



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

**DOSSIER DI DOCUMENTAZIONE
LA SANITA' NELLE MANOVRE
FINANZIARIE
2012
(GOVERNO MONTI)**



CENTRO INTERREGIONALE STUDI E DOCUMENTAZIONE

Ottobre 2012

Indice

Introduzione		<i>Pag. I</i>
Legge 22 dicembre 2011 n. 214 conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, recante disposizioni urgenti per la crescita, l'equità e il consolidamento dei conti pubblici (<i>Salva Italia</i>)	Art. 5 comma 1; art. 18, comma 1; art. 28 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 11-bis, 11-ter, 11-quater; art. 32 comma 1, 1-bis, 2, 3, 4; art. 33 comma 1, 2	» 1
Legge 24 febbraio 2012, n. 14 conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 dicembre 2011, n. 216, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative. Differimento di termini relativi all'esercizio di deleghe legislative (<i>Milleproroghe</i>)	Art. 2, comma 1; art. 3 comma 1; art. 6 comma 2-sexies; art. 10 comma 1, 2, 3, 4, 5, 5-bis, 5-ter, 5-quater; art. 19 comma 1, 1-bis art. 29 comma 14	» 8
Legge 24 marzo 2012, n. 27 conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, recante disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività (<i>Cresci Italia</i>)	Art. 11 comma 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17	» 14
Legge 4 aprile 2012, n. 35 conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 5, recante disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo	Art. 4 comma 1, 2, 2-bis, 3, 4, 4-bis, 5; Art. 11 comma 1 e 4; Art. 14, 15, 16, 47 bis, 60	» 21
Legge 6 luglio 2012, n. 94 conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 maggio 2012, n. 52, recante disposizioni urgenti per la razionalizzazione della spesa pubblica.	Art. 1-bis comma 1; Art. 5 comma 5; Art. 7 bis comma 1; Art. 13-bis comma 1, 2, 3, 4, 5	» 33

<p>Legge 7 agosto 2012 n. 135 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (Spending Review)</p>	<p>Art. 5 comma 2; Art. 15 comma 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 11-bis, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 25-bis, 25-ter Art. 16 comma 12 septies; Art. 23 comma 8, 11, 12 bis, 12- septiesdecies, 12-duodevicies, 12- undevicies</p>	<p>» 38</p>
<p>Tabella finanziamenti e spesa anni 2010-2015</p>		<p>» 61</p>

Introduzione*

Il III volume del “Dossier di documentazione” raccoglie le principali disposizioni normative emanate dal “Governo Monti”, insediatosi il 16 novembre 2011, che hanno interessato il settore della Sanità, con particolare riferimento alle **problematiche di ordine economico-finanziario**. Proprio la rilevanza dell’entità finanziaria del settore nei bilanci regionali - 70% circa del bilancio - nonché la centralità che il bene salute riveste per i cittadini hanno posto in questi ultimi anni i temi della Salute al centro del dibattito fra le Istituzioni, soprattutto fra Governo e Regioni.

La prima legge emanata dal Governo Monti è stata la Legge 22-12-2011 n. 214 c.d. Salva Italia. Nell’ambito delle sanità ha previsto in particolare:

- l’aumento dell’aliquota di base dell’addizionale regionale dell’IRPEF dallo 0,9% all’1,23% a decorrere dal 2011, incremento da destinare alla copertura del fabbisogno sanitario nazionale di parte corrente;
- la predisposizione di una specifica lista per i farmaci di fascia C per i quali permane l’obbligo della ricetta e che potranno essere venduti solo nelle farmacie; quelli non compresi nella lista saranno invece liberalizzati.

La **legge 24 febbraio 2012, n. 14 (c.d. Milleproroghe)** ha previsto in particolare:

- la proroga al 31 dicembre 2012 del termine per l’adeguamento alla normativa antincendio;
- la proroga dell’intramoenia al 30 giugno 2012;
- la proroga del Pay back farmaceutico al 31 dicembre 2012.

Successivamente è intervenuta **la legge 24 marzo 2012, n. 27 (c.d. Cresci Italia)** che ha disciplinato in particolare, all’art. 11, il potenziamento del servizio di distribuzione farmaceutica, l’accesso alla titolarità delle farmacie e la modifica alla disciplina della somministrazione dei farmaci.

La legge 4 aprile 2012, n. 35 (c.d. semplificazione e sviluppo) ha definito in particolare:

- che i provvedimenti di astensione anticipata dal lavoro per gravi complicanze di gestazione a decorrere dal 1° aprile 2012 saranno

*Dossier a cura di Marina Principe

- adottati direttamente dalle ASL, secondo modalità da definire tramite Accordo da sancire in sede di Conferenza Stato – Regioni;
- la semplificazioni in materia di sanità digitale;
- la gestione elettronica delle pratiche cliniche;
- la semplificazione e la razionalizzazione dei flussi informativi in materia di interventi e servizi sociali per perfezionare il monitoraggio, la programmazione e la gestione delle politiche sociali con particolare riferimento ai “falsi invalidi”;
- l’avvio della sperimentazione, nei Comuni con più di 250.000 abitanti, finalizzata alla proroga del programma “carta acquisti”, anche al fine di valutarne la possibile generalizzazione come strumento di contrasto alla povertà assoluta.

Per sostenere i programmi di risanamento dell’economia e per stimolare la crescita e la competitività, il Governo ha avviato la revisione della spesa pubblica che si è concretizzata nell’emanazione di due Leggi:

1. la legge 6 luglio 2012, n. 94 recante disposizioni urgenti per la razionalizzazione della spesa pubblica che ha previsto in particolare:

- la previsione dei tempi di conclusione del procedimento di determinazione dei fabbisogni standard e degli obiettivi di servizio e che il Governo pubblici i relativi dati entro il 31 dicembre 2012;
- la nomina di un Commissario straordinario per la razionalizzazione della spesa per acquisti di beni e servizi a cui sono stati conferiti alcuni poteri di coordinamento e di indirizzo dell’attività di spending review con il coinvolgimento delle amministrazioni pubbliche;
- l’estensione del meccanismo della certificazione dei crediti agli enti del Servizio sanitario nazionale.

2. la legge 7 agosto 2012 n. 135 (c.d. Spending Review) che ha avuto pesanti ripercussioni sul settore. In particolare è stato disciplinato:

- lo sconto dovuto dalle farmacie al SSN;
- la revisione dei tetti della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale;
- i nuovi obblighi per il MMG (solo denominazione del principio attivo nelle ricette);
- le nuove disposizioni per l’acquisto di beni e servizi (riduzione su contratti di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi, riduzione dei posti letto);
- la revisione del tetto di spesa per i dispositivi medici;
- la procedura d’urgenza per l’emanazione del decreto tariffe massime;
- la proroga al 2015 delle vigenti misure di riduzione di spesa sul personale;

- la riduzione del finanziamento del SSN per gli anni 2012 e seguenti (900 mln per il 2012; 1,8 mld per il 2013; 2 mld per il 2014 e 2,1 mld a decorrere dal 2015);
- le risorse previste per la quota premiale a valere sulle risorse per il SSN a decorrere dal 2013;
- l'accelerazione nell'adozione dei costi standard in sanità;
- l'anticipazione al 2013 dell'aumento dell'addizionale regionale Irpef – per le Regioni in piano di rientro;
- una quota da destinare alle non autosufficienze gravi;
- il concorso straordinario per le nuove sedi farmaceutiche.

Le disposizioni introdotte dalla Legge 135/2012 hanno portato ad una modifica unilaterale del Patto per la Salute vigente ed hanno comportato un taglio reale ai servizi essenziali a favore dei cittadini. La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome pertanto, nella riunione del 25 luglio 2012, ha valutato negativamente i contenuti del provvedimento evidenziando quattro aspetti del provvedimento ritenuti fortemente critici che presentano anche profili di incostituzionalità: sanità; province; società in house e trasporto pubblico locale.

La **Tabella** finale del Dossier riporta il **finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale dal 2000 al 2015**.

PRECEDENTI VOLUMI DEL DOSSIER:

I precedenti volumi del “Dossier di documentazione” raccolgono le principali disposizioni normative, gli Accordi e le Intese Stato-Regioni che dal 2000 al 2011 hanno interessato il settore della Sanità, con particolare riferimento alle **problematiche di ordine economico-finanziario**. Proprio la rilevanza dell’entità finanziaria del settore nei bilanci regionali - 70% circa del bilancio - nonché la centralità che il bene salute riveste per i cittadini hanno posto in questi ultimi anni i temi della Salute al centro del dibattito fra le Istituzioni, soprattutto fra Governo e Regioni.

La prima parte si riferisce agli anni 2000-2004; la seconda parte analizza gli anni 2005-2011.

L’**Accordo Stato-Regioni del 3 agosto 2000** ha costituito una svolta importante sia nel metodo “pattizio” che nel merito delle disposizioni: viene prevista la responsabilità diretta delle Regioni in caso di emersione dei disavanzi mediante aumento delle imposte, contrazione di mutui, utilizzo di risorse proprie; la rimozione del vincolo di destinazione con l’impegno delle Regioni a destinare al finanziamento della Sanità risorse non inferiori alla quota del riparto del FSN.

La legge **Finanziaria 2001** ha previsto norme attuative dell’Accordo del 3 agosto ed alcune disposizioni che rivedono la partecipazione dei cittadini ai costi delle prestazioni del SSN.

L’**Accordo Stato-Regioni dell’8 agosto 2001**, recepito integralmente nella legge n. 347 del 2001, ha consolidato il percorso concertativo Governo-Regioni: certezza delle risorse con la previsione di uno stanziamento triennale (anni 2002, 2003 e 2004) indispensabile alla programmazione regionale; impegno delle Regioni ad avviare processi di razionalizzazione e di contenimento della spesa; introduzione del principio del “*chi rompe paga*”.

Successivamente a tale Accordo, sostanziali innovazioni in Sanità sono state introdotte dal DPCM del novembre 2001 che ha definito i Livelli Essenziali di Assistenza e, nello stesso periodo, dalla Riforma del Titolo V della Costituzione.

Nella **Finanziaria 2002** viene inoltre precisato che il mancato rispetto dei principali impegni sanciti nell’Accordo dell’8 agosto comporta il ripristino del livello di finanziamento previsto dall’Accordo del 2000.

La legge **Finanziaria 2003** ha stabilito ulteriori adempimenti per le Regioni ai fini dell’accesso all’integrazione di finanziamento fra i quali: il monitoraggio di prescrizioni mediche, farmaceutiche; l’abolizione di criteri e modalità per l’erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio dell’appropriatezza; il contenimento delle liste d’attesa; alcune disposizioni sui farmaci, nonché la previsione della decadenza automatica dei direttori generali in caso di mancato raggiungimento dell’equilibrio economico delle aziende.

La legge **Finanziaria 2004** ha confermato tutti gli adempimenti vigenti per le Regioni ed ha previsto una nuova disciplina degli acquisti tramite la Consip.

Con l'**Accordo Stato-Regioni del dicembre 2004** viene istituito il Tavolo tecnico presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze per la verifica degli adempimenti regionali.

Nella legge **Finanziaria 2005** sono stati determinati i finanziamenti per il triennio 2005-2007, subordinando l'accesso al finanziamento integrativo alla stipula di una Intesa tra lo Stato e le Regioni che contempli una serie di adempimenti e di obblighi da parte delle Regioni ai fini del contenimento della dinamica dei costi. E' altresì prevista per le Regioni in difficoltà o inadempienti la redazione di programmi di riorganizzazione sottoscrivendo appositi Accordi fra la Regione ed i Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze che individuino interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza.

Con l'**Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005** vengono pertanto definiti interventi specifici volti a garantire l'equilibrio economico - finanziario e l'accordo sui Piani di rientro. La legge **Finanziaria 2006** conferma ed integra gli obblighi posti a carico delle Regioni nel settore sanitario previsti nell'Intesa, prevede l'automatismo della massimizzazione della leva fiscale; subordina l'accesso alla quota integrativa al fondo alle Intese sul PSN 2006-2008 e sul Piano di contenimento delle liste di attesa; istituisce il SIVEAS, il sistema di controllo e monitoraggio dell'assistenza sanitaria.

Durante l'iter della manovra **finanziaria per l'anno 2007**, a conclusione di un articolato confronto con il Governo in uno spirito di leale collaborazione istituzionale volto a definire un modello di governo della spesa sanitaria, è stato sottoscritto il "**Patto per la Salute**" recepito nell'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006, intesa che sancisce un accordo di tipo finanziario per il triennio 2007-2009, con la previsione di un "fondo transitorio" per sostenere le Regioni con elevati disavanzi ed un accordo normativo e programmatico volto alla riorganizzazione del settore sanitario con la previsione della revisione dei LEA. L'intesa è stata successivamente recepita nella legge **Finanziaria 2007** che ha disciplinato i Piani di rientro dal deficit sanitario e l'attività di affiancamento delle Regioni da parte dei Ministeri. La legge ha inoltre integrato di 2 miliardi di euro il Fondo dell'anno 2006; elevato a 20 miliardi di euro le risorse per gli investimenti ex art. 20 legge n. 67/88; istituito un Fondo di cofinanziamento dei progetti attuativi del PSN ed ha apportato modifiche alla Tessera sanitaria.

Nell'anno 2008, confermati adempimenti ed interventi delle Regioni per il raggiungimento dell'equilibrio economico, vengono recepite nella manovra finanziaria - l. n. 222/2007 - le disposizioni sulla spesa

farmaceutica e sui nuovi tetti di spesa a conclusione del tavolo di lavoro Governo-Regioni. Nella legge **Finanziaria 2008** viene previsto un incremento - 23 miliardi - delle risorse per gli investimenti; viene disposto il trasferimento al SSN delle funzioni e delle relative risorse per l'assistenza ai detenuti; viene integrato il Fondo per le non autosufficienze; viene previsto un incremento al finanziamento per i rinnovi contrattuali. Il dibattito politico si incentra sulla questione del ticket sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale che viene abolito per l'anno 2008, stanziando l'integrazione al finanziamento del SSN di 834 milioni di euro. Le leggi finanziarie dal 2005 al 2010 e le principali leggi collegate alle manovre finanziarie sono riportate nel dossier con un commento recante le osservazioni delle Regioni e gli aspetti attuativi dei provvedimenti.

Il nuovo Governo - insediato nel maggio 2008 - ha varato contestualmente al DPEF 2009-2013 una manovra economico finanziaria per il triennio 2009-2013 (**DL 112/2008 convertito in legge n. 133 del 6 agosto 2008**) che per le modalità ed i tempi di conversione del decreto legge ha limitato la fase di concertazione istituzionale sui contenuti della manovra. La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, che ha approvato all'unanimità un puntuale documento di proposte emendative, ha ribadito nelle sedi istituzionali il parere negativo soprattutto sugli stanziamenti di risorse per il triennio 2009-2011 relativo al concorso dello Stato alla spesa sanitaria, ritenute irrealistiche ed inaccettabili. Il finanziamento: *“determina una sostanziale stabilità nel biennio 2010 – 2011 con valori reali di incremento pari a 0,54 per il 2010 e 2,23 per il 2011. L'incremento del 2010 è praticamente assorbito esclusivamente dai maggiori costi legati all'aumento reale medio della popolazione che nell'ultimo triennio risulta pari allo 0,5%. In questo contesto appaiono fortemente compromessi sia la sostenibilità del sistema sanitario su tutto il territorio nazionale sia il processo di governo della spesa sanitaria in atto in tutte le Regioni.”*

A seguito della presentazione da parte del Governo del **DDL Finanziaria 2009** ed in vista dell'Intesa sul disegno di legge di delega in materia di federalismo fiscale, è ripreso il confronto politico ed il 2 ottobre 2008 è stato raggiunto un Accordo Governo-Regioni sulla copertura integrale del ticket per l'anno 2009 e sulla disponibilità a rivedere i fabbisogni 2010 e 2011 nel Nuovo Patto per la Salute.

