la determinazione della quota premiale prevista dal presente comma vedi l'art. 15, comma 23, D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla L. 7 agosto 2012, n. 135, e, successivamente, l'art. 1, comma 544, L. 29 dicembre 2022, n. 197. Per la ripartizione delle quote premiali, relativamente agli anni 2012 e 2013, vedi il D.M. 17 luglio 2014, relativamente all'anno 2014, vedi il D.M. 30 marzo 2016, relativamente all'anno 2015, vedi il D.M. 10 marzo 2016, relativamente all'anno 2016, vedi il D.M. 17 maggio 2016, relativamente all'anno 2017, vedi il D.M. 22 dicembre 2017, relativamente all'anno 2018, vedi il D.M. 11 ottobre 2018, relativamente all'anno 2019, vedi il D.M. 24 luglio 2019, relativamente all'anno 2020, vedi il D.M. 1° luglio 2020, relativamente all'anno 2021, vedi il D.M. 11 agosto 2021 e, relativamente all'anno 2022, vedi il D.M. 16 febbraio 2023.
- (129) Per la sospensione dell'applicazione delle disposizioni di cui al presente comma, vedi l'art. 3-bis, comma 1, lett. a), D.L. 3 dicembre 2012, n. 207, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 dicembre 2012, n. 231.
- (130) In attuazione della delega prevista dal presente comma vedi il D.Lgs. 5 marzo 2013, n. 28.
- (131) Vedi, anche, l'art. 1, comma 520, L. 27 dicembre 2013, n. 147.
- (132) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il D.M. 1° agosto 2013, n. 164.
- (133) Vedi, anche, l'art. 9, comma 1, D.L. 6 marzo 2014, n. 16, convertito, con modificazioni, dalla L. 2 maggio 2014, n. 68.
- (134) Vedi, anche, l'art. 16, comma 3, D.L. 6 marzo 2014, n. 16, convertito, con modificazioni, dalla L. 2 maggio 2014, n. 68.
- (135) In deroga a quanto disposto dalla presente lettera, vedi l'art. 1, comma 456, L. 11 dicembre 2016, n. 232.
- (136) In deroga a quanto disposto dal presente articolo vedi l'art. 48, comma 3, lett. c-bis), D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159, come modificato dall'art. 18, comma 4, lett. b), n. 3), L. 17 ottobre 2017, n. 161.
- (137) In deroga a quanto disposto dal presente comma vedi l'art. 1, comma 434, L. 27 dicembre 2017, n. 205.

Legge regionale 18 luglio 2008, n. 24.

Norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.

(BUR n. 14 del 16 luglio 2008, supplemento straordinario n. 3 del 26 luglio 2008)

(Testo coordinato con le modifiche ed integrazioni di cui alle ll.rr. 12 giugno 2009, n. 19, 26 febbraio 2010, n. 8, 16 ottobre 2014, n. 22 e 20 aprile 2016, n. 10)

Art. 1
(Finalità)

1. La Regione Calabria garantisce la tutela della salute assicurando la disponibilità di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie improntate all'efficacia delle cure, alla sicurezza dei percorsi clinico assistenziali ed al miglioramento continuo della qualità delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private, ottenute per mezzo degli istituti dell'autorizzazione sanitaria, dell'accreditamento e degli accordi contrattuali.

Art. 2
(Definizioni)

1. Ai fini della presente legge valgono le seguenti definizioni:

a) 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;

b) presidio: 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;

c) *studio medico o di altre professioni sanitarie, ad esclusione degli studi odontoiatrici*¹: il luogo nel quale un professionista sanitario, regolarmente abilitato ed iscritto all'ordine o 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'utilizzo di apparecchi diagnostici complessi e senza azioni invasive che comportino un rischio per la sicurezza del paziente;

d) ambulatorio: la 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. L'ambulatorio può essere gestito in forma individuale, associata o societaria ed avvalersi esclusivamente di professionisti sanitari regolarmente abilitati ed iscritti agli ordini o albi professionali di competenza;

e) accordi e contratti: gli atti con cui si definiscono con i soggetti pubblici e privati tipologia, quantità delle prestazioni erogabili, remunerazione a carico del servizio sanitario nell'ambito dei livelli di spesa determinati in sede di programmazione regionale.

¹ L'art. 2, comma 6, della l.r. 20 aprile 2016, n. 10 sostituisce le parole "studio medico, odontoiatrico o di altre professioni sanitarie" con le parole "studio medico o di altre professioni sanitarie, ad esclusione degli studi odontoiatrici".

Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale definisce con propria delibera le caratteristiche e la classificazione degli ambulatori, previo parere della Commissione conciliare competente da esprimere entro 15 giorni dalla data di assegnazione del provvedimento.

Art. 3

(Autorizzazioni sanitarie)

1. L'autorizzazione sanitaria è il provvedimento con il quale, verificato il possesso dei requisiti necessari, si consente l'esercizio della attività sanitaria o socio-sanitaria da parte di una struttura pubblica a privata o di professionisti.

2. Sono assoggettate ad autorizzazione:

- a) le strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale di branche a visita;
- b) le strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale di diagnostica per immagine;
- c) i laboratori di analisi chimico-cliniche;
- d) i poliambulatori;
- e) le strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano prestazioni di assistenza domiciliare;
- f) le strutture che erogano prestazioni di recupero e rieducazione funzionale;
- g) le strutture che erogano prestazioni di terapia iperbarica;
- h) i consultori familiari;
- i) i centri e le strutture, anche residenziali, che erogano prestazioni di tutela della salute mentale;
- j) le strutture che erogano prestazioni di trattamento delle dipendenze patologiche;
- k) i servizi di immunoematologia e trasfusione ed i centri trasfusionali;
- l) i presidi di ricovero e cure ospedaliere;
- m) le strutture residenziali sanitarie assistenziali;
- n) le case protette;
- o) i complessi termali;
- p) i centri estetici dove si praticano attività sanitarie;
- q) le strutture che erogano prestazioni di cure palliative, ovvero "*hospice*";
- r) gli studi medici, odontoiatrici e delle professioni sanitarie ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche che comportino un rischio per la sicurezza e la salute del paziente;

s) i servizi di ambulanza ed eliambulanza;

t) le case della salute, intendendosi per tali le strutture polifunzionali diffuse in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale con l'ospedale e le attività di prevenzione, a tal fine integrando le attività del personale del distretto tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale, dei medici di base con il loro studio associato, degli specialisti ambulatoriali;

u) I centri e le strutture, anche residenziali che erogano prestazioni di riabilitazione estensiva extra ospedaliera.

3. Non sono assoggettati ad autorizzazione:

a) gli studi medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta che rispondano ai requisiti stabiliti dai vigenti accordi collettivi nazionali;

b) gli studi medici, odontoiatrici, delle altre professioni sanitarie e quelli che non sono attrezzati ad erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche che comportino un rischio per la sicurezza e la salute del paziente.

4. È autorizzato il completamento dei procedimenti amministrativi per l'autorizzazione al funzionamento e all'accreditamento, per le strutture delle Aziende Sanitarie realizzate con i fondi di cui all' art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, già affidate con gare ad evidenza pubblica, e per le strutture per le quali, alla data dell'entrata in vigore della presente legge, siano state già investite le Commissioni delle Aziende sanitarie competenti per territorio per la verifica dei requisiti (legge regionale n. 11 del 19 marzo 2004), laddove dalle istruttorie compiute risulti positivamente riscontrato il possesso dei requisiti nel rispetto delle compatibilità finanziarie e di quanto disposto al comma 9 dell'art. 11.

5. L'autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie pubbliche e private, è rilasciata dal Comune territorialmente competente, ferma restando la libertà di impresa e previa verifica di compatibilità con la programmazione sanitaria regionale da parte del Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie ai sensi dell' art. 8 ter, comma 3, del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

6. Per il settore socio-sanitario, le attività gestionali disciplinate dalla presente legge sono svolte d'intesa con le strutture regionali competenti in materia di politiche sociali, sulla base di un apposito protocollo operativo, di carattere generale, assunto con delibera di Giunta regionale, previo parere della Commissione conciliare competente da esprimere entro 15 giorni dalla data di assegnazione del provvedimento.

Art. 4 *(Personale)*

1. Il personale operante presso le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private deve possedere i titoli previsti dalla normativa vigente per l'esercizio delle attività cui lo stesso è preposto², con rapporto di lavoro di natura dipendente ovvero libero professionista nel rispetto dei contratti collettivi nazionali di lavoro di categoria.

²Comma così modificato dall'art. 35, comma 1, primo alinea della l.r. 26 febbraio 2010, n. 8, che sopprime le parole «ed essere assunto dalle strutture stesse».

La mancata o non corretta applicazione dei contratti di categoria comporta la sospensione dei contratti di cui all'art. 13 della presente legge per non oltre due mesi. La mancata corresponsione nei modi e nei termini di legge, degli stipendi al personale in servizio, comporta l'applicazione di una sanzione pecuniaria correlata al tempo dell'inadempienza fino a un massimo di 2/12 dell'importo contrattuale, fatto salvo il rispetto dei termini contrattuali tra le Aziende Sanitarie e le aziende private.

2. Al fine del mantenimento dei requisiti, per le sole strutture private attualmente accreditate, il personale medico può, a domanda, essere mantenuto in servizio a condizione che venga dimostrato - su una sola area/disciplina, equipollente o affine - il lavoro svolto per almeno cinque anni con qualsiasi forma contrattuale.

3. I rappresentanti legali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie comunicano al Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie ed all'azienda sanitaria competente per territorio, entro il 31 gennaio di ogni anno, le tipologie di contratto collettivo nazionale di lavoro applicato al personale operante presso le strutture medesime. L'eventuale cambio di contratto deve essere motivato e comunicato.

4. Il datore di lavoro garantisce la sicurezza e la tutela della salute dei lavoratori e predispone un piano annuale di riqualificazione del personale, nel rispetto della normativa riguardante l'aggiornamento professionale continuo, da trasmettere entro il mese di gennaio di ogni anno all'Azienda Sanitaria ed al Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie, accompagnato da un elenco completo, con i relativi titoli, di tutto il personale operante presso le strutture interessate.

Art. 5 *(Organizzazione)*

1. Le strutture sanitarie private che erogano prestazioni con oneri a carico del servizio sanitario regionale rispettano il modello organizzativo-funzionale in riferimento alle figure individuate agli articoli 6, 7 e 8.

Art. 6 *(Legale rappresentante della struttura)*

1. Il legale rappresentante della struttura è tenuto a comunicare tempestivamente al Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie:

- a) le variazioni del direttore sanitario di cui all'articolo 7;
- b) il nominativo del medico che sostituisce il direttore sanitario in caso di assenza o impedimento;
- c) le sostituzioni e/o le integrazioni del personale medico e non, operante nella struttura;
- d) le sostituzioni e/o integrazioni delle attrezzature sanitarie;
- e) tutte le variazioni e trasformazioni intervenute nella natura giuridica e nella composizione della società titolare della struttura, ivi compreso il cambio di titolarità delle strutture;
- f) la temporanea sospensione di una o più attività per periodi superiori ad un mese e fino a un anno prorogabile, per motivate esigenze, per un ulteriore anno;

g) la ripresa dell'attività sospesa ai sensi della lettera f);

h) la definitiva cessazione dell'attività.

2. È inoltre tenuto a:

a) verificare l'assenza di incompatibilità ai sensi della normativa vigente;

b) assicurare la presenza del direttore sanitario e del restante personale, medico e non medico, previsto dalla presente legge;

c) garantire, tramite il direttore sanitario, l'attuazione degli adempimenti di cui all'articolo 7.

Art. 7

(Direttore sanitario requisiti e compiti)

1. Ogni struttura sanitaria deve avere un direttore sanitario.

2. Il direttore sanitario deve essere in possesso della specializzazione in una delle discipline dell'area di sanità pubblica o in una disciplina equipollente o deve aver svolto per almeno cinque anni attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie pubbliche o private.

3. Nelle strutture monospecialistiche *ed alle strutture territoriali extraospedaliere sanitarie e socio-sanitarie residenziali, semiresidenziali ed ambulatoriali*³, sia ambulatoriali che di ricovero in fase post-acuta, le funzioni del direttore sanitario possono essere svolte da un medico in possesso della specializzazione nella disciplina cui afferiscono le prestazioni svolte o in disciplina equipollente.

4. Negli ambulatori che svolgono esclusivamente attività di medicina di laboratorio, le funzioni del direttore sanitario possono essere svolte, per quanto di competenza, anche da un direttore tecnico in possesso di laurea specialistica in biologia o chimica o equipollenti, purché specializzato o in possesso di almeno cinque anni di anzianità nell'attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie pubbliche o private.

5. Per lo svolgimento delle funzioni di direttore sanitario, deve essere garantito un orario congruo rispetto alle specifiche tipologie ed attività del presidio, comunque non inferiore alle dodici ore settimanali per i presidi ambulatoriali ed alle diciotto ore settimanali per i presidi di ricovero.

6. La funzione di direttore sanitario è incompatibile con la qualità di proprietario, comproprietario, socio o azionista della società che gestisce la struttura sanitaria.

7. La disposizione di cui al comma 6 non si applica alle strutture ambulatoriali monospecialistiche.

8. Il Direttore sanitario:

a) cura l'organizzazione tecnico-sanitaria della struttura sotto il profilo igienico ed organizzativo;

b) cura l'applicazione del documento sull'organizzazione e sul funzionamento della struttura proponendo le eventuali variazioni;

c) controlla la regolare tenuta e l'aggiornamento di apposito registro contenente i dati anagrafici e gli estremi dei titoli professionali del personale addetto all'attività sanitaria;

³Parole aggiunte dall'art. 35, comma 1, secondo alinea della l.r. 26 febbraio 2010, n. 8.

- d) controlla il regolare svolgimento dell'attività;
- e) vigila sul comportamento del personale addetto ai servizi sanitari proponendo, se del caso, al legale rappresentante i provvedimenti disciplinari;
- f) cura la tenuta dell'archivio sanitario (cartelle cliniche, schede cliniche ambulatoriali e la relativa conservazione);
- g) propone al legale rappresentante, d'intesa con i medici responsabili, l'acquisto di apparecchi, attrezzature ed arredi sanitari ed esprime il proprio parere su eventuali trasformazioni edilizie della struttura;
- h) rilascia agli aventi diritto copia delle cartelle cliniche ed ogni altra certificazione sanitaria riguardante le prestazioni eseguite;
- i) vigila sulle condizioni igienico- sanitarie.

9. In caso di attività di ricovero il direttore sanitario ha inoltre le seguenti attribuzioni:

- a) controlla la regolare tenuta del registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti o psicotrope in conformità a quanto disposto dalla normativa vigente;
- b) cura l'organizzazione dei turni di guardia e di reperibilità del personale medico;
- c) vigila sulla gestione del servizio farmaceutico e sulla scorta dei medicinali e prodotti terapeutici, sulle provviste alimentari e sulle altre provviste necessarie per il corretto funzionamento della struttura;
- d) è responsabile per la farmacovigilanza;
- e) cura l'osservanza delle disposizioni concernenti la polizia mortuaria;
- f) impartisce disposizioni perché, nell'ipotesi di cessazione di attività della struttura, le cartelle cliniche siano consegnate al servizio di medicina legale della Azienda competente per territorio.

Art. 8

(Titolare di studio professionale)

1. Il titolare dello studio professionale è tenuto a comunicare tempestivamente al Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie:

- a) ogni variazione che intervenga rispetto a quanto dichiarato al fine del conseguimento dell'autorizzazione o della dichiarazione di inizio attività;
- b) la temporanea sospensione dell'attività dello studio per periodi superiori ai sei mesi;
- c) la definitiva cessazione dell'attività.

2. Il titolare dello studio professionale è inoltre tenuto a curare l'organizzazione tecnico-sanitaria dello studio sotto il profilo igienico ed organizzativo.

3. Gli studi professionali associati, oltre a quanto previsto ai commi 1 e 2, comunicano tempestivamente ogni variazione intervenuta nella composizione dell'associazione.

Art. 9⁴

(Cessione dell'autorizzazione sanitaria e dell'accreditamento)

1. *L'autorizzazione sanitaria all'esercizio e l'accreditamento di una struttura possono essere ceduti inter vivos mediante atto di trasferimento, in qualsiasi forma, della proprietà della struttura (ivi inclusa la scissione societaria e il trasferimento di ramo d'azienda), ovvero di concessione in godimento della stessa, in tutto o in parte, ad un soggetto diverso da quello autorizzato e/o accreditato, previo Decreto di voltura rilasciato dalla Regione sulla base di apposita domanda, sottoscritta da tutte le parti interessate alla cessione, corredata da una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la permanenza del possesso dei requisiti autorizzativi e di accreditamento stabiliti dal Regolamento Regionale 1 settembre 2009, n. 13, nonché dalla documentazione attestante i requisiti soggettivi del cessionario stabiliti dallo stesso.*

2. *L'atto di trasferimento di cui al precedente comma deve essere sottoposto alla condizione sospensiva dell'avvenuto rilascio del Decreto di voltura da parte della Regione e deve essere trasmesso al Settore competente in materia di Autorizzazione Sanitaria e Accreditamento della Regione Calabria, in copia autenticata da notaio. L'atto di trasferimento privo della suddetta condizione sospensiva è comunque inefficace nei confronti della Regione Calabria e delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Nazionale.*

3. *La cessione deve riguardare l'intero complesso delle attività autorizzate e/o accreditate ovvero uno o più moduli o tipologie di attività o branche di prestazioni senza che il cedente possa vantare alcun titolo alla continuazione delle medesime attività oggetto di cessione. In ogni caso, l'accreditamento non può essere ceduto separatamente dalla corrispondente autorizzazione sanitaria all'esercizio.*

4. *Entro sessanta giorni dalla ricezione dell'istanza, il Dirigente Generale del Dipartimento competente al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento, previa verifica delle condizioni di cui al precedente comma e della sussistenza dei soli requisiti soggettivi del*

⁴**La Corte Costituzionale, con sentenza n. 227/2015 del 7 ottobre 2015, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell' art. 1, comma 1, della l.r. 16 ottobre 2014, n. 22 che prevedeva la sostituzione dell'intero articolo in oggetto come di seguito riportato.**

Prima della citata modifica, l'art. 9 così recitava: "9. (Cessione e decadenza dell'autorizzazione all'esercizio) - 1. A seguito di trasferimento di fusione di più soggetti accreditati o di trasformazione societaria, in qualsiasi forma, della proprietà della struttura o della concessione in godimento della struttura stessa ad un soggetto diverso da quello autorizzato, l'autorizzazione all'esercizio può essere ceduta previo assenso del Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie a seguito di verifica della permanenza dei requisiti. In caso di cessione all'esercizio lo stesso soggetto non può essere autorizzato all'esercizio della stessa attività ceduta per almeno un anno.2. In caso di decesso della persona fisica autorizzata, gli eredi hanno facoltà di continuare l'esercizio dell'attività per un periodo non superiore a un anno dal decesso. Entro tale periodo gli eredi possono cedere a terzi l'autorizzazione all'esercizio, ovvero proseguire essi stessi l'attività nel rispetto di quanto previsto al comma 1. 3. L'autorizzazione all'esercizio decade nei seguenti casi: a) esercizio di un'attività sanitaria o socio-sanitaria diversa da quella autorizzata; b) estinzione della persona giuridica autorizzata, fatto salvo quanto previsto dal comma 1; c) rinuncia del soggetto autorizzato; d) cessione dell'autorizzazione all'esercizio in mancanza dell'assenso regionale di cui al comma 1 ovvero dell'inutile decorso del periodo di cui al comma 2; e) mancato inizio dell'attività entro il termine di sei mesi dal rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, prorogabile una sola volta per gravi motivi rappresentati dal titolare. 4. Le disposizioni di cui all'articolo 3, comma 1, dalla Legge regionale 16 febbraio 2005, n. 2, continuano a trovare applicazione per le strutture ambulatoriali private autorizzate e/o accreditate alla data di entrata in vigore della legge regionale 2 ottobre 2002, n. 35. 5. L'autorizzazione decade d'ufficio nei confronti di: a) coloro che hanno riportato condanna definitiva, per i delitti previsti dagli articoli 416 bis e 416 ter del codice penale o per il delitto di associazione di cui all'art. 74 del T.U. n. 309 del 1990, o per un delitto di cui all'articolo 73 del citato T.U. o per un delitto concernente la fabbricazione, l'importazione, l'esportazione, la vendita o la cessione, l'uso o il trasporto di armi, munizioni o materie esplosive, o per il delitto di favoreggiamento personale o reale commesso in relazione a taluni dei predetti reati; b) coloro che hanno riportato condanna definitiva, per i delitti previsti dagli articoli 314, 316, 316 bis, 316 ter, 317, 318, 319, 319 ter, 320, 640 comma II, 640 bis del Codice penale; c) coloro nei confronti dei quali sia stata applicata con decreto definitivo una misura di prevenzione personale o patrimoniale in quanto indiziati di appartenere ad una delle associazioni di cui all'articolo 1 della legge 31 maggio 1965, n. 575 e successive modificazioni; d) coloro che hanno riportato condanna definitiva per un delitto anche colposo commesso nell'esercizio dell'attività socio-sanitaria disciplinata dalla presente legge; e) coloro che sono stati condannati con sentenza definitiva ad una pena che comporti l'interdizione temporanea o perpetua dai pubblici uffici, ovvero l'incapacità di contrarre con la pubblica amministrazione. 6. La decadenza opera nei confronti delle persone giuridiche nel caso di condanne definitive intervenute nei confronti di azionisti, titolari di quote superiori al 15 per cento, legale rappresentante della società e/o amministratori."

subentrante, adotta provvedimento di voltura nella stessa forma del provvedimento con cui è rilasciata l'autorizzazione all'esercizio o l'accreditamento oggetto di cessione.

5. In caso di decesso della persona fisica autorizzata, gli eredi hanno facoltà di continuare l'esercizio dell'attività, nel rispetto dei requisiti richiesti, per un periodo non superiore ad un anno dal decesso. Entro tale periodo gli eredi possono cedere a terzi l'autorizzazione all'esercizio, ovvero proseguire essi stessi l'attività nel rispetto di quanto previsto dal comma 1.

6. Non costituiscono cessione dell'autorizzazione sanitaria e/o dell'accreditamento, ma costituiscono operazioni soggette a semplice comunicazione al Dipartimento regionale competente per materia:

- a) la fusione di più soggetti autorizzati e/o accreditati;*
- b) la trasformazione, in qualsiasi forma, del soggetto giuridico che gestisce la struttura sanitaria autorizzata e/o accreditata;*
- c) il mutamento della compagine sociale del soggetto giuridico che gestisce la struttura sanitaria autorizzata e/o accreditata;*
- d) il mutamento della ragione sociale e/o denominazione del soggetto autorizzato e/o accreditato.*

7. La Regione può disporre in ogni tempo opportuni controlli, anche ai fini della verifica del mantenimento dei requisiti soggettivi dei subentrati nel soggetto giuridico titolare di autorizzazione sanitaria all'esercizio e/o di accreditamento oggetto di cessione.

8. Le Aziende sanitarie che hanno in essere contratti di prestazioni con le strutture accreditate oggetto di cessione della proprietà sono tenute alla voltura dello stesso contratto a favore del nuovo soggetto accreditato.

9. Fino alla scadenza della gestione commissariale della sanità della Regione Calabria, le disposizioni contenute nei commi 1, 2 e 4 del presente articolo, in regime ordinario rientranti nella competenza della Dipartimento regionale "Tutela della salute e politiche sanitarie", sono eseguite dal Commissario ad acta della sanità.

10. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche ai procedimenti in itinere e non ancora definiti con provvedimento espresso, previa presentazione da parte dei soggetti interessati dell'istanza di cui al comma 1, contenente la precisazione che l'istanza stessa è presentata in relazione al procedimento già pendente e allegazione di copia della precedente istanza.