Il Governo, le Regioni e le Province autonome concordano quanto segue:

- 1) il Governo assicura la piena copertura dei 434 milioni di euro sostitutivi del ticket sanitario per il 2009 senza effetti di incremento del deficit e/o di incremento della pressione fiscale, ricorrendo a riduzioni di spesa pubblica che non incidano sul comparto delle Regioni.*
- 2) Avviare fin da subito il tavolo per la definizione del nuovo Patto per la*

Salute 2010-2012. Tale Patto dovrà stabilire le regole e i fabbisogni condivisi, nel rispetto dei vincoli generali previsti dal Patto Europeo di Stabilità e Crescita, considerando che le Regioni valutano sottostimato il fabbisogno 2010-2011.

La necessità del percorso concertativo è stata ribadita nel documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome sempre del 2 ottobre 2008 sullo schema di DDL di attuazione della delega in materia di federalismo fiscale: *“Occorre che la fase attuativa del provvedimento e la stesura dei decreti legislativi, con particolare riferimento alle dotazioni di risorse, alla definizione dei LEA e dei LEP, alla determinazione dei fabbisogni standard, avvenga attraverso un percorso condiviso da Governo, Regioni e autonomie locali”*.

Con il **DL n. 154 del 7 ottobre 2008 convertito con modificazioni in Legge del 4 dicembre 2008 n.189**, all'art. 1 comma 5, il livello di finanziamento del SSN da parte dello Stato viene incrementato di 434 milioni di euro per l'anno 2009, a totale copertura dell'abolizione del ticket di 10 euro sulle ricette delle prestazioni di assistenza specialistica. All'art. 79 della legge 133/2008 è prevista una nuova intesa che, ad integrazione delle precedenti, preveda la riduzione dello standard dei posti letto, l'impegno delle Regioni alla riduzione delle spese per il personale ed ad attivare, nei casi di squilibrio economico, forme di compartecipazione dei cittadini.

Con il D.L. dell'aprile 2009, convertito nella **legge n. 77 del 24 giugno 2009, recante interventi per le popolazioni colpite dal terremoto in Abruzzo** il Fondo sanitario nazionale dell'anno 2009 viene ridotto di 420 milioni di euro per far fronte alle esigenze finanziarie conseguenti l'evento sismico.

La **legge n. 102 del 3 agosto 2009**, c.d. provvedimento anticrisi, ha disposto un incremento del fondo per l'assistenza ai lavoratori extracomunitari emersi; l'istituzione di un fondino di 800 milioni di euro per interventi nel settore sanitario dalle economie derivanti dalla razionalizzazione della spesa farmaceutica ed ha rideterminato il tetto di spesa farmaceutica territoriale nella misura del 13,3% a decorrere dall'anno 2010. Ha inoltre previsto una procedura di diffida per la regione Calabria a disporre un Piano di rientro dal deficit sanitario e di riorganizzazione e di riqualificazioni del SSR entro 70 giorni.

Un prospetto riepiloga i **tetti della spesa farmaceutica** determinati in diverse disposizioni legislative dal 2001 al 2009.

Nella ripresa autunnale Regioni e Governo raggiungono un primo **Accordo sul nuovo Patto per la salute sottoscritto il 23 ottobre 2009** fra il Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ed il Ministro dell'Economia e delle Finanze che prevede in particolare gli interventi di tipo finanziario per gli anni 2010-2012. Tale Accordo viene

ripreso ed integrato **nell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012.**

Anche il nuovo Patto come il precedente viene recepito nelle disposizioni della **legge n. 191 del dicembre 2009 – Finanziaria 2010** – che prevedono l'incremento delle risorse per il Servizio Sanitario nazionale per il triennio; ulteriori risorse per gli investimenti in edilizia sanitaria; nuove regole sul commissariamento per le Regioni con i Piani di rientro; il rifinanziamento del Fondo per la non autosufficienza.

La **legge n. 25 del 26 febbraio 2010** c.d. "mille proroghe" ha tra l'altro ridotto il periodo del blocco dei pignoramenti per le Regioni con i Piani di rientro, prorogato il termine per l'attività professionale intramuraria ed il termine del pay back per i prodotti medicinali.

La **legge n. 122 del 30 luglio 2010** c.d. "manovra finanziaria estiva" ha apportato pesanti restrizioni in Sanità tra cui: il blocco del turn over fino al 2014, che non si applica alle Regioni senza Piani di rientro, la riduzione del livello del finanziamento del SSN a cui concorre ordinariamente lo Stato di 418 milioni di euro per l'anno 2011 e di 1.132 milioni di euro a decorrere dall'anno 2012, economie di spesa in ambito farmaceutico che ammontano a 300 mln per il 2010 e 600 per il 2011, a riduzione del livello del finanziamento del SSN a carico dello Stato.

Ha inoltre previsto la possibilità per le Regioni non commissariate, che non superano la verifica per il raggiungimento degli obiettivi entro il 31 dicembre 2009, di chiedere la prosecuzione del Piano di rientro per un triennio;

La successiva **legge n. 163 del 1° ottobre 2010** ha previsto tra l'altro: il blocco del turn-over e il divieto di effettuare spese non obbligatorie per le Regioni sottoposte ai piani di rientro già dal 2010 con alcune deroghe nei casi in cui i competenti tavoli tecnici di verifica dell'attuazione dei piani accertino, entro il 31 ottobre 2010, il venire meno delle condizioni che hanno determinato l'applicazione delle citate misure.

Infine la **legge n. 220 del 13 dicembre 2010** c.d. "Legge di stabilità" ha disposto in particolare:

- uno stanziamento di 1.500 milioni di euro per l'anno 2012 delle risorse FAS da destinare all'edilizia sanitaria pubblica;
- un incremento pari a 347, 5 milioni di euro per l'anno 2011 limitatamente ai primi 5 mesi dell'anno 2011 del livello del finanziamento del SSN;
- la proroga di un anno, al 31 dicembre 2011, del divieto di intraprendere o proseguire azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle Regioni sottoposte ai piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore della presente legge;

- una deroga fino al 10% al blocco del turn-over, nell'ipotesi in cui, entro il 31 ottobre 2010, i tavoli tecnici accertino un'attuazione in misura parziale degli obiettivi dei Piani di rientro.

La legge n.10 del 26 febbraio 2010 (c.d. Milleproroghe) in particolare ha previsto:

- la proroga al 31 marzo 2011:
 - ✓ della scadenza legata all'attività libero professionale intramuraria (Intramoenia);
 - ✓ della scadenza legata alla possibilità per le aziende farmaceutiche di evitare il taglio del 5% ai listini dei farmaci del SSN, versando la corrispondente quota nelle casse delle Regioni.(Pay back farmaceutico);
- la proroga al 1° gennaio 2013, di due anni, del termine della cessazione degli accreditamenti provvisori delle strutture socio sanitarie private e degli stabilimenti termali;
- l'applicazione dello sconto dell'1,82% a favore del servizio sanitario regionale su tutti i medicinali erogati dalle farmacie in regime convenzionale;
- di mantenere inalterati gli effetti prodotti dal decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, nel periodo di vigenza del medesimo relativamente alla quote di spettanza alle farmacie. Con il parziale accoglimento dell'emendamento delle Regioni, si recuperano 35 milioni di euro;
- l'assegnazione alle Regioni dei 70 milioni già inclusi nel riparto delle risorse del Servizio sanitario nazionale anno 2010 e accantonati per la copertura degli oneri derivanti dalle visite fiscali;
- la sottoscrizione da parte del Ministero della Salute, di concerto con Economia con le Regioni sottoposte ai piani di rientro, di Accordi di programma, a valere sulle risorse dell'art. 20 L.n. 67/88, senza specificarne l'entità, per il finanziamento successivo di interventi già realizzati dalle Regioni con oneri a carico del fondo sanitario corrente.

Nella c.d. "prima manovra estiva" **il DL n. 98 convertito nella legge n. 111 del 15 luglio 2011** ha previsto numerose disposizioni per la **razionalizzazione della spesa sanitaria**. Tali misure di contenimento sono stimate in 2.500 mnl di euro per l'anno 2013 e in 5.450 mnl di euro per l'anno 2014 da definirsi tramite Intesa con il Governo. La Conferenza ha presentato specifico emendamento, che non è stato accolto in sede di conversione, per il reintegro dei tagli previsti in Sanità con copertura da recupero dell'evasione fiscale.

In particolare sono introdotte misure specifiche per i dispositivi medici, la spesa farmaceutica, i nuovi ticket sui farmaci e sulle altre

prestazioni sanitarie nonché la reintroduzione del ticket da 10 euro su prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Nella manovra sono altresì contenute disposizioni per la salvaguardia della cogenza dei **Piani di rientro** e per la procedura sostitutiva ove la Regione non rimuova gli ostacoli all'attuazione del Patto.

Nella successiva manovra estiva il **DL n. 138 convertito in legge n.148 del 14 settembre 2011** ha introdotto per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro la possibilità della deroga al blocco del turn over previo accertamento dei tavoli tecnici della necessità di assicurare il mantenimento dei LEA.

Successivamente è intervenuta la **Legge 183/2011 (c.d. legge di stabilità per l'anno 2012)** che ha disposto in particolare:

- il trasferimento a decorrere dal 2013 delle competenze in materia di assistenza sanitaria al personale navigante ed aeronavigante alle Regioni e Province autonome con regolamento da adottate d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni;
- la possibilità per le Regioni, a decorrere dal 2013, di concordare con gli enti locali del territorio le modalità di attuazione del Patto di stabilità interno, esclusa la componente sanitaria.

Ottobre, 2012

Legge 22-12-2011 n. 214

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, recante disposizioni urgenti per la crescita, l'equità e il consolidamento dei conti pubblici

Pubblicata nella Gazz. Uff. 27 dicembre 2011, n. 300, S.O.

A cura della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome – Settori Salute e Politiche sociali

TESTO	OSSERVAZIONI
<p>Art. 5 Introduzione dell'ISEE per la concessione di agevolazioni fiscali e benefici assistenziali, con destinazione dei relativi risparmi a favore delle famiglie ⁽¹⁾</p> <p>1. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da emanare, previo parere delle Commissioni parlamentari competenti, entro il 31 maggio 2012, sono rivisti le modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) al fine di: adottare una definizione di reddito disponibile che includa la percezione di somme, anche se esenti da imposizione fiscale, e che tenga conto delle quote di patrimonio e di reddito dei diversi componenti della famiglia nonché dei pesi dei carichi familiari, in particolare dei figli successivi al secondo e di persone disabili a carico; migliorare la capacità selettiva dell'indicatore, valorizzando in misura maggiore la componente patrimoniale sita sia in Italia sia all'estero, al netto del debito residuo per l'acquisto della stessa e tenuto conto delle imposte relative; permettere una differenziazione dell'indicatore per le diverse tipologie di prestazioni. Con il medesimo decreto sono individuate le agevolazioni fiscali e tariffarie nonché le provvidenze di natura assistenziale che, a decorrere dal 1° gennaio 2013, non possono essere più riconosciute ai soggetti in possesso di un ISEE superiore alla soglia individuata con il decreto stesso. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono definite le modalità con cui viene rafforzato il sistema dei controlli dell'ISEE, anche attraverso la condivisione degli archivi cui accedono la pubblica amministrazione e gli enti pubblici e prevedendo la costituzione di una banca dati delle prestazioni sociali agevolate, condizionate all'ISEE, attraverso l'invio telematico all'INPS, da parte degli enti erogatori, nel rispetto delle disposizioni del codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, delle informazioni sui beneficiari</p>	<p>ISEE - Vengono riviste, tramite decreto da emanare entro il 31 maggio 2012, le modalità di determinazione dell'ISEE (Indicatore della situazione economica equivalente).</p> <p>I risparmi derivanti da tale revisione sono versati all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnati al Ministero del lavoro e delle politiche sociali per l'attuazione di politiche sociali e assistenziali.</p>

e sulle prestazioni concesse. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. I risparmi derivanti dall'applicazione del presente articolo a favore del bilancio dello Stato e degli enti nazionali di previdenza e di assistenza sono versati all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnati al Ministero del lavoro e delle politiche sociali per l'attuazione di politiche sociali e assistenziali. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, si provvede a determinare le modalità attuative di tale riassegnazione.

[11] Articolo così sostituito dalla [legge di conversione 22 dicembre 2011, n. 214](#).

Art. 18 Clausola di salvaguardia

1. All'[articolo 40 del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98](#), convertito con modificazioni dalla [legge 15 luglio 2011, n. 111](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il comma 1-ter è sostituito dal seguente:

«1-ter. A decorrere dal 1° ottobre 2012 fino al 31 dicembre 2012 le aliquote Iva del 10 e del 21 per cento sono incrementate di 2 punti percentuali. A decorrere dal 1° gennaio 2013 continua ad applicarsi il predetto aumento. A decorrere dal 1° gennaio 2014 le predette aliquote sono ulteriormente incrementate di 0,5 punti percentuali.»;

b) al comma 1-quater, dopo le parole: «comma 1-ter» sono inserite le seguenti: «, secondo e terzo periodo»; nel medesimo comma la parola: «adottati» è sostituita dalle seguenti: «entrati in vigore»; nel medesimo comma le parole: «4.000 milioni di euro per l'anno 2012, nonché a 16.000 milioni di euro per l'anno 2013 ed a 20.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2014» sono sostituite dalle seguenti: «13.119 milioni di euro per l'anno 2013 ed a 16.400 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2014».

(49)

[49] Lettera così modificata dalla [legge di conversione 22 dicembre 2011, n. 214](#).

IVA - Delega fiscale e assistenziale. Aumento dell'Iva per evitare i tagli

Per alimentare la clausola di salvaguardia prevista dalla legge delega per la riforma fiscale e assistenziale (in tutto 20 miliardi di tagli a regime in caso di mancata riforma) il Governo ha stabilito di aumentare del 2% l'Iva su tutti i beni a partire dal 1 ottobre 2012 e di un ulteriore 0,5% a decorrere dal 1 gennaio 2014.

Viene modificato il comma 1-ter dell'articolo 40 del decreto-legge n. 98 del 2011 (manovra) che ha disposto la riduzione del 5% nel 2012 e del 20% a decorrere dal 2013 dei regimi di esenzione, esclusione e favore fiscale riportati nell'allegato C-bis al decreto.

Il successivo comma 1-quater ha previsto che tale disposizione non si applichi qualora entro il 30 settembre 2012 siano adottati provvedimenti legislativi in materia fiscale ed assistenziale aventi ad oggetto il riordino della spesa in materia sociale, nonché la eliminazione o riduzione dei regimi di esenzione e agevolazione fiscale che si sovrappongono alle prestazioni assistenziali, tali da determinare effetti positivi (cioè riduzioni), ai fini dell'indebitamento netto, non inferiori a 4 miliardi di euro per il 2012 ed a 20 miliardi di euro annui a decorrere dal 2013. (ora sostituite da 13.119 milioni di euro per l'anno 2013 ed a 16.400 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2014),

Si ricorda che tale riordino dei regimi agevolativi è previsto nel disegno di legge di iniziativa governativa recante Delega al Governo per la riforma fiscale e assistenziale, in discussione alla Camera dei deputati (A.C. 4566).

L'articolo 11 del dd stabilisce infatti che dall'attuazione della legge di delega, e in particolare dal riordino della spesa in materia sociale, nonché dall'eliminazione o riduzione dei regimi di esenzione, esclusione e favore fiscale che si sovrappongono alle prestazioni assistenziali, devono derivare effetti positivi, ai fini dell'indebitamento netto, non inferiori a 4.000 milioni di euro per l'anno 2013 e a 20.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2014

<p style="text-align: center;">Capo VI - Concorso alla manovra degli Enti territoriali</p> <p>Art. 28 Concorso alla manovra degli Enti territoriali e ulteriori riduzioni di spese</p> <p>1. All'<i>articolo 6, comma 1, del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68</i>, le parole: «pari allo 0,9 per cento», sono sostituite dalle seguenti: «pari a 1,23 per cento». Tale modifica si applica a decorrere dall'anno di imposta 2011.</p> <p>2. L'aliquota di cui al comma 1, si applica anche alle Regioni a statuto speciale e alle Province autonome di Trento e Bolzano.</p> <p>3. Con le procedure previste dall'<i>articolo 27, della legge 5 maggio 2009, n. 42</i>, le Regioni a statuto speciale e le Province autonome di Trento e Bolzano assicurano, a decorrere dall'anno 2012, un concorso alla finanza pubblica di euro 860 milioni annui. Con le medesime procedure le Regioni Valle d'Aosta e Friuli-Venezia Giulia e le Province autonome di Trento e Bolzano assicurano, a decorrere dall'anno 2012, un concorso alla finanza pubblica di 60 milioni di euro annui, da parte dei Comuni ricadenti nel proprio territorio. Fino all'emanazione delle norme di attuazione di cui al predetto <i>articolo 27</i>, l'importo complessivo di 920 milioni è accantonato, proporzionalmente alla media degli impegni finali registrata per ciascuna autonomia nel triennio 2007-2009, a valere sulle quote di compartecipazione ai tributi erariali. Per la Regione Siciliana si tiene conto della rideterminazione del fondo sanitario nazionale per effetto del comma 2.</p> <p>4. All'<i>articolo 27, comma 1, della legge 5 maggio 2009, n. 42</i> le parole "entro il termine di trenta mesi stabilito per l'emanazione dei decreti legislativi di cui all'articolo 2" sono soppresse.</p> <p>5. Nell'applicazione delle disposizioni di cui al comma 4, dell'<i>articolo 77-quater, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 6 agosto 2008, n. 133</i>, si tiene conto degli effetti derivanti dalla rideterminazione dell'aliquota di cui al comma 1 del presente articolo, ai fini della definizione della misura della compartecipazione spettante a ciascuna Regione.</p> <p>6. All'<i>articolo 77-quater, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 6 agosto 2008, n. 133</i>, in ciascuno dei commi 4 e 5, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: "Le risorse</p>	<p>ALIQUTA ADDIZIONALE REGIONALE IRPEF - A decorrere dal 2011 l'aliquota di base dell'addizionale regionale dell'IRPEF aumenta dallo 0,9% all'1,23%. Tale incremento da destinare alla copertura del fabbisogno sanitario nazionale di parte corrente determina un gettito di 2.085 milioni di euro cui corrisponde una riduzione di pari importo della compartecipazione IVA destinata al finanziamento del fabbisogno sanitario. (vedi comma 5)</p> <p>Tale incremento percentuale si applica anche alle Regioni a statuto speciale e alle Province autonome. Il maggior gettito della Regione Siciliana pari a 130 milioni di euro determina una riduzione del fondo sanitario nazionale e conseguenti effetti positivi sui saldi di finanza pubblica a decorrere dall'anno 2012.</p> <p>A decorrere dal 2012 le Regioni a statuto speciale e le Province autonome di Trento e Bolzano assicurano un contributo alla finanza pubblica pari a 860 milioni di euro in base a quanto stabilito dalla Legge 42/2009 per cui: "concorrono al conseguimento degli obiettivi di perequazione e di solidarietà ed all'esercizio dei diritti e doveri da essi derivanti, nonché al patto di stabilità interno e all'assolvimento degli obblighi posti dall'ordinamento comunitario ..."</p> <p>Con le stesse procedure la Regione Valle D'Aosta e Friuli Venezia Giulia e le Province autonome di Trento e Bolzano assicurano un concorso per 60 milioni di euro da parte dei Comuni ricadenti nel proprio territorio.</p> <p>Per le Regioni Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta e per le Province autonome di Trento e di Bolzano provvedono alla finanza degli enti locali del proprio territorio con risorse del proprio bilancio. Ciò non avviene nel caso della regione Sardegna e della Regione siciliana, dove la finanza degli enti locali è a carico dello Stato.</p> <p>Le somme accantonate, pari alla quota del finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario, la cui erogazione è condizionata alla verifica degli adempimenti regionali, ai sensi della legislazione vigente (così dispone per tutte le regioni a statuto ordinario il comma 4 e per la regione Sicilia il</p>
---	--

corrispondenti al predetto importo, condizionate alla verifica positiva degli adempimenti regionali, rimangono accantonate in bilancio fino alla realizzazione delle condizioni che, ai sensi della vigente legislazione, ne consentono l'erogabilità alle regioni e comunque per un periodo non superiore al quinto anno successivo a quello di iscrizione in bilancio.".

7. Il fondo sperimentale di riequilibrio, come determinato ai sensi dell'[articolo 2, del decreto legislativo 14 marzo 2011, n. 23](#), e il fondo perequativo, come determinato ai sensi dell'[articolo 13, del medesimo decreto legislativo n. 23 del 2011](#), ed i trasferimenti erariali dovuti ai Comuni della Regione Siciliana e della Regione Sardegna sono ridotti di ulteriori 1.450 milioni di euro per gli anni 2012 e successivi.

8. Il fondo sperimentale di riequilibrio, come determinato ai sensi dell'[articolo 21 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68](#), il fondo perequativo, come determinato ai sensi dell'[articolo 23, del medesimo decreto legislativo n. 68 del 2011](#), ed i trasferimenti erariali dovuti alle Province della Regione Siciliana e della Regione Sardegna sono ridotti di ulteriori 415 milioni di euro per gli anni 2012 e successivi.

9. La riduzione di cui al comma 7, è ripartita in proporzione alla distribuzione territoriale dell'imposta municipale propria sperimentale di cui all'[articolo 13](#), del presente decreto.

10. La riduzione di cui al comma 8 è ripartita proporzionalmente.

11. Il comma 6, dell'[articolo 18, del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68](#), è soppresso.

11-bis. Il comma 5 dell' [articolo 17 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68](#), è abrogato. Le misure di cui all' [articolo 1, comma 12, periodi dal terzo al quinto, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 14 settembre 2011, n. 148](#), e successive modificazioni, si applicano nell'intero territorio nazionale. ⁽⁸³⁾

11-ter. Al fine di potenziare il coordinamento della finanza pubblica è avviata la ridefinizione delle regole del patto di stabilità interno.

11-quater. All' [articolo 76, comma 7, primo periodo, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 6 agosto 2008, n. 133](#), e successive modificazioni, le parole: «40 %» sono sostituite

comma 5 dell'art. 77-quater del decreto legge n.112/08), rimangono accantonate in bilancio fino alla realizzazione delle condizioni che ne consentono l'erogabilità e comunque per un periodo non superiore al quinto anno successivo a quello di iscrizione in bilancio.

FONDO SPERIMENTALE DI RIEQUILIBRIO E FONDO PEREQUATIVO - Riduzione del fondo sperimentale di riequilibrio e del fondo perequativo a decorrere dal 2012 di 1.450 milioni di euro per quanto riguarda i Comuni delle Regioni a statuto ordinario, nonché i Comuni della Sicilia e della Sardegna con conseguente miglioramento dei saldi di finanza pubblica.

Riduzione del fondo sperimentale di riequilibrio e del fondo perequativo a decorrere dal 2012 di 415 milioni di euro per quanto riguarda le Province delle Regioni a statuto ordinario, nonché le Province della Sicilia e della Sardegna con conseguente miglioramento dei saldi di finanza pubblica.

Il comma 11 sopprime il comma 6 dell'articolo 18 del D.Lgs. n.68/2011, recante una clausola di salvaguardia nei confronti delle province in esito al riordino fiscale per esse derivante dall'articolo 18 di tale decreto, con specifico riguardo alla soppressione dell'addizionale provinciale sull'energia elettrica.

dalle seguenti: «50 per cento». ⁽⁸³⁾

[83] Comma aggiunto dalla *legge di conversione 22 dicembre 2011, n. 214*.

Art. 32 Farmacie

1. In materia di vendita dei farmaci, negli esercizi commerciali di cui all'*articolo 5, comma 1, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 4 agosto 2006, n. 248*, che ricadono nel territorio di comuni aventi popolazione superiore a 12.500 abitanti e, comunque, al di fuori delle aree rurali come individuate dai piani sanitari regionali, in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi fissati con decreto del 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, adottato entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, possono, esperita la procedura di cui al comma 1-bis, essere venduti senza ricetta medica anche i medicinali di cui all'*articolo 8, comma 10, lettera c), della legge 24 dicembre 1993, n. 537*, e successive modificazioni, ad eccezione dei medicinali di cui all'*articolo 45 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309*, e successive modificazioni, e di cui all'*articolo 89 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219*, nonché dei farmaci del sistema endocrino e di quelli somministrabili per via parenterale. Con il medesimo decreto, sentita l'Agenzia italiana del farmaco, sono definiti gli ambiti di attività sui quali sono assicurate le funzioni di farmacovigilanza da parte del Servizio sanitario nazionale. ⁽⁹²⁾

1-bis. Il Ministero della salute, sentita l'Agenzia italiana del farmaco, individua entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto un elenco, periodicamente aggiornabile, dei farmaci di cui all'*articolo 8, comma 10, lettera c), della legge 24 dicembre 1993, n. 537*, e successive modificazioni, per i quali permane l'obbligo di ricetta medica e dei quali non è consentita la vendita negli esercizi commerciali di cui al comma 1. ⁽⁹³⁾

2. Negli esercizi commerciali di cui all'*articolo 5, comma 1, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 4 agosto 2006, n. 248*, la vendita dei medicinali deve avvenire, ai sensi di quanto previsto dal comma 2 del citato *articolo 5*, nell'ambito di un apposito

FARMACIE

I farmaci con obbligo di ricetta, compresi quelli di fascia C, potranno essere venduti solo in farmacia. Mentre quelli a libera vendita saranno individuati dopo che il ministero della Salute e l'Aifa (entro 120 giorni) avranno stilato una lista specifica della fascia C, dove saranno compresi i farmaci per i quali permane l'obbligo della ricetta e che quindi potranno essere venduti solo nelle farmacie. Quelli non compresi nella lista saranno invece liberalizzati.

Esclusi a priori dalla liberalizzazione sono comunque i farmaci della lista stupefacenti, quelli con ricetta non ripetibile, i farmaci del sistema endocrino e quelli somministrabili per via parenterale.

Altra modifica quella alla soglia sotto la quale non scatteranno le liberalizzazioni: scende a 12.500 abitanti contro i 15.000 del decreto.

Prevista poi la possibilità di sconti sui farmaci oggetto del provvedimento e quindi sia su quelli della fascia C con ricetta che restano vendibili solo in farmacia che su quelli che entreranno in libera vendita anche nelle parafarmacie e nei corner della grande distribuzione.

Con decreto del ministero della Salute saranno fissati, entro 60 giorni, i requisiti strutturale, tecnologici e organizzativi degli esercizi commerciali (parafarmacie e corner) abilitati alla vendita dei nuovi medicinali liberalizzati.

E' stato pubblicato sulla GU n. 97 del 26-4-2012 - Suppl. Ordinario n.83, il decreto 18 aprile 2012, del Ministero della Salute recante "Attuazione delle disposizioni dell'articolo 32, comma 1, del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, sulla vendita dei medicinali previsti dall'articolo 8, comma 10, lettera c), della legge 24 dicembre 1993, n. 537".

<p>reparto delimitato, rispetto al resto dell'area commerciale, da strutture in grado di garantire l'inaccessibilità ai farmaci da parte del pubblico e del personale non addetto, negli orari sia di apertura al pubblico che di chiusura.</p> <p>3. Le condizioni contrattuali e le prassi commerciali adottate dalle imprese di produzione o di distribuzione dei farmaci che si risolvono in una ingiustificata discriminazione tra farmacie e parafarmacie quanto ai tempi, alle condizioni, alle quantità ed ai prezzi di fornitura, costituiscono casi di pratica commerciale sleale ai fini dell'applicazione delle vigenti disposizioni in materia.</p> <p>4. È data facoltà alle farmacie e agli esercizi commerciali di cui all'<i>art. 5, comma 1, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223</i>, convertito con modificazioni dalla <i>legge 4 agosto 2006, n. 248</i>, di praticare liberamente sconti sui prezzi al pubblico sui medicinali di cui ai commi 1 e 1-bis, purché gli sconti siano esposti in modo leggibile e chiaro al consumatore e siano praticati a tutti gli acquirenti.⁽⁹⁴⁾</p> <hr/> <p>[92] Comma così sostituito dalla <i>legge di conversione 22 dicembre 2011, n. 214</i>, che ha sostituito l'originario comma 1 con gli attuali commi 1 e 1-bis.</p> <p>[93] Comma inserito dalla <i>legge di conversione 22 dicembre 2011, n. 214</i>, che ha sostituito l'originario comma 1 con gli attuali commi 1 e 1-bis.</p> <p>[94] Comma così modificato dalla <i>legge di conversione 22 dicembre 2011, n. 214</i>.</p>	<p>E' obbligatorio delimitare appositi spazi per la vendita di tali farmaci, al fine di non renderli liberamente accessibili al pubblico.</p> <p>Possono essere applicati sconti su tutti i prodotti farmaceutici acquistati direttamente dai cittadini compresi quelli con obbligo di ricetta, purché gli sconti siano esposti in modo leggibile e chiaro.</p>
<p>Art. 33 Soppressione di limitazioni all'esercizio di attività professionali⁽⁹⁵⁾</p> <p>1. Il comma 2 dell' <i>articolo 10 della legge 12 novembre 2011, n. 183</i>, è sostituito dal seguente: «2. All' <i>articolo 3 del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 14 settembre 2011, n. 148</i>, dopo il comma 5 sono inseriti i seguenti: "5-bis. Le norme vigenti sugli ordinamenti professionali in contrasto con i principi di cui al comma 5, lettere da a) a g), sono abrogate con effetto dalla data di entrata in vigore del regolamento governativo di cui al comma 5 e, in ogni caso, dalla data del 13 agosto 2012. 5-ter. Il Governo, entro il 31 dicembre 2012, provvede a raccogliere le</p>	<p>Le norme vigenti sugli ordinamenti professionali saranno abrogate, con effetto dall'entrata in vigore dell'apposito regolamento governativo, e in ogni caso dalla data del 13 agosto 2012, solo se in contrasto con i principi di liberalizzazione previsti dalla manovra di luglio (L.111/2011). Viene quindi scongiurata la abrogazione di fatto degli Ordini in caso di mancata riforma. Il Governo, entro il 31 dicembre 2012, è tenuto a redigere un testo unico delle disposizioni aventi forza di legge che non risultino abrogate a seguito dell'entrata in vigore del predetto regolamento governativo ovvero a decorrere dalla data del 13 agosto 2012. La disciplina della riforma degli ordinamenti professionali viene rimessa ad un regolamento di</p>

disposizioni aventi forza di legge che non risultano abrogate per effetto del comma 5-bis in un testo unico da emanare ai sensi dell' *articolo 17-bis della legge 23 agosto 1988, n. 400*».

2. All' *articolo 3, comma 5, lettera c), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 14 settembre 2011, n. 148*, le parole: «la durata del tirocinio non potrà essere complessivamente superiore a tre anni» sono sostituite dalle seguenti: «la durata del tirocinio non potrà essere superiore a diciotto mesi».

[95] Articolo così sostituito dalla *legge di conversione 22 dicembre 2011, n. 214*.

delegificazione.

In caso di mancata adozione del regolamento previsto dal comma 5 dell'articolo 3 del D.L.138/2011 scatta l'abrogazione automatica, alla scadenza del termine del 13 agosto 2012, delle norme vigenti sugli ordinamenti professionali

E 'prevista la riduzione a 18 mesi dei tempi del tirocinio per l'accesso alla professione. La norma è di carattere ordinamentale e non comporta oneri per la finanza pubblica.