11. Le disposizioni regolamentari in contrasto con il presente articolo s'intendono automaticamente adeguate.

Art. 9 bis⁵

(Decadenza dell'autorizzazione all'esercizio)

1. L'autorizzazione all'esercizio decade nei seguenti casi:

- a) esercizio di un'attività sanitaria o sociosanitaria diversa da quella autorizzata;*

⁵ Articolo inserito dall'art. 2, comma 1, della l.r. 16 ottobre 2014, n. 22. Successivamente la Corte Costituzionale, con sentenza n. 227/2015 del 7 ottobre 2015, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del citato art. 2, comma 1, della l.r. 16 ottobre 2014, n. 22.

b) estinzione della persona giuridica autorizzata;

c) rinuncia del soggetto autorizzato;

d) mancato inizio dell'attività entro il termine di sei mesi dal rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, prorogabile una sola volta per gravi motivi rappresentati dal titolare.

2. L'autorizzazione decade d'ufficio nei confronti di:

a) coloro che hanno riportato condanna definitiva, per i delitti previsti dagli articoli 416 bis e 416 ter del codice penale o per il delitto di associazione di cui all'art. 74 del T.U. n. 309 del 1990, o per un delitto di cui all'articolo 73 del citato T.U. o per un delitto concernente la fabbricazione, l'importazione, l'esportazione, la vendita o la cessione, l'uso o il trasporto di armi, munizioni o materie esplodenti, o per il delitto di favoreggiamento personale o reale commesso in relazione a tal uni dei predetti reati;

b) coloro che hanno riportato condanna definitiva, per i delitti previsti dagli articoli 314,316,316 bis, 316 ter, 317, 318, 319, 319 ter, 320, 640 comma 2, 640 bis del Codice penale;

c) coloro nei confronti dei quali sia stata applicata con decreto definitivo una misura di prevenzione personale o patrimoniale in quanto indiziati di appartenere ad una delle associazioni di cui all'articolo 1 della legge 31 maggio 1965, n. 575 e successive modificazioni;

d) coloro che hanno riportato condanna definitiva per un delitto anche colposo commesso nell'esercizio dell'attività sanitaria e sociosanitaria disciplinata dalla presente legge;

e) coloro che sono stati condannati con sentenza definitiva ad una pena che comporti l'interdizione temporanea o perpetua dai pubblici uffici, ovvero l'incapacità di contrarre con la pubblica amministrazione.

3. La decadenza opera nei confronti delle persone giuridiche nel caso di condanne definitive intervenute nei confronti di azionisti, titolari di quote superiori al 15 per cento, legali rappresentanti della società e/o amministratori.

Art. 10 **(Sanzioni)**

1. Fatte salve eventuali sanzioni di natura penale, la Regione è autorizzata ad applicare le sanzioni di cui ai commi 2, 3 e 4.

2. L'esercizio di attività sanitaria o socio-sanitaria in carenza di titolo autorizzatorio comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa per un importo compreso tra un minimo di € 10.000,00 ed un massimo di € 100.000,00, nonché l'impossibilità di presentare richiesta di autorizzazione all'esercizio della medesima o di altra attività sanitaria o socio-sanitaria per un periodo di tre anni.

3. L'esercizio di attività sanitaria o socio-sanitaria diversa da quella autorizzata comporta, in aggiunta alla decadenza ai sensi dell'articolo 9, comma 3, lettera a), l'applicazione di una sanzione amministrativa per un importo compreso tra un minimo di € 5.000,00 e un massimo di € 50.000,00, nonché l'impossibilità di presentare richiesta di autorizzazione all'esercizio della medesima o di altra attività sanitaria o socio-sanitaria per un periodo di sei mesi.

3. L'applicazione delle sanzioni amministrative di cui ai commi 2 e 3 ha luogo nel rispetto delle normative che disciplinano la materia.

Art. 11
(Accreditamento)

1. L'accreditamento è il provvedimento attraverso il quale le strutture pubbliche e private ed i professionisti già autorizzati ai sensi dell'articolo 3 possono erogare prestazioni sanitarie o socio-sanitarie per conto del Sistema sanitario nazionale.

2. La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per Le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 *quinquies* del decreto legislativo n. 502/92, e successive modificazioni ed integrazioni.

3. L'accreditamento, nell'ambito della programmazione regionale e locale, è titolo necessario per l'instaurazione dei rapporti di cui all'articolo 8 *quinquies* del decreto legislativo 502/1992, e successive modificazioni ed integrazioni, da stipularsi nell'ambito della disciplina vigente secondo i principi di imparzialità e trasparenza.

4. Il Piano Sanitario regionale definisce il programma regionale di accreditamento, indicando gli obiettivi generali da raggiungere nel triennio e le iniziative necessarie per valorizzare l'accreditamento come strumento di garanzia per i cittadini, per la qualificazione dell'offerta con particolare riferimento all'appropriatezza ed alla continuità delle cure, e per lo sviluppo di un servizio sanitario efficiente.

5. Entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la Giunta Regionale, con apposito regolamento, definisce 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. Con il medesimo regolamento sono definiti i requisiti per l'autorizzazione all' esercizio e gli ulteriori requisiti sopra indicati per l'accreditamento delle strutture private, previo parere della Commissione consiliare competente da esprimere entro 15 giorni dalla data di assegnazione del provvedimento.

6. L' autorizzazione sanitaria all'esercizio e l'accreditamento sono concessi, senza facoltà di delega, dal Dirigente generale del Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie, previa verifica del fabbisogno e della programmazione regionale nonché il relativo livello organizzativo di applicazione ottimale, ed acquisito il parere espresso con delibera del Direttore Generale dell'Azienda sanitaria competente per territorio, che si avvale per lo scopo delle risultanze della Commissione di cui all'articolo 12, a tal fine:

a) la predetta Commissione esamina le domande e trasmette le risultanze entro il termine massimo di 90 giorni, salvo carenze documentali necessarie per la decisione. Nei successivi 15 giorni il Direttore generale dell'Azienda sanitaria deve esprimere il parere;

b) decorsi tali termini l'Assessore competente senza indugio nomina i Commissari *ad acta* i quali agiscono con i poteri della Commissione di cui all'articolo 12, e dello stesso Direttore generale;

c) I Commissari valutano le richieste e trasmettono le risultanze con un parere al Direttore generale del Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie.

7. L'accreditamento, anche definitivo, è soggetto a rinnovo ogni tre anni dalla data del relativo provvedimento, sulla base di apposita istanza che il rappresentante legale della struttura interessata deve presentare almeno sei mesi prima della data di scadenza dell'accreditamento all'Azienda sanitaria competente.

8. Ai fini del rinnovo dell'accreditamento si terrà conto dell'evoluzione delle tecnologie, delle pratiche sanitarie e della normativa eventualmente intervenuta. Ai medesimi fini le prestazioni potranno essere ridefinite alla luce dei volumi delle attività prodotte, anche sulla base dei fabbisogni determinati dalla programmazione regionale.

9. Le strutture sanitarie e socio-sanitarie che, alla data di entrata in vigore della legge di approvazione del nuovo Piano sanitario regionale, erogano prestazioni già accreditate e non più conformi agli obiettivi della programmazione regionale, possono presentare al Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie progetti di adeguamento e di riconversione nei termini e con le procedure di cui ai commi 10 e 11, fermo restando che il termine per il possesso dei requisiti minimi da parte delle strutture private accreditate è fissato alla data di entrata in vigore della presente legge.

10. In previsione dell'approvazione del nuovo Piano Sanitario regionale le case di cura neuropsichiatriche che devono riconvertirsi in strutture residenziali per la salute mentale, ovvero modificare la propria natura funzionale orientandosi verso altre patologie che necessitano di ricovero, possono presentare entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge conseguenti progetti di riconversione per almeno la metà degli attuali posti letto. I progetti sono soggetti ad approvazione da parte del Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie, acquisito il parere dei Direttori generali delle Aziende sanitarie territorialmente competenti, da rendere entro il termine perentorio di venti giorni dalla data della richiesta.

11. I progetti di cui al comma 20 devono indicare la progressione mensile delle attività che si intendono realizzare, anche con riferimento alla riduzione dei posti letto. Il Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie provvede, anche avvalendosi del personale delle Aziende sanitarie, con analoga cadenza temporale a verificare la rispondenza delle attività alla progressione mensile prevista nei progetti, disponendo in caso di riscontro negativo la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento e comunque la revoca in caso di mancato completamento delle attività entro il termine finale previsto nei progetti stessi. Le dotazioni dei posti letto possono essere mantenute nei termini temporali e quantitativi previsti nei progetti approvati ai sensi del comma 10.

12. Le cooperative sociali che svolgono le attività socio-sanitarie di cui alla delibera della Giunta regionale n. 1044 del 2002 e le strutture residenziali riabilitative accreditate ai sensi della delibera della Giunta regionale n. 477 del 2004, possono presentare al Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie progetti di adeguamento o riconversione nei termini e con le procedure di cui ai commi 10 e 11. A seguito dell'approvazione del nuovo Piano Sanitario regionale le medesime norme si applicano anche agli erogatori appartenenti a tutte le altre categorie che intendano, motivatamente, effettuare riconversioni .

13. I posti letto già accreditati dalle case di cura private saranno determinati alla luce del fabbisogno stabilito con l'approvazione del nuovo Piano sanitario regionale in applicazione alle indicazioni previste dall'accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005, previo parere della Commissione consiliare competente da esprimere entro 15 giorni dalla data di assegnazione del provvedimento.

Art. 12

(Commissioni aziendali per l'autorizzazione e l'accreditamento)

1. Entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale, definisce con apposito regolamento i compiti, le funzioni, le modalità operative ed i criteri per la composizione delle Commissioni aziendali per l'autorizzazione sanitaria e l'accreditamento, previo parere della Commissione consiliare competente da esprimere entro 15 giorni dalla data di assegnazione del provvedimento.

2. L'elenco delle autorizzazioni e degli accreditamenti concessi e negati è pubblicato sul sito internet della Giunta regionale a cura del Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie.

Art. 13

(Accordi e contratti)

1. Entro il 31 dicembre dell' anno precedente a quello di riferimento, e quindi dal 31 dicembre 2008, la Giunta regionale tenendo conto dei livelli essenziali di assistenza definisce con proprio regolamento lo schema di contratto, i tempi, i modi e le condizioni contrattuali, nonché lo schema di riparto delle risorse finanziarie tra le Aziende sanitarie ed ospedaliere, distinte per tipologie di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da erogare. Le Aziende Sanitarie stipulano accordi-contratti anche con le Aziende ospedaliere presenti sul rispettivo territorio che rivestono carattere prioritario nella programmazione aziendale. Conseguentemente, a partire dal 10 gennaio 2009, la Giunta regionale effettua il riparto delle risorse finanziarie direttamente tra le sole Aziende sanitarie.

2. Le Aziende sanitarie definiscono gli accordi con le strutture pubbliche ed equiparate e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, sulla base dei piani annuali preventivi e della valutazione dei bisogni di prestazioni, nell'ambito dei livelli di spesa e dei livelli assistenziali stabiliti dalla programmazione regionale.

3. Gli accordi ed i contratti sono sottoscritti entro il termine massimo del 30 aprile di ogni anno.

4. Il volume delle prestazioni da erogare a seguito degli accordi contrattuali è pubblicato sul sito della Regione a cura del Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie.

5. Gli accordi ed i contratti non possono essere stipulati e devono essere sospesi nei confronti di:

a) coloro che hanno riportato condanna, anche non definitiva, per tutti i delitti previsti dal comma 5 dell'art. 9 ad eccezione della lettera d);

b) coloro che hanno riportato condanna, anche non definitiva, alla pena della reclusione superiore ad anni quattro con esclusione dei reati colposi;

c) coloro nei confronti dei quali sia stata applicata una misura di prevenzione personale con decreto di primo grado in quanto indiziati di appartenere ad una delle associazioni di cui all'articolo 1 della legge 31 maggio 1965, n. 575, e successive modificazioni;

d) il Dirigente generale del Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie adotta il provvedimento di sospensione con modalità e tempi idonei a garantire la continuità dell'assistenza ai ricoverati e, comunque, entro centoventi giorni dalla conoscenza dei provvedimenti sopra menzionati;

e) la sospensione opera nei confronti delle persone giuridiche nel caso di condanne non definitive intervenute nei confronti di azionisti e titolari di quote superiori al quindici per cento, legale rappresentante della società e/o amministratori, se entro novanta giorni dalla condanna non sia cessata la partecipazione al capitale o il rapporto di amministrazione della persona condannata;

f) la sospensione cessa di diritto di produrre effetti decorsi diciotto mesi. La cessazione non opera, tuttavia, se entro tale termine l'impugnazione in punto di responsabilità è rigettata anche con sentenza non definitiva. In quest'ultima ipotesi la sospensione cessa di produrre effetti decorso l'ulteriore termine di dodici mesi dalla sentenza di rigetto di secondo grado.

Art. 14

(Vigilanza e controllo)

1. Entro il 31 gennaio di ogni anno i soggetti pubblici e privati autorizzati all'esercizio inviano alla Regione, e contestualmente all'Azienda sanitaria competente per territorio, una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la permanenza del possesso dei requisiti necessari, rispettivamente, ai fini dell'autorizzazione o, ove del caso, dell'accreditamento.

2. Le Aziende sanitarie attivano, avvalendosi delle proprie strutture ordinarie nonché delle Commissioni di cui all'articolo 12, sistemi di controllo di verifica sia sulla permanenza dei requisiti strutturali, organizzativi e professionali che, relativamente alle strutture pubbliche e private accreditate, sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate, disponendo le occorrenti attività ispettive almeno ogni due mesi a campione.

3. Qualora dalle attività di controllo, di verifica e di ispezione risultino elementi tali da far ritenere compromesso il mantenimento dei requisiti stabiliti in sede di autorizzazione all'esercizio, ovvero dell'accreditamento, o anomalie gestionali in violazione degli accordi contrattuali, il Direttore generale dell'Azienda sanitaria territorialmente competente propone con propria delibera al Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie l'adozione dei conseguenti provvedimenti, fermo restando che il Direttore generale medesimo è comunque tenuto ad assumere, ove ne ricorrano i presupposti, ogni altra iniziativa di carattere urgente diretta ad evitare rischi per la salute dei cittadini.

4. Qualora dalle attività espletate ai sensi del comma 3 emergano situazioni di parziale non rispondenza ai requisiti stabiliti in sede di autorizzazione all'esercizio ovvero di accreditamento, tali comunque da non pregiudicare gravemente la prosecuzione delle attività, il Direttore generale dell'Azienda sanitaria territorialmente competente può consentire la presentazione da parte della struttura interessata di un piano di adeguamento, indicando i termini per provvedere, e ne controlla successivamente lo stato di avanzamento. Il medesimo Direttore comunica al Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie ogni iniziativa assunta e le relative conclusioni. In caso di mancato adeguamento, il medesimo Direttore opera nei termini di cui al comma 3.

5. La Giunta regionale istituisce con apposito regolamento, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previo parere della Commissione consiliare competente da esprimere entro 15 giorni dalla data di assegnazione del provvedimento, l'Autorità regionale per i controlli sanitari, incaricata di verificare e coordinare gli interventi oggetto delle disposizioni del presente articolo e, ove ne ravvisi la necessità, di disporre autonome attività di verifica, controllo e ispezione sulla qualità delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, con particolare riferimento all'appropriatezza delle prestazioni stesse. Con il medesimo regolamento la Giunta regionale stabilisce la composizione, le modalità di nomina e di funzionamento, nonché i compensi per l'Autorità regionale, nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili.

6. L'Autorità di cui al comma 5 dispone direttamente, oltre che del personale del Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie, anche del personale delle Commissioni Aziendali di cui all'articolo 12, per attività relative a strutture sanitarie ubicate in territori non rientranti nelle rispettive competenze, dandone informazione alle Aziende sanitarie di appartenenza ed al relativo

Dipartimento regionale. L'Autorità stessa opera con i medesimi poteri delle Commissioni di cui all'articolo 12 e con le medesime attribuzioni affidate ai Direttori generali delle Aziende sanitarie ai sensi dei commi 3 e 4 del presente articolo, riferendo annualmente alla Giunta regionale, che ne informa il Consiglio regionale, sulle attività realizzate e delineando ogni proposta ritenuta utile per un miglioramento del sistema dei controlli. L'Autorità promuove la definizione di protocolli operativi di collaborazione con gli Uffici territoriali di Governo e con ogni altra istituzione pubblica per la definizione e realizzazione di iniziative volte a potenziare le attività ad essa affidate.

Art. 15 *(Abrogazioni)*

1. Al fine di evitare la interruzione di attività amministrative, le disposizioni legislative regionali di seguito elencate sono abrogate alla data di entrata in vigore dei regolamenti di cui all'articolo 11, comma 5:

- legge regionale 10 maggio 1984, n. 9;
- legge regionale 5 maggio 1990, n. 36;
- artt. 3 e 5 della legge regionale 7 agosto 2002, n. 29;
- artt. 1 e 2 della legge regionale 2 ottobre 2002, n. 35;
- art. 15 della legge regionale 26 giugno 2003, n. 8;
- artt. 24 e 25 della legge regionale 5 dicembre 2003, n. 23;
- artt. 1, 2, 3, 4, 5 e 6 della legge regionale 29 dicembre 2003, n. 30;
- allegato alla legge regionale 19 marzo 2004, n. 11, per la parte che riguarda l'autorizzazione e l'accREDITamento;
- artt. 14 e 15 della legge regionale 11 agosto 2004, n. 18;
- artt. 3 e 4, comma 2, e art. 7, comma 4, secondo capoverso della legge regionale 16 febbraio 2005, n. 2;
- art. 10, comma 5, della legge regionale 2 marzo 2005, n. 8;
- artt. 22 e 24 della legge regionale 11 gennaio 2006, n. 1;
- art. 19, commi 2 e 3, della legge regionale 11 maggio 2007, n. 9.

Art. 16 *(Entrata in vigore)*

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione. È fatto obbligo, a chiunque spetti, di osservarla e farla osservare come legge della Regione Calabria.

REGIONE MARCHE
Assemblea legislativa

proposta di legge n. 24

a iniziativa del Consigliere Santarelli

presentata in data 25 febbraio 2021

NORME PER L'UTILIZZO DEI FARMACI
NELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE CONVENZIONATE

Art. 1

(Presenza della figura professionale del farmacista nelle strutture pubbliche e private)

1. Negli istituti di ricovero, di riabilitazione, nelle Residenze sanitarie assistenziali (RSA), negli hospice, nelle Residenze socio sanitarie assistenziali (RSSA), presso i Servizi per le tossicodipendenze (SERT), nelle case di riposo, nelle case protette, nelle comunità terapeutiche, nelle case di cura private e in tutte le altre strutture pubbliche e private convenzionate, ove sono utilizzati farmaci, l'approvvigionamento, la conservazione, l'allestimento e la distribuzione degli stessi deve avvenire sotto la responsabilità di personale farmacista opportunamente inquadrato nell'organigramma della struttura.

2. L'esercizio della professione di farmacista presso le strutture di cui al comma 1 è consentito a coloro che abbiano conseguito il titolo di abilitazione all'esercizio professionale e siano iscritti al relativo ordine professionale, abbiano conseguito la specializzazione in farmacia ospedaliera o equipollente nel rispetto delle normative vigenti in materia.

Art. 2

(Dispensazione e fornitura farmaci)

1. La dispensazione e la fornitura di qualunque medicinale è prerogativa esclusiva del farmacista che deve operare in piena autonomia e coscienza professionale, conformemente ai principi etici e tenendo presente i diritti del malato e il rispetto della vita.

2. Il farmacista, come unico esperto del farmaco ed educatore sanitario, collabora con le altre figure sanitarie nel rispetto delle competenze definite dalla legge e dal contratto.

Art. 3

(Compiti del farmacista)

1. Il farmacista concorre ad ottimizzare le risorse della struttura attraverso la scelta nell'acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici e coopera per garantire il benessere e la cura del paziente.

2. A tal fine, il farmacista si occupa di:

- a) gestire i farmaci nella struttura;
- b) ordinare i medicinali, i dispositivi medici, tutto il materiale sanitario, ed i dispositivi nutrizionali;
- c) coordinare i rapporti con i fornitori;
- d) prendere visione e fare consulenza della terapia farmacologica da adottare sul paziente;

- e) affiancare i medici nel redigere ed integrare la terapia farmacologica nonché controllare l'aderenza terapeutica;
- f) verificare l'interazione tra farmaco-farmaco, farmaco-cibo, farmaco-disturbi comportamentali;
- g) dispensare terapia farmacologica prescritta dal medico e consegnare la stessa agli infermieri per la somministrazione.

Art. 4

(Criteri di assunzione presso le strutture)

1. Presso le strutture di cui all'articolo 1 è obbligatorio garantire la presenza del farmacista nel rispetto dei seguenti criteri:

- a) un farmacista ogni 60 posti letto;
- b) nelle strutture con ricezione inferiore a 60 posti letto deve comunque essere garantita la figura di un farmacista. In questo caso, le strutture possono avvalersi di personale utilizzato presso altri istituti, ricorrendo alla tipologia contrattuale part-time o altre previste dalla vigente normativa in materia di lavoro.

Art. 5

(Norma transitoria)

1. Le disposizioni di cui alla legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 (Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati) e il relativo regolamento di attuazione sono modificati dopo l'entrata in vigore della presente legge.

2. L'ottemperanza a questa legge viene riconosciuta quale requisito per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e socio sanitarie.

3. Le strutture di cui all'articolo 1 devono adeguarsi alle presenti disposizioni entro centoventi giorni dalla data di pubblicazione della legge.

Art. 6

(Invarianza finanziaria)

1. Da questa legge non derivano ulteriori e maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

REGIONE PIEMONTE BU4S3 27/01/2022

Deliberazione della Giunta Regionale 21 gennaio 2022, n. 22-4557

L.R. 18/2007 e s.m.i. - Approvazione delle Linee d'indirizzo per "La gestione clinica del farmaco nelle strutture residenziali e semi-residenziali sanitarie e socio-sanitarie".

A relazione degli Assessori Icardi, Caucino:

Premesso che:

- il forte incremento negli ultimi anni della cronicità comporta una gestione della terapia farmacologica sempre più articolata in funzione della crescente complessità delle condizioni e dei contesti di assistenza;
- la terapia farmacologica espone al rischio di esiti terapeutici indesiderabili (quali reazioni avverse, interazioni tra farmaci, mancanza di efficacia, non ottimale aderenza alle terapie) che possono incidere negativamente sulla qualità di vita e in particolare tale rischio è particolarmente pronunciato nelle persone anziane in cui la complessa fisiopatologia, le patologie croniche e le comorbidità spesso presenti, impongono frequentemente una poliprescrizione, che rende più sensibili allo sviluppo di interazioni e reazioni avverse ai farmaci;
- la scarsa qualità della prescrizione farmacologica negli anziani è, inoltre, spesso associata ad un aumento di ospedalizzazione e mortalità.

Preso atto:

- della legge 8 marzo 2017 n. 24 recante *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”*, che all’articolo 1, dispone *“La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto della salute ed è perseguita nell’interesse dell’individuo e della collettività. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l’insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all’erogazione di prestazioni sanitarie e l’utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative”*;
- della raccomandazione n. 7/2008 del Ministero della Salute *“Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologica”*;
- della raccomandazione n. 12/2010 del Ministero della Salute *“Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci look-alike/sound-alike”*;
- della raccomandazione n. 17/2014 del Ministero della Salute *“Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica”* che evidenzia come la mancata riconciliazione della terapia farmacologica possa causare gravi danni ai pazienti;
- della raccomandazione (settembre 2018) del Ministero della Salute, Regione Veneto, Regione Emilia Romagna sulla *“Riconciliazione della terapia farmacologica sul territorio durante le transizioni di cura”*;
- della raccomandazione n. 18/2018 del Ministero della Salute *“Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all’uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli”*;
- della raccomandazione n. 19/2019 del Ministero della Salute *“Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide”*;
- del D.M. 14 settembre 1994, n. 739 *“Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’Infermiere”*, con cui è stato istituito il profilo dell’Infermiere, quale operatore sanitario responsabile dell’assistenza generale infermieristica (*art. 1, comma 1*) e che per l’espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell’opera del personale di supporto (*comma 3, lett. f*);
- dell’Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001 *“Accordo tra il Ministro della Sanità, il Ministro della Solidarietà sociale e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano”*, con cui viene individuato il profilo professionale dell’operatore socio sanitario (O.S.S.) e definito l’ordinamento

didattico dei corsi di formazione professionale, così come recepito con D.G.R. n. 46-5662 del 25 marzo 2002.

Richiamata la L.R. 6 agosto 2007 n. 18 e s.m.i. “*Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale*” la quale all’art. 1, tra i principi su cui è basata la programmazione socio-sanitaria regionale, identifica:

- l’orientamento alla solidarietà, alla sobrietà, alla dignità, alla umanizzazione e alla sussidiarietà nella organizzazione e nel funzionamento dei servizi socio-sanitari;
- l’appropriatezza delle prestazioni, qualità e continuità delle stesse, attraverso l’integrazione degli interventi sociali e socio-sanitari;
- l’omogeneità e l’uniformità delle prestazioni da assicurare ai cittadini, attraverso livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale che siano garanzia di giustizia ed equità.

Richiamate:

- la D.C.R. del 22 febbraio 2000, n. 616-3149 “*Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 recante atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private - Disposizioni di attuazione*”;
- la D.G.R. del 30 luglio 2012, n. 45-4248 “*Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.09 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.08. Revoca precedenti deliberazioni*”;
- la D.G.R. 14 settembre 2009 n. 25-12129 “*Requisiti e procedure per l’accreditamento istituzionale delle strutture socio sanitarie*”, così come modificata dalla D.G.R. sopra citata;
- la D.G.R. 22 dicembre 2020, n. 7-2645 “*Aggiornamento indirizzi per l’esercizio delle funzioni e le attività relative all’autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative di cui all’art. 26 comma 1 della L.R. 1/2004 e s.m.i. Revoca delle DD.G.R. n. 124-18354 del 14 aprile 1997 e n. 32-8191 del 11.02.2008*”.

Considerato che:

- la sicurezza delle persone assistite e la riduzione degli errori in terapia farmacologica rappresentano una priorità dell’assistenza sanitaria;
- all’estensione e alla rilevanza della terapia farmacologica in ogni setting assistenziale, sia nelle strutture sanitarie che socio-sanitarie, può generare eventi avversi dovuti ad errori in corso di terapia farmacologica, errori che sono considerati eventi prevenibili ed evitabili;
- i cambiamenti dei modelli dell’organizzazione sanitaria e socio-sanitaria, nei presidi rivolti alla cura degli anziani non-autosufficienti nonché dei disabili adulti e minori, coinvolgono sempre più un consistente numero di professionisti della salute e in particolare di infermieri e di operatori socio-sanitario (O.S.S.);
- la gestione della terapia, già di per sé, si articola in una pluralità di fasi, in parte differenziate in rapporto al setting di cura e che per ciascuna di esse la documentazione assume grande rilievo al fine di garantire sicurezza all’intero processo.

Dato atto che risulta necessario fornire indicazioni operative per una corretta gestione clinica dei farmaci, nonché per una corretta redazione e conservazione della documentazione sanitaria di supporto alle terapie farmacologiche, a favore degli ospiti delle strutture residenziali e semi-residenziali sanitarie e socio-sanitaria, definite nel dettaglio di tipologia di presidio nell’allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Ritenuto, dunque, opportuno di:

- approvare le Linee d'indirizzo denominate “*La gestione clinica del farmaco nelle strutture residenziali e semi-residenziali sanitarie e socio-sanitarie*”, dettagliate all'Allegato A al presente provvedimento, per farne parte integrante e sostanziale così come elaborate dalla Direzione Sanità Welfare attraverso un gruppo di lavoro inter-settoriale;
- demandare alla Direzione Sanità Welfare l'adozione di tutti gli atti necessari per l'attuazione della presente deliberazione, nonchè per aggiornare le indicazioni tecniche assunte a seguito di nuove ed ulteriori raccomandazioni ministeriali e delle autorità scientifiche nazionali e in particolare l'adozione delle schede tipo da utilizzarsi per la gestione clinica del farmaco così come indicate nell'allegato A;
- disporre che l'applicazione delle Linee d'indirizzo, elaborate per ciascun presidio tenendo conto delle caratteristiche e dei bisogni della persona assistita, della tipologia del contesto organizzativo, in coerenza alle risorse professionali disponibili, saranno verificate dalle Commissioni di vigilanza sanitarie e socio-sanitarie previste dalla normativa regionale vigente;
- demandare alla Direzione Sanità Welfare il monitoraggio dell'applicazione delle Linee d'indirizzo di cui all'allegato A, in sinergia con il monitoraggio effettuato dalla struttura regionale di coordinamento della vigilanza di cui all'art. 26, comma 2 bis della L.R. 1/2004 e s.m.i..

Acquisito, a seguito confronto concluso in data 7/12/2021, il consenso sulle presenti Linee d'indirizzo da parte del Coordinamento regionale dell'Ordine Professioni Infermieristiche (O.P.I.) del Piemonte.

Dato atto che l'attuazione di quanto previsto dal presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17 ottobre 2016, come modificata dalla D.G.R. n. 1-3361 del 14 giugno 2021.

Tutto ciò premesso, la Giunta regionale unanime,

delibera

di approvare le Linee d'indirizzo per una corretta gestione clinica del farmaco denominate “*La gestione clinica del farmaco nelle strutture residenziali e semi-residenziali sanitarie e socio-sanitarie*”, dettagliate all'Allegato A, parte integrante e sostanziale, al presente provvedimento;

di stabilire le tipologie di presidio socio-sanitarie, nelle quali trovano applicazione le Linee di indirizzo in argomento, elencate, con gli specifici richiami agli standard strutturali, organizzativi e gestionali di settore, nell'allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che dovranno essere elaborate per ciascun presidio tenendo conto delle caratteristiche e dei bisogni della persona assistita, della tipologia del contesto organizzativo, in coerenza alle risorse professionali disponibili, previste dalle disposizioni regionali in materia;

di demandare alla Direzione Sanità Welfare l'adozione di tutti gli atti necessari per l'attuazione della presente deliberazione, nonchè per aggiornare le indicazioni tecniche assunte a seguito di nuove ed ulteriori raccomandazioni ministeriali e delle autorità scientifiche nazionali e in particolare l'adozione delle schede tipo da utilizzarsi per la gestione clinica del farmaco, così come indicate nell'allegato A,

di disporre che l'applicazione delle Linee d'indirizzo, elaborate per ciascun presidio tenendo conto delle caratteristiche e dei bisogni della persona assistita, della tipologia del contesto organizzativo,

in coerenza alle risorse professionali disponibili, saranno verificate dalle Commissioni di vigilanza sanitarie e socio-sanitarie previste dalla normativa regionale vigente;

di demandare alla Direzione Sanità Welfare il monitoraggio dell'applicazione delle Linee d'indirizzo di cui all'allegato A, in sinergia con il monitoraggio effettuato dalla struttura regionale di coordinamento della vigilanza di cui all'art. 26, comma 2 bis della L.R. 1/2004 e s.m.i.;

di precisare che l'attuazione di quanto previsto dal presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dall'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

Allegato A**LINEE DI INDIRIZZO****“LA GESTIONE CLINICA DEL FARMACO NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE”**

1. PREMESSA	pag. 2
2. CAMPO DI APPLICAZIONE	pag. 2
3. QUADRO NORMATIVO	pag. 2
3.1 Competenze dell'Infermiere	pag. 4
3.2 Competenze dell'operatore socio sanitario (OSS)	pag. 5
4. GESTIONE CLINICA DEL FARMACO	pag. 6
4.1 Ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica	pag. 8
4.2 Prescrizione della terapia farmacologica	pag. 11
4.3 Prescrizione della terapia in assenza del medico in struttura (prescrizione verbale/telefonica)	pag. 13
4.4 Prescrizione della terapia condizionata (c.d. "al bisogno")	pag. 14
4.5 Prescrizione di farmaci "off label"	pag. 15
4.6 Preparazione della terapia da parte dell'Infermiere presente in struttura	pag. 16
4.7 Somministrazione della terapia da parte dell'Infermiere presente in struttura	pag. 17
4.8 Aiuto all'assunzione della terapia da parte dell'OSS su indicazione dell'Infermiere	pag. 20
4.9 Gestione dei farmaci FALA (Farmaci ad Alto Livello di Attenzione)	pag. 22
4.10 Gestione delle sostanze stupefacenti e psicotrope	pag. 23
4.11 Gestione dei farmaci LASA (Look Alike - Sound Alike)	pag. 24
4.12 Gestione delle forme farmaceutiche orali nei casi in cui sia necessario procedere a divisione, triturazione di compresse, apertura di capsule, somministrazione "camuffata" con cibi o bevande	pag. 25
4.13 Autogestione della terapia	pag. 27
4.14 Registrazione dell'avvenuta somministrazione/assunzione nonché dei casi di mancata somministrazione/assunzione della terapia (compresi quelli di rifiuto)	pag. 29
4.15 Conservazione dei farmaci	pag. 30
4.16 Smaltimento dei farmaci scaduti e/o inutilizzabili	pag. 31
4.17 Somministrazione e detenzione di farmaci guasti o imperfetti (ex art. 443 c.p.)	pag. 31
5. BIBLIOGRAFIA	pag. 32

1. PREMESSA

Il forte incremento negli ultimi anni della cronicità comporta una gestione della terapia farmacologica sempre più articolata in funzione della crescente complessità delle condizioni e dei contesti di assistenza.

Ciò espone al rischio di esiti terapeutici indesiderabili (quali reazioni avverse, interazioni tra farmaci, mancanza di efficacia, non ottimale aderenza alle terapie) che possono incidere negativamente sulla qualità di vita. Il problema è particolarmente pronunciato nelle persone anziane in cui la complessa fisiopatologia, le patologie croniche e le comorbilità spesso presenti, impongono frequentemente una poliprescrizione che rende più sensibili allo sviluppo di interazioni e reazioni avverse ai farmaci. (*Murphy C et al, 2020; Pellizzari L et al, 2017; WHO, 2016; Alldred DP et al, 2016*)

La scarsa qualità della prescrizione farmacologica negli anziani è, inoltre, spesso associata ad un aumento di ospedalizzazione e mortalità (*AIFA, 2013*). Nelle persone anziane, peraltro, altri fattori quali la difficoltà di deglutizione e il rifiuto della terapia non infrequentemente impongono la necessità di somministrare farmaci "alterati" (tritati, decapsulati, camuffati nel cibo). Questa pratica non è scevra da rischi sia in termini di efficacia terapeutica che di eventi avversi. (*Boeri C et al, 2013*)

L'obiettivo del presente documento è quello di:

- fornire utili indicazioni per una corretta gestione clinica dei farmaci nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie e socio-sanitarie del Piemonte, nel rispetto delle buone pratiche clinico-assistenziali a garanzia della tutela e della sicurezza delle persone assistite;
- superare le criticità interpretative sui termini "somministrare" e "aiutare alla corretta assunzione del farmaco";
- chiarire le competenze dell'Infermiere e dell'Operatore Socio Sanitario (OSS) nella gestione clinica del farmaco, con particolare riguardo ai casi in cui l'Infermiere si avvalga del personale di supporto (OSS).

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Le indicazioni contenute nel presente documento sono rivolte alle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie e socio-sanitarie della Regione Piemonte, così come definite dalla normativa regionale vigente. Tali strutture hanno in carico diverse tipologie di utenti per le quali la gestione e la sicurezza delle cure farmacologiche costituiscono aspetti rilevanti dell'assistenza.

Il documento rappresenta una guida per l'adozione di procedure che dovranno essere elaborate tenendo conto delle caratteristiche e dei bisogni della persona assistita, della tipologia del contesto organizzativo, in coerenza alle risorse professionali previste dalle disposizioni regionali in materia.

3. QUADRO NORMATIVO

Nella gestione clinica del farmaco un importante ruolo è svolto dall'Infermiere nel processo di "somministrazione" e dall'OSS in quello di "aiuto alla corretta assunzione" della terapia.

Il profilo dell'Infermiere è stato istituito con D.M. 14 settembre 1994, n. 739 (G.U. 9 gennaio 1995, n. 6) "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Infermiere". L'art. 1, comma 1, individua la figura professionale come responsabile dell'assistenza generale infermieristica di cui al comma 2. Al comma 3, lett. f) si prevede che per l'espletamento delle funzioni l'Infermiere si avvalga, ove necessario, dell'opera del personale di supporto.

Con Legge n. 42/1999 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" (G.U. Serie Generale n. 50 del 2 marzo 1999), all'art. 1, comma 2, viene individuato il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'art. 6, comma 3, D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. Tale campo "è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali".

L'OSS è una figura individuata dall'Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001 "Accordo tra il Ministro della Sanità, il Ministro della Solidarietà sociale e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano" (G.U. 19 aprile 2001, n. 91).

All'art. 1 viene individuata la figura e il profilo dell'OSS come operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata a:

- a) soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario;
- b) favorire il benessere e l'autonomia dell'utente.

La Regione Piemonte con D.G.R. n. 46 - 5662 del 25/03/2002 ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 22/02/2001 ed approvato le linee di indirizzo (allegato B) relative alla descrizione del profilo professionale dell'OSS.

Con Legge 11 gennaio 2018, n. 3 "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute" (G.U. n. 25 del 31 gennaio 2018) è stata istituita (art. 5 comma 1) l'area delle professioni socio-sanitarie, secondo quanto previsto dall'art. 3-octies D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. Tale area comprende (comma 5) il profilo professionale dell'OSS precedentemente inquadrato nel ruolo tecnico. Attualmente non ci sono motivi per ritenere che la novella legislativa modifichi il rapporto giuridico tra l'OSS e l'Infermiere.

La Legge n. 3/2018 ha anche apportato alcune modifiche immediatamente operative in materia di professioni sanitarie e relativo esercizio abusivo. In particolare, l'art. 12 comma 1 sostituisce la previgente formulazione dell'art. 348 c.p. innalzando la cornice edittale, inserendovi pene accessorie e, infine, prevedendo un'ipotesi aggravata per il professionista che determini altri a commettere il reato di cui al primo comma ovvero diriga l'attività delle persone che sono concorse nel reato medesimo¹.

Il comma 2 dell'art. 12 modifica l'art. 589 c.p.² ("omicidio colposo"), introducendo in tale disposizione un nuovo secondo comma che prevede un'ulteriore ipotesi aggravata per colui che commetta il fatto nell'esercizio abusivo di una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato. Parallelamente, il comma 3 inserisce lo stesso tipo di ipotesi aggravata, con diversa cornice edittale, nella disposizione di cui all'art. 590 c.p.³ ("lesioni personali colpose").

Al di fuori del campo dell'esercizio abusivo di una professione, ma pur sempre in un'ottica di inasprimento della risposta sanzionatoria in ambito sanitario, l'art. 14 della Legge n. 3/2018 aggiunge all'elenco delle circostanze aggravanti comuni ex art. 61 c.p. un nuovo numero (11-sexies) che stabilisce un aggravamento di pena per chi, nei delitti non colposi, abbia commesso il fatto in danno di persone ricoverate presso strutture sanitarie o presso strutture socio-sanitarie residenziali o semiresidenziali, pubbliche o private, ovvero presso strutture socio-educative. (*Mentasti G, 2018*)

Consolidata giurisprudenza ha posto in evidenza lo stretto legame esistente tra la richiesta del titolo di studio abilitante da parte della legge e l'incidenza dell'attività sanitaria sulla salute e sicurezza pubblica e sulla tutela dei diritti fondamentali della persona. Infatti "qualora il contenuto e le mansioni di una qualifica discendano dalla legge professionale in ordine al possesso di un determinato titolo di studio per l'esercizio di una professione, non può considerarsi utile ai fini del conseguimento di una tale qualifica (superiore) l'espletamento di mansioni che la legge professionale stessa riserva esclusivamente a chi è in possesso di quello specifico titolo di studio, atteso che, con riferimento alla disciplina dettata dall'art. 2116 c.c., l'attività eventualmente svolta si pone come illecita perché in violazione di norme imperative attinenti all'ordine pubblico e poste a tutela della generalità dei cittadini non già del prestatore di lavoro." (*Cass. Civ. sez. L. n. 15450/2014; tra le ultime Cass. Civ. sez. L. n. 8784/2018*).

¹ Il nuovo articolo 348 c.p. recita: «Chiunque abusivamente esercita una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da euro 10.000 a euro 50.000. La condanna comporta la pubblicazione della sentenza e la confisca delle cose che servirono o furono destinate a commettere il reato e, nel caso in cui il soggetto che ha commesso il reato eserciti regolarmente una professione o attività, la trasmissione della sentenza medesima al competente Ordine, albo o registro ai fini dell'applicazione dell'interdizione da uno a tre anni dalla professione o attività regolarmente esercitata. Si applica la pena della reclusione da uno a cinque anni e della multa da euro 15.000 a euro 75.000 nei confronti del professionista che ha determinato altri a commettere il reato di cui al primo comma ovvero ha diretto l'attività delle persone che sono concorse nel reato medesimo».

² Dopo il secondo comma dell'art. 589 c.p. si aggiunge: «Se il fatto è commesso nell'esercizio abusivo di una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato o di un'arte sanitaria, la pena è della reclusione da tre a dieci anni»

³ Dopo il terzo comma dell'articolo 590 c.p. si aggiunge: «Se i fatti di cui al secondo comma sono commessi nell'esercizio abusivo di una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato o di un'arte sanitaria, la pena per lesioni gravi è della reclusione da sei mesi a due anni e la pena per lesioni gravissime è della reclusione da un anno e sei mesi a quattro anni».

PUNTI CHIAVE:

- L'Infermiere è il professionista che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica (art. 1 c. 1 D.M. n. 739/1994).
- Il campo di attività e di responsabilità dell'Infermiere è determinato dai contenuti del D.M. istitutivo del profilo professionale e degli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché dal Codice deontologico, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali (art. 1 c. 2 Legge n. 42/1999).
- L'OSS, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di una specifica formazione ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 22/2/2001, svolge nell'ambito delle proprie aree di competenza attività che, in un contesto sociale e sanitario, sono indirizzate a soddisfare i bisogni primari della persona e a favorire il benessere e l'autonomia dell'utente (art. 1). La Regione Piemonte ha recepito con D.G.R. n. 46 - 5662 del 25/03/2002 l'Accordo citato.
- Con Legge n. 3/2018 è stata istituita l'area delle professioni socio-sanitarie che comprende (art. 5 comma 5) il profilo professionale dell'OSS precedentemente inquadrato nel ruolo tecnico. Attualmente non ci sono motivi per ritenere che la novella legislativa modifichi il rapporto giuridico tra OSS e Infermiere.
- C'è uno stretto legame tra la richiesta del titolo di studio abilitante da parte della legge e l'incidenza dell'attività sanitaria sulla salute e sicurezza pubblica e sulla tutela dei diritti fondamentali della persona. In materia di esercizio abusivo di professione (ex art. 348 c.p.) la Legge n. 3/2018 ha apportato alcune modifiche immediatamente operative.

LINK UTILI:

<https://www.normattiva.it/>

3.1 Competenze dell'Infermiere

Con la Legge n. 42/1999 la denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel T.U. delle leggi sanitarie, approvato con R.D. n. 1265/1934 e s.m.i., è stata sostituita dalla denominazione "professione sanitaria" (art. 1 comma 1). Al comma 2 è stato definito il campo proprio di attività e di responsabilità⁴ delle professioni sanitarie di cui all'art. 6, comma 3, D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

Con la Legge n. 251/2000 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica" (G.U. n. 208 del 6 settembre 2000) è stato affermato (art. 1, comma 1) che l'Infermiere svolge con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali, nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.

In particolare, già l'art. 1, comma 3, D.M. n. 739/1994 ha affidato all'Infermiere il compito di:

- a) partecipare all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- b) identificare i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formulare i relativi obiettivi;
- c) pianificare, gestire e valutare l'intervento assistenziale infermieristico;
- d) garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- e) agire sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- f) avvalersi, ove necessario, dell'opera del personale di supporto per l'espletamento delle funzioni.

Il Codice Deontologico FNOPI (testo approvato dal Consiglio Nazionale il 13/4/2019) afferma il dovere dell'Infermiere di curare e prendersi cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza distinzione alcuna (art. 3).

L'Infermiere stabilisce una "relazione di cura" (art. 4) utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura.

⁴ Tale campo è determinato dai contenuti dei D.M. istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

Il Codice sottolinea che l'Infermiere agisce in base al proprio livello di competenza (art. 13) e fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica, aggiornando le proprie competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività (art. 10).

Nei rapporti professionali l'Infermiere si impegna a sostenere la cooperazione con i professionisti coinvolti nel percorso di cura, adottando comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori, riconoscendo e valorizzando il loro specifico apporto nel processo assistenziale (art. 12). Riconosce altresì l'interazione e l'integrazione intra e interprofessionale quali elementi fondamentali per rispondere alle richieste della persona (art. 16).

Con riguardo agli "operatori di supporto" (art. 36) l'Infermiere, ai diversi livelli di responsabilità clinica e gestionale, è chiamato a pianificare, supervisionare e verificare per la sicurezza dell'assistito l'attività degli operatori di supporto presenti nel processo assistenziale e a lui affidati.

L'Infermiere ha una responsabilità nell'organizzazione (art. 30) in quanto, ai diversi livelli di responsabilità, partecipa e contribuisce alle scelte dell'organizzazione, alla definizione dei modelli assistenziali, formativi e organizzativi, all'equa allocazione delle risorse e alla valorizzazione della funzione infermieristica e del ruolo professionale. Partecipa inoltre al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte (art. 32).

PUNTI CHIAVE:

- L'Infermiere svolge con autonomia professionale attività per la prevenzione, cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando funzioni individuate dalle norme istitutive del relativo profilo professionale, dal codice deontologico ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza (art. 1 c. 1 Legge n. 251/2000).
- Ha il compito di: a) partecipare all'identificazione dei bisogni di salute; b) identificare i bisogni di assistenza infermieristica e formulare i relativi obiettivi; c) pianificare, gestire e valutare l'intervento assistenziale infermieristico; d) garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; e) agire sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali; f) avvalersi, ove necessario, dell'opera del personale di supporto per l'espletamento delle funzioni (art. 1 c. 3 D.M. n. 739/1994).
- Ha il dovere di curare e prendersi cura della persona assistita, nel rispetto della sua dignità, libertà, eguaglianza, scelte di vita e concezione di salute e benessere senza distinzione alcuna (art. 3 Codice Deontologico FNOPI).
- Stabilisce una relazione di cura utilizzando anche l'ascolto e il dialogo e si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali (art. 4).
- Agisce in base del proprio livello di competenza (art. 13) e fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica, aggiornando le proprie competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche (art. 10).
- Si impegna a sostenere la cooperazione con i professionisti coinvolti nel percorso di cura adottando comportamenti leali e collaborativi (art. 12) e riconosce l'interazione e l'integrazione intra e interprofessionale quali elementi fondamentali per rispondere alle richieste della persona (art. 16).
- Ai diversi livelli di responsabilità clinica e gestionale, l'Infermiere è chiamato a pianificare, supervisionare e verificare per la sicurezza dell'assistito l'attività degli operatori di supporto a lui affidati (art. 36).
- Ha una responsabilità nell'organizzazione (art. 30) poiché partecipa e contribuisce alle scelte dell'organizzazione, alla definizione dei modelli assistenziali, formativi e organizzativi, all'equa allocazione delle risorse e alla valorizzazione della funzione infermieristica e del ruolo professionale. Partecipa inoltre al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita e fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio (art. 32).