Legge 24 febbraio 2012, n. 14

Conversione in legge, con modificazioni, del [decreto-legge 29 dicembre 2011, n. 216](#), recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative. Differimento di termini relativi all'esercizio di deleghe legislative

A cura della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome– Settore Salute e Politiche sociali

TESTO	OSSERVAZIONI
<p>Art. 2 Proroga Commissario straordinario C.R.I.</p> <p>In vigore dal 28 febbraio 2012</p> <p>1. L'incarico di commissario straordinario della Croce Rossa Italiana è prorogato fino alla data di ricostituzione degli organi statutari a conclusione del riassetto organizzativo, anche in attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 6, comma 5, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e delle disposizioni di cui all'articolo 2 della legge delega 4 novembre 2010, n. 183, e comunque non oltre il 30 settembre 2012. ⁽⁷⁾</p> <hr/> <p>(7) Comma così modificato dalla legge di conversione 24 febbraio 2012, n. 14.</p>	<p>CROCE ROSSA</p> <p>Proroga dell'incarico del Commissario straordinario della CRI fino alla data di ricostituzione degli organi statutari a conclusione del riassetto organizzativo e comunque non oltre il 30 settembre 2012.</p>
<p>Art. 3 Proroghe in materia di verifiche sismiche</p> <p>In vigore dal 29 dicembre 2011</p> <p>1. Il termine, di cui all'articolo 20, comma 5, del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2008, n. 31, e successive modificazioni, comprese anche le disposizioni relative alle dighe di ritenuta di cui all'articolo 4, comma 1, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 79, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 maggio 2004, n. 139, è differito al 31 dicembre 2012.</p>	<p>NORMATIVA ANTISISMICA</p> <p>Termine differito al 31 dicembre 2012 in merito all'obbligo di procedere a verifica, da effettuarsi a cura dei rispettivi proprietari, sia degli edifici di interesse strategico e delle opere infrastrutturali la cui funzionalità durante gli eventi sismici assume rilievo fondamentale per le finalità di protezione civile, sia degli edifici e delle opere infrastrutturali che possono assumere rilevanza in relazione alle conseguenze di un eventuale collasso.</p>

<p align="center">Art. 6 Proroga dei termini in materia di lavoro</p> <p align="center">stralcio</p> <p>2-sexies. Fino al 31 maggio 2012, in parziale deroga all'articolo 29, comma 1, lettera c), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, le regioni non assoggettate a piano di rientro possono procedere al ripiano del disavanzo sanitario maturato al 31 dicembre 2011 anche con la vendita di immobili. ⁽¹²⁾</p> <p>(12) Comma aggiunto dalla legge di conversione 24 febbraio 2012, n. 14.</p>	<p>Fino al 31 maggio 2012 le Regioni senza piano di rientro possono ripianare i disavanzi sanitari maturati al 31 dicembre 2011 anche con la vendita di immobili.</p>
<p align="center">Art. 10 Proroga di termini in materia sanitaria</p> <p>In vigore dal 28 febbraio 2012</p> <p>1. All'articolo 54, comma 3-bis, del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, le parole "dal 1° gennaio 2012" sono sostituite dalle seguenti: "dal 3 luglio 2013".</p> <p>2. Il termine del 31 gennaio 2011 di cui all'articolo 1, comma 2, secondo periodo, della legge 3 agosto 2007, n. 120, e successive modificazioni, come prorogato ai sensi dell'articolo 1, commi 1 e 2, del decreto-legge 29 dicembre 2010, n. 225, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 2011, n. 10, e dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 25 marzo 2011, recante ulteriore proroga di termini relativa al Ministero della salute, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 74 del 31 marzo 2011, è fissato al 30 giugno 2012. ⁽²²⁾</p> <p>3. Al fine di consentire alle regioni di completare il programma finalizzato alla realizzazione di strutture sanitarie per l'attività libero-professionale intramuraria, ai sensi dell'articolo 15-duodecies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 1 del decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254, il termine, già stabilito dall'articolo 1-bis del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189, è fissato al 30 giugno 2012. ⁽²²⁾</p> <p>4. Il termine di cui all'articolo 9, comma 1, primo periodo, del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2008, n. 31, fissato al 31 dicembre 2011 dall'articolo 1, commi 1 e</p>	<p>Proroga al 3 luglio 2013 dei termini in materia di sostanze attive utilizzate come materia prima per la produzione di medicinali</p> <p>INTRAMOENIA</p> <p>Proroga dell' intramoenia al 30 giugno 2012.</p> <p>Al fine di realizzare strutture sanitarie per l'attività intramuraria il termine è fissato al 30 giugno 2012.</p> <p>PAY BACK FARMACEUTICO</p>

2, del decreto-legge 29 dicembre 2010, n. 225, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 2011, n. 10, e dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 25 marzo 2011, recante ulteriore proroga di termini relativa al Ministero della salute, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 74 del 31 marzo 2011, è prorogato al 31 dicembre 2012. ⁽²²⁾

5. L'applicazione della disposizione di cui all'*articolo 1, comma 796, lettera g), della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, già prorogata dall'*articolo 64, comma 1, della legge 23 luglio 2009, n. 99*, conseguentemente a quanto disposto al comma 4 del presente articolo, è prorogata fino al 31 dicembre 2012. ⁽²²⁾

5-bis. Al fine di completare il processo di riorganizzazione dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e conseguire l'adeguamento strutturale per l'ottimizzazione delle funzioni registrative, ispettive e di farmacovigilanza, nonché per l'armonizzazione delle procedure di competenza agli standard quantitativi e qualitativi delle altre Agenzie regolatorie europee, le procedure concorsuali autorizzate all'AIFA, ai sensi dell'*articolo 34-bis, comma 6, del decreto-legge 30 dicembre 2008, n. 207*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 27 febbraio 2009, n. 14*, non ancora avviate, possono essere bandite entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. ⁽²³⁾

5-ter. Al fine di assicurare la prosecuzione delle attività di cura, formazione e ricerca sulle malattie ematiche svolte, sia a livello nazionale che internazionale, dalla Fondazione Istituto mediterraneo di ematologia (IME), di cui all'*articolo 2, comma 2, del decreto-legge 23 aprile 2003, n. 89*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 20 giugno 2003, n. 141*, la spesa prevista per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, ai sensi della finalizzazione prevista nell'elenco n. 1 di cui all'*articolo 2, comma 250, della legge 23 dicembre 2009, n. 191*, è autorizzata anche per gli anni 2013, 2014 e 2015, nel limite di 5 milioni di euro per ciascuno dei medesimi anni, al fine di dare continuità ai progetti di ricerca e alle attività soprattutto nei confronti di organismi e enti internazionali. Resta fermo quanto previsto dal citato *articolo 2, comma 250*, per la destinazione delle risorse. ⁽²³⁾

5-quater. All'onere derivante dal comma 5-ter, pari a 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015, si provvede:

Proroga del Pay back farmaceutico al 31 dicembre 2012.

Le singole aziende farmaceutiche, entro il termine perentorio del 31 dicembre 2012, possono chiedere alla medesima AIFA la sospensione, nei confronti di tutti i propri farmaci, della misura della ulteriore riduzione del 5 per cento dei prezzi di cui alla deliberazione del consiglio di amministrazione dell'AIFA n. 26 del 27 settembre 2006. La richiesta deve essere corredata dalla contestuale dichiarazione di impegno al versamento, a favore delle regioni interessate, degli importi indicati nelle tabelle di equivalenza approvate dall'AIFA, secondo le modalità indicate nella presente disposizione normativa e nei provvedimenti attuativi dell'AIFA, per un importo complessivo equivalente a quello derivante, a livello nazionale, dalla riduzione del 5 cento dei prezzi dei propri farmaci.

Le procedure concorsuali autorizzate all'AIFA possono essere bandite entro 90 giorni dall'entrata in vigore della Legge di conversione.

E' stabilita la prosecuzione dell'attività di cura, formazione e ricerca sulle malattie ematiche della Fondazione Istituto mediterraneo di ematologia (IME). Per l'operazione è autorizzata la spesa di 5 milioni per ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015, finanziati con riduzioni di spesa al Fondo per interventi strutturali di politica economica e alle spese di parte corrente del Ministero della Salute.

<p>a) quanto a 3 milioni di euro, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'<i>articolo 10, comma 5, del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 282</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 27 dicembre 2004, n. 307</i>, relativa al Fondo per interventi strutturali di politica economica;</p> <p>b) quanto a 2 milioni di euro, mediante riduzione degli stanziamenti relativi alle spese rimodulabili di parte corrente di cui all'<i>articolo 21, comma 5, lettera b), della legge 31 dicembre 2009, n. 196</i>, dei programmi del Ministero della salute. ⁽²³⁾</p> <hr/> <p>(22) Comma così modificato dalla <i>legge di conversione 24 febbraio 2012, n. 14</i>.</p> <p>(23) Comma aggiunto dalla <i>legge di conversione 24 febbraio 2012, n. 14</i>.</p>	
<p>Art. 19 Proroga dei termini per l'emanazione di provvedimenti in materia di adeguamento e armonizzazione dei sistemi contabili</p> <p>In vigore dal 28 febbraio 2012</p> <p>1. Al <i>decreto legislativo 31 maggio 2011, n. 91</i>, sono apportate le seguenti modificazioni:</p> <p>a) all'<i>articolo 4</i>, comma 3, le parole: «centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto» sono sostituite dalle seguenti: «il 31 dicembre 2012»;</p> <p>b) all'<i>articolo 8</i>, comma 7, le parole: «centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto» sono sostituite dalle seguenti: «il 31 dicembre 2012»; ⁽⁴²⁾</p> <p>c) all'<i>articolo 11</i>, comma 3, le parole: «centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto» sono sostituite dalle seguenti: «il 31 dicembre 2012»; ⁽⁴²⁾</p> <p>d) all'<i>articolo 11</i>, comma 4, le parole: «centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto» sono sostituite dalle seguenti: «il 31 dicembre 2012»; ⁽⁴²⁾</p> <p>e) all'<i>articolo 12</i>, comma 1, le parole: «novanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto» sono sostituite dalle seguenti: «il 31 dicembre 2012»; ⁽⁴²⁾</p>	<p>Proroghe dei termini in relazione al dlgs "Armonizzazione Sistemi contabili"</p>

f) all'[articolo 14](#), comma 2, le parole: «entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto» sono sostituite dalle seguenti: «entro il 31 dicembre 2012»; ⁽⁴²⁾

g) all'[articolo 16](#), comma 2, le parole: «novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto» sono sostituite dalle seguenti: «il 31 dicembre 2012»; ⁽⁴²⁾

h) all'[articolo 18](#), comma 1, le parole: «centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto» sono sostituite dalle seguenti: «il 31 dicembre 2012»; ⁽⁴²⁾

i) all'[articolo 23](#), comma 1, le parole: «31 dicembre 2011» sono sostituite dalle seguenti: «31 dicembre 2012»; ⁽⁴²⁾

l) all'[articolo 25](#), comma 1, le parole: «novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto» sono sostituite dalle seguenti: «il 31 dicembre 2012» e le parole: «a partire dal 2012» sono sostituite dalle seguenti: «a partire dal 2013». ⁽⁴²⁾

1-bis. All'[articolo 6, comma 2, primo periodo, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 4 dicembre 2008, n. 189](#), dopo le parole: «[legge 27 dicembre 2006, n. 296](#)» sono aggiunte le seguenti: «, e, fino al 31 dicembre 2012, per le finalità previste dall'[articolo 5-bis, comma 1, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 14 settembre 2011, n. 148](#), limitatamente alle risorse del Fondo per lo sviluppo e la coesione, di cui all'[articolo 4 del decreto legislativo 31 maggio 2011, n. 88](#)». ⁽⁴³⁾

(42) Lettera così modificata dalla [legge di conversione 24 febbraio 2012, n. 14](#).

(43) Comma aggiunto dalla [legge di conversione 24 febbraio 2012, n. 14](#).

Nel documento recante parere sul D.L. n°216/2011 - consegnato in Conferenza Unificata il 19 gennaio 2012 - le Regioni avevano formulato la seguente richiesta emendativa, che reca la proroga dei termini anche per il D. lgs 118/2011:

All'articolo 19, dopo il comma 1 è aggiunto il presente comma:

“2. Il comma 1 dell'articolo 38 del Decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 recante “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42” è così sostituito: Le disposizioni del Titolo I si applicano a decorrere dal 2014 e le disposizioni del Titolo II si applicano a decorrere dal 2013.”.

Art. 29 Proroghe di termini in materia fiscale

Stralcio

14. In deroga a quanto stabilito dall'*articolo 3, comma 1, della legge 27 luglio 2000, n. 212*, per l'anno di imposta 2011 il termine per deliberare l'aumento o la diminuzione dell'aliquota dell'addizionale regionale all'IRPEF è prorogato al 31 dicembre 2011; in ogni caso l'aumento o la diminuzione si applicano sull'aliquota di base dell'1,23 per cento e le maggiorazioni già vigenti alla data di entrata in vigore del presente decreto si intendono applicate sulla predetta aliquota di base dell'1,23 per cento. ⁽⁶⁵⁾

(65) Comma così modificato dalla *legge di conversione 24 febbraio 2012, n. 14*.

Nel documento recante parere sul D.L. n°216/2011 - consegnato in Conferenza Unificata il 19 gennaio 2012 - le Regioni avevano formulato la seguente richiesta emendativa:

Dopo l'articolo 29, è aggiunto il seguente articolo:

"Art. 29-bis - Salvaguardia del gettito IRAP e Addizionale IRPEF derivante dalle manovre fiscali regionali

1. In conformità alle disposizioni di cui all'art. 11 del Decreto Legislativo 6 maggio 2011, n.68, recante "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario" , il minore gettito relativo all'IRAP e all'addizionale IRPEF per effetto delle disposizioni di cui agli articoli 1 e 2 del d.l. 6 dicembre 2011, n. 201 è compensato mediante attribuzione di risorse erariali alle Regioni a Statuto ordinario.

2. La compensazione di cui al comma 1 opera esclusivamente con riferimento al minore gettito relativo alle manovre fiscali in aumento adottate dalle singole Regioni a Statuto ordinario nell'esercizio dell'autonomia tributaria."

Legge 24 marzo 2012, n. 27

Conversione in legge, con modificazioni, del *decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1*, recante disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività

A cura della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome – Settore Salute e Politiche sociali

Il 2 febbraio 2012 in sede di Conferenza Unificata le Regioni e le Province autonome hanno espresso parere favorevole sul disegno di legge condizionato all'accoglimento della richiesta di attivazione di un immediato confronto politico con il Governo volto a consentire la definizione di un percorso condiviso di attuazione delle riforme proposte, al fine di rendere le stesse coerenti con il sistema di prerogative regionali costituzionalmente garantite ed hanno consegnato un documento di osservazioni generali corredate da un allegato contenente le richieste emendative. Nel documento sono stati formulati emendamenti puntuali sull'articolo 11 in parte recepiti nel corso dell'iter parlamentare.