LINK UTILI:

<https://www.normattiva.it/>

<http://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>

3.2 Competenze dell'operatore socio-sanitario (OSS)

L'art. 6 dell'Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001 declina le competenze dell'OSS facendo riferimento ad apposito allegato B. Le competenze vengono distinte in:

- 1 tecniche;

- 2 relative alle conoscenze richieste;
- 3 relazionali.

In particolare, nel summenzionato allegato B si specifica che l'OSS, in sostituzione ed appoggio dei famigliari e su indicazione del personale preposto, è in grado di:

- aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso;
- osservare, riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi di allarme che l'utente può presentare (pallore, sudorazione ecc.);
- attuare interventi di primo soccorso.

Viene stabilito (art. 4) che l'OSS svolga la sua attività in collaborazione con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale.

PUNTI CHIAVE:

- Le competenze dell'OSS vengono distinte in tecniche, relative alle conoscenze richieste e relazionali (art. 6 Accordo Stato-Regioni 22/02/2001).
- L'OSS, in sostituzione ed appoggio dei famigliari e su indicazione del personale preposto, è in grado di: 1) aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso; 2) osservare, riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi di allarme che l'utente può presentare (pallore, sudorazione ecc.) e 3) attuare interventi di primo soccorso (all. B Accordo Stato-Regioni 22/02/2001).
- L'OSS svolge (art. 4) la sua attività secondo il criterio del lavoro multiprofessionale, in collaborazione con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e sociale.

LINK UTILI:

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2001/04/19/001A4046/sg>

4. GESTIONE CLINICA DEL FARMACO

La Legge n. 24/2017 ("Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie") stabilisce all'art. 1 che la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività (comma 1).

La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative (comma 2).

Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale (comma 3).

Anche l'OSS, in base all'Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001 (allegato B), deve saper utilizzare specifici protocolli per mantenere la sicurezza dell'utente riducendo al massimo il rischio.

La sicurezza delle persone assistite e la riduzione degli errori in terapia farmacologica rappresentano una priorità dell'assistenza sanitaria. Gli errori in terapia farmacologica si possono verificare durante tutto il processo di gestione del farmaco: approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione, prescrizione, preparazione, distribuzione, somministrazione e monitoraggio.

Tutti coloro che intervengono nelle fasi del processo di gestione dei farmaci devono pertanto possedere adeguate conoscenze e competenze operative connesse al profilo professionale, avere a disposizione idonei strumenti nonché l'opportunità di collaborazioni professionali, eventualmente tramite il supporto dei competenti servizi dell'Azienda Sanitaria di riferimento, per minimizzare il rischio di errori di terapia (ad es. liste di farmaci LASA e FALA, farmaci orali da non alterare, farmaci sostituibili, ecc.). Tali strumenti dovranno essere opportunamente adattati e tenuti aggiornati presso ogni singola struttura.

Poiché il principale obiettivo della gestione sicura della terapia farmacologica consiste nel ridurre e, per quanto possibile, eliminare la possibilità che si verifichino eventi causativi di un danno alla persona assistita, è altresì opportuno che siano favorite, in condivisione e con il supporto dell'Azienda Sanitaria di riferimento,

le attività di segnalazione degli accadimenti relativi alla sicurezza della terapia farmacologica al fine di individuare le necessarie azioni correttive e di miglioramento. (*Regione Emilia Romagna, 2019*)

Gli eventi avversi dovuti ad errori in corso di terapia farmacologia sono eventi prevenibili ed evitabili e vanno differenziati dalle reazioni avverse ai farmaci (Adverse Drug Reaction - ADR) rilevate e valutate mediante le attività di farmacovigilanza. (*Ministero della Salute, 2008*)

Per ulteriori approfondimenti e per il reperimento di informazioni utili alla segnalazione di reazioni avverse ai medicinali, si rimanda alla scheda informativa "Farmacovigilanza" sul portale della Regione Piemonte all'indirizzo <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/farmaci/farmacovigilanza>.

In particolare gli errori che coinvolgono più direttamente l'Infermiere riguardano:

- l'interpretazione della prescrizione;
- la trascrizione di farmaci su apposite schede utilizzate per la somministrazione, nei casi in cui tale pratica è affidata agli Infermieri;
- la somministrazione di farmaci non prescritti o sospesi;
- la mancata identificazione del paziente;
- l'anticipo o il posticipo della somministrazione;
- l'omissione della somministrazione;
- le somministrazioni ripetute;
- la via di somministrazione diversa da quella prescritta;
- il dosaggio;
- la velocità di infusione errata;
- l'uso inadeguato di dispositivi per la somministrazione. (*FNOPI, 2015*)

Nella corretta gestione della terapia farmacologica, ai fini della sicurezza, sono di particolare rilievo le seguenti attività:

- identificazione della persona assistita;
- documentazione delle attività;
- comunicazione fra gli operatori sanitari e misure per garantire la continuità di cura al cambio di setting assistenziale;
- segnalazione di eventi avversi.

È essenziale costruire e mantenere nel tempo un'efficace relazione tra l'équipe di cura e la persona assistita e/o il familiare/caregiver o il legale rappresentante a garanzia di un intervento clinico-assistenziale sicuro, appropriato e rispettoso della volontà dell'assistito. (*Regione Emilia Romagna, 2019*)

PUNTI CHIAVE:

- La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività (art. 1 comma 1 Legge n. 24/2017). Si realizza anche tramite attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio (comma 2) messe in atto dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private. A tali attività è tenuto a concorrere tutto il personale (comma 3).
- Anche l'OSS deve saper utilizzare specifici protocolli per mantenere la sicurezza dell'utente riducendo al massimo il rischio (all. B Accordo Stato-Regioni 22/02/2001).
- La riduzione degli errori in terapia farmacologica rappresenta una priorità dell'assistenza sanitaria. Tali errori possono verificarsi durante tutto il processo di gestione del farmaco: approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione, prescrizione, preparazione, distribuzione, somministrazione e monitoraggio.
- Tutti coloro che intervengono nelle fasi del processo di gestione dei farmaci devono possedere adeguate conoscenze e competenze operative connesse al profilo professionale, avere a disposizione idonei strumenti nonchè l'opportunità di collaborazioni professionali, eventualmente tramite il supporto dei competenti servizi dell'Azienda Sanitaria di riferimento.
- Vanno favorite, in condivisione e con il supporto dell'Azienda Sanitaria di riferimento, le attività di segnalazione degli accadimenti relativi alla sicurezza della terapia farmacologica al fine di individuare le necessarie azioni correttive e di

miglioramento.

➤ Gli eventi avversi dovuti ad errori in corso di terapia farmacologia sono eventi prevenibili ed evitabili e vanno differenziati dalle reazioni avverse ai farmaci (Adverse Drug Reaction - ADR) rilevate e valutate mediante le attività di farmacovigilanza.

➤ È essenziale costruire e mantenere nel tempo un'efficace relazione tra l'équipe di cura e la persona assistita e/o il familiare/caregiver o il legale rappresentante a garanzia di un intervento clinico-assistenziale sicuro, appropriato e rispettoso della volontà dell'assistito.

LINK UTILI:

<https://www.normattiva.it/>

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza

<http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/farmacovigilanza>

<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/farmaci/farmacovigilanza>

4.1 Ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica

La ricognizione e la riconciliazione sono attività cliniche importanti, centrate sulla persona assistita, che precedono la prescrizione. Sia l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sia le Agenzie di riferimento internazionali (quali Joint Commission, Institute for Health Improvement, ecc.) raccomandano interventi mirati a ridurre il pericolo di errori di terapia derivanti da un'inadeguata conoscenza delle terapie in atto incoraggiando, in tal senso, l'adozione di pratiche quali la ricognizione e la riconciliazione della terapia farmacologica. (*U.S. Department of Health and Human Services, 2012; WHO, 2007*)

Nelle transizioni di cura, in particolare, le terapie farmacologiche prescritte non infrequentemente presentano tra di loro differenze - chiamate "discrepanze non intenzionali" - non ascrivibili ad una mutata condizione clinica della persona assistita ma comunque foriere di possibili danni. Pertanto, la puntuale conoscenza della terapia farmacologica corrente della persona assistita costituisce un passaggio essenziale a garanzia della sicurezza nella prescrizione dei medicinali e della conseguente appropriatezza delle cure, come ribadito dal Ministero della Salute nella "Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica". (*Ministero della Salute, 2014*)

La **ricognizione** consiste nella raccolta di informazioni complete e accurate su farmaci ed altri prodotti (anche non convenzionali) assunti dalla persona assistita. (*Regione Emilia-Romagna, 2015*)

A rendere ulteriormente importante il ricorso ad una compiuta ricognizione devono considerarsi alcuni aspetti del contesto sanitario e socio-sanitario quali:

- una quota crescente di assistiti in età avanzata, frequentemente affetti da una pluralità di problemi di salute, prevalentemente di carattere cronico, a cui si correla l'uso di quantità significative di farmaci;
- un'articolazione modulata dei percorsi assistenziali, soprattutto per il trattamento delle patologie croniche, con coinvolgimento di un maggior numero di professionisti e il conseguente accentuarsi di criticità di raccordo tra gli uni e gli altri, con rischio di difetti di comunicazione delle terapie da attuare.

La ricognizione appare pertanto indispensabile in occasione di ogni passaggio da un setting assistenziale ad un altro, come ad es. dal domicilio all'ospedale o a una residenza socio-sanitaria e viceversa oppure tra strutture sanitarie e socio-sanitarie diverse. In particolare, all'interno delle RSA, la rilevanza di tale processo è legata anche alle particolari caratteristiche degli ospiti, che presentano spesso quadri clinici caratterizzati da una fragilità intrinseca legata all'età e da frequenti comorbidità associate a patologie croniche, con un maggiore (e non sempre giustificato) numero di medicinali da assumere.

La ricognizione deve essere effettuata dal Medico e/o dall'Infermiere al momento dell'accoglimento della persona nella struttura e comunque entro 24 ore dallo stesso. In casi eccezionali, qualora le informazioni essenziali non siano immediatamente disponibili, la ricognizione dovrà essere completata appena possibile.

L'attività di ricognizione, così come quella di riconciliazione di cui si dirà *infra*, deve essere adeguatamente documentata in cartella con l'uso di un'apposita scheda. (*Ministero della Salute, Regione Veneto, Regione Emilia Romagna, 2018*).

La scheda di ricognizione/riconciliazione farmacologica, cartacea o informatizzata, dovrà essere strutturata in modo da permettere la registrazione di tutti gli elementi informativi specifici per un'accurata gestione delle terapie degli assistiti. La scheda di ricognizione/riconciliazione farmacologica verrà approvata con successivo provvedimento regionale (Determina Dirigenziale).

Gli elementi di contenuto di un'accurata ricognizione includono:

- denominazione dei farmaci e di eventuali altri prodotti (omeopatici, fitoterapici, integratori, ecc.), prescritti o liberamente assunti, con indicazione di eventuali terapie sperimentali, "off label", ecc.;
- modalità di assunzione: dosaggio, frequenza, durata e via di somministrazione, data o ora dell'ultima dose assunta (con particolare attenzione alle formulazioni "long acting"), eventuale dispositivo medico utilizzato (ad es. elastomero);
- eventuali problemi correlati.

Oltre alla conoscenza dei prodotti assunti, altre informazioni possono risultare opportune quali:

- allergie o intolleranze conosciute;
- terapie pregresse ed eventuali effetti indesiderati;
- dati inerenti a peso e altezza dell'assistito, stili di vita, patologie. (*Regione Lombardia, 2017*)

Deve essere prestata particolare attenzione alla raccolta di informazioni sui farmaci a lunga durata d'azione o a rilascio prolungato, sui farmaci a ristretto margine terapeutico (es. anticoagulanti, antiepilettici, antiaritmici), sui farmaci ad azione immunosoppressiva, sugli antidiabetici, sugli oppioidi e sull'ossigeno.

La documentazione della ricognizione deve riportare esattamente quanto riferito o esibito dall'assistito o dal familiare/caregiver o dal legale rappresentante. A tale scopo può essere utile che la persona assistita (o il suo familiare/caregiver/legale rappresentante) predisponga la c.d. "lista delle mie medicine", ovvero una lista il più esaustiva possibile delle terapie in atto e di altri eventuali prodotti assunti.

Il modello della c.d. "lista delle mie medicine" verrà approvato con successivo provvedimento regionale (Determina Dirigenziale).

Chi effettua la ricognizione deve essere consapevole che quanto riferito potrebbe non essere completo o esaustivo. Per tale motivo sarà opportuno integrare le informazioni con almeno un'altra fonte attendibile, (quale ad es. una lettera redatta dal MMG, una lettera di dimissione ospedaliera, ecc.) e verificare le confezioni di medicinali portate dal domicilio. Nel caso in cui vengano rilevate discrepanze è necessario contattare il medico curante o la struttura sanitaria che ha avuto precedentemente in carico l'assistito registrando l'atto in cartella. (*Ministero della Salute, Regione Veneto, Regione Emilia Romagna, 2018*).

La **riconciliazione**, invece, è un processo formale che permette, in modo chiaro e completo, di rilevare e conoscere la terapia farmacologica seguita assieme ad altre informazioni relative alla persona assistita e consente al Medico prescrittore di valutare con attenzione se proseguirla, variarla o interromperla in toto o in parte. (*Ministero della Salute, 2014*)

La riconciliazione deve essere effettuata nell'immediato seguito della ricognizione e, nel caso in cui ciò non sia possibile (es. situazione di emergenza), potrà essere effettuata successivamente. In tale contesto, al fine di garantire la continuità terapeutica, la somministrazione può comunque avvenire sulla base di quanto contenuto nella lettera redatta dal MMG o nella lettera di dimissione ospedaliera. È necessario tenere traccia dell'avvenuta somministrazione procedendo alla registrazione nella scheda unica di terapia. (*Ministero della Salute, Regione Veneto, Regione Emilia Romagna, 2018*).

La fase riconciliativa comprende le seguenti azioni:

- presa di conoscenza del contenuto della ricognizione;
- valutazione degli obiettivi terapeutici che possono essere conseguiti alla luce delle condizioni cliniche correnti, riconsiderando eventualmente l'opportunità del prosieguo della terapia in corso;
- confronto tra i farmaci risultanti dalla ricognizione con quelli che il Medico ritiene necessario prescrivere per evitare incongruenze, omissioni, associazioni a rischio di incompatibilità, interazioni farmacologiche ed errori specie con riguardo ai farmaci LASA. Sarebbe auspicabile l'uso di specifici software per la rilevazione di eventuali interazioni farmacologiche⁵ e dei criteri di "Screening Tools of Older Persons Prescriptions"/ "Screening Tool to Alert to Right Treatment" STOPP/START o di Beers® per la rilevazione di prescrizioni potenzialmente inappropriate (*O'Mahony D et al, 2015; American Geriatrics Society, 2019*);

⁵ L'Istituto Mario Negri ha realizzato, con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza prescrittiva nella persona anziana attraverso un approccio di valutazione delle terapie che tiene in considerazione diversi aspetti della farmacologia geriatrica, lo strumento "INTERCheck". Per ulteriori approfondimenti: http://www.marionegri.it/it_IT/home/medico/interazione_tra_farmaci

- considerazione di alcuni elementi di contesto quali: disponibilità, nella realtà operativa, dei medicinali in corso di assunzione, eventuali alternative, disponibilità di medicinali personali, ecc.;
- informazione motivata all'assistito e/o al suo familiare/caregiver/rappresentante legale su eventuali cambiamenti nel regime terapeutico in corso, specie se in chiave di "deprescribing", cioè di un processo di rivalutazione medica della terapia farmacologica che un assistito ha in corso e che porta a sospensione quei trattamenti che appaiono inappropriati, non sicuri (alla luce del rapporto rischio/beneficio) con riguardo alle specificità dell'assistito o di difficile accettazione da parte dello stesso. (*Regione Lombardia, 2017*)

La comunicazione tra i diversi operatori sanitari e tra questi e l'assistito e/o il familiare/caregiver/rappresentante legale riguardo la terapia farmacologica stabilita dal medico in seguito alla riconciliazione, è necessaria e indispensabile per garantire la sicurezza e la qualità delle cure. Tutte le modifiche introdotte nella terapia farmacologica devono essere adeguatamente comunicate all'assistito e/o al familiare/caregiver/rappresentante legale spiegandone la motivazione ed accertandosi dell'effettiva comprensione.

Nell'ambito della riconciliazione farmacologica, il medico deve altresì:

- effettuare una revisione della terapia farmacologica cercando, laddove possibile, anche di semplificarla al fine di migliorarne l'aderenza da parte dell'assistito;
- verificare la presenza nel Prontuario Terapeutico dei medicinali di cui intende confermare la terapia e, qualora non presenti, valutare la possibilità di sostituirli con idonee alternative terapeutiche;
- verificare, per i farmaci soggetti a Piano Terapeutico (PT) o a Registro di monitoraggio AIFA di cui intende confermare la terapia, la presenza del PT o del Registro debitamente compilati da parte dello specialista autorizzato.

Si rimanda alle Linee di indirizzo "Riconciliazione della terapia farmacologica sul territorio durante le transizioni di cura" per ulteriori approfondimenti (*Ministero della Salute, Regione Veneto, Regione Emilia Romagna, 2018*).

La scheda di ricognizione/riconciliazione farmacologica, come già accennato, andrà inserita in cartella ed è bene ricordare che non costituisce una prescrizione medica, per la quale dovrà essere invece utilizzata la scheda unica di terapia.

PUNTI CHIAVE:

- La ricognizione e la riconciliazione sono attività cliniche importanti, centrate sulla persona assistita, che precedono la prescrizione. Rappresentano passaggi essenziali per la sicurezza e appropriatezza nella prescrizione dei farmaci, specie nelle transizioni di cura in cui sono possibili "discrepanze non intenzionali" potenzialmente dannose.
- La ricognizione consiste nella raccolta di informazioni complete e accurate su farmaci ed altri prodotti (anche non convenzionali) assunti dall'assistito ed è eseguita dal Medico e/o dall'Infermiere al momento dell'accoglimento della persona nella struttura. Assume particolare rilievo nei passaggi di setting e la sua rilevanza è legata anche alle particolari caratteristiche degli ospiti.
- La riconciliazione è un processo formale che permette al Medico di verificare la terapia farmacologica e altre informazioni sulle condizioni della persona assistita per valutare con attenzione se proseguirla, variarla o interromperla in toto o in parte. Il confronto tra i farmaci risultanti da tale processo con quelli che il Medico ritiene necessario prescrivere è utile ad evitare incongruenze, omissioni, associazioni a rischio di incompatibilità, interazioni farmacologiche ed errori. Prevede una serie di azioni che, dalla presa di conoscenza del contenuto della ricognizione, comprendono la valutazione degli obiettivi terapeutici alla luce delle condizioni cliniche correnti nonché la considerazione di alcuni elementi di contesto.
- L'attività di ricognizione, così come quella di riconciliazione, deve essere adeguatamente documentata in cartella, preferibilmente utilizzando un'apposita scheda. Tale scheda non costituisce una prescrizione medica, per la quale dovrà essere invece utilizzata la scheda unica di terapia.
- La comunicazione tra i diversi operatori sanitari e tra questi e l'assistito e/o il familiare/caregiver/rappresentante legale circa la terapia farmacologica stabilita dal Medico in seguito alla riconciliazione, è necessaria e indispensabile per garantire la sicurezza e la qualità delle cure. Tutte le modifiche introdotte (specie se in chiave di "deprescribing") nella terapia farmacologica devono essere adeguatamente comunicate all'assistito e/o al familiare/caregiver/rappresentante legale spiegandone la motivazione ed accertandosi dell'effettiva comprensione.

LINK UTILI:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2839_allegato.pdf

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza

http://www.marionegri.it/it_IT/home/medico/interazione_tra_farmaci

<https://academic.oup.com/ageing/article/44/2/213/2812233>

<https://www.healthinaging.org/medications-older-adults>

4.2 Prescrizione⁶ della terapia farmacologica

Uno dei principi che indirizzano inderogabilmente l'esercizio dell'attività medica è rappresentato dalla responsabilità diretta del professionista per il trattamento terapeutico adottato nei confronti della persona assistita, secondo scienza e coscienza e nel pieno rispetto delle acquisizioni scientifiche. Infatti "la pratica terapeutica si pone all'incrocio tra due diritti fondamentali della persona: quello ad essere curato efficacemente, secondo i canoni della scienza e dell'arte medica; e quello ad essere rispettato come persona, e in particolare nella propria integrità fisica e psichica, diritto questo che l'art. 32, comma 2, secondo periodo, Cost. pone come limite invalicabile anche ai trattamenti sanitari che possono essere imposti per legge come obbligatori a tutela della salute pubblica. Questi diritti, e il confine fra i medesimi, devono sempre essere rispettati, e a presidiarne l'osservanza in concreto valgono gli ordinari rimedi apprestati dall'ordinamento, nonchè i poteri di vigilanza sull'osservanza delle regole di deontologia professionale, attribuiti agli organi della professione." (*Corte Costituzionale sentenza n. 282/2002*)

L'art. 13 ("Prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione) del Codice di Deontologia Medica (2014) è esplicito nell'ascrivere al professionista l'autonomia nella scelta, alla quale fa da contrappunto un'assunzione di responsabilità, anche ai fini della relazione con la persona assistita e di una sua informazione completa, finalizzata ad un'adesione al trattamento terapeutico prospettato (ex artt. 33 e 35 del Codice in questione). (*Massimino F, 2013*)

Infatti, il summenzionato art. 13 afferma, tra l'altro, che "la prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico. La prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza [...]. Il medico è tenuto a un'adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci prescritti, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e reazioni individuali prevedibili e delle modalità di impiego appropriato, efficace e sicuro dei mezzi diagnostico-terapeutici (omissis)"

L'**atto prescrittivo** è suddiviso in una componente di tipo intellettuale e in una di tipo esecutivo. La componente di tipo intellettuale è basata sulla decisione e sulla valutazione dell'appropriatezza (in base a diagnosi, efficacia terapeutica, interazioni farmacologiche, controindicazioni, allergie, ecc.). La successiva componente esecutiva traduce la prima in una responsabile determinazione in forma di documento scritto (prescrizione).

La ricetta è un documento che riveste il duplice carattere di certificazione (nella parte in cui il Medico attesta i dati rilevati e rispetto ai quali ha valutato la necessità di un trattamento farmacologico) e di prescrizione (ovvero di autorizzazione) in quanto consente la dispensazione dei medicinali da parte del Farmacista.

La prescrizione, informatizzata o cartacea, deve soddisfare i seguenti requisiti:

- chiarezza grafica;
- chiarezza di contenuto;
- completezza;
- tracciabilità.

Si raccomanda di evitare l'uso di:

- sigle: se relative alla modalità d'azione possono essere usate quelle riportate nella confezione del farmaco (es. SR "Slow Release"), riportando il significato per intero tra parentesi; acronimi (per gli schemi terapeutici, indicare i singoli medicinali componenti); abbreviazioni (anche in diversa lingua es. BID "bis in die"), avendo cura di scrivere le unità di misura esclusivamente secondo il sistema metrico internazionale. Dovrebbe essere disponibile una lista aggiornata di sigle, acronimi, abbreviazioni utilizzabili e un'altra lista di voci da non utilizzare, agevolmente consultabili da tutti i professionisti coinvolti nel processo di terapia;

⁶ fatta eccezione per i farmaci di automedicazione "OTC" ("over the counter") o "SOP" ("senza obbligo di prescrizione")

- numeri romani;
- frazioni (in luogo di "1/2" scrivere "metà");
- decimali (in luogo di 0,5 g scrivere 500 mg);
- zero dopo la virgola;
- indicazioni generiche di posologia (es. un cucchiaino, un misurino, una fiala) in luogo di quantità e volume/peso;
- schemi posologici ambigui, indicando invece la precisa periodicità dell'assunzione (es. "due volte al giorno" ha un significato diverso per l'assunzione di un antibiotico da somministrare a intervalli orari precisi come "ogni 12 ore" rispetto a un antiacido, da assumere a pranzo e a cena);
- il nome chimico del farmaco. (*Regione Lombardia, 2017; Ministero della Salute, 2008*)

Recentemente il Ministero della Salute, con la Raccomandazione n. 18, ha ribadito che l'uso non standardizzato di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli può indurre in errore e causare danni alle persone assistite. Risulta fondamentale, al fine di prevenire gli errori in terapia, che medici, infermieri e farmacisti adottino un linguaggio comune con l'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli "standardizzati". La "standardizzazione" della terminologia e delle definizioni facilita il confronto tra dati e informazioni all'interno delle varie organizzazioni, garantendo altresì la sicurezza nelle transizioni di cura. Si rimanda alla Raccomandazione ministeriale n. 18/2018 per ulteriori approfondimenti. (*Ministero della Salute, 2018*)

L'adozione di strumenti e/o modalità prescrittive informatizzate è in grado di rendere le prescrizioni chiaramente leggibili e di prevedere segnali di allarme nel caso in cui la dose prescritta sia al di fuori dell'intervallo terapeutico, in caso di reazioni allergiche, di interazioni farmacologiche, ecc. L'Agency for Healthcare Research and Quality indica l'adozione di un sistema computerizzato di prescrizione delle terapie tra le trenta pratiche sicure per una sanità migliore, specie se in affiancamento a strumenti di supporto decisionale. (*U.S. Department of Health and Human Services, 2018*)

Al di fuori di gestioni informatiche, firma e/o sigla dei professionisti sanitari che intervengono nel processo di terapia farmacologica dovrebbero essere depositate in un apposito registro conservato presso la struttura.

La trascrizione della prescrizione deve essere evitata in quanto rappresenta una delle maggiori cause di errori.

Per la prescrizione/somministrazione della terapia farmacologica viene in genere adottata una **scheda unica di terapia** ma, nelle articolazioni assistenziali in cui tale modalità non sia possibile, è necessario definire gli strumenti più adeguati al contesto. Già nel 2008 il Ministero della Salute aveva raccomandato di adottare la scheda unica di terapia al fine di garantire maggiore sicurezza e ridurre la possibilità di errori nel processo della terapia farmacologica. Nella scheda unica di terapia vengano riportate dal Medico tutte le informazioni necessarie per l'individuazione della terapia e dall'Infermiere ciò che è stato effettivamente somministrato, apponendo la propria firma o sigla per consentire la tracciabilità. (*Ministero della Salute, 2008*)

Il concetto di unicità insito nella denominazione "scheda unica di terapia" fa riferimento, non tanto alla singolarità numerica, quanto alla non pluralità della fonte informativa attraverso:

- il superamento della fase di trascrizione della prescrizione che rischia di generare svariati errori;
- l'accorpamento delle annotazioni inerenti il processo terapeutico in un contenitore ben definito e strutturato in modo da coniugare l'ergonomia alla sicurezza dell'agire professionale.

Tale strumento consente di far fronte ai problemi di comunicazione, prima causa degli errori di terapia (*Leape LL et al. 1998*). Permette inoltre una visione d'insieme dello schema terapeutico per ogni assistito e, attraverso l'identificazione di chi prescrive e somministra e della la cronodazione delle annotazioni, garantisce la tracciatura puntuale dei principali attori del processo di terapia farmacologica. (*Regione Lombardia, 2017*)

Nella scheda dovrà essere documentato ogni rifiuto di terapia opposto dall'assistito o all'impossibilità di somministrazione con correlata motivazione.

Le indicazioni sui principali requisiti della scheda unica di terapia (cartacea e informatizzata) saranno oggetto di un successivo provvedimento regionale (Determina Dirigenziale).

PUNTI CHIAVE:

- All'autonomia del Medico nella scelta prescrittiva fa da contrappunto un'assunzione di responsabilità anche nella relazione con la persona assistita e al suo diritto di ricevere un'adeguata informazione per l'adesione al trattamento terapeutico prospettato a fronte di una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico (artt. 13, 33 e 35 Codice Deontologia Medica).
- Il Medico è tenuto a conoscere la natura e gli effetti dei farmaci prescritti, le loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e reazioni individuali prevedibili e le modalità di impiego appropriato, efficace e sicuro (art. 13).
- La prescrizione, informatizzata o cartacea, deve soddisfare i requisiti di chiarezza grafica, chiarezza di contenuto, completezza e tracciabilità.
- Al fine di prevenire gli errori in terapia è fondamentale che Medici, Infermieri e Farmacisti adottino un linguaggio comune con l'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli "standardizzati".
- L'adozione di modalità prescrittive informatizzate è utile sia a rendere le prescrizioni chiaramente leggibili sia a prevedere segnali di allarme se la dose prescritta è al di fuori dell'intervallo terapeutico, in caso di reazioni allergiche, di interazioni farmacologiche, ecc.
- Per la prescrizione/somministrazione della terapia farmacologica viene in genere adottata una "scheda unica di terapia" ma, nelle articolazioni assistenziali in cui tale modalità non sia possibile, è necessario definire gli strumenti più adeguati al contesto.
- Deve essere sempre evitata la trascrizione della prescrizione in quanto rappresenta una delle maggiori cause di errori.
- Nella scheda va documentato ogni rifiuto di terapia opposto dall'assistito o l'impossibilità di somministrazione con correlata motivazione.

LINK UTILI:

<https://portale.fnomceo.it/codice-deontologico/>

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2839_allegato.pdf

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza

4.3 Prescrizione della terapia in assenza del medico in struttura (prescrizione verbale/telefonica)

E' opportuno evitare la prescrizione verbale/telefonica della terapia in quanto il suo contenuto può non essere correttamente inteso dal professionista chiamato ad attuare la disposizione.

Una prescrizione inizialmente verbale può avvenire solo in situazioni eccezionali, di reale impedimento del Medico, per concomitanti impegni clinici non dilazionabili oppure per sua ordinaria assenza dal luogo in cui si trova la persona assistita. In tali casi è necessario che gli operatori interessati (Medico e Infermiere) ripetano chiaramente o scandiscano lettera per lettera il nome del farmaco/principio attivo ed il dosaggio (alcuni farmaci hanno nomi commerciali simili e sono confondibili).

Nella pubblicazione "Uniti per la Sicurezza" del Ministero della Salute si raccomanda (punto 5) di limitare gli ordini verbali all'indispensabile e di verificare sempre la ricezione delle informazioni trasmesse. (*Ministero della Salute, 2012*)

Già nella Raccomandazione n. 7/2008 del Ministero della Salute si affermava (punto 4.3) che le prescrizioni verbali o telefoniche vanno evitate e, laddove presenti, devono essere limitate solamente a circostanze particolari e in ogni caso verificate immediatamente (ad es. facendo ripetere l'operatore) e subito riportate in documentazione sanitaria. (*Ministero della Salute, 2008*)

Nella Raccomandazione ministeriale n. 12/2010 relativa all'uso dei farmaci "Look-Alike/Sound-Alike" (LASA) viene espressamente indicato di evitare le richieste verbali o telefoniche di tali farmaci. Nel caso non se ne potesse prescindere - e solo in caso di urgenza - va ripetuto chiaramente e scandito lettera per lettera, il nome del farmaco o del principio attivo e il dosaggio. (*Ministero della Salute, 2010*)

L'Infermiere, a cui compete dare seguito alla prescrizione verbale, deve annotare in cartella la disposizione ricevuta, corredata di precisazione temporale, delle generalità del prescrittore, di eventuali testimoni e di ogni altro elemento correlato che stimi appropriato registrare.

La prescrizione verbale, appena possibile, dovrà essere convalidata in forma scritta dal prescrittore, con annotazione in cartella della stessa in modo che sia rintracciabile la reale sequenza degli atti.

PUNTI CHIAVE:

- E' opportuno evitare la prescrizione verbale/telefonica perché il suo contenuto può non essere correttamente inteso dal professionista chiamato ad attuare la disposizione.
- Una prescrizione inizialmente verbale può avvenire solo in situazioni eccezionali, di reale impedimento del Medico, per concomitanti impegni clinici non dilazionabili o per sua ordinaria assenza dal luogo in cui si trova la persona assistita. In tali casi è necessario che il Medico e l'Infermiere ripetano chiaramente o scandiscano lettera per lettera il nome del farmaco/principio attivo ed il dosaggio (specie con riguardo ai farmaci LASA).
- L'Infermiere a cui compete dare seguito alla prescrizione verbale deve annotare in cartella la disposizione ricevuta, corredata di precisazione temporale, delle generalità del prescrittore, di eventuali testimoni e di ogni altro elemento correlato che stimi appropriato registrare.
- La prescrizione verbale, appena possibile, dovrà essere convalidata in forma scritta dal prescrittore, con annotazione in cartella della stessa in modo che sia rintracciabile la reale sequenza degli atti.

LINK UTILI:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza

4.4 Prescrizione della terapia condizionata (c.d. "al bisogno")

Nelle prescrizioni condizionate con indicazioni quali "al bisogno", "all'occorrenza", "in caso di", ecc. viene prevista la somministrazione di un farmaco subordinata alla verifica di parametri definiti dal Medico prescrittore. Tali prescrizioni sono pertanto caratterizzate dalla subordinazione della somministrazione al verificarsi di un evento futuro e incerto. (*Benci L, 2014*)

L'apprezzamento delle condizioni vincolanti la somministrazione viene affidata dal Medico all'Infermiere. In tale tipologia di prescrizione dovranno pertanto essere specificate le condizioni per dar seguito alla somministrazione:

- a) riferimenti clinici per quanto riguarda i sintomi (intensità degli stessi, durata, correlazione con misurazione mediante scale valutative, ecc.);
- b) segni apprezzabili oggettivamente (es. temperatura corporea, pressione arteriosa, ecc.) e/o parametri biologici/biochimici (es. glicemia).

Le condizioni vincolanti non esauriscono il debito informativo che una prescrizione c.d. "al bisogno" richiede. Gli ulteriori elementi necessari sono:

- c) il termine cronologico di validità della prescrizione: è raccomandabile una delimitazione temporale ravvicinata così da mantenere un'assidua vigilanza su quel che accade;
- d) il limite posologico e l'intervallo di tempo che deve intercorrere tra una somministrazione e l'altra. (*Ministero della Salute, 2008*)

Ne consegue quindi una delimitazione della prescrivibilità c.d. "al bisogno", poiché la rilevazione delle condizioni a cui viene subordinata la somministrazione del farmaco deve essere esercitabile dall'Infermiere con ragionevole certezza, nel rispetto di professionalità e competenze sue proprie. (*Negrini G, 2006*)

A fronte di una mancata o incompleta indicazione dei parametri di riferimento e dei limiti di esecuzione, di difficoltà interpretative, del rilievo di modifiche delle condizioni dell'assistito, il professionista incaricato della somministrazione non procede alla stessa ma deve consultare il Medico prescrittore.

L'Infermiere che provvede alla somministrazione della terapia c.d. "al bisogno" deve documentare il proprio agire. Ci si riferisce non solo all'attestazione dell'avvenuta somministrazione, ma anche del riscontro delle condizioni che hanno indotto il professionista a somministrare il farmaco. Una documentazione incompleta non consente di conoscere se l'agire del professionista sia stato aderente alle indicazioni poste. (*Benci L, 2008; Negrini G, 2006*)

PUNTI CHIAVE:

- Nelle prescrizioni condizionate (c.d. "al bisogno", "all'occorrenza", "in caso di", ecc.) la somministrazione di un farmaco viene subordinata alla verifica di parametri definiti dal Medico prescrittore.
- Il medico affida pertanto all'Infermiere l'apprezzamento delle condizioni vincolanti la somministrazione che deve essere esercitabile con ragionevole certezza, nel rispetto delle sua competenza e professionalità.
- In una prescrizione condizionata vanno sempre specificate le condizioni per dar seguito alla somministrazione, il

termine cronologico di validità della prescrizione, il limite posologico e l'intervallo di tempo che deve intercorrere tra una somministrazione e l'altra.

➤ A fronte di una mancata o incompleta indicazione dei parametri di riferimento e dei limiti di esecuzione, di difficoltà interpretative, del rilievo di modifiche delle condizioni dell'assistito, l'Infermiere non procede alla stessa, ma deve consultare il Medico prescrittore.

➤ L'Infermiere dovrà documentare il proprio agire, non solo come attestazione dell'avvenuta somministrazione, ma anche del riscontro delle condizioni che lo hanno indotto a somministrare il farmaco.

LINK UTILI:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza

4.5 Prescrizione di farmaci "off label"

Secondo un principio generale, l'attività curativa del Medico attraverso il farmaco può reputarsi pienamente legittima soltanto qualora il medicinale sia già stato preventivamente autorizzato in sede regolatoria per le medesime modalità di somministrazione, dosaggi o indicazioni terapeutiche per le quali è effettivamente prescritto alla persona assistita. La scelta terapeutica del Medico che si discosti dalla preventiva autorizzazione regolatoria non può quindi costituire una prassi generalizzata ma va delimitata ad ipotesi specifiche ed individuali, in ragione del beneficio che ci si potrebbe presumibilmente attendere per la persona assistita. (*Massimino F, 2010*)

In Italia l'ente di riferimento in tema di farmacovigilanza è l'Agenzia Italiana del Farmaco (A.I.F.A.). Contestualmente al rilascio dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC), sia essa centralizzata a livello europeo o nazionale, l'Agenzia approva un documento relativo alle indicazioni terapeutiche, vie e modalità di somministrazione del farmaco. Tale documento, denominato Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) rappresenta l'atto d'indirizzo fondamentale per l'utilizzo standard del prodotto da parte dei medici e delle strutture sanitarie: tale utilizzo viene definito "secondo etichetta/registrazione" ovvero "on label". (*Consiglio di Stato n. 4538/2014*).

Si definisce invece "off label" l'impiego di farmaci già registrati, ovvero disponibili al pubblico, usati in maniera non conforme a quanto previsto dal riassunto delle caratteristiche del prodotto. Una prescrizione "off label" indica pertanto l'uso di un medicinale, per indicazione, via di somministrazione, dose e/o forma, diverso da quello approvato dalle Agenzie regolatorie (AIFA in Italia) al momento della concessione dell'autorizzazione all'immissione in commercio. (*AIFA, 2006*)

L' art. 3, comma 2, della Legge n. 94/1998 delinea chiaramente gli ambiti entro cui può legittimamente collocarsi la c.d. "prescrizione off label" dei farmaci, individuando le condizioni a cui essa deve essere subordinata. Il Medico, in singoli casi e sotto sua diretta responsabilità, può impiegare un medicinale prodotto industrialmente per un'indicazione o una via o una modalità di somministrazione o di utilizzazione diversa da quella autorizzata solo quando:

- 1) il Medico stesso ritenga, in base a dati documentabili, che la persona assistita non possa essere utilmente trattata con medicinali per i quali sia già approvata quella indicazione terapeutica o quella via o modalità di somministrazione;
- 2) tale impiego sia noto e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale;
- 3) sia stato acquisito, previa adeguata informazione, il consenso scritto (art. 13 "Prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della persona assistita" Codice di Deontologia Medica 2014).

Come sottolineato dalla Corte Costituzionale "la regola di fondo in questa materia è costituita dalla autonomia e dalla responsabilità del medico che, sempre con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a disposizione". (*Corte Costituzionale sentenza n. 282/2002*).

Va sottolineato come la prescrizione "off label" sia stata identificata come un potenziale, importante, fattore di eventi avversi. (*Eguale T et al. 2016*)

La prescrizione off label inoltre non può essere posta a carico del SSN a meno che non sia stata vagliata dalla Commissione Farmaceutica Interna ed espressamente autorizzata dal Direttore Sanitario della struttura (ASL/Ospedale) che effettua la prescrizione.

PUNTI CHIAVE:

- Si definisce "off label" l'impiego di farmaci già registrati, ovvero disponibili al pubblico, usati in maniera non conforme a quanto previsto dal riassunto delle caratteristiche del prodotto. Una prescrizione "off label" prevede pertanto l'uso di un medicinale che, per indicazione, via di somministrazione, dose e/o forma, risulta diverso da quello approvato dall'AIFA per la concessione dell'autorizzazione all'immissione in commercio.
- Questo tipo di prescrizione è sottoposta a vincoli normativi e il Medico può impiegare, in singoli casi e sotto sua diretta responsabilità, un medicinale "off label" solo in mancanza, con dati documentabili, di una valida alternativa terapeutica e con un impiego conforme a letteratura scientifica accreditata (art. 3 comma 2 Legge n. 94/1998).
- Il Medico deve sempre acquisire, previa adeguata informazione, il consenso scritto della persona assistita o del legale rappresentante (art. 13 Codice di Deontologia Medica).
- La prescrizione "off label" è stata identificata come un potenziale, importante, fattore di eventi avversi.

LINK UTILI:

<https://www.normattiva.it/>

<http://www.aifa.gov.it/content/farmaci-label>

4.6 Preparazione della terapia da parte dell'Infermiere presente in struttura

La preparazione della terapia farmacologica rappresenta una delle fasi più critiche nel processo di gestione clinica del farmaco poiché richiede una complessa interazione di decisioni e azioni, spesso realizzate in condizioni ambientali non sempre ottimali e con interruzioni del lavoro, che possono incrementare il rischio di errore. (*Regione Emilia Romagna, 2019*)

L'errata preparazione di un farmaco dipende da varie cause tra cui le diluizioni e ricostituzioni non corrette; la miscelazione di farmaci fisicamente o chimicamente incompatibili tra loro o con le soluzioni utilizzate per la diluizione; l'errata compilazione dell'etichetta; il deterioramento dei farmaci (farmaco scaduto o non correttamente conservato). (*Ministero della Salute, 2008*)

Altri errori descritti in letteratura riguardano farmaci che hanno nomi o aspetto simili e dalla metodologia dello stoccaggio all'interno degli armadi. (*Benci L, 2014; Joint Commission Resources, 2005*)

Prima della preparazione l'Infermiere deve controllare attentamente la prescrizione farmacologica. Nel caso in cui la prescrizione risultasse non chiara, incompleta o di dubbia congruità, l'Infermiere deve rivolgersi al Medico prescrittore e chiedere la sua rinnovazione in forma scritta.

Nella preparazione dei farmaci l'Infermiere deve:

- 1) avere a disposizione tutte le informazioni tecniche relative ai farmaci stessi (es. foglietto illustrativo, scheda tecnica, scheda di sicurezza, ecc.);
- 2) verificare sempre la scadenza ed integrità dei farmaci e di tutti gli altri prodotti farmaceutici interessati alla terapia;
- 3) attenersi al foglietto illustrativo evitando miscelazioni tra farmaci se non previste nello stesso;
- 4) rispettare le regole di igiene delle mani prima della preparazione della terapia;
- 5) operare con modalità che evitino la contaminazione del prodotto;
- 6) i farmaci da ricostituire devono essere preparati solo al momento dell'impiego e va indicata data ed ora della ricostituzione.

Le operazioni non devono essere interrotte per eseguire altre attività ed è opportuno adottare misure organizzative volte ad evitare distrazioni del preparatore. (*Ministero della Salute, 2008; Regione Emilia Romagna, 2011*)

Nella preparazione di un farmaco LASA, in particolare, occorre verificare puntualmente la corrispondenza tra quanto prelevato dall'armadio e quanto prescritto (prodotto, dosaggio, via di somministrazione).

PUNTI CHIAVE:

- La preparazione della terapia farmacologica rappresenta una delle fasi più critiche nel processo di gestione clinica del farmaco in quanto richiede una complessa interazione di decisioni e azioni, spesso realizzate in condizioni ambientali non sempre ottimali e con interruzioni del lavoro, che possono incrementare il rischio di errore.

- L'errata preparazione di un farmaco dipende da varie cause tra cui diluizioni e ricostituzioni non corrette, miscelazione di farmaci incompatibili tra loro o con le soluzioni utilizzate per la diluizione, errata compilazione dell'etichetta, deterioramento dei farmaci, confusione di farmaci, inadeguata metodologia di stoccaggio.
- Prima della preparazione l'Infermiere deve controllare attentamente la prescrizione farmacologica. Nel caso in cui la prescrizione risultasse non chiara, incompleta o di dubbia congruità, l'Infermiere deve rivolgersi al Medico prescrittore e chiedere la sua rinnovazione in forma scritta.
- Nella preparazione dei farmaci l'Infermiere deve 1) avere a disposizione tutte le informazioni tecniche relative ai farmaci prescritti; 2) verificare sempre scadenza ed integrità; 3) attenersi al foglietto illustrativo; 4) rispettare le regole di igiene delle mani; 5) operare con modalità che evitino la contaminazione del prodotto; 6) i farmaci da ricostituire devono essere preparati solo al momento dell'impiego e va indicata data ed ora della ricostituzione.
- Le operazioni non devono essere interrotte dall'Infermiere per eseguire altre attività ed è opportuno adottare misure organizzative volte ad evitare distrazioni del preparatore.

LINK UTILI:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza

4.7 Somministrazione della terapia da parte dell'Infermiere presente in struttura

È il Codice deontologico dell'Infermiere (2019) a configurare dei precisi obblighi in capo all'Infermiere di cui si è già fatto cenno nel capitolo 3.1.

Per ciò che riguarda il rapporto con la persona assistita nel percorso di cura (art. 17) l'Infermiere è chiamato a valorizzare ed accogliere il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni facilitandone l'espressione della sofferenza. Informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili.

L'Infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona (art. 18).

Gli obblighi codificati rendono gli infermieri "garanti" nei confronti dei loro assistiti. (*Federici MA, 2012*).

Costante giurisprudenza ha peraltro già avuto modo di "individuare in capo all'Infermiere delle responsabilità di tipo omissivo riconducibili ad una specifica posizione di garanzia nei confronti dell'assistito del tutto autonoma rispetto a quella del medico", ravvisando il fondamento di tale posizione di garanzia "nell'autonoma professionalità dell'Infermiere quale soggetto che svolge un compito cautelare essenziale nella salvaguardia della salute dell'assistito". (*tra le ultime Cass. Penale n. 5/2018*)

Pertanto, la sussistenza di una posizione di garanzia in capo all'Infermiere fa sì che egli possa andare incontro a responsabilità penale sulla scorta dell'art. 40 comma 2 c.p. nel caso in cui sussista a suo carico l'obbligo giuridico di impedire un evento offensivo di beni altrui, ma ciò nonostante non si sia attivato.

C'è una precisa distinzione tra obbligo di garanzia e mero obbligo di attivarsi. Il primo può essere definito come l'obbligo giuridico, gravante su soggetti previamente forniti di poteri giuridici idonei ad impedire eventi offensivi di beni altrui, affidati alla loro tutela per l'incapacità dei titolari di proteggerli adeguatamente. L'obbligo di attivarsi, invece, comprende ogni obbligo giuridico di agire per la tutela di determinati beni, imposto da una norma incriminatrice a soggetti che, però, sono privi di preesistenti poteri giuridici impeditivi. In quest'ultimo caso, l'obbligo sorge al verificarsi del presupposto di fatto previsto dalla norma suddetta. Esempio emblematico: l'obbligo di soccorso a persona in pericolo ex art. 593 c.p., che insorge nei confronti di "chiunque" e, soltanto, al momento del ritrovamento della persona in pericolo. Tale disposizione non individua pertanto un garante, ma solamente un "soccorritore occasionale", punibile sulla sola base dell'art. 593 c.p. e non in virtù della clausola di equivalenza, prevista all'art. 40 comma 2 c.p. (*Sala C, 2013*)

Si ricorda che, sotto il profilo funzionale, la giurisprudenza suddivide le posizioni di garanzia in due categorie tradizionali: posizioni di protezione e posizioni di controllo. Le prime impongono di preservare uno specifico bene protetto da tutti i rischi che possano lederne l'integrità e si fondano sul potere giuridico di vigilanza o di disposizione in riferimento a tutte le eventuali fonti di pericolo. Le seconde, invece, si fondano sull'obbligo di neutralizzare determinate fonti di pericolo che possano minacciare il bene protetto e poggiano sul potere di signoria sulla fonte di pericolo. (*Gargani A, 2016*)

L'attuale disciplina normativa (art. 1, comma 3, D.M. n. 739/1994) affida all'Infermiere il compito di garantire non solo la mera somministrazione, ma la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche. Si

tratta pertanto di un ambito in cui Medico e Infermiere necessariamente interagiscono, spettando al primo la prescrizione e al secondo la sua corretta applicazione.