<i>TESTO</i>	<i>OSSERVAZIONI</i>
<p data-bbox="568 719 658 743">Art. 11</p> <p data-bbox="170 788 1061 898"><i>Potenziamento del servizio di distribuzione farmaceutica, accesso alla titolarità delle farmacie, modifica alla disciplina della somministrazione dei farmaci e altre disposizioni in materia sanitaria ⁽²¹⁾</i></p> <p data-bbox="147 1011 1084 1182">1. Al fine di favorire l'accesso alla titolarità delle farmacie da parte di un più ampio numero di aspiranti, aventi i requisiti di legge, nonché di favorire le procedure per l'apertura di nuove sedi farmaceutiche garantendo al contempo una più capillare presenza sul territorio del servizio farmaceutico, alla <i>legge 2 aprile 1968, n. 475</i>, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:</p> <p data-bbox="203 1225 1072 1249">a) all'articolo 1, il secondo e il terzo comma sono sostituiti dai seguenti:</p> <p data-bbox="147 1283 1084 1337">«Il numero delle autorizzazioni è stabilito in modo che vi sia una farmacia ogni 3.300 abitanti.</p> <p data-bbox="147 1342 1084 1425">La popolazione eccedente, rispetto al parametro di cui al secondo comma, consente l'apertura di una ulteriore farmacia, qualora sia superiore al 50 per cento del parametro stesso»;</p>	<p data-bbox="1111 1283 2040 1337">Il quorum minimo demografico, per l'apertura di una farmacia è fissato a 3.300 abitanti.</p> <p data-bbox="1111 1369 2040 1425">Il parametro dell'eccedenza di abitanti, per l'apertura di un ulteriore farmacia, deve essere maggiore del 50 per cento di 3.300 abitanti -1651</p>

<p>b) dopo l'articolo 1 è inserito il seguente:</p> <p>«Art. 1-bis. - 1. In aggiunta alle sedi farmaceutiche spettanti in base al criterio di cui all'articolo 1 ed entro il limite del 5 per cento delle sedi, comprese le nuove, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita l'azienda sanitaria locale competente per territorio, possono istituire una farmacia:</p> <p>a) nelle stazioni ferroviarie, negli aeroporti civili a traffico internazionale, nelle stazioni marittime e nelle aree di servizio autostradali ad alta intensità di traffico, dotate di servizi alberghieri o di ristorazione, purché non sia già aperta una farmacia a una distanza inferiore a 400 metri;</p> <p>b) nei centri commerciali e nelle grandi strutture con superficie di vendita superiore a 10.000 metri quadrati, purché non sia già aperta una farmacia a una distanza inferiore a 1.500 metri»;</p> <p>c) l'articolo 2 è sostituito dal seguente:</p> <p>«Art. 2. - 1. Ogni comune deve avere un numero di farmacie in rapporto a quanto disposto dall'articolo 1. Al fine di assicurare una maggiore accessibilità al servizio farmaceutico, il comune, sentiti l'azienda sanitaria e l'Ordine provinciale dei farmacisti competente per territorio, identifica le zone nelle quali collocare le nuove farmacie, al fine di assicurare un'equa distribuzione sul territorio, tenendo altresì conto dell'esigenza di garantire l'accessibilità del servizio farmaceutico anche a quei cittadini residenti in aree scarsamente abitate.</p> <p>2. Il numero di farmacie spettanti a ciascun comune è sottoposto a revisione entro il mese di dicembre di ogni anno pari, in base alle rilevazioni della popolazione residente nel comune, pubblicate dall'Istituto nazionale di statistica».</p> <p>2. Ciascun comune, sulla base dei dati ISTAT sulla popolazione residente al 31 dicembre 2010 e dei parametri di cui al comma 1, individua le nuove sedi farmaceutiche disponibili nel proprio territorio e invia i dati alla regione entro e non oltre trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.</p> <p>3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad assicurare, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della legge di</p>	<p>abitanti.</p> <p>In aggiunta alle nuove farmacie, le Regioni e le Province autonome possono prevederne l'apertura di ulteriori farmacie in aree ad alta frequentazione, con un limite del 5 per cento del totale delle farmacie (incluse le nuove sedi):</p> <p>a) nelle stazioni ferroviarie, negli aeroporti civili a traffico internazionale, nei porti, nelle aree di servizio autostradali ad alta intensità di traffico e servite da servizi alberghieri o di ristorazione, se non è già presente una farmacia a meno di 400 metri dalla struttura (il Senato ha modificato la norma originaria del D.L. che stabiliva un limite più basso pari a 200 metri);</p> <p>b) nei centri commerciali e nelle grandi strutture di vendita con superficie superiore a 10.000 metri quadrati, se non è già presente una farmacia a meno di 1.500 metri dalla struttura.</p> <p>Al fine di favorire l'accesso al servizio farmaceutico da parte dei cittadini prevede per il Comune i seguenti obblighi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stabilire il numero delle farmacie risultante esattamente dell'applicazione dei parametri previsti; - prevedere l'ubicazione della farmacie secondo criteri di equa distribuzione e di copertura delle aree scarsamente abitate; - usare le rilevazioni Istat sulla popolazione per la revisione biennale della pianta organica. <p>Per quanto riguarda la disciplina inerente l'apertura di nuove farmacie sono assegnate funzioni al Comune. In particolare,</p> <p>al Comune per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'individuazione del numero di nuove farmacie disponibili sul territorio; - l'invio dei dati alla Regione entro e non oltre 30 giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del decreto-legge; <p>Le Regioni e le Province AA. invece provvedono a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - concludere il concorso straordinario e l'assegnazione delle sedi farmaceutiche entro un anno dalla data di entrata in vigore della
--	--

conversione del presente decreto, la conclusione del concorso straordinario e l'assegnazione delle sedi farmaceutiche disponibili di cui al comma 2 e di quelle vacanti. In deroga a quanto previsto dall'[articolo 9 della legge 2 aprile 1968, n. 475](#), sulle sedi farmaceutiche istituite in attuazione del comma 1 o comunque vacanti non può essere esercitato il diritto di prelazione da parte del comune. Entro sessanta giorni dall'invio dei dati di cui al comma 2, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano bandiscono il concorso straordinario per soli titoli per la copertura delle sedi farmaceutiche di nuova istituzione e per quelle vacanti, fatte salve quelle per la cui assegnazione, alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, la procedura concorsuale sia stata già espletata o siano state già fissate le date delle prove. Al concorso straordinario possono partecipare i farmacisti, cittadini di uno Stato membro dell'Unione europea, iscritti all'albo professionale:

a) non titolari di farmacia, in qualunque condizione professionale si trovino;

b) titolari di farmacia rurale sussidiata;

c) titolari di farmacia soprannumeraria;

d) titolari di esercizio di cui all'[articolo 5, comma 1, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 4 agosto 2006, n. 248](#).

Non possono partecipare al concorso straordinario i farmacisti titolari, compresi i soci di società titolari, di farmacia diversa da quelle di cui alle lettere b) e c).

4. Ai fini dell'assegnazione delle nuove sedi farmaceutiche messe a concorso, ciascuna regione e le province autonome di Trento e di Bolzano istituiscono, entro trenta giorni dalla data di pubblicazione del relativo bando di concorso, una commissione esaminatrice regionale o provinciale per le province autonome di Trento e di Bolzano. Al concorso straordinario si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni vigenti sui concorsi per la copertura delle sedi farmaceutiche di nuova istituzione o vacanti, nonché le disposizioni del presente articolo.

5. Ciascun candidato può partecipare al concorso per l'assegnazione di farmacia in non più di due regioni o province autonome, e non deve aver compiuto i 65 anni di età alla data di scadenza del termine per la partecipazione al concorso prevista dal bando. Ai fini della valutazione dell'esercizio professionale nel concorso straordinario per il conferimento di nuove sedi farmaceutiche di cui al comma 3, in deroga al regolamento di cui

legge di conversione del presente decreto;

- bandire il concorso straordinario per soli titoli, entro 60 giorni dall'invio dei dati comunali, per il conferimento delle nuove sedi o vacanti, dalla cui assegnazione sono esclusi i comuni.

Ciascuna Regione e P.a. istituisce entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del relativo bando di concorso, una commissione esaminatrice regionale o provinciale per le Province autonome di Trento e di Bolzano.

Due ulteriori condizioni per l'accesso al concorso straordinario riguardano: il divieto per il candidato di concorrere in più di due Regioni o Province autonome e il limite di età inferiore a 65 anni alla data di scadenza del termine per la partecipazione al concorso prevista dal bando.

al [decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 30 marzo 1994, n. 298](#):

a) l'attività svolta dal farmacista titolare di farmacia rurale sussidiata, dal farmacista titolare di farmacia soprannumeraria e dal farmacista titolare di esercizio di cui all'[articolo 5, comma 1, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 4 agosto 2006, n. 248](#), è equiparata, ivi comprese le maggiorazioni;

b) l'attività svolta da farmacisti collaboratori di farmacia e da farmacisti collaboratori negli esercizi di cui all'[articolo 5, comma 1, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 4 agosto 2006, n. 248](#), è equiparata, ivi comprese le maggiorazioni.

6. In ciascuna regione e nelle province autonome di Trento e di Bolzano, la commissione esaminatrice, sulla base della valutazione dei titoli in possesso dei candidati, determina una graduatoria unica. A parità di punteggio, prevale il candidato più giovane. Le regioni o le province autonome di Trento e di Bolzano, approvata la graduatoria, convocano i vincitori del concorso i quali entro quindici giorni devono dichiarare se accettano o meno la sede, pena la decadenza della stessa. Tale graduatoria, valida per due anni dalla data della sua pubblicazione, deve essere utilizzata con il criterio dello scorrimento per la copertura delle sedi farmaceutiche eventualmente resesi vacanti a seguito delle scelte effettuate dai vincitori di concorso.

7. Ai concorsi per il conferimento di sedi farmaceutiche gli interessati, di età non superiore ai 40 anni, in possesso dei requisiti di legge possono concorrere per la gestione associata, sommando i titoli posseduti. In tale caso, ai soli fini della preferenza a parità di punteggio, si considera la media dell'età dei candidati che concorrono per la gestione associata. Ove i candidati che concorrono per la gestione associata risultino vincitori, la titolarità della farmacia assegnata è condizionata al mantenimento della gestione associata da parte degli stessi vincitori, su base paritaria, per un periodo di dieci anni, fatta salva la premorienza o sopravvenuta incapacità.

8. I turni e gli orari di farmacia stabiliti dalle autorità competenti in base alla vigente normativa non impediscono l'apertura della farmacia in orari diversi da quelli obbligatori. Le farmacie possono praticare sconti sui prezzi di tutti i tipi di farmaci e prodotti venduti pagati direttamente dai clienti, dandone adeguata informazione alla clientela.

Al fine di garantire parità di condizioni nella valutazione dell'esercizio professionale dei candidati al concorso straordinario vengono equiparati i punteggi delle seguenti figure professionali:

- farmacista titolare di farmacia rurale sussidiata, farmacista titolare di farmacia soprannumeraria e farmacista titolare di parafarmacia ovvero corner dei centri commerciali, comprese le maggiorazioni;
- farmacisti collaboratori di farmacia e farmacisti collaboratori negli esercizi di parafarmacia ovvero corner dei centri commerciali, ivi comprese le maggiorazioni.

Sono valutati, altresì, titoli preferenziali, l'età dei candidati e la scelta di forme associative di gestione della farmacia. Nello specifico:

- l'età più giovane del candidato, a parità di punteggio, è favorita nella formazione della graduatoria del concorso.

I farmacisti interessati, di età non superiore ai 40 anni hanno la possibilità di sommare i titoli posseduti, per la titolarità delle gestioni associate delle farmacie. L'agevolazione è tuttavia condizionata al mantenimento della gestione su base paritaria, per 10 anni, fatta salva la premorienza o sopravvenuta incapacità.

Per agevolare l'accessibilità dei cittadini ai servizi farmaceutici, le farmacie possono svolgere il servizio in turni e orari diversi da quelli obbligatori.

Le farmacie possono, inoltre, praticare sconti sui tutti i farmaci e prodotti direttamente pagati dai clienti, dandone adeguata informazione. In pratica si estende a tutti i farmaci per i quali è necessaria la prescrizione obbligatoria del medico, non a carico del SSN, venduti in farmacia, la possibilità di sconto già prevista per i farmaci senza obbligo di prescrizione.

9. Qualora il comune non provveda a comunicare alla regione o alla provincia autonoma di Trento e di Bolzano l'individuazione delle nuove sedi disponibili entro il termine di cui al comma 2 del presente articolo, la regione provvede con proprio atto a tale individuazione entro i successivi sessanta giorni. Nel caso in cui le regioni o le province autonome di Trento e di Bolzano non provvedano nel senso indicato ovvero non provvedano a bandire il concorso straordinario e a concluderlo entro i termini di cui al comma 3, il Consiglio dei Ministri esercita i poteri sostitutivi di cui all'[articolo 120 della Costituzione](#) con la nomina di un apposito commissario che provvede in sostituzione dell'amministrazione inadempiente anche espletando le procedure concorsuali ai sensi del presente articolo.

10. Fino al 2022, tutte le farmacie istituite ai sensi del comma 1, lettera b), sono offerte in prelazione ai comuni in cui le stesse hanno sede. I comuni non possono cedere la titolarità o la gestione delle farmacie per le quali hanno esercitato il diritto di prelazione ai sensi del presente comma. In caso di rinuncia alla titolarità di una di dette farmacie da parte del comune, la sede farmaceutica è dichiarata vacante.

11. Al [comma 9 dell'articolo 7 della legge 8 novembre 1991, n. 362](#), e successive modificazioni, le parole: «due anni dall'acquisto medesimo» sono sostituite dalle seguenti: «sei mesi dalla presentazione della dichiarazione di successione».

12. Il medico, nel prescrivere un farmaco, è tenuto, sulla base della sua specifica competenza professionale, ad informare il paziente dell'eventuale presenza in commercio di medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio e dosaggio unitario uguali. Il farmacista, qualora sulla ricetta non risulti apposta dal medico l'indicazione della non sostituibilità del farmaco prescritto, dopo aver informato il cliente e salvo diversa richiesta di quest'ultimo, è tenuto a fornire il medicinale prescritto quando nessun medicinale fra quelli indicati nel primo periodo del presente comma abbia prezzo più basso ovvero, in caso di esistenza in commercio di medicinali a minor prezzo rispetto a quello del medicinale prescritto, a fornire il medicinale avente prezzo più basso. All'[articolo 11, comma 9, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 30 luglio 2010, n. 122](#), nel secondo periodo, dopo le parole: «è possibile» sono

Al fine del raggiungimento delle finalità e degli obiettivi indicati dal presente articolo, sono previste disposizioni che contemplano poteri sostitutivi degli organi amministrativi competenti, in caso di inadempienza degli enti tenuti a provvedere. In particolare:

- la Regione e le province autonome provvedono con un proprio atto, entro i successivi sessanta giorni dalla mancata comunicazione da parte del Comune, dei dati relativi alla pianta organica delle farmacie;
- il Consiglio dei Ministri nomina un apposito commissario sostitutivo della Regione o della Provincia autonoma, espletando anche le procedure concorsuali previste, quando gli enti medesimi non provvedano nei confronti del Comune inadempiente, ovvero non provvedano a bandire il concorso straordinario e a concluderlo entro i termini previsti.

Al fine di agevolare l'accesso dei giovani alla titolarità delle farmacie, viene ridotto da due anni a sei mesi il termine che agli eredi del titolare o del socio di società di una farmacia è concesso per la cessione dei diritti previsti. La decorrenza del suddetto termine inizia dalla presentazione della dichiarazione di successione.

A fini di contenimento della spesa sanitaria, in tema di medicinali, sono previsti i seguenti obblighi:

- il medico deve informare il paziente sui medicinali in commercio aventi gli stessi principi attivi;
- il farmacista deve sostituire il medicinale prescritto con altro medicinale, tranne quando: a) il medico dichiara in prescrizione la non sostituibilità del farmaco; b) c'è una diversa richiesta del paziente; c) non esistono in commercio medicinali a prezzo più basso.

La normativa vigente, stabilisce un prezzo di rimborso a favore del farmacista e a carico del SSN per la vendita dei farmaci equivalenti, fino al prezzo più basso del corrispondente prodotto disponibile in Regione,

inserite le seguenti: «solo su espressa richiesta dell'assistito e». Al fine di razionalizzare il sistema distributivo del farmaco, anche a tutela della persona, nonché al fine di rendere maggiormente efficiente la spesa farmaceutica pubblica, l'AIFA, con propria delibera da adottare entro il 31 dicembre 2012 e pubblicizzare adeguatamente anche sul sito istituzionale del Ministero della salute, revisiona le attuali modalità di confezionamento dei farmaci a dispensazione territoriale per identificare confezioni ottimali, anche di tipo monodose, in funzione delle patologie da trattare. Conseguentemente, il medico nella propria prescrizione tiene conto delle diverse tipologie di confezione.

13. Al [comma 1 dell'articolo 32 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 22 dicembre 2011, n. 214](#), le parole: «che ricadono nel territorio di comuni aventi popolazione superiore a 12.500 abitanti e, comunque, al di fuori delle aree rurali come individuate dai piani sanitari regionali,» sono soppresse.