La somministrazione della terapia è, infatti, un processo assistenziale di una certa complessità che presuppone conoscenza dell'assistito, del farmaco, la valutazione del contesto, il monitoraggio degli effetti e dell'andamento clinico complessivo.

All'Infermiere si richiede pertanto la doverosa conoscenza:

- dei farmaci prescritti e dei loro effetti;
- delle corrette tecniche di assunzione e preparazione;
- dei principali effetti del sovradosaggio. (*Cantarella T, 2012*)

L'attività di somministrazione richiede l'indicazione medica rispetto al cosa (prescrizione), ma è svolta in modo autonomo dall'Infermiere che valuta eventuali modificazioni della condizione dell'assistito. La giurisprudenza è costante nell'affermare che "l'attività di somministrazione di farmaci deve essere eseguita dall'infermiere non in modo meccanicistico, ma in modo collaborativo con il medico. In caso di dubbi sul dosaggio prescritto l'Infermiere si deve attivare non per sindacare l'efficacia terapeutica del farmaco prescritto, bensì per richiamarne l'attenzione e richiederne la rinnovazione in forma scritta." (*Cass. Penale n. 1878/2000*)

Ed ancora "in considerazione della qualità e del corrispondente spessore contenutistico della relativa attività professionale, non può non ravvisarsi l'esistenza, in capo all'infermiere, di un preciso dovere di attendere all'attività di somministrazione dei farmaci in modo non meccanicistico (ossia misurato sul piano di un elementare adempimento di compiti meramente esecutivi), occorrendo viceversa intenderne l'assolvimento secondo modalità coerenti a una forma di collaborazione con il personale medico orientata in termini critici; e tanto, non già al fine di sindacare l'operato del medico (segnatamente sotto il profilo dell'efficacia terapeutica dei farmaci prescritti), bensì allo scopo di richiamarne l'attenzione sugli errori percepiti (o comunque percepibili), ovvero al fine di dividerne gli eventuali dubbi circa la congruità o la pertinenza della terapia stabilita rispetto all'ipotesi soggetta ad esame; da tali premesse derivando il ricorso di puntuali obblighi giuridici di attivazione e di sollecitazione volta a volta specificamente e obiettivamente determinabili a ciascun caso concreto." (*Cass. Penale n. 2192/2015*)

La somministrazione della terapia farmacologica deve avvenire in un tempo quanto più possibile ravvicinato alla preparazione ed obbedire al principio dell'unitarietà dell'azione: colui che prepara il farmaco è lo stesso che lo somministra. Tale principio riconosce alcune eccezioni, come ad esempio nelle situazioni di emergenza o in caso di autogestione del farmaco da parte dell'assistito. (*Regione Emilia Romagna, 2019*)

La corretta procedura per la somministrazione dei farmaci è sintetizzata a livello internazionale nell'applicazione delle "7 G": 1) giusto farmaco; 2) giusta dose; 3) giusta via di somministrazione; 4) giusto orario; 5) giusta persona; 6) giusta registrazione; 7) giusto controllo.

Nel caso in cui sia prevista, al fine di evitare interruzioni della cura, la somministrazione di farmaci personali dell'assistito presi in carico dalla struttura (per l'utilizzo esclusivo per quella specifica persona) l'Infermiere deve verificare che:

- le confezioni siano ancora in corso di validità e presentino il confezionamento secondario (esterno) e primario (interno) in buono stato di conservazione;
- non richiedano particolari condizioni di conservazione (non vengono quindi presi in carico i medicinali da conservare in frigorifero a temperature controllate);
- non siano sottoposti a legislazione particolare (come gli stupefacenti soggetti a registro di carico/scarico).

Una volta che sia stata accertata l'idoneità, è necessario adottare i seguenti comportamenti:

- etichettare opportunamente le confezioni dei medicinali con il nome e cognome della persona assistita, piano, stanza e n. di letto;
- conservare i medicinali separatamente da quelli in dotazione alla struttura;
- restituire al familiare/caregiver/legale rappresentante i farmaci non riconciliati o scaduti/inutilizzabili;
- registrare nella scheda unica di terapia i nomi dei farmaci presi in carico. (*Ministero della Salute, Regione Veneto, Regione Emilia Romagna, 2018*).

La preconditione della somministrazione, oltre alla prescrizione medica, è quella relativa al consenso informato della persona assistita.

L'art. 15 del Codice deontologico FNOPI (2019) stabilisce il dovere dell'Infermiere di assicurarsi che l'interessato o la persona da lui indicata come riferimento, riceva informazioni sul suo stato di salute precise, complete e tempestive, condivise con l'équipe di cura, nel rispetto delle sue esigenze e con modalità culturalmente appropriate. Non si sostituisce ad altre figure professionali nel fornire informazioni che non siano di propria pertinenza. Con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l'espressione l'Infermiere sostiene la relazione attraverso strategie e modalità comunicative efficaci (art. 21).

Un forte cambiamento di rotta nella definizione giuridica del rapporto di cura è stato segnato dalla Legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" (G.U. n. 12 del 16 gennaio 2018) che riconosce alla persona interessata la facoltà di disporre del proprio corpo, della propria salute e della propria vita per mezzo del consenso informato, della pianificazione delle cure e delle direttive anticipate di trattamento (DAT).

La relazione di cura ridisegnata dalla Legge n. 219/2017 non si limita più al rapporto esclusivamente duale fra Medico e assistito, ma pare piuttosto configurarsi come un rapporto pienamente relazionale, coinvolgendo attivamente tutto il personale, l'organizzazione e, solo se l'assistito lo ritiene opportuno, anche il suo entourage. (*Di Masi M, 2019*)

L'art. 1, comma 2, pone infatti l'accento sulla promozione e valorizzazione della relazione di cura e di fiducia tra medico e assistito, relazione che "si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'équipe sanitaria". Nella relazione di cura "sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo".

Il modo di comunicare con la persona assistita può influenzare la scelta terapeutica e il legislatore ha ripreso (art. 1 comma 8) quanto già disciplinato dal Codice di Deontologia medica (2014) sul "tempo della comunicazione" tra medico e paziente che costituisce "tempo di cura" (art. 20). Anche il Codice deontologico FNOPI (2019) stabilisce che il tempo di relazione è tempo di cura (art. 4).

La legge tutela altresì il diritto della persona assistita a non essere informata e/o a demandare ad altri l'onere di ricevere le informazioni che lo riguardano (art. 1 comma 3). Anche l'Infermiere deve rispettare l'esplicita volontà della persona assistita di non essere informata sul proprio stato di salute. Nel caso in cui l'informazione rifiutata sia necessaria per prevenire un rischio per la salute di soggetti terzi, deve adoperarsi a responsabilizzare l'assistito, fornendo le informazioni relative al rischio e alla condotta potenzialmente lesiva (art. 20 Codice deontologico FNOPI).

PUNTI CHIAVE:

- L'Infermiere valorizza ed accoglie il contributo della persona, informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili (art. 17 Codice deontologico FNOPI). Previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura e si adopera per la sua gestione nel rispetto delle sue volontà (art. 18).
- Gli obblighi codificati rendono gli infermieri "garanti" nei confronti dei loro assistiti. La specifica posizione di garanzia dell'Infermiere è del tutto autonoma rispetto a quella del Medico.
- La sussistenza di una posizione di garanzia in capo all'Infermiere fa sì che egli possa andare incontro a responsabilità penale (ex art. 40 comma 2 c.p.) nel caso in cui sussista a suo carico l'obbligo giuridico di impedire un evento offensivo di beni altrui, ma ciò nonostante non si sia attivato.
- L'Infermiere ha il compito di garantire non solo la mera somministrazione, ma la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche normativa (art. 1, comma 3, D.M. n. 739/1994).
- La somministrazione della terapia è un processo assistenziale di una certa complessità che presuppone conoscenza dell'assistito, del farmaco, la valutazione del contesto, il monitoraggio degli effetti e dell'andamento clinico complessivo.
- L'attività di somministrazione richiede l'indicazione medica rispetto al cosa (prescrizione), ma è svolta in modo autonomo dall'Infermiere che valuta eventuali modificazioni della condizione dell'assistito. Tale attività deve essere eseguita dall'Infermiere non in modo meccanicistico ma in maniera collaborativa con il Medico.
- In caso di dubbi sul dosaggio prescritto, di errori percepiti (o comunque percepibili) l'Infermiere ha precisi obblighi giuridici di attivazione e di sollecitazione del Medico per richiamarne l'attenzione richiedendo la rinnovazione in forma scritta della prescrizione.
- La somministrazione della terapia farmacologica deve avvenire in un tempo quanto più possibile ravvicinato alla

preparazione ed obbedire al principio dell'unitarietà dell'azione: colui che prepara il farmaco è lo stesso che lo somministra. Tale principio riconosce alcune eccezioni (ad es. nelle situazioni di emergenza o in caso di autogestione del farmaco da parte dell'assistito).

➤ La corretta procedura per la somministrazione dei farmaci è sintetizzata a livello internazionale nell'applicazione delle "7 G": 1) giusto farmaco; 2) giusta dose; 3) giusta via di somministrazione; 4) giusto orario; 5) giusta persona; 6) giusta registrazione; 7) giusto controllo.

➤ La condizione della somministrazione, oltre alla prescrizione medica, è quella relativa al consenso informato della persona assistita.

➤ La relazione di cura ridisegnata dalla Legge n. 219/2017 non si limita più al rapporto esclusivamente duale fra medico e assistito ma coinvolge attivamente tutto il personale, l'organizzazione ed eventualmente l'entourage dell'assistito (art. 1 comma 2).

➤ L'Infermiere deve assicurarsi che l'interessato, o la persona da lui indicata come riferimento, riceva informazioni precise, complete e tempestive, condivise con l'èquipe di cura, nel rispetto delle sue esigenze e con modalità culturalmente appropriate. Se la persona assistita si trova in condizioni che ne limitano l'espressione l'Infermiere sostiene la relazione attraverso strategie e modalità comunicative efficaci (artt. 15 e 21 Codice deontologico FNOPI).

➤ Il modo di comunicare con la persona assistita può influenzare la scelta terapeutica. Il tempo della comunicazione tra professionista e assistito costituisce "tempo di cura" (art. 1 comma 8 Legge n. 219/2017, art. 20 Codice di Deontologia medica, art. 4 Codice deontologico FNOPI).

LINK UTILI:

<https://www.normattiva.it/>

<http://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2839_allegato.pdf

4.8 Aiuto all'assunzione della terapia da parte dell'OSS su indicazione dell'Infermiere

L'OSS, in sostituzione ed appoggio dei famigliari e su indicazione del personale preposto, è in grado di (allegato B Accordo Stato-Regioni del 22/02/2001):

- aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso;
- osservare, riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi di allarme che la persona può presentare (pallore, sudorazione, ecc.);
- attuare interventi di primo soccorso.

I verbi "somministrare" la terapia e "aiutare" alla corretta assunzione della terapia non hanno un significato equivalente. Il primo richiede un processo decisionale con assunzione di responsabilità da parte di un professionista (Medico, Infermiere). Il secondo, invece, ha il significato di supporto attivo rivolto alla persona che necessita di aiuto ad assumere una terapia farmacologica, preparata dall'Infermiere, attraverso vie naturali (orale, sublinguale, rettale, topica ed inalatoria).

All'art. 1 comma 3 lettera f) del D.M. n. 739/1994 ("Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Infermiere") viene affermato che l'Infermiere "per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto (omissis)".

Per l'Infermiere "avvalersi" significa richiedere la collaborazione dell'OSS ed agire insieme oppure, dopo aver verificato che le peculiarità del singolo caso lo consentano, indicare al personale di supporto di aiutare la persona assistita ad assumere un determinato farmaco anche senza parteciparvi di persona, mantenendo tuttavia la responsabilità della valutazione del risultato del processo.

Nei casi in cui il medico prescrittore indichi, in corrispondenza di ogni singola prescrizione, l'annotazione "terapia autogestita" (vedere capitolo 4.13), potrà essere valutata la fattibilità del supporto da parte dell'OSS, sempre limitatamente ad un aiuto all'assunzione del farmaco prescritto.

Nell'"avvalersi" l'Infermiere, mantenendo costante l'attenzione sulle attività (cosa), sulle circostanze (quando) e sulle modalità (come), non può prescindere dai presupposti per farlo in modo opportuno, concretizzando i passaggi sintetizzati nell'acronimo "CCAV" cioè:

- Contestualizzare il profilo
- Considerare le variabili circostanziali

- Attribuire compiti
- Valutare il risultato (*Vanzetta M et al. 2009*)

Con il termine "attribuzione" si intende pertanto l'assegnazione di compiti previsti dal profilo O.S.S., dettagliati nei piani di lavoro di quello specifico contesto operativo, rientranti nelle competenze di quell'operatore, che possono essere svolte in autonomia o in collaborazione. I piani di lavoro devono individuare le attività attribuibili all'O.S.S. sulla base dei criteri della bassa discrezionalità e dell'alta riproducibilità della tecnica analizzata. (*Benci L, 2001*)

Nell'attribuzione dell'azione al personale di supporto, l'Infermiere non trasferisce:

- 1) la responsabilità sull'intero processo di assistenza;
- 2) la responsabilità insita "nell'avvalersi ove necessario";
- 3) il potere (competenza e responsabilità) decisionale;
- 4) la supervisione dell'azione.

I criteri irrinunciabili che devono essere soddisfatti dall'Infermiere nell'identificazione delle attività attribuibili all'OSS sono: (*Hasten R et al. 1992*)

- giusto compito (attività previste nel profilo dell'OSS; criteri di standardizzazione, riproducibilità e basso livello di discrezionalità; presenza o assenza di rischi correlati al compito da effettuare)
- giuste circostanze (disponibilità di piani di lavoro, procedure e protocolli; efficace comunicazione tra operatori; gestione del rischio clinico; possibilità di valutare e supervisionare l'operato dell'OSS)
- giusto operatore (competenze definite in termini di conoscenze, abilità ed attitudini dimostrate)
- giusto paziente (livello di complessità assistenziale definito e connesso al soddisfacimento dei bisogni dell'assistito; valutazione clinica delle condizioni, fattori di rischio e del livello di comprensione e integrità delle capacità cognitive della persona assistita)
- giuste direttive e comunicazioni (processo assistenziale con chiara identificazione degli interventi, coinvolgimento dell'OSS nell'organizzazione dell'assistenza, comprensibilità e completezza delle direttive)
- giusta supervisione (valutazione dell'appropriata esecuzione dei compiti attribuiti all'OSS e del raggiungimento degli obiettivi pianificati, disponibilità di idonei strumenti per documentare l'attività svolta e il passaggio di consegne).

Sono quindi potenzialmente attribuibili tutte quelle attività inerenti l'esecuzione di azioni rivolte al soddisfacimento dei bisogni della persona assistita purché siano caratterizzate da: pianificazione, bassa complessità e alta standardizzazione, sempre che siano salvaguardate le condizioni di sicurezza per l'assistito.

L'OSS è formato per supportare l'Infermiere, non per sostituirlo. L'Infermiere, solo dopo aver valutato la persona assistita e pianificato l'assistenza, può identificare quali compiti possano essere compiuti da altri operatori in possesso delle competenze necessarie. Provvede quindi ad assegnarli e ne supervisiona l'esecuzione, valutando se il compito sia stato svolto in modo appropriato e se sia stato raggiunto l'obiettivo pianificato.

L'OSS è responsabile della corretta esecuzione del compito attribuito e, prima di procedere, deve verificare:

- l'identità dell'ospite e le avvertenze per l'aiuto all'assunzione;
- la corrispondenza tra mandato e contenitore preparato dall'Infermiere relativamente ai farmaci non ricompresi nelle categorie ad alto rischio di errore e/o di eventi avversi ovvero i farmaci la cui preparazione richieda modalità e tempi contestuali alla somministrazione;
- se sono incorse, nel frattempo, criticità riguardanti l'assistito sulla base delle competenze precedentemente descritte;
- l'orario di corretta assunzione del farmaco.

Deve inoltre:

- procedere con il lavaggio sociale delle mani;
- far assumere all'assistito la posizione più consona per un'adeguata assunzione del farmaco;
- registrare nella documentazione di competenza l'aiuto fornito, l'avvenuta assunzione della terapia ed eventuali osservazioni.

In caso di rifiuto all'assunzione o di variazioni nelle capacità di assunzione del farmaco occorre registrare l'accaduto nella documentazione di competenza, informando nel più breve tempo possibile il personale sanitario (Infermiere, Medico).

Si ricorda che il controllo da parte dell'Infermiere sull'operato dell'OSS rientra a pieno titolo tra i suoi obblighi essendo l'Infermiere assimilabile al prestatore d'opera intellettuale (ex artt. 1228 e 2232 c.c.).

PUNTI CHIAVE:

- L'atto di "somministrare" la terapia richiede un processo decisionale con assunzione di responsabilità da parte di un professionista (Medico, Infermiere). "Aiutare" alla corretta assunzione della terapia ha il significato di supporto attivo rivolto alla persona che necessita di aiuto ad assumere una terapia farmacologica, preparata dall'Infermiere, attraverso vie naturali (orale, sublinguale, rettale, topica ed inalatoria).
- L'Infermiere per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto (art. 1 c. 3 lett. f D.M. n. 739/1994). Per l'Infermiere ciò significa richiedere la collaborazione dell'OSS ed agire insieme oppure, dopo aver verificato che le peculiarità del singolo caso lo consentano, indicare al personale di supporto di aiutare la persona assistita ad assumere un determinato farmaco, anche senza parteciparvi di persona, mantenendo tuttavia la responsabilità della valutazione del risultato del processo.
- Nell'avvalersi dell'OSS l'Infermiere deve mantenere costante l'attenzione sulle attività (cosa), sulle circostanze (quando) e sulle modalità (come).
- Con il termine "attribuzione" si intende l'assegnazione di compiti previsti dal profilo OSS, dettagliati nei piani di lavoro di quello specifico contesto operativo, rientranti nelle competenze di quell'operatore, che possono essere svolte in autonomia o in collaborazione. I piani di lavoro devono individuare le attività attribuibili all'OSS sulla base dei criteri della bassa discrezionalità e dell'alta riproducibilità.
- Nell'attribuzione di attività all'OSS l'Infermiere non trasferisce la responsabilità sull'intero processo di assistenza e in quella insita nell'avvalersi "ove necessario", il potere (competenza e responsabilità) decisionale e la supervisione dell'azione.
- I criteri irrinunciabili che devono essere soddisfatti dall'Infermiere nell'identificazione delle attività attribuibili all'OSS sono: 1) giusto compito; 2) giuste circostanze; 3) giusto operatore; 4) giusto paziente; 5) giuste direttive e comunicazioni; 6) giusta supervisione.
- Sono potenzialmente attribuibili tutte quelle attività inerenti l'esecuzione di azioni rivolte al soddisfacimento dei bisogni della persona assistita purché siano caratterizzate da: pianificazione, bassa complessità e alta standardizzazione, sempre che siano salvaguardate le condizioni di sicurezza per l'assistito. L'OSS è formato per supportare l'Infermiere, non per sostituirlo.
- L'OSS è responsabile della corretta esecuzione del compito attribuito e provvede a registrare nella documentazione di competenza l'aiuto fornito, l'avvenuta assunzione della terapia ed eventuali osservazioni.
- In caso di rifiuto all'assunzione o di variazioni nelle capacità di assunzione del farmaco l'OSS dovrà registrare l'accaduto nella documentazione di competenza, informando nel più breve tempo possibile il personale sanitario (Infermiere, Medico).
- Il controllo da parte dell'Infermiere sull'operato dell'OSS rientra a pieno titolo tra i suoi obblighi essendo l'Infermiere assimilabile al prestatore d'opera intellettuale (ex artt. 1228 e 2232 c.c.).

LINK UTILI:

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2001/04/19/001A4046/sg>

4.9 Gestione dei farmaci FALA (Farmaci ad Alto Livello di Attenzione)

I farmaci ad alto livello di attenzione (FALA) richiedono particolare attenzione nella gestione ed uso a causa della loro potenziale tossicità, del basso indice terapeutico e dell'alta possibilità di interazioni. Tra questi sono compresi farmaci agonisti adrenergici, anestetici generali endovena, anestetici locali iniettabili, bloccanti neuromuscolari, anticoagulanti, eparina, warfarin, antiaritmici, antineoplastici, stupefacenti, oppioidi, benzodiazepine endovena, digossina, insulina, ipoglicemizzanti orali, sodio nitroprussiato, soluzioni concentrate di sodio cloruro, soluzioni concentrate di potassio cloruro, soluzioni concentrate di potassio, soluzioni di calcio, soluzioni di magnesio. (*Ministero della Salute, 2008*)

Per la loro preparazione deve essere valutata l'opportunità di dotarsi di procedure specifiche o indicazioni concordate con la farmacia riguardanti le misure di sicurezza da adottare. (*Regione Emilia Romagna, 2011*)

Tali farmaci vanno individuati in apposito elenco⁷ e devono essere oggetto di interventi mirati alla riduzione degli errori quali:

- la limitazione dell'accesso ai farmaci;
- l'impiego di etichette aggiuntive di avvertimento ("warning");
- l'uso di modalità standardizzate per l'approvvigionamento, la preparazione e la somministrazione;
- un doppio controllo, quando necessario e possibile. (*Regione Emilia Romagna, 2010*)

PUNTI CHIAVE:

- I farmaci ad alto livello di attenzione (FALA) richiedono particolare attenzione a causa della loro potenziale tossicità, del basso indice terapeutico e dell'alta possibilità di interazioni.
- I farmaci FALA vanno individuati in apposito elenco e devono essere oggetto di interventi specifici mirati alla riduzione degli errori (limitazione di accesso, impiego di etichette aggiuntive di avvertenza, modalità standardizzate per approvvigionamento, preparazione, somministrazione e doppio controllo).

LINK UTILI:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza

4.10 Gestione delle sostanze stupefacenti e psicotrope

La gestione delle sostanze stupefacenti e psicotrope è regolamentata da specifiche norme (DPR n. 309/1990 e s.m.i.) anche per quanto riguarda i criteri di classificazione delle sostanze nelle relative tabelle e le modalità di prescrizione e di tenuta del registro di carico/scarico.

Con il D.L. n. 36/2014, convertito con Legge n. 79/2014, sono state apportate alcune modifiche al summenzionato D.P.R. a seguito della sentenza n. 32/2014 della Corte Costituzionale.⁸ Tali modifiche hanno stabilito che il sistema sanzionatorio collegato agli illeciti relativi alle sostanze stupefacenti e psicotrope tenga conto della nuova classificazione delle stesse in quattro tabelle⁹.

Nella tabella dei medicinali ex D.P.R. n. 309/1990 e s.m.i. sono elencati i medicinali a base di sostanze attive stupefacenti e psicotrope, di corrente impiego terapeutico, soggetti a particolari modalità prescrittive¹⁰, semplificate solo in caso di prescrizione di farmaci di cui all'Allegato III bis¹¹ nella terapia del dolore. I medicinali sono suddivisi in cinque sezioni - dalla A alla E - in relazione al decrescere del loro potenziale di abuso.

Le tabelle vengono aggiornate con apposito Decreto ministeriale ogniqualvolta se ne presenti la necessità (es. a seguito di modifiche delle liste delle sostanze classificate a livello internazionale, registrazione di un

⁷ La Regione Piemonte con D.D. n. 208 del 2/04/2010 recante "Indicazioni alle Aziende sanitarie regionali per la gestione del rischio clinico" ha approvato la "Linea di indirizzo n. 2/2010. Linee di indirizzo per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologica" che, in apposito allegato (Allegato 1), ha elencato dei farmaci ad alto rischio o ad alto livello di attenzione (adattato da ISMP's List of High-Alert Medication, Institute for Safe Medication Practices, USA). L'elenco è identico a quello indicato dal Ministero della Salute nella Raccomandazione n. 7/2008 e comprende: agonisti adrenergici, anestetici generali endovena, anestetici locali iniettabili, bloccanti neuromuscolari, anticoagulanti, eparina, warfarin, antiaritmici, antineoplastici, stupefacenti, oppioidi, benzodiazepine endovena, digossina, insulina, ipoglicemizzanti orali, sodio nitroprussiato, soluzioni concentrate di sodio cloruro, soluzioni concentrate di potassio cloruro, soluzioni concentrate di potassio, di calcio, di magnesio.

⁸ La sentenza n. 32/2014 della Corte Costituzionale ha determinato la caducazione delle tabelle introdotte dagli articoli 4-bis e 4-vicies-ter del D.L. n. 272/2005 convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 49/2006 e s.m.i.

⁹ In modo sintetico la tabella I comprende l'oppio e derivati (es. morfina, eroina, metadone, ecc.), cocaina e derivati, amfetamina e derivati (es. ecstasy e designer drugs), allucinogeni (es. LSD, mescalina, psilocibina, fenciclidina, ketamina, ecc.); la tabella II la cannabis; la tabella III i barbiturici; la tabella IV le benzodiazepine.

¹⁰ Nella tabella medicinali sez. A sono compresi quei medicinali soggetti a prescrizione medica speciale (ricetta ministeriale a ricalco) nonché i medicinali inclusi nell'allegato III-bis che usufruiscono di modalità prescrittive semplificate nella terapia del dolore; nelle sez. B, C e D i medicinali elencati sono soggetti a prescrizione medica da rinnovarsi volta per volta (ricetta non ripetibile); la sez. E comprende i medicinali sempre soggetti a prescrizione medica ma con ricetta ripetibile.

¹¹ I medicinali che usufruiscono delle modalità prescrittive semplificate sono (aggiornamento al 29/11/2021): buprenorfina, codeina, diidrocodone, fentanil, idrocodone, idromorfone, medicinali a base di cannabis, metadone, morfina, ossicodone, ossimorfone, sufentanil (per somministrazione ad uso sublinguale), tapentadolo.

nuovo medicinale ad azione stupefacente o psicotropa, immissione di nuovi stupefacenti nel mercato clandestino, ecc.).

Si rimanda alla normativa specifica sia per quanto riguarda i criteri di classificazione nelle relative tabelle sia per le modalità di prescrizione e di tenuta del registro di carico/scarico.

Si ricorda che, per il loro caratteristico profilo farmacologico, tali sostanze rientrano nella categoria dei Farmaci ad Alto Livello di Attenzione (FALA) come indicato dalla Raccomandazione ministeriale n. 7/2010. (*Ministero della Salute, 2010*)

PUNTI CHIAVE:

- La gestione delle sostanze stupefacenti e psicotrope è regolamentata da specifiche norme (DPR n. 309/1990 e s.m.i.) anche rispetto a criteri di classificazione delle sostanze, modalità di prescrizione e di tenuta del registro di carico/scarico.
- Nella tabella dei medicinali, suddivisi in cinque sezioni (dalla A alla E), sono elencati i medicinali a base di sostanze attive stupefacenti e psicotrope, di corrente impiego terapeutico, soggetti a particolari modalità prescrittive, semplificate solo in caso di prescrizione di farmaci di cui all'Allegato III bis.
- Le tabelle vengono aggiornate con apposito Decreto Ministeriale ogniqualvolta se ne presenti la necessità.
- Le sostanze stupefacenti e psicotrope, per il loro caratteristico profilo farmacologico, rientrano nella categoria dei Farmaci ad Alto Livello di Attenzione (FALA).

LINK UTILI:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&area=sostanzeStupefacenti

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza

4.11 Gestione dei farmaci LASA (Look Alike - Sound Alike)

Tra gli errori di terapia più frequenti ci sono quelli riferiti all'uso dei farmaci c.d. "LookAlike/Sound-Alike" (LASA).

In questa categoria sono compresi tutti quei farmaci che possono essere facilmente scambiati con altri per la loro somiglianza grafica e/o fonetica del nome e/o per l'aspetto simile delle confezioni. Nomi di farmaci che si scrivono o si pronunciano in modo simile, confezioni somiglianti nelle dimensioni, forma, colore, indicazione del dosaggio o disposizione dei caratteri possono indurre in errore gli operatori in qualsiasi fase della gestione della terapia farmacologica.

L'attributo "LASA" può riguardare una coppia o una pluralità di farmaci con medesimo principio attivo, ma diverso dosaggio, oppure con diverso principio attivo.

Per evitare errori in terapia dovuti allo scambio di farmaci LASA è utile seguire le indicazioni contenute nella Raccomandazione n. 12/2010 (a cui si rimanda per ulteriori approfondimenti) tra le quali:

- prestare particolare attenzione alla conservazione dei farmaci (anche di quelli sul carrello della terapia);
- evitare le richieste verbali o telefoniche dei farmaci (vedere capitolo 4.3)
- precisare nelle prescrizioni la forma farmaceutica e la via di somministrazione;
- evitare l'uso di abbreviazioni soprattutto se le prescrizioni e le richieste dei farmaci sono scritte a mano (vedere capitolo 4.2).

Nella preparazione di un farmaco LASA, come già accennato, occorre verificare puntualmente la corrispondenza tra quanto prelevato dall'armadio e quanto prescritto (prodotto, dosaggio, via di somministrazione).

In caso di dubbio l'Infermiere dovrà sempre consultare il Medico prescrittore e richiedere la rinnovazione in forma scritta della prescrizione. (*Ministero della Salute, 2010*)

PUNTI CHIAVE:

- Tra gli errori di terapia più frequenti ci sono quelli riferiti all'uso dei farmaci c.d. "LookAlike/Sound-Alike" (LASA), cioè di farmaci che possono essere facilmente scambiati con altri per la loro somiglianza grafica e/o fonetica del nome e/o per l'aspetto simile delle confezioni.
- L'attributo "LASA" può riguardare una coppia o una pluralità di farmaci con medesimo principio attivo (ma diverso

dosaggio) oppure con diverso principio attivo.

- Per evitare errori in terapia dovuti allo scambio di farmaci LASA è opportuno prestare particolare attenzione specie nella loro conservazione (anche di quelli sul carrello della terapia).
- Nella prescrizione è opportuno precisare forma farmaceutica e via di somministrazione, evitare richieste verbali o telefoniche e l'uso di abbreviazioni.
- Nella preparazione di un farmaco LASA occorre verificare puntualmente la corrispondenza tra quanto prelevato dall'armadio e quanto prescritto (prodotto, dosaggio, via di somministrazione).
- In caso di dubbio l'Infermiere dovrà sempre consultare il Medico prescrittore e richiedere la rinnovazione in forma scritta della prescrizione.

LINK UTILI:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza

4.12 Gestione delle forme farmaceutiche orali nei casi in cui sia necessario procedere a divisione, triturazione di compresse, apertura di capsule, somministrazione "camuffata" con cibi o bevande

Nell'ambito della terapia farmacologica la via di somministrazione orale risulta quanto mai diffusa anche a livello residenziale e semiresidenziale poiché le formulazioni orali solide sono caratterizzate da maneggevolezza e semplicità di utilizzo.

Esistono tuttavia situazioni particolari in cui anche la somministrazione orale dei medicinali nella pratica clinica può rappresentare un "challenge" farmaceutico: è questo il caso ad es. di soggetti disfagici, portatori di sondino naso-gastrico/nasodigunale o con Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG). In queste particolari condizioni diventa impossibile utilizzare la formulazione integra ed è pertanto necessario accertarsi preliminarmente che la divisione o frantumazione non danneggi il prodotto, andando ad inficiare di conseguenza la farmacocinetica/farmacodinamica del medicinale. (*Abrate P et al. 2016*)

Tali pratiche, se non correttamente gestite, possono comportare conseguenze importanti per la persona assistita esponendola a rischi di errori terapeutici ed eventi avversi.

Tra le potenziali conseguenze derivanti dalla manipolazione di una forma farmaceutica orale solida vengono descritti vari rischi per la salute dell'assistito e/o dell'operatore sanitario legati all'alterazione della stabilità della formulazione, alla degradazione del principio attivo per esposizione alla luce, alle variazioni nella farmacocinetica/farmacodinamica del farmaco, all'effetto irritante sulla mucosa del tubo digerente, al gusto sgradevole e alla scarsa compliance dell'assistito.

Il Ministero della Salute, nella Raccomandazione n. 19/2019, relativa alla "manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide" pone l'accento sui rischi per la sicurezza del paziente, dell'operatore sanitario (e del caregiver), nonché su quelli relativi alla modificazione dell'efficacia del farmaco a causa di alterata stabilità, variazioni della farmacocinetica e variazioni nel dosaggio somministrato.

Per garantire qualità, efficacia e sicurezza delle cure deve essere somministrato in ordine preferenziale:

1. un farmaco industriale con AIC non manipolato
2. un farmaco la cui divisibilità è prevista dal titolare AIC;
3. un preparato magistrale allestito secondo le Norme di Buona Preparazione (NBP) in Farmacia.

Se non è possibile alcuna delle opzioni indicate, si può procedere alla manipolazione del farmaco accertandosi, nel contempo, che non ne venga modificata la composizione e che siano garantite efficacia e sicurezza della terapia. Si sottolinea che non si deve procedere alla manipolazione di:

- capsule molli (non è possibile un prelievo accurato e completo della dose);
- compresse/capsule con rivestimento gastroresistente (il principio attivo acido labile viene inattivato dall'acidità gastrica e non è più efficace);
- compresse e capsule a rilascio prolungato/modificato (il principio attivo non viene rilasciato gradualmente per assicurare un effetto terapeutico costante nel tempo, ma viene rilasciato tutto immediatamente con potenziale comparsa di effetti tossici per sovradosaggio);

- in ogni altro caso in cui sia specificatamente vietato nel riassunto delle caratteristiche del prodotto (RCP). (*Ministero della Salute, 2019*).

Qualora sia necessaria un'alterazione di forme farmaceutiche orali (divisione, triturazione di compresse, apertura di capsule) per motivi diversi (es. indisponibilità di forme farmaceutiche alternative che non richiedano manipolazione, problemi di deglutizione persistente o saltuaria, presenza di sonde per nutrizione enterale, ecc.) occorre che il medico accerti la possibilità di procedere alla manipolazione.

La valutazione deve tenere conto di una serie di elementi:

- riassunto delle caratteristiche del prodotto (RCP);
- letteratura accreditata in materia;
- caratteristiche del principio attivo e degli eccipienti in grado di modificare e influenzare l'assorbimento e la biodisponibilità;
- eventuali terapie concomitanti;
- condizione clinica dell'assistito (compresa la difficoltà di deglutizione);
- eventuale nutrizione artificiale in corso.

Il principio attivo manipolato deve:

- mantenere la sua stabilità e la farmacocinetica originaria;
- non comportare alcuna tossicità né per la persona assistita né per l'operatore sanitario;
- non interagire con cibo e bevande in modo che il farmaco venga assorbito in modo efficace;
- non interagire con addensanti o acque gelificate;
- non ostruire la sonda gastroenterica e/o non provocare disturbi. (*Ministero della Salute, 2019*)

Le principali raccomandazioni per una corretta divisione/frantumazione delle forme farmaceutiche orali sono le seguenti:

- se l'assistito necessita di una forma farmaceutica che deve essere manipolata, bisogna assicurarsi che tutte le implicazioni siano discusse con l'assistito e/o il familiare/caregiver/legale rappresentante;
- procedere alla manipolazione subito prima della somministrazione di ogni singola dose;
- va sempre garantita l'igiene delle mani nell'allestimento e nella somministrazione della terapia;
- le compresse o il contenuto delle capsule devono essere disperse in un liquido solamente se si conosce la dispersibilità del farmaco e la solubilità dei principi attivi ed eccipienti, nonché le particolari caratteristiche della formulazione (rilascio modificato, rivestimento enterico);
- le compresse divisibili vanno spezzate lungo la linea di divisione e, in caso questa non sia presente, e necessario verificare che il taglio non abbia causato angoli vivi o facce ruvide, nonché porzioni di dimensioni differenti;
- le compresse vanno divise o frantumate con apposito dispositivo taglia o frantuma compresse (preferibilmente dedicato ad ogni assistito). Tale dispositivo va pulito e sostituito secondo le raccomandazioni del produttore per evitare contaminazioni crociate con farmaci non destinati alla specifica persona assistita;
- non vanno divise le compresse in meno di $\frac{1}{4}$ se non specificato dal produttore;
- effettuare la manipolazione in spazi idonei prestando attenzione a possibili contaminazioni, rischi di inalazione e/o al contatto con i principi attivi. (*Ministero della Salute, 2019; Abrate P et al. 2016*)

In riferimento al concetto di garanzia della qualità, efficacia e sicurezza delle cure si ritiene opportuno segnalare la possibilità in merito alla corretta somministrazione del farmaco, da parte degli operatori sanitari coinvolti, di poter richiedere la consulenza del Servizio Farmaceutico dell'ASL di riferimento.

Per ulteriori approfondimenti si rimanda alla Raccomandazione ministeriale n. 19 e al manuale "Valutazione della divisibilità e frantumabilità di forme farmaceutiche orali solide" della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie (SIFO).

PUNTI CHIAVE:

- Le formulazioni orali solide sono caratterizzate da maneggevolezza e semplicità di utilizzo per cui la via di somministrazione orale risulta quanto mai diffusa anche nelle strutture residenziali e semiresidenziali.
- Situazioni particolari in cui la somministrazione orale dei medicinali può rappresentare un "challenge" farmaceutico riguardano casi di soggetti disfagici, portatori di sondino naso-gastrico/nasodigunale o con Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG) in cui è impossibile utilizzare la formulazione integra.
- E' sempre necessario, pertanto, accertarsi preliminarmente che la divisione o frantumazione non danneggi il prodotto, andando ad inficiare di conseguenza la farmacocinetica/farmacodinamica del medicinale. Tali pratiche, se non correttamente gestite, possono comportare conseguenze importanti per la persona assistita esponendola a rischi di errori terapeutici ed eventi avversi.
- Non si deve procedere alla manipolazione di: capsule molli, compresse/capsule con rivestimento gastroresistente; compresse e capsule a rilascio prolungato/modificato; in ogni altro caso in cui sia specificatamente vietato nel riassunto delle caratteristiche del prodotto (RCP)
- Qualora sia necessaria un'alterazione di forme farmaceutiche orali (divisione, triturazione di compresse, apertura di capsule) per motivi diversi occorre che il medico accerti la possibilità di procedere alla manipolazione.
- Per una corretta divisione/frantumazione delle forme farmaceutiche orali è necessario seguire una serie di raccomandazioni che riguardano una corretta informazione sulle implicazioni, la conoscenza della caratteristiche del farmaco (es. dispersibilità, solubilità dei principi attivi ed eccipienti) e della formulazione (es. rilascio modificato, rivestimento enterico)

LINK UTILI:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza

https://www.sifoweb.it/images/pdf/pubblicazioni/altre-edizioni/Farmacista_Dipartimento/SIFO_Valutazione_della_divisibilit%C3%A1.pdf

4.13 Autogestione della terapia

Le persone con patologie croniche hanno bisogno, oltre che di trattamenti efficaci e modulati sui diversi livelli di gravità, anche di continuità assistenziale, informazione e sostegno per raggiungere la massima capacità di autogestione possibile.

L'opportunità di ricorrere all'autogestione della terapia va considerata all'interno di una strategia più ampia, volta a identificare e trattare i problemi correlati alla corretta assunzione dei farmaci prescritti.

L'autogestione di uno o più farmaci può costituire una parte significativa del processo di educazione terapeutica. Tale processo consente ai sanitari dell'équipe di cura di valutare nel tempo le capacità della persona assistita di gestire autonomamente, in sicurezza, la terapia secondo i tempi, i dosaggi e le modalità prescritte nonché di fornirgli il supporto di cui necessita.

L'Infermiere ha un ruolo importante sul piano educativo in coerenza con quanto definito nel Codice deontologico FNOPI (2019). Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca (art. 2) e, nel rapporto con la persona assistita nel percorso di cura (art. 17), l'Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili.

E' opportuno che la struttura preveda in quali casi, a giudizio del medico prescrittore (MMG, Medico della struttura, ecc.) - anche sulla base degli apporti informativi dell'équipe di cura - la terapia possa essere data in autogestione alla persona assistita e/o al suo familiare/caregiver, fisicamente e cognitivamente in grado di assumere tale compito. Potrà essere valutata la fattibilità del supporto da parte dell'OSS, limitatamente ad un aiuto all'assunzione del farmaco prescritto (vedere capitolo 4.8).

Occorre che l'organizzazione definisca altresì:

- quando valutare l'eleggibilità di un assistito all'autogestione;
- quali farmaci lasciare in autogestione;
- come documentare la consegna del medicinale tenendola distinta dalla diretta somministrazione. (*Regione Emilia Romagna, 2019*)

E' già stato richiamato (vedere capitolo 4.7) il forte cambiamento di rotta nella definizione giuridica del rapporto di cura che è stato segnato dalla Legge n. 219/2017. In particolare l'art. 1 comma 2 sottolinea la

promozione e valorizzazione della relazione di cura e di fiducia tra Medico e assistito, relazione che "si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'équipe sanitaria". Nella relazione di cura "sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo".

Nel caso in cui opti per una terapia autogestita da parte dell'assistito e/o del suo familiare/caregiver, il Medico prescrittore indicherà nella scheda unica di terapia, in corrispondenza di ogni singola prescrizione, l'annotazione "terapia autogestita".

All'assistito e/o al suo familiare/caregiver deve essere fornita una completa informazione sul percorso di cura proposta, illustrati gli effetti ricercati con la terapia, la possibile tossicità, le relazioni con il cibo e la vita quotidiana, le indicazioni in merito ai contatti in caso di necessità. E' necessario valutare con attenzione gli aspetti di sicurezza clinica e, in stretta correlazione con questi, le risorse richieste per l'avvio e il mantenimento di tale gestione. *(Regione Emilia Romagna, 2014)*

Si ritiene necessaria una puntuale verifica periodica circa le corrette modalità di assunzione, le motivazioni e la fiducia dell'assistito rispetto alla terapia autogestita, valorizzando in modo adeguato la comunicazione con il familiare/caregiver nel caso in cui la persona assistita non sia in grado di collaborare.

Le istruzioni per l'assunzione di farmaci date verbalmente all'assistito e/o al familiare/caregiver sono poco sicure, stante l'incertezza legata al corretto recepimento del messaggio e al suo ricordo, specie quando siano presenti altri fattori interferenti (età, politerapia, contesto, ecc.). Per ridurre i margini di insicurezza è utile dotare l'assistito e/o il caregiver di un documento di sintesi delle terapie da eseguire con le informazioni di stretta utilità scritte in termini adeguati e facilmente fruibili.

In Italia non esiste una definizione ex-lege di atto medico anche se la giurisprudenza ha in più occasioni tentato di descriverlo, ma in funzione di esigenze valutative in punto di esercizio abusivo della professione sanitaria (ex art. 348 c.p.). D'altra parte, se il professionista rispetta le leggi dello Stato e i codici di comportamento previsti dall'Ordine di appartenenza, agisce nel rispetto del suo bagaglio tecnico-culturale facendo quello che è consapevole di poter e saper fare, non ha necessità di mansionari né di definire un "atto" suo proprio, di crearsi un'area di attività che non potrebbe mai aver confini precisi ed esser esaustiva, ma solo limitativa e, forse, limitante quella degli altri vari professionisti. Questi ultimi, peraltro, spesso hanno nell'area sanitaria conoscenze comuni se pur acquisite a diverso livello scientifico e, soprattutto, per diverse finalità. *(Tavani M, Zanchetti M, 2014)*

In giurisprudenza sono state qualificate una serie di attività sanitarie come "atti relativamente liberi" e quindi nella cognizione piena o quasi da parte della popolazione, cioè "atti che non rientrano nelle mansioni riservate secondo le norme di legge alla professione di Infermiere e non implicano specifiche nozioni o particolari abilità o conoscenze tecniche". *(Corte di Cassazione, n. 14603/2010)*

In altre parole, un atto relativamente libero non è un atto esclusivo e riservato di una certa professione e non rientra nella tutela penale ex art. 348 c.p. L'espressione utilizzata dalla Cassazione di "atti relativamente liberi" non significa in alcun modo che determinate prestazioni possano essere effettuate da chiunque, altrimenti sarebbero da considerarsi "atti liberi" e non relativamente liberi.

D'altra parte è difficile riconoscere come riservate attività praticate largamente dalla popolazione (es. somministrazione di terapie insuliniche) che vengono affidate agli stessi soggetti, ai familiari e ai loro assistenti anche in seguito a precisi programmi di insegnamento e di educazione terapeutica.

La contestualizzazione rispetto al tipo di attività da svolgere si rende necessaria specie nei casi in cui la somministrazione di farmaci non segua automatismi o protocolli predeterminati, ma imponga una previa valutazione professionale delle condizioni del soggetto. *(Benci L, 2011)*

PUNTI CHIAVE:

- L'opportunità di ricorrere all'autogestione della terapia va considerata all'interno di una strategia più ampia volta a identificare e trattare i problemi correlati alla corretta assunzione dei farmaci prescritti. Può costituire una parte significativa del processo di educazione terapeutica e consente ai sanitari dell'équipe di cura di valutare nel tempo le capacità della persona assistita di gestire autonomamente, in sicurezza, la terapia secondo i tempi, i dosaggi e le modalità prescritte nonché di fornirgli il supporto di cui necessita.
- L'Infermiere ha un ruolo importante sul piano educativo in coerenza con quanto definito nel Codice Deontologico FNOPI (artt. 2 e 17).
- E' opportuno che la struttura preveda in quali casi a giudizio del medico prescrittore (MMG, medico della struttura,

ecc.), anche sulla base degli apporti informativi dell'équipe di cura, la terapia possa essere data in autogestione alla persona assistita e/o al familiare/caregiver. Potrà essere valutata la fattibilità del supporto da parte dell'OSS, limitatamente ad un aiuto all'assunzione del farmaco prescritto (vedere capitolo 4.8).

➤ Occorre che l'organizzazione definisca inoltre quando valutare l'eleggibilità di un assistito all'autogestione, quali farmaci lasciare in autogestione e come documentare la consegna del medicinale tenendola distinta dalla diretta somministrazione.

➤ Nel caso in cui il medico prescrittore opti per una terapia autogestita da parte dell'assistito e/o del suo familiare/caregiver, dovrà indicare nella scheda unica di terapia, in corrispondenza di ogni singola prescrizione, l'annotazione "terapia autogestita".

➤ All'assistito e/o al suo care-giver deve essere fornita una completa informazione sul percorso di cura proposta, illustrati gli effetti ricercati con la terapia, la possibile tossicità, le relazioni con il cibo e la vita quotidiana, le indicazioni in merito ai contatti in caso di necessità.

➤ E' necessaria una puntuale verifica periodica circa le corrette modalità di assunzione, le motivazioni e la fiducia dell'assistito rispetto alla terapia autogestita, valorizzando in modo adeguato la comunicazione con il familiare/caregiver nel caso in cui la persona assistita non sia in grado di collaborare.