14. Il [comma 1 dell'articolo 70 del decreto legislativo 6 aprile 2006, n. 193](#), è sostituito dal seguente: «1. La vendita al dettaglio dei medicinali veterinari è effettuata soltanto dal farmacista in farmacia e negli esercizi commerciali di cui all'[articolo 5, comma 1, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 4 agosto 2006, n. 248](#), ancorché dietro presentazione di ricetta medica, se prevista come obbligatoria. La vendita nei predetti esercizi commerciali è esclusa per i medicinali richiamati dall'[articolo 45 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309](#), e successive modificazioni».

15. Gli esercizi commerciali di cui all'[articolo 5, comma 1, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 4 agosto 2006, n. 248](#), in possesso dei requisiti vigenti, sono autorizzati, sulla base

presente in apposite direttive regionali. Dal 2011 per i medicinali equivalenti, con rimborso a carico del SSN (classe A) è l'AIFA, attraverso una ricognizione sui prezzi vigenti nei paesi dell'Unione europea, a fissare il prezzo massimo di rimborso per confezione, a parità di principio attivo, di dosaggio, di forma farmaceutica, di modalità di rilascio e di unità posologiche. In tale ambito:

- il medico nel prescrivere i farmaci, con prezzo superiore al minimo, ha facoltà di prescrivere la non sostituibilità da parte del farmacista.
- il farmacista, in assenza dell'indicazione di non sostituibilità o, dopo aver informato l'assistito, di non accettazione della sostituzione da parte di quest'ultimo, è obbligato a consegnare il farmaco avente il prezzo più basso.

Inoltre, la norma in esame, al fine di rafforzare l'obbligo del farmacista di sostituzione del farmaco con quello più conveniente, introduce, come ulteriore condizione per la vendita di un medicinale con prezzo più alto di quello di rimborso, l'espressa richiesta dell'assistito, che si aggiunge alla già prevista corresponsione della differenza tra il prezzo di vendita e quello di rimborso. Al fine di razionalizzare il sistema distributivo del farmaco, anche a tutela della persona, nonché al fine di rendere maggiormente efficiente la spesa farmaceutica pubblica, entro il 31 dicembre 2012, l'AIFA deve identificare le confezioni monodose dei farmaci.

Per incrementare la vendita dei farmaci fuori dalle farmacie, è consentito:

- anche alle parafarmacie e ai corner dei centri commerciali, presenti nei comuni con meno di 12.500 abitanti, di vendere senza ricetta medica (SOP) quei farmaci che l'AIFA, escluderà dalla lista dei medicinali di classe C, posti a carico del cittadino e con obbligo di prescrizione;
- alle parafarmacie e corner la vendita dei medicinali veterinari;
- alle parafarmacie e corner la vendita di preparazione galeniche officinali che non hanno bisogno di ricetta medica.

dei requisiti prescritti dal decreto del Ministro della salute previsto dall'[articolo 32, comma 1, del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 22 dicembre 2011, n. 214](#), ad allestire preparazioni galeniche officinali che non prevedono la presentazione di ricetta medica, anche in multipli, in base a quanto previsto nella farmacopea ufficiale italiana o nella farmacopea europea.

16. In sede di rinnovo dell'accordo collettivo nazionale con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative, ai sensi dell'[articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412](#), e successive modificazioni, è stabilita, in relazione al fatturato della farmacia a carico del Servizio sanitario nazionale, nonché ai nuovi servizi che la farmacia assicura ai sensi del [decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153](#), la dotazione minima di personale di cui la farmacia deve disporre ai fini del mantenimento della convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

17. La direzione della farmacia privata, ai sensi dell'[articolo 7 della legge 8 novembre 1991, n. 362](#), e dell'[articolo 11 della legge 2 aprile 1968, n. 475](#), può essere mantenuta fino al raggiungimento del requisito di età pensionabile da parte del farmacista iscritto all'albo professionale.

(21) Articolo così sostituito dalla [legge di conversione 24 marzo 2012, n. 27](#).

Al fine di aumentare la crescita occupazionale del settore farmaceutico, il comma 16 prevede come ulteriore requisito, per la farmacia convenzionata con il SSN, una dotazione minima di personale, da stabilirsi in sede di rinnovo dell'accordo collettivo nazionale, in relazione al fatturato della farmacia a carico del SSN e ai nuovi servizi aggiuntivi erogati.

Per favorire il ricambio generazionale del settore farmaceutico non è consentito al direttore di farmacia privata superare nell'esercizio professionale il limite del requisito di età pensionabile (pari a 65 anni, con una permanenza massima fino a 70 anni).

Legge 4 aprile 2012, n. 35
Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 5, recante disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo

(S.O n. 69 alla GU 6 aprile 2012, n. 82)

A cura della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome – Settore Salute e Politiche sociali

TESTO	OSSERVAZIONI
<p style="text-align: center;">Capo II Semplificazioni per i cittadini Art. 4 <i>Semplificazioni in materia di documentazione per le persone con disabilità e patologie croniche e partecipazione ai giochi paralimpici</i></p> <p>1. I verbali delle commissioni mediche integrate di cui all'articolo 20, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, riportano anche l'esistenza dei requisiti sanitari necessari per la richiesta di rilascio del contrassegno invalidi di cui al comma 2 dell'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, e successive modificazioni, nonché per le agevolazioni fiscali relative ai veicoli previsti per le persone con disabilità'.</p> <p>2. Le attestazioni medico legali richieste per l'accesso ai benefici di cui al comma 1 possono essere sostituite dal verbale della commissione medica integrata. Il verbale e' presentato in copia con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà sulla conformità all'originale, resa dall'istante ai sensi dell'articolo 19 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, che dovrà' altresì dichiarare che quanto ivi attestato non e' stato revocato, sospeso o modificato.</p> <p>2-bis. Con decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, di concerto con il Ministro della salute, previo parere della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e successive modificazioni, sono disciplinate le modalità per il riconoscimento</p>	<p style="text-align: center;">SEMPLIFICAZIONI IN MATERIA DI DOCUMENTAZIONE PER LE PERSONE CON DISABILITÀ E PATOLOGIE CRONICHE E PARTECIPAZIONE AI GIOCHI PARALIMPICI</p> <p>L'art. stabilisce che, al fine di evitare duplicazioni negli accertamenti sanitari previsti, nei verbali delle commissioni mediche integrate alle ASL, riguardanti l'invalidità civile e la disabilità, sia inclusa l'attestazione dell'esistenza dei requisiti sanitari necessari per il contrassegno invalidi, che agevola la circolazione e la sosta dei veicoli e le agevolazioni fiscali per l'acquisto di autoveicoli e motoveicoli (IVA agevolata, esenzione di bollo auto e della trascrizione al Pubblico registro automobilistico in occasione della registrazione dei passaggi di proprietà). Si prevede inoltre il riconoscimento della validità su tutto il territorio nazionale del contrassegno invalidi, da disciplinarsi con decreto del Ministro dei trasporti e delle infrastrutture e della salute, e previo parere della Conferenza unificata (la disposizione in esame non prevede un termine per l'emanazione del decreto ministeriale).</p>

della validita' su tutto il territorio nazionale del contrassegno invalidi di cui al comma 2 dell'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, e successive modificazioni.

3. Il Governo e' autorizzato ad emanare uno o piu' regolamenti ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, volti ad individuare gli ulteriori benefici per l'accesso ai quali i verbali delle commissioni mediche integrate di cui all'articolo 20 del citato decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78 attestano l'esistenza dei requisiti sanitari, nonche' le modalita' per l'aggiornamento delle procedure informatiche e per lo scambio dei dati per via telematica.

4. I regolamenti di cui al comma 3 sono emanati su proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione e dei Ministri interessati, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sentito l'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilita', di cui alla legge 3 marzo 2009, n. 18.

4-bis. Al fine di ridurre gli adempimenti amministrativi per le persone affette dalle malattie croniche e invalidanti di cui all'articolo 5, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, ed eliminare oneri di accertamento impropri a carico della pubblica amministrazione, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, e' definito, con decreto del Ministro della salute, previo accordo con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, il periodo minimo di validita' dell'attestato di esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie in relazione alle diverse patologie e alla possibilita' di miglioramento, valutata in base alle evidenze scientifiche.

5. Al fine di dare continuita' all'attivita' di preparazione in vista della partecipazione ai giochi paralimpici di Londra 2012, e' autorizzata in favore del Comitato italiano paralimpico la spesa di 6 milioni di euro per l'anno 2012. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa 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, relativa al Fondo per interventi urgenti ed indifferibili, come integrata, da ultimo, dall'articolo 33, comma 1, della legge 12 novembre 2011, n. 183.

Con un decreto del Ministro della salute da emanarsi, previo accordo con la Conferenza Stato-Regioni, entro 60 giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del decreto, si definisce il periodo minimo di validita' dell'attestato di esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie in relazione alle diverse patologie croniche e invalidanti e l'indicazione sulla possibilita' di miglioramento della malattia, valutata in base alle evidenze scientifiche.

La disposizione e' diretta a ridurre gli adempimenti amministrativi per le persone affette da malattie croniche ed invalidanti e ad eliminare oneri di accertamento impropri a carico della pubblica amministrazione.

E' autorizzata la spesa di 6 milioni di euro per il 2012 - a valere sulle risorse del Fondo per gli interventi urgenti e indifferibili - a favore del Comitato italiano paralimpico, al fine di dare continuita' all'attivita' di preparazione in vista della partecipazione ai giochi paralimpici di Londra 2012.

Art. 11 Semplificazioni in materia di circolazione stradale,

abilitazioni alla guida, affidamento del servizio informazioni sul traffico, «bollino blu» e apparecchi di controllo della velocità

1. Al [decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285](#), e successive modificazioni, recante «Nuovo Codice della strada», e di seguito denominato «Codice della strada», sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'[articolo 115](#), l'abrogazione del comma 2-bis, disposta dall'[articolo 2 del decreto legislativo 18 aprile 2011, n. 59](#), è anticipata alla data di entrata in vigore del presente decreto;

b) all'[articolo 119](#), comma 4, l'alinea è sostituito dal seguente:

«4. L'accertamento dei requisiti psichici e fisici è effettuato da commissioni mediche locali, costituite dai competenti organi regionali ovvero dalle province autonome di Trento e di Bolzano che provvedono altresì alla nomina dei rispettivi presidenti, nei riguardi:»;

c) all'[articolo 119](#), comma 4, la lettera b-bis), inserita dall'[articolo 7 del decreto legislativo 18 aprile 2011, n. 59](#), è soppressa;

d) all'[articolo 122](#), comma 2, l'ultimo periodo è soppresso;

e) all'[articolo 126](#), comma 6, come modificato dal [decreto legislativo 18 aprile 2011, n. 59](#), le parole: «, previa verifica della sussistenza dei requisiti fisici e psichici presso una commissione medica locale, ai sensi dell'articolo 119, comma 4, lettera b-bis» sono soppresse.

stralcio

4. Il Governo, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, provvede a modificare l'[articolo 330 del regolamento di esecuzione e di attuazione del Codice della strada, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495](#), in conformità alle modifiche introdotte dalla lettera b) del comma 1 del presente articolo. ⁽²³⁾

(23) Comma così modificato dalla [legge di conversione 4 aprile 2012, n. 35](#).

MODIFICA DEL CODICE DELLA STRADA

Art. 14 Semplificazione dei controlli sulle imprese

1. La disciplina dei controlli sulle imprese, comprese le aziende agricole, è ispirata, fermo quanto previsto dalla normativa dell'Unione europea, ai principi della semplicità, della proporzionalità dei controlli stessi e dei relativi adempimenti burocratici alla effettiva tutela del rischio, nonché del coordinamento dell'azione svolta dalle amministrazioni statali, regionali e locali.
2. Le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del

SEMPLIFICAZIONE DEI CONTROLLI SULLE IMPRESE

L'articolo 14 detta i principi cui deve ispirarsi l'attività delle pubbliche amministrazioni in materia di controlli sulle imprese, comprese quelle agricole, ad esclusione dei controlli in materia fiscale e finanziaria e di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per i quali continuano ad applicarsi le normative vigenti.

decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, sono tenute a pubblicare sul proprio sito istituzionale e sul sito www.impresainungiorno.gov.it la lista dei controlli a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, indicando per ciascuno di essi i criteri e le modalità di svolgimento delle relative attività.

3. Al fine di promuovere lo sviluppo del sistema produttivo e la competitività delle imprese e di assicurare la migliore tutela degli interessi pubblici, il Governo è autorizzato ad adottare, anche sulla base delle attività di misurazione degli oneri di cui all'articolo 25, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, uno o più regolamenti ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, volti a razionalizzare, semplificare e coordinare i controlli sulle imprese.
4. I regolamenti sono emanati su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, del Ministro dello sviluppo economico e dei Ministri competenti per materia, sentite le associazioni imprenditoriali e le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative su base nazionale, in base ai seguenti principi e criteri direttivi, nel rispetto di quanto previsto dagli articoli 20, 20-bis e 20-ter, della legge 15 marzo 1997, n. 59, e successive modificazioni:
 - a) proporzionalità dei controlli e dei connessi adempimenti amministrativi al rischio inerente all'attività controllata, nonché alle esigenze di tutela degli interessi pubblici;
 - b) eliminazione di attività di controllo non necessarie rispetto alla tutela degli interessi pubblici;
 - c) coordinamento e programmazione dei controlli da parte delle amministrazioni in modo da assicurare la tutela dell'interesse pubblico evitando duplicazioni e sovrapposizioni e da recare il minore intralcio al normale esercizio delle attività dell'impresa, definendo la frequenza e tenendo conto dell'esito delle verifiche e delle ispezioni già effettuate;
 - d) collaborazione con i soggetti controllati al fine di prevenire rischi e situazioni di irregolarità;
 - e) informatizzazione degli adempimenti e delle procedure amministrative, secondo la disciplina del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante codice dell'amministrazione digitale;
 - f) *razionalizzazione, anche mediante riduzione o eliminazione di controlli sulle imprese, tenendo conto del possesso di certificazione del sistema di gestione per la qualità ISO, o altra appropriata certificazione emessa, a fronte di norme armonizzate, da un organismo di certificazione accreditato da un ente di accreditamento*

E' prevista l'adozione da parte del Governo di uno o più regolamenti di delegificazione volti a razionalizzare, semplificare e coordinare i suddetti controlli. Le nuove norme "delegate" dovranno prevedere la soppressione o riduzione dei controlli sulle imprese in possesso della certificazione del sistema di gestione per la qualità (UNI EN ISO-

<p>designato da uno Stato membro dell'Unione europea ai sensi del Regolamento 2008/765/CE, o firmatario degli Accordi internazionali di mutuo riconoscimento (IAF MLA).</p> <p>5. Le Regioni, <i>le province autonome di Trento e di Bolzano</i> e gli enti locali, nell'ambito dei propri ordinamenti, conformano le attività di controllo di loro competenza ai principi di cui al comma 4. A tale fine, entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono adottate apposite Linee guida mediante intesa in sede di Conferenza unificata.</p> <p>6. Le disposizioni del presente articolo non si applicano ai controlli in <i>materia fiscale, finanziaria e di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro</i>, per i quali continuano a trovare applicazione le disposizioni previste dalle vigenti leggi in materia.</p> <p><i>6-bis. Nell'ambito dei lavori pubblici e privati dell'edilizia, le amministrazioni pubbliche acquisiscono d'ufficio il documento unico di regolarità contributiva con le modalità di cui all'articolo 43 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, e successive modificazioni.</i></p>	<p>9001), o altra appropriata certificazione emessa da un organismo di certificazione accreditato.</p>
<p align="center">Sezione II - SEMPLIFICAZIONI IN MATERIA DI LAVORO</p> <p align="center">Articolo 15.</p> <p align="center"><i>(Misure di semplificazione in relazione all'astensione anticipata dal lavoro delle lavoratrici in gravidanza)</i></p> <p>1. A decorrere dal 1° aprile 2012, all'articolo 17 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, sono apportate le seguenti modificazioni:</p> <p>a) il comma 2 è sostituito dal seguente: «2. La Direzione territoriale del lavoro e la ASL dispongono, secondo quanto previsto dai commi 3 e 4, l'interdizione dal lavoro delle lavoratrici in stato di gravidanza fino al periodo di astensione di cui alla lettera a), comma 1, dell'articolo 16 o fino ai periodi di astensione di cui all'articolo 7, comma 6, e all'articolo 12, comma 2, per uno o più periodi, la cui durata sarà determinata dalla Direzione territoriale del lavoro o dalla ASL per i seguenti motivi: a) nel caso di gravi complicanze della gravidanza o di persistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza; b) quando le condizioni di lavoro o ambientali siano ritenute pregiudizievoli alla salute della donna e del bambino; c) quando la lavoratrice non possa essere spostata ad altre</p>	<p>ASTENSIONE ANTICIPATA DAL LAVORO DELLE LAVORATRICI IN GRAVIDANZA</p> <p>La competenza per l'adozione del provvedimento di autorizzazione all'astensione anticipata viene suddivisa tra la Direzione territoriale del Lavoro e l'Asl in luogo del Servizio ispettivo del Ministero del lavoro. Rimane la competenza della Direzione territoriale del Lavoro quando l'anticipo è imputabile all'attività lavorativa gravosa o pericolosa e all'impossibilità di assegnare la lavoratrice ad altre mansioni, mentre passa all'Asl la competenza quando l'anticipo è dovuto a complicazioni della gravidanza imputabili a ragioni di salute.</p>

<p>mansioni, secondo quanto previsto dagli articoli 7 e 12.»;</p> <p>b) al comma 3, le parole: «è disposta dal servizio ispettivo del Ministero del lavoro» sono sostituite dalle seguenti: «è disposta dall'azienda sanitaria locale, con modalità definite con Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano,»;</p> <p>c) al comma 4, le parole: «può essere disposta dal servizio ispettivo del Ministero del lavoro» sono sostituite dalle seguenti: «è disposta dalla Direzione territoriale del lavoro». Al medesimo comma la parola: «constati» è sostituita dalla seguente: «emerge»;</p> <p>d) al comma 5, le parole: «dei servizi ispettivi» sono soppresse.</p>	<p>I provvedimenti di astensione anticipata dal lavoro per gravi complicanze di gestazione a decorrere dal 1° aprile 2012 saranno adottati direttamente dalle ASL, secondo modalità da definire tramite accordo da sancire in sede di Conferenza Stato – Regioni.</p>
<p>Art. 16 - Misure per la semplificazione dei flussi informativi in materia di interventi e servizi sociali, del controllo della fruizione di prestazioni sociali agevolate, per lo scambio dei dati tra Amministrazioni e in materia di contenzioso previdenziale</p> <p>1. Al fine di semplificare e razionalizzare lo scambio di dati volto a migliorare il monitoraggio, la programmazione e la gestione delle politiche sociali, gli enti erogatori di interventi e servizi sociali inviano <i>all'INPS le informazioni sui beneficiari unitamente a quelle</i> sulle prestazioni concesse, raccordando i flussi informativi di cui all'articolo 21, della legge 8 novembre 2000, n. 328, agli articoli 13 e 38 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, nonché all'articolo 5, del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214. Lo scambio di dati avviene telematicamente, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e nel rispetto delle disposizioni del codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, secondo modalità definite con provvedimento del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.</p> <p>2. Le comunicazioni di cui al comma 1, integrate con i dati relativi alle condizioni economiche dei beneficiari, nonché con gli altri dati pertinenti presenti negli archivi dell'INPS, alimentano il Casellario dell'assistenza, di cui all'articolo 13, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122. Le informazioni di cui al periodo precedente, unitamente alle altre informazioni sulle prestazioni assistenziali presenti nel Casellario, sono utilizzate e scambiate, nel rispetto</p>	<p style="text-align: center;">INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI</p> <p>L'articolo 16 intende semplificare e razionalizzare i flussi informativi in materia di interventi e servizi sociali contribuendo, in tal modo, a perfezionare il monitoraggio, la programmazione e la gestione delle politiche sociali.</p> <p>Gli enti erogatori di interventi e servizi sociali devono inviare telematicamente all'INPS le informazioni su beneficiari e prestazioni concesse. Le comunicazioni confluiscono nel Casellario dell'assistenza e vengono utilizzate e scambiate con le amministrazioni competenti per il monitoraggio della spesa sociale. Le informazioni raccolte sono comunicate anche ai Comuni.</p> <p>E' previsto poi l'obbligo per l'INPS di mettere a disposizione dei comuni una piattaforma informatica per la trasmissione delle comunicazioni relative, oltre che ai decessi e alle variazioni di stato civile, anche alle cancellazioni dall'anagrafe della popolazione residente per irreperibilità, trasmissione da effettuarsi obbligatoriamente entro due giorni dalla data dell'evento.</p>

delle disposizioni del codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, con le amministrazioni competenti per fini di gestione, programmazione, monitoraggio della spesa sociale e valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi e per elaborazioni a fini statistici, di ricerca e di studio. In particolare, le informazioni raccolte sono trasmesse in forma individuale, ma anonima, al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, nonché, con riferimento al proprio ambito territoriale di azione, alle regioni e province autonome, ai comuni e agli altri enti pubblici responsabili della programmazione di prestazioni e di servizi sociali e socio-sanitari, ai fini dell'alimentazione del Sistema informativo dei servizi sociali, di cui all'articolo 21, della legge 8 novembre 2000, n. 328. *Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali presenta, entro il 28 febbraio di ogni anno, alla Commissione parlamentare di controllo sull'attività degli enti gestori di forme obbligatorie di previdenza e assistenza sociale, di cui all'articolo 56 della legge 9 marzo 1989, n. 88, una relazione sullo stato di completamento del Casellario dell'assistenza nonché sulla fruibilità dei dati da parte di tutte le istituzioni pubbliche ai sensi del presente comma.* Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

3. Per le medesime finalità di cui al comma 2, nonché al fine di poter disporre di una base unitaria di dati funzionale ad analisi e studi mirati alla elaborazione e programmazione integrata delle politiche socio-sanitarie e di rendere più efficiente ed efficace la relativa spesa e la presa in carico della persona non autosufficiente, le informazioni di cui al comma 2, anche sensibili, trasmesse dagli enti pubblici responsabili dell'erogazione e della programmazione di prestazioni e di servizi sociali e socio-sanitari attivati a favore delle persone non autosufficienti sono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, integrate e coordinate dall'INPS con quelle raccolte dal Nuovo sistema informativo sanitario e dagli altri sistemi informativi dell'INPS. Le informazioni raccolte ai sensi del presente comma sono trasmesse dall'INPS in forma individuale, ma anonima, al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e al Ministero della salute, nonché, con riferimento al proprio ambito territoriale di azione, alle regioni e province autonome, ai comuni e agli altri enti pubblici responsabili della programmazione di prestazioni e di servizi sociali e socio-sanitari. *L'INPS rende note le informazioni così raccolte all'interno del bilancio sociale annuale, nel quale devono essere distinte le entrate e le uscite attinenti rispettivamente alla previdenza e all'assistenza. Al fine di una migliore*

Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali presenta, entro il 28 febbraio di ogni anno, alla Commissione parlamentare di controllo sull'attività degli enti gestori di forme obbligatorie di previdenza e assistenza sociale una relazione sullo stato di completamento del Casellario dell'assistenza nonché sulla fruibilità dei dati da parte di tutte le istituzioni pubbliche.

Le informazioni sui beneficiari unitamente a quelle sulle prestazioni concesse sono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, integrate e coordinate dall'INPS con quelle raccolte dal Nuovo sistema informativo sanitario e dagli altri sistemi informativi dell'INPS.

programmazione delle politiche sociali e a supporto delle scelte legislative, entro il 31 marzo di ogni anno, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali presenta alle Camere una relazione sulle politiche sociali e assistenziali, riferita all'anno precedente.

4. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza unificata ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono disciplinate le modalità di attuazione del comma 3 del presente articolo.

5. All'articolo 38, comma 3, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al secondo periodo la parola: «INPS» è sostituita dalle seguenti: «ente erogatore»;

b) il terzo periodo è soppresso;

c) al quarto periodo, le parole «discordanza tra il reddito dichiarato ai fini fiscali e quello indicato nella dichiarazione sostitutiva unica» sono sostituite dalle seguenti: «discordanza tra il reddito dichiarato ai fini fiscali o altre componenti dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), anche di natura patrimoniale, note all'anagrafe tributaria e quanto indicato nella dichiarazione sostitutiva unica»;

d) sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «In caso di discordanza rilevata, l'INPS comunica gli esiti delle verifiche all'ente che ha erogato la prestazione, nonché il valore ISEE ricalcolato sulla base degli elementi acquisiti dall'Agenzia delle Entrate. L'ente erogatore accerta se, in esito alle risultanze della verifica effettuata, il beneficiario non avrebbe potuto fruire o avrebbe fruito in misura inferiore della prestazione. Nei casi diversi dall'accertamento del maggior reddito in via definitiva, per il quale la sanzione è immediatamente irrogabile, l'ente erogatore invita il soggetto interessato a chiarire i motivi della rilevata discordanza, ai sensi della normativa vigente. In assenza di osservazioni da parte dell'interessato o in caso di mancato accoglimento delle stesse, la sanzione è irrogata in misura proporzionale al vantaggio economico indebitamente conseguito e comunque nei limiti di cui al primo periodo.».

Entro il 31 marzo di ogni anno, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali presenta alle Camere una relazione sulle politiche sociali e assistenziali, riferita all'anno precedente.

Le modalità di attuazione del precedente comma sono disciplinate con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali di concerto con il MEF e con il Ministro della Salute previa intesa in Conferenza Unificata.

SANZIONI PER I "FALSI INVALIDI"

La sanzione è irrogata dall'ente erogatore

Soppresso il seguente periodo: Ai fini della restituzione del vantaggio indebitamente conseguito, l'INPS comunica l'esito degli accertamenti agli enti che sulla base delle comunicazioni di cui al comma 1 risultino aver erogato prestazioni agevolate ai soggetti emersi.

Le sanzioni si applicano nei confronti di coloro per i quali si accerti sulla base dello scambio di informazioni tra l'istituto nazionale della previdenza sociale e l'Agenzia delle Entrate una discordanza tra il reddito dichiarato ai fini fiscali o altre componenti dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), anche di natura patrimoniale, note all'anagrafe tributaria e quanto indicato nella dichiarazione sostitutiva unica.

6. All'articolo 7, comma 2, lettera h), del decreto-legge 13 maggio 2011, n. 70, convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 2011, n. 106, dopo le parole: «in via telematica,» sono inserite le seguenti: «nel rispetto dei principi di cui agli articoli 20, commi 2 e 4, e 22 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196,» e, alla medesima lettera, dopo le parole: «informazioni personali» sono inserite le seguenti: «, anche sensibili».

6-bis. All'articolo 20, comma 12, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, dopo la parola: «relative» sono inserite le seguenti: «alle cancellazioni dall'anagrafe della popolazione residente per irreperibilità,».

7. Al fine di favorire la modernizzazione e l'efficienza degli strumenti di pagamento, riducendo i costi finanziari e amministrativi derivanti dalla gestione del denaro contante e degli assegni, a decorrere dal 1° maggio 2012 per i pagamenti effettuati presso le sedi dell'Istituto nazionale della previdenza sociale si utilizzano esclusivamente strumenti di pagamento elettronici bancari o postali, ivi comprese le carte di pagamento prepagate e le carte di cui all'articolo 4 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

8. Alla legge 30 dicembre 1991, n. 412, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 13 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, dopo il comma 2 è inserito il seguente: «2-bis. Con decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sono individuate le fattispecie e i termini entro i quali, su proposta del Presidente dell'INPS motivata da obiettive ragioni di carattere organizzativo e funzionale anche relative alla tempistica di acquisizione delle necessarie informazioni da parte dell'Amministrazione finanziaria, il termine del recupero di cui al comma 2 è prorogato, in ogni caso, non oltre il secondo anno successivo a quello della verifica.»;

b) all'articolo 16, comma 6, dopo il terzo periodo sono inseriti i seguenti: «Le domande, gli atti e ogni altra documentazione da allegare ai sensi e per gli effetti del presente comma sono inviate all'Ente mediante l'utilizzo dei sistemi di cui all'articolo 38, comma 5, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122. Con

Dal 1° maggio 2012 i pagamenti effettuati presso le sedi INPS devono avvenire esclusivamente mediante l'utilizzo di strumenti di pagamento elettronici, bancari o postali.

VERIFICA INPS SITUAZIONI REDDITUALI PENSIONATI

Il comma 2 della legge 412 del 1991 prevede che: "L'INPS procede annualmente alla verifica delle situazioni reddituali dei pensionati incidenti sulla misura o sul diritto alle prestazioni pensionistiche e provvede, entro l'anno successivo, al recupero di quanto eventualmente pagato in eccedenza".

Tale termine è prorogato, ma non oltre il secondo anno successivo a quello della verifica.

<p>le medesime modalità l'Ente comunica gli atti e gli esiti dei procedimenti nei confronti dei richiedenti ovvero degli intermediari abilitati alla trasmissione della documentazione lavoristica e previdenziale e degli istituti di patronato e di assistenza sociale. Agli effetti di tutto quanto sopra previsto, nonché di quanto stabilito dal citato articolo 38, l'obbligo della conservazione di documenti in originale resta in capo ai beneficiari della prestazione di carattere previdenziale o assistenziale.».</p> <p>9. All'articolo 10, comma 6, terzo periodo, del decreto-legge 30 settembre 2005, n. 203, convertito, con modificazioni, dalla legge 2 dicembre 2005, n. 248, le parole: «limitatamente al giudizio di primo grado» sono sostituite dalle seguenti: «con esclusione del giudizio di cassazione».</p> <p>10. Dall'attuazione del comma 9 non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.</p>	<p>A decorrere dalla data di effettivo esercizio da parte dell'I.N.P.S. delle funzioni trasferite gli atti introduttivi dei procedimenti giurisdizionali in materia di invalidità civile, cecità civile, sordomutismo, handicap e disabilità, nonché le sentenze ed ogni provvedimento reso in detti giudizi devono essere notificati anche all'I.N.P.S. La notifica va effettuata sia presso gli Uffici dell'Avvocatura dello Stato, ai sensi dell'articolo 11 del regio decreto 30 ottobre 1933, n. 1611, sia presso le sedi provinciali dell'I.N.P.S. Nei procedimenti giurisdizionali di cui al presente comma l'I.N.P.S. e' liteconsorte necessario ai sensi dell'articolo 102 del codice di procedura civile e, con esclusione del giudizio di cassazione, e' rappresentato e difeso direttamente da propri dipendenti.</p>
<p>Art. 47 bis Semplificazioni in materia di sanità digitale</p> <p><i>1. Nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, nei piani di sanità nazionali e regionali si privilegia la gestione elettronica delle pratiche cliniche, attraverso l'utilizzo della cartella clinica elettronica, così come i sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture da parte dei cittadini con la finalità di ottenere vantaggi in termini di accessibilità e contenimento dei costi, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.</i></p>	<p>SANITA' DIGITALE</p> <p>L'articolo introduce semplificazioni in materia di sanità digitale e prevede che, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili si privilegi, nel Piano sanitario nazionale e Piani sanitari regionali, la gestione elettronica delle pratiche cliniche sia attraverso l'utilizzo della cartella clinica elettronica sia attraverso i sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture da parte dei cittadini con finalità di ottenere vantaggi in termini di accessibilità e contenimento dei costi.</p>
<p>Art. 60 Sperimentazione finalizzata alla proroga del programma «carta acquisti»</p> <p>1. Al fine di favorire la diffusione della carta acquisti, istituita dall'articolo 81, comma 32, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, tra le fasce di popolazione in condizione di maggiore bisogno, anche al fine di valutarne la possibile</p>	<p>CARTA ACQUISTI – C.D. SOCIAL CARD</p> <p>L'articolo prevede l'avvio della sperimentazione, nei Comuni con più di 250.000 abitanti, finalizzata alla proroga del programma "carta acquisti", anche al fine di valutarne la possibile generalizzazione come strumento di contrasto alla povertà assoluta.</p>

generalizzazione come strumento di contrasto alla povertà assoluta, è avviata una sperimentazione nei comuni con più di 250.000 abitanti.

2. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono stabiliti:

a) i nuovi criteri di identificazione dei beneficiari per il tramite dei Comuni, con riferimento *ai cittadini italiani e di altri Stati dell'Unione europea ovvero ai cittadini di Stati esteri* in possesso del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;

b) l'ammontare della disponibilità sulle singole carte acquisto, in funzione del nucleo familiare;

c) le modalità con cui i comuni adottano la carta acquisti, *anche attraverso l'integrazione o evoluzione del Sistema di gestione delle agevolazioni sulle tariffe energetiche (SGATE)*, come strumento all'interno del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328;

d) le caratteristiche del progetto personalizzato di presa in carico, volto al reinserimento lavorativo e all'inclusione sociale, anche attraverso il condizionamento del godimento del beneficio alla partecipazione al progetto;

e) la decorrenza della sperimentazione, la cui durata non può superare i dodici mesi;

f) i flussi informativi da parte dei Comuni sul cui territorio è attivata la sperimentazione, anche con riferimento ai soggetti individuati come gruppo di controllo ai fini della valutazione della sperimentazione stessa.

2-bis. I comuni, anche attraverso l'utilizzo della base di dati SGATE relativa ai soggetti già beneficiari del bonus gas e del bonus elettrico, possono, al fine di incrementare il numero di soggetti beneficiari della carta acquisti, adottare strumenti di comunicazione personalizzata in favore della cittadinanza.

3. Per le risorse necessarie alla sperimentazione si provvede, nel limite massimo di 50 milioni di euro, a valere sul Fondo di cui all'articolo 81, comma 29, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, che viene corrispondentemente ridotto.

Nel documento recante parere sul D.L. -consegnato in Conferenza Unificata il 22 febbraio 2012 - le Regioni hanno proposto di prevedere che il decreto del Ministero del Lavoro sia adottato di intesa in Conferenza Unificata motivando la richiesta come segue:

“la carta acquisti è solo ravvisabile come una misura, di contrasto alla povertà e questa è materia di diritti “civili e sociali” ma siccome gli stessi non sono stati individuati, stanti le attuali norme costituzionali, c'è un'ingerenza nella potestà regionale, ritenuta esclusiva nel campo dell'assistenza al di fuori dei livelli essenziali delle prestazioni. Ciò che ha mosso la Corte ad un'interpretazione differente è stato probabilmente l'aspetto della “sperimentazione” che potrebbe essere un mezzo per valutare l'efficacia di una misura senza entrare nel merito di chi la adotta. Fatta questa premessa va comunque recuperato un ruolo regionale e delle autonomie, almeno nel decreto che andrà a disciplinare i criteri per la stessa carta acquisti, in tal senso si propone un emendamento”.

Le risorse necessarie alla sperimentazione vengono reperite dal Fondo speciale destinato al soddisfacimento delle esigenze prioritariamente di natura alimentare e successivamente anche energetiche dei cittadini meno abbienti.

Sono conseguentemente abrogati i commi 46-47 e 48 dell'art. 2 del Mille proroghe del 2011 che stabilivano una sperimentazione della

<p>4. I commi 46, 47 e 48 dell'articolo 2 del decreto-legge 29 dicembre 2010 n. 225, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 2011, n. 10, sono abrogati.</p>	<p>carta acquisti della durata di un anno, finanziata con 50 milioni di euro da far gestire non agli enti locali, ma ad "Enti benefici" da individuare.</p> <p>Con DM dovevano essere previsti specifici requisiti riguardanti:</p> <ul style="list-style-type: none">- le modalità di selezione degli enti caritativi destinatari;- le caratteristiche delle persone bisognose;- le modalità di rendicontazione dell'utilizzo delle carte e le caratteristiche dei progetti individuali di presa in carico da parte dell'ente caritativo per il superamento della condizione di bisogno;- le modalità di adesione dei comuni
---	--

L. 6 luglio 2012, n. 94 ⁽¹⁾.

Conversione in legge, con modificazioni, del *decreto-legge 7 maggio 2012, n. 52*, recante disposizioni urgenti per la razionalizzazione della spesa pubblica.

(1) Pubblicata nella Gazz. Uff. 6 luglio 2012, n. 156.

A cura della Segreteria Conferenza delle Regioni e delle Province autonome – Settore Salute e Politiche sociali

TESTO	OSSERVAZIONI
<p>Art. 1-bis <i>Determinazione dei costi e dei fabbisogni standard di comuni, città metropolitane, province e regioni</i> ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾</p> <p>1. Ai fini dell'esercizio delle attività di cui al presente decreto e per l'efficace realizzazione della revisione della spesa pubblica, in particolare in campo sanitario, il Governo verifica prioritariamente l'attuazione della procedura per l'individuazione dei costi e dei fabbisogni standard e degli obiettivi di servizio, secondo quanto previsto dal <i>decreto legislativo 26 novembre 2010, n. 216</i>, e dall'<i>articolo 13 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68</i>, provvedendo all'acquisizione e alla pubblicazione dei relativi dati entro il 31 dicembre 2012, nonché a ridefinire i tempi per l'attuazione dei medesimi decreti sui costi e i fabbisogni standard entro il primo quadrimestre dell'anno 2013.</p> <p>(7) Articolo inserito dalla <i>legge di conversione 6 luglio 2012, n. 94</i>.</p> <p>(8) Per l'efficacia delle disposizioni, di cui al presente articolo, vedi l'<i>art. 1, comma 2, L. 6 luglio 2012, n. 94</i>.</p>	<p><u>COSTI STANDARD</u></p> <p>Vengono definiti i tempi di conclusione del procedimento di determinazione dei fabbisogni standard rispetto a quanto ora previsto dal D.Lgs. n. 216/2010, stabilendo che ai fini della revisione della spesa pubblica, ed in particolare in campo sanitario, sulla base delle procedure previste dal decreto legislativo n. 216/2010 e dall'articolo 13 del decreto legislativo n. 68/2011, il Governo debba pubblicare i relativi dati entro il 31 dicembre 2012 e ridefinire i tempi per l'attuazione dei decreti di determinazione dei fabbisogni medesimi entro il 30 aprile 2013, in tal modo anticipando il vigente termine del 31 dicembre 2013 ora previsto dal decreto n. 216/2010 medesimo.</p> <p>Per quanto concerne invece i LEP di competenza regionale previsti dal D.Lgs. n. 68/2011, pur in presenza della tempistica di determinazione dei fabbisogni stabilita nell'articolo in esame, sembra rimanere ferma la necessità che siano i LEP in questione comunque fissati con legge, sulla base di quanto dispone l'articolo 13 del medesimo decreto legislativo.</p>

<p style="text-align: center;">Art. 5 Poteri ⁽²²⁾</p> <p style="text-align: center;">stralcio</p> <p>5. Su motivata proposta del Commissario, il Presidente del Consiglio dei Ministri o il Ministro da questi delegato o, per le Regioni, il Presidente della Regione interessata o, per le Regioni commissariate per la redazione e l'attuazione del piano di rientro del disavanzo sanitario, il commissario ad acta per le disposizioni in ambito sanitario, ovvero, per gli enti locali, il Presidente della Provincia interessata e il Sindaco del Comune interessato possono adottare le seguenti misure: ⁽¹⁹⁾</p> <p>a) sospensione, revoca o annullamento d'ufficio di singole procedure relative all'acquisto di beni e servizi anche per motivate ragioni di opportunità; ⁽²⁰⁾</p> <p>b) introduzione di obblighi informativi a carico delle pubbliche amministrazioni finalizzati alla trasparenza ed all'effettivo esercizio delle funzioni di monitoraggio e supervisione attribuite al Commissario ai sensi del comma 1 ⁽²⁰⁾.</p> <p>⁽¹⁹⁾ Alinea così modificato dalla <i>legge di conversione 6 luglio 2012, n. 94</i>.</p> <p>⁽²⁰⁾ Lettera così modificata dalla <i>legge di conversione 6 luglio 2012, n. 94</i>.</p>	<p style="text-align: center;"><u>COMMISSARIO STRAORDINARIO PER LA RAZIONALIZZAZIONE SPESA</u></p> <p>Vengono conferiti al Commissario straordinario per la razionalizzazione della spesa per acquisti di beni e servizi alcuni poteri di coordinamento e di indirizzo dell'attività di spending review con il coinvolgimento delle amministrazioni pubbliche. In particolare il compito di definire, per voci di costo, il livello di spesa per acquisti di beni e servizi da parte delle amministrazioni pubbliche e di segnalare al Consiglio dei ministri o al presidente della regione interessata le norme di legge o di regolamento che determinano spese o voci di costo che possono essere razionalizzate.</p>
<p>Art. 7-bis <i>Misure urgenti per la riduzione dei prezzi unitari corrisposti dalle aziende sanitarie locali per gli acquisti di beni e servizi</i> ⁽²⁶⁾</p> <p>1. All'<i>articolo 17, comma 1, lettera a), del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 15 luglio 2011, n. 111</i>, sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «. Qualora sulla base dell'attività di rilevazione di cui al presente comma, nonché sulla base delle analisi effettuate dalle centrali regionali per gli acquisti anche grazie a strumenti di rilevazione dei prezzi unitari corrisposti dalle aziende sanitarie locali per gli acquisti di beni e servizi, emergano differenze significative dei prezzi unitari, non giustificate da particolari condizioni tecniche o logistiche delle forniture, le aziende sanitarie locali</p>	<p style="text-align: center;"><u>ACQUISTI DI BENI E SERVIZI PER LE AZIENDE SANITARIE</u></p> <p>L'articolo rende più stringente la disciplina vigente prevedendo, in aggiunta, che le Aziende sanitarie siano tenute a rinegoziare i contratti per gli acquisti di beni e servizi qualora i prezzi unitari di fornitura presentino differenze significative, e non giustificate da particolari condizioni tecniche o logistiche delle forniture, con i prezzi di riferimento elaborati, per gli stessi beni e servizi, dall'Osservatorio dei contratti pubblici e dalle Centrali regionali degli acquisti. La rinegoziazione tra Aziende sanitarie e fornitori deve avere l'effetto di ricondurre i prezzi unitari di fornitura ai prezzi di riferimento, senza che ciò comporti modifica della durata del contratto. In caso di mancato accordo, entro trenta giorni dalla trasmissione della proposta, le Aziende</p>

<p>sono tenute a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti che abbia l'effetto di ricondurre i prezzi unitari di fornitura ai prezzi di riferimento come sopra individuati, senza che ciò comporti modifica della durata del contratto. In caso di mancato accordo, entro il termine di trenta giorni dalla trasmissione della proposta, in ordine ai prezzi come sopra proposti, le aziende sanitarie locali hanno il diritto di recedere dal contratto senza alcun onere a carico delle stesse, in deroga all'art. 1671 del codice civile».</p> <p>(26) Articolo inserito dalla legge di conversione 6 luglio 2012, n. 94.</p>	<p>sanitarie hanno il diritto di recedere dal contratto senza alcun onere a loro carico, in deroga all'articolo 1671 del codice civile.</p> <p>Si ricorda inoltre che l'articolo 7-bis apporta modifiche anche all'attività di rilevazione dei prezzi come definita dall'articolo 17, comma 1, lettera a), del D.L. n. 98/2011: stabilisce infatti che le Centrali regionali per gli acquisti effettuino analisi sui prezzi unitari corrisposti dalle Aziende sanitarie per gli acquisti di beni e servizi.</p>
<p>Art. 13-bis <i>Disposizioni in materia di certificazione e compensazione dei crediti vantati dai fornitori di beni e servizi nei confronti delle amministrazioni pubbliche</i> ⁽³⁵⁾</p> <p>1. All'articolo 9 del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2, sono apportate le seguenti modificazioni:</p> <p>a) al comma 3-bis, al primo periodo, dopo le parole: «enti locali» sono inserite le seguenti: «nonché gli enti del Servizio sanitario nazionale» e le parole: «sessanta giorni» sono sostituite dalle seguenti: «trenta giorni»; al secondo periodo, le parole da: «provvede la Ragioneria territoriale dello Stato» fino alla fine del periodo sono sostituite dalle seguenti: «è nominato un Commissario ad acta, con oneri a carico dell'ente debitore. La nomina è effettuata dall'Ufficio centrale del bilancio competente per le certificazioni di pertinenza delle amministrazioni statali centrali e degli enti pubblici nazionali, o dalla Ragioneria territoriale dello Stato competente per territorio per le certificazioni di pertinenza delle amministrazioni statali periferiche, delle regioni, degli enti locali e degli enti del Servizio sanitario nazionale»;</p> <p>b) al comma 3-ter, la lettera b) è sostituita dalla seguente:</p> <p>«b) dagli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni sottoposte a piano di rientro dai disavanzi sanitari, ovvero a programmi operativi di prosecuzione degli stessi, qualora nell'ambito di detti piani o programmi siano state previste operazioni relative al debito. Sono in ogni caso fatte salve le certificazioni rilasciate ai sensi dell'articolo 11, comma 2, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, nonché le certificazioni</p>	<p><u>CERTIFICAZIONE DEI CREDITI E COMPENSAZIONE DEI DEBITI</u></p> <p>Vengono apportate alcune modifiche alla disciplina in materia di certificazione dei crediti vantati dai fornitori di beni e servizi per somministrazioni, forniture e appalti nei confronti delle Amministrazioni pubbliche. Le modifiche sono intese, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ad estendere il meccanismo della certificazione dei crediti agli enti del Servizio sanitario nazionale; - a ridurre da sessanta a trenta giorni il termine entro il quale le amministrazioni debtrici sono tenuti a certificare se il credito vantato nei loro confronti è certo, liquido ed esigibile; - a rendere obbligatoria – e non più eventuale - la nomina di un Commissario ad acta, su nuova istanza del creditore, qualora, allo scadere del termine previsto, l'amministrazione non abbia provveduto alla certificazione; - a superare il divieto per le regioni sottoposte ai piani di rientro dai deficit sanitari di beneficiare del meccanismo di certificazione dei crediti che consentirebbe al creditore la cessione del credito a banche o intermediari finanziari.

rilasciate nell'ambito di operazioni di gestione del debito sanitario, in attuazione dei predetti piani o programmi operativi»;

c) dopo il comma 3-ter è aggiunto il seguente:

«3-quater. Esclusivamente per consentire la cessione di cui al primo periodo del comma 3-bis, sono fatte salve le certificazioni rilasciate ai sensi dell'[articolo 141, comma 2, del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 5 ottobre 2010, n. 207](#), secondo le modalità stabilite con il decreto di attuazione di cui all'[articolo 13, comma 2, della legge 12 novembre 2011, n. 183](#)».

2. All'[articolo 28-quater, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 602](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al primo periodo, dopo le parole: «nei confronti» sono inserite le seguenti: «dello Stato, degli enti pubblici nazionali,»;

b) al secondo periodo, dopo le parole: « [legge 28 gennaio 2009, n. 2](#),» sono inserite le seguenti: «o le certificazioni richiamate all'articolo 9, comma 3-ter, lettera b), ultimo periodo, del medesimo decreto,»;

c) al quarto periodo, le parole: «la regione, l'ente locale o l'ente del Servizio sanitario nazionale» sono sostituite dalle seguenti: «l'ente debitore» e le parole: «della regione, dell'ente locale o dell'ente del Servizio sanitario nazionale» sono sostituite dalle seguenti: «dell'ente debitore».

3. All'[articolo 31 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 30 luglio 2010, n. 122](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1-bis, l'ultimo periodo è soppresso;

b) al comma 1-ter, le parole da: «; le modalità di certificazione» fino alla fine del comma sono soppresse.

4. All'attuazione delle disposizioni di cui ai commi da 1 a 3 si provvede con le modalità previste dall'[articolo 13, comma 2, della legge 12 novembre 2011, n. 183](#).

Viene estesa