➤ Le istruzioni per l'assunzione di farmaci date verbalmente all'assistito e/o al familiare/caregiver sono poco sicure (incertezza sul corretto recepimento del messaggio e sul suo ricordo), specie quando siano presenti altri fattori interferenti (età, politerapia, contesto, ecc.). E' utile pertanto fornire all'assistito e/o al caregiver un documento di sintesi delle terapie da eseguire con le informazioni di stretta utilità scritte in termini adeguati e facilmente fruibili.

➤ In giurisprudenza sono state qualificate una serie di attività sanitarie come "atti relativamente liberi" che non costituiscono atto esclusivo e riservato di una certa professione e non rientrano nella tutela penale ex art. 348 c.p. Ciò non significa che in alcun modo che determinate prestazioni possano essere effettuate da chiunque, altrimenti sarebbero da considerarsi "atti liberi" e non relativamente liberi.

➤ E' fondamentale la contestualizzazione rispetto al tipo di attività da svolgere, specie nei casi in cui la somministrazione di farmaci non segua automatismi o protocolli predeterminati, ma imponga una previa valutazione professionale delle condizioni del soggetto.

LINK UTILI:

<http://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>

4.14 Registrazione dell'avvenuta somministrazione/assunzione nonché dei casi di mancata somministrazione/assunzione della terapia (compresi quelli di rifiuto)

La corretta registrazione della terapia deve essere continuativa e completa essendo di ausilio sia alla conoscenza dei bisogni degli assistiti sia della propria professione. E' inoltre indispensabile per evidenziare situazioni a rischio e la non aderenza alla terapia.

Per la prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica viene in genere adottata una scheda unica di terapia. Si rimanda al capitolo 4.2 per ulteriori approfondimenti.

Il Codice deontologico FNOPI (2019) codifica (art 33) specifici obblighi per l'Infermiere che è responsabile della redazione accurata della documentazione clinica di competenza, ponendo in risalto l'importanza della sua completezza e veridicità anche ai fini del consenso o diniego, consapevolmente espresso dalla persona assistita al trattamento infermieristico.

E' necessario che anche l'OSS registri nella documentazione di competenza l'avvenuta assunzione della terapia, il rifiuto all'assunzione o le variazioni nelle capacità di assunzione del farmaco. Si rimanda al capitolo 4.8 per ulteriori approfondimenti.

PUNTI CHIAVE:

➤ La corretta registrazione della terapia deve essere continuativa e completa essendo di ausilio, in particolare, alla conoscenza dei bisogni degli assistiti nonché all'evidenziazione di situazioni a rischio e di non aderenza alla terapia.

➤ Per la prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica viene in genere adottata una scheda unica di terapia (vedere capitolo 4.2).

➤ L'Infermiere è responsabile della redazione accurata della documentazione clinica di competenza anche rispetto al consenso o diniego consapevolmente espresso dalla persona assistita al trattamento infermieristico (art. 33 Codice deontologico FNOPI).

➤ E' opportuno che anche l'OSS registri nella documentazione di competenza l'avvenuta assunzione della terapia, il rifiuto all'assunzione o le variazioni nelle capacità di assunzione del farmaco (vedere capitolo 4.8).

LINK UTILI:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza

4.15 Conservazione dei farmaci

I farmaci devono essere conservati in armadi idonei, all'interno di specifiche aree, chiusi o comunque non accessibili alle persone non autorizzate. L'armadio che contiene i farmaci degli assistiti dovrà essere collocato prestando attenzione ai fattori ambientali che interferiscono con un'adeguata conservazione e deve essere organizzato e gestito in modo da assicurare la perfetta conservazione dei farmaci e di tutti gli altri prodotti farmaceutici.

Un corretto immagazzinamento dei farmaci ed una corretta gestione delle scorte assicurano l'integrità dei prodotti (ad es. per quei farmaci che hanno bisogno di essere conservati in frigorifero o a temperature ambientali controllate e/o protetti dalla luce) e la prevenzione dei rischi legati alla conservazione stessa (come la possibile confusione tra farmaci con confezioni e nomi simili).

Nel rispetto di un'adeguata conservazione, per garantire l'identificazione del prodotto (nome, lotto, data di produzione e di scadenza) e prevenire eventuali errori terapeutici, i farmaci non devono essere tenuti al di fuori della loro confezione originale. I blister non devono essere tagliati per evitare che i dati identificativi (nome, lotto, scadenza) possano andare persi. È consigliabile mantenere sempre nella confezione il foglietto illustrativo.

È opportuno indicare sempre sui flaconi multidose la data di apertura o di ricostituzione del medicinale. Nel caso di prodotti ricostituiti (colliri, sospensioni ecc.), ci si deve attenere scrupolosamente alle note di conservazione e di validità dopo l'apertura riportate nel foglio illustrativo, evidenziandoli sulla confezione.

L'indicazione della data di scadenza è riportata per legge su tutte le confezioni di farmaci, dietetici, sui dispositivi medici. La data indicata fa riferimento al prodotto in confezione integra e correttamente conservato (per la conservazione attenersi alle indicazioni riportate sulle confezioni). Nessun prodotto deve essere utilizzato dopo la data di scadenza (*Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 2016; Ministero della Salute, 2008; American Society of Health System Pharmacists, 2007*)

I prodotti con scadenza più ravvicinata vanno posizionati in prima linea e può essere opportuno porre vicino alle confezioni di prossima scadenza un avviso (o una specifica segnaletica) che richiami l'operatore sulla scadenza imminente. E' preferibile evitare di apporre scritte a mano riguardo alla data di scadenza sulla confezione dei medicinali, per evitare rischi di errori insiti nell'annotazione e per non oscurare elementi informativi essenziali.

E' opportuno eseguire il controllo della scadenza almeno mensilmente, verificando le apposite indicazioni presenti sulle confezioni dei prodotti. (*Regione Emilia Romagna, 2019*)

PUNTI CHIAVE:

- I farmaci devono essere conservati in armadi idonei, all'interno di specifiche aree, chiusi o comunque non accessibili alle persone non autorizzate, prestando attenzione ai fattori ambientali che interferiscono con un'adeguata conservazione.
- Un corretto immagazzinamento dei farmaci ed una corretta gestione delle scorte assicurano l'integrità dei prodotti (es. farmaci da conservare a temperature controllate) e la prevenzione dei rischi legati alla conservazione stessa (es. possibile confusione tra farmaci LASA).
- Per garantire l'identificazione del prodotto (nome, lotto, data di produzione e di scadenza) e prevenire eventuali errori terapeutici, i farmaci non devono essere tenuti al di fuori della loro confezione originale e i blister non devono essere tagliati. È consigliabile mantenere sempre nella confezione il foglietto illustrativo.
- È opportuno indicare sempre sui flaconi multidose la data di apertura o di ricostituzione del medicinale. Nel caso di prodotti ricostituiti (colliri, sospensioni ecc.) ci si deve attenere alle note di conservazione e di validità riportate nel foglio illustrativo. Tali note vanno evidenziate sulla confezione.
- L'indicazione della data di scadenza è riportata per legge su tutte le confezioni di farmaci, dietetici, sui dispositivi medici e fa riferimento al prodotto in confezione integra e correttamente conservato. Nessun prodotto deve essere utilizzato dopo la data di scadenza.
- E' opportuno eseguire il controllo della scadenza almeno mensilmente, verificando le apposite indicazioni presenti sulle confezioni dei prodotti.

LINK UTILI:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza

4.16 Smaltimento dei farmaci scaduti e/o inutilizzabili

I farmaci scaduti o non più utilizzabili sono considerati, esclusi quelli citotossici e citostatici e le sostanze stupefacenti e psicotrope, quali rifiuti non pericolosi classificati con i codici CER 180109 e 180208.

Lo smaltimento di tutti i farmaci deve avvenire nel rispetto della vigente normativa, sotto la responsabilità dell'ente gestore.

Al fine di evitare aggravii economici ed impatti ambientali, vanno adottate iniziative dirette a favorire in via prioritaria la prevenzione e la riduzione della produzione dei rifiuti (ex art. 1 c. 3 D.P.R. n. 254/2003) incentivando ad es. l'ottimizzazione dell'approvvigionamento e dell'utilizzo di farmaci. A tal fine è opportuno effettuare un monitoraggio quali-quantitativo dei medicinali scaduti.

I farmaci scaduti e/o inutilizzabili, in attesa dello smaltimento, devono essere separati dai prodotti in corso di validità e conferiti in un apposito contenitore rigido di cartone o plastica, dotato di un sacco impermeabile interno. Ove possibile, è preferibile procedere alla separazione dei blister del farmaco dalla confezione in cartoncino e dal foglietto illustrativo, per avviare questi ultimi a raccolta differenziata della carta.

Al fine di evitare la rottura e la dispersione, i farmaci confezionati in imballaggi fragili (es. sciroppi, fiale, ecc.) devono essere avviati a trattamento ancora imballati nel cartoncino utilizzando i contenitori per i rifiuti taglienti e pungenti.

Il contenitore utilizzato deve recare, in modo ben visibile, la dicitura "farmaci scaduti".

PUNTI CHIAVE:

- I farmaci scaduti o non più utilizzabili sono considerati, esclusi quelli citotossici e citostatici e le sostanze stupefacenti e psicotrope, quali rifiuti non pericolosi classificati con i codici CER 180109 e 180208.
- Lo smaltimento di tutti i farmaci deve avvenire nel rispetto della vigente normativa, sotto la responsabilità dell'ente gestore.
- Per evitare aggravii economici ed impatti ambientali, vanno adottate iniziative dirette a favorire in via prioritaria la prevenzione e la riduzione della produzione dei rifiuti, incentivando ad es. l'ottimizzazione dell'approvvigionamento e dell'utilizzo di farmaci.
- I farmaci scaduti e/o inutilizzabili, in attesa dello smaltimento, devono essere separati dai prodotti in corso di validità e conferiti in un apposito contenitore rigido di cartone o plastica, dotato di un sacco impermeabile interno. I farmaci confezionati in imballaggi fragili (es. sciroppi, fiale, ecc.) devono invece essere avviati a trattamento imballati nel cartoncino e utilizzando i contenitori per i rifiuti taglienti e pungenti.
- Il contenitore utilizzato deve recare, in modo ben visibile, la dicitura "farmaci scaduti".

LINK UTILI:

<https://www.normattiva.it/>

4.17 Somministrazione e detenzione di farmaci guasti o imperfetti (ex art. 443 c.p.)

L'art. 443 c.p., rubricato come "Commercio o somministrazione di medicinali guasti", punisce il fatto di chi "detiene per il commercio, pone in commercio o somministra medicinali guasti o imperfetti" e quindi "la detenzione per il commercio può sussistere anche se manchi la vendita o anche l'esposizione in vendita, bastando la conservazione della cosa destinata al commercio in qualsiasi luogo, che valga a generare il convincimento che si tratti in realtà di detenzione per il commercio".

L'art. 443 c.p. prevede pertanto tre distinte fattispecie:

- la detenzione per il commercio;
- la messa in commercio;
- la somministrazione di medicinali guasti o imperfetti.

La punibilità è anticipata ed il reato è di pericolo e non di danno. La soglia di punibilità è infatti già fissata alla mera detenzione, identificando tale comportamento come pericoloso per la salute pubblica.

Secondo la Suprema Corte "il medicinale scaduto è imperfetto e la presunzione si fonda sulla previsione della perdita di efficacia del farmaco scaduto [...]. La nozione di commercio equivale alla messa in circolazione dei medicinali. La norma pertanto intende coprire tutti quei comportamenti che portano alla diffusione del bene ed in tal senso deve essere intesa l'endiadi "commercio e somministrazione" indicativa appunto di una

progressione che intende coprire tutte le modalità con cui il bene entra nel circuito della distribuzione. Si va dalla prodromica detenzione per il commercio, punita ex se, al commercio effettivo e alla somministrazione che, pur senza realizzare l'esercizio di un commercio, porta però all'uso comune i medicinali (comprende quindi anche la cessione a titolo gratuito)". (Cass. Pen. n. 7311/2017)

Inoltre, prevalente giurisprudenza è concorde nell'affermare che "in tema di configurabilità dell'ipotesi criminosa di cui all'art. 443 c.p. la detenzione per il commercio e la detenzione per la somministrazione di medicinali non costituiscono situazioni differenti, perché entrambi funzionali e dirette all'uso effettivo del farmaco; ne consegue che la detenzione per la somministrazione è un aspetto della prima previsione contenuta nell'art. 443 c.p." (Cass. Pen. 11040/1987; tra le ultime Cass. Pen. n. 7311/2017)

Per non incorrere nel reato di cui all'art. 443 c.p. è necessario un adeguato controllo:

- 1) della scadenza del farmaco;
- 2) dell'integrità della confezione;
- 3) del rispetto delle indicazioni previste per la conservazione del farmaco (vedere capitolo 4.15).

PUNTI CHIAVE:

- Chi detiene per il commercio, mette in commercio o somministra medicinali guasti o imperfetti commette un illecito penalmente rilevante (ex art. 443 c.p.).
- La soglia di punibilità è fissata alla mera detenzione in quanto tale comportamento è ritenuto pericoloso per la salute pubblica. Il reato è di pericolo e non di danno.
- E' sempre necessario un adeguato controllo delle scadenze, dell'integrità delle confezioni e del rispetto delle indicazioni per un'adeguata conservazione dei farmaci.

LINK UTILI:

<https://www.normattiva.it/>

<http://www.italgiure.giustizia.it/sncass/>

5. BIBLIOGRAFIA

- Abrate P, Castellino L, Brunito G et al. Valutazione della divisibilità e frantumabilità di forme farmaceutiche orali solide. I manuali SIFO. Il Campano Ed. 2016
http://www.sifoweb.it/images/pdf/pubblicazioni/altre-edizioni/Farmacista_Dipartimento/SIFO_Valutazione_della_divisibilit%C3%A1.pdf
- Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Studio sulla qualità della prescrizione farmacologica nella popolazione geriatrica. 2013
- Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Off-Label. BIF XIII n. 3/2006
- Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. La gestione del farmaco in RSA: le fasi del percorso. Novembre 2016
- Alldred DP et al. et al. Interventions to optimise prescribing for older people in care homes. Cochrane Database Syst. Rev. 2016 Feb 12; 2: CD009095
- American Geriatrics Society. 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc 2019; 67:674-694
- American Society of Health System Pharmacists, Joint Commission Resources, RJ Weber. Conservazione e sicurezza dei farmaci. Il Pensiero scientifico Ed. 2007.
- Benci L. La prescrizione e la somministrazione dei farmaci. Responsabilità giuridica e deontologica. II ed. digitale settembre 2014
- Benci L. Aspetti giuridici della professione infermieristica. McGraw-Hill VI ed. settembre 2011
- Benci L. L'operatore socio-sanitario: autonomia, rapporti con i professionisti e responsabilità giuridica. Riv. Dir. Prof. Sanitarie 3/2001
- Boeri C, Castaldo A et al. La somministrazione di farmaci tritati e camuffati nelle RSA: prevalenza e implicazioni pratiche. Evidence 2013; 5 (10): 1-9
- Cantarella T. Responsabilità del personale infermieristico. Ventiquattrore Avvocato 1 marzo 2012, n. 3, p. 13 ss.

- Di Masi M. Effetti redistributivi della Legge n. 219/2017 nel rapporto fra medico e paziente. Giurisprudenza penale. Fascicolo 2019, 1-bis "Questioni di fine vita"
- Egualè T, Buckeridge DL, Verma A et al. Off-label Drug Use and Adverse Drug Events in Adults. JAMA Intern Med. 2016; 176 (1): 55-63
- Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI). La somministrazione dei farmaci. Formazione e Ricerca - FNOPI 2015. <http://www.fnopi.it>
- Federici MA. Osservazioni sui compiti dell'Infermiere nei riguardi del paziente. Giur. It. 2012, 5 (nota a sentenza)
- Gargani A. Percorsi di giurisprudenza: le posizioni di garanzia. Giur. It. 2016, 1, 214 (commento alla normativa)
- Hasten R, Washburn M. Delegation: How To Deliver Care through Others. American Journal of Nursing 92 (1992): 87-90
- Joint Commission Resources ed. italiana a cura di Motola D. e Montanaro M. Prevenire gli errori in terapia. Il Pensiero Scientifico Ed. Roma 2005
- Leape LL, Woods DD, Hatlie MJ et al. Promoting Patient Safety by Preventing Medical Error. JAMA 1998; 280 (16): 1444-1447
- Massimino F. La responsabilità nella prescrizione dei farmaci tra scienza, coscienza e condizionamenti normativi. Danno e Responsabilità 2013, 1, p. 5 ss
- Massimino F. Recenti interventi normativi e giurisprudenziali in materia di prescrizione dei farmaci off label. Danno e Responsabilità 2010, 12, p. 1104 ss.
- Mentasti G. Professioni sanitarie: le novità sanzionatorie introdotte dalla Legge 11 gennaio 2018, n. 3. Diritto Penale Contemporaneo, 23 febbraio 2018. <https://www.penalecontemporaneo.it>
- Ministero della Salute. Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide. Raccomandazione n. 19, ottobre n. 19. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2892_allegato.pdf
- Ministero della Salute, Regione Veneto, Regione Emilia Romagna. Riconciliazione della terapia farmacologica sul territorio durante le transizioni di cura. Linee di indirizzo settembre 2018. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2839_allegato.pdf
- Ministero della Salute. Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli. Raccomandazione n. 18, settembre 2018 http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza
- Ministero della Salute. Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica. Raccomandazione n. 17, dicembre 2014 http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza
- Ministero della Salute. Uniti per la sicurezza. Guida per gli operatori (2012). <http://www.salute.gov.it>
- Ministero della Salute. Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike". Raccomandazione n. 12, agosto 2010 http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza
- Ministero della Salute. Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica. Raccomandazione n. 7, marzo 2008 http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza
- Murphy C, Dyer AH, Lawlor B et al. Potentially inappropriate medication use in older adults with mild-moderate Alzheimer's disease: prevalence and associations with adverse events. Age Ageing 2020 Jul 1;49 (4): 580-587
- Negrini G. Risk Management "Terapia al bisogno". Professione Infermiere n. 2, Luglio-Settembre 2006
- O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing 2015 Mar; 44(2): 213-218
- Pellizzari L et al. Focus Farmacovigilanza Anno XXIII - n. 96, gennaio-marzo 2017
- Regione Emilia-Romagna. Dipartimento Farmaceutico Interaziendale. Elenco "farmaci ad alto livello di attenzione". Rev. 1, 8 settembre 2010

- Regione Emilia-Romagna. Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci. Documento tecnico regionale per la Sicurezza nella terapia farmacologica n.1, Ottobre 2014
- Regione Emilia-Romagna. Raccomandazione regionale "Sicurezza nella terapia farmacologica - Processo di ricognizione e di riconciliazione farmacologia per una prescrizione corretta e sicura". Agg. Ottobre 2015
- Regione Emilia-Romagna. Linee di indirizzo per la gestione in sicurezza dei farmaci e di altri prodotti terapeutici nelle Case-Residenza per Anziani (CRA). Linee di indirizzo per la sicurezza nella terapia farmacologica n. 7, ottobre 2019
- Regione Lombardia D.G.R. 20 novembre 2017, n. 10/7383. Approvazione del "Manuale della documentazione del percorso di terapia farmacologica". Bollettino Ufficiale Regionale 23 novembre 2017, n. 47
- Sala C. La posizione di garanzia del medico tra fonti sostanziali e formali. Diritto Penale Contemporaneo, 21 giugno 2013. <https://www.penalecontemporaneo.it>
- Tavani M, Zanchetti M. L'esercizio della radiologia diagnostica e della radioterapia nell'ottica medico-giuridica. Campo delle attività e responsabilità del tecnico sanitario di radiologia medica. Varese maggio-giugno 2014. <http://www.tsrn.org/wp-content/uploads/2014/07/Tavani-Zanchetti-firmato-corretto.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. Computerized Provider Order Entry. Last Updated, August 2018. <https://psnet.ahrq.gov>
- U.S. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Toolkit for Medication Reconciliation. AHRQ Publication n. 11 (12)-0059. Rev. August 2012
- Vanzetta M, Vallicella F. L'Infermiere e l'OSS. Guida operativa per avvalersi del personale di supporto. McGraw-Hill ed. Milano, 2009
- World Health Organization (WHO). Medication Errors: Technical Series on Safer Primary Care. WHO Geneva, 2016
- World Health Organization (WHO). The Joint Commission, Joint Commission International. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care. Patient Safety Solutions vol. 1, solution 6. May 2007

Allegato B

ELENCO PRESIDI SOCIO-SANITARI INTERESSATI DALLE LINEE D'INDIRIZZO "LA GESTIONE CLINICA DEL FARMACO NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMI-RESIDENZIALI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE" (rif. Punto 2 – campo di applicazione)

AREA FUNZIONALE	TIPO DI STRUTTURA	REQUISITI STRUTTURALI	REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI
anziani non autosufficienti	R.S.A. – Residenza Sanitaria Assistenziale	D.P.R.. 14.01.1997 DCR 616-3149 del 22.2.2000 DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato2)	DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato1)
anziani non autosufficienti	C.D.I. - Centro Diurno Integrato inserito in R.S.A.	DCR 616-3149 del 22.2.2000 DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato2)	DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato3)
anziani non autosufficienti	C.D.I.A. - Centro Diurno Integrato Autonomo	DCR 616-3149 del 22.2.2000 DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato2)	DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato3)
anziani affetti da demenza	C.D.A.A. - Centro Diurno Alzheimer Autonomo	DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato2)	DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato3)
anziani affetti da demenza	C.D.A.I. - Centro Diurno Alzheimer Integrato all'interno di R.S.A.	DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato2)	DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato3)
anziani affetti da demenza	N.A.T. - Nucleo Alzheimer Temporaneo all'interno di R.S.A.	DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato2)	DGR 45-4248 del 30.7.2012 (allegato 1 e 3)
disabili	R.A.F. tipo A – Residenza Assistenziale Flessibile di tipo A	DGR 34-23400 del 9.12.1997 D.M. 308 del 21.5.2001	DGR 230-23699 del 22.12.1997
disabili	R.A.F. tipo B – Residenza Assistenziale Flessibile di tipo B	DGR 34-23400 del 9.12.1997 D.M. 308 del 21.5.2001	DGR 230-23699 del 22.12.1997
disabili	Centro Diurno Socio-Terapeutico Riabilitativo tipo A	DGR 34-23400 del 9.12.1997 D.M. 308 del 21.5.2001	DGR 230-23699 del 22.12.1997
disabili	Centro Diurno Socio-Terapeutico Riabilitativo tipo B	DGR 34-23400 del 9.12.1997 D.M. 308 del 21.5.2001	DGR 230-23699 del 22.12.1997
disabili	Centro Diurno Socio-Terapeutico Riabilitativo tipo C	DGR 34-23400 del 9.12.1997 D.M. 308 del 21.5.2001	DGR 35-6552 del 22.10.2013
disabili	Centro Diurno Socio-Terapeutico con Nucleo di Residenzialità Notturno	DGR 34-23400 del 9.12.1997 D.M. 308 del 21.5.2001	DGR 230-23699 del 22.12.1997
disabili	Gruppo Appartamento Alta intensità	DGR n. 18-6836 del 11 maggio 2018	DGR n. 18-6836 del 11 maggio 2018
disabili	Gruppo Appartamento Media intensità	DGR n. 18-6836 del 11 maggio 2018	DGR n. 18-6836 del 11 maggio 2018
disabili	Gruppo Appartamento Bassa intensità	DGR n. 18-6836 del 11 maggio 2018	DGR n. 18-6836 del 11 maggio 2018
minori (salute mentale)	Comunità Riabilitativa Psicosociale per Minori (CRP)	DGR 25-5079 del 18.12.2012 DGR 22-8704 del 05.04.2019	DGR 25-5079 del 18.12.2012 DGR 22-8704 del 05.04.2019
minori (salute mentale)	Centro Diurno Socio-Riabilitativo (CDSR)	DGR 25-5079 del 18.12.2012	DGR 25-5079 del 18.12.2012 DGR 25-7250 del 20.07.2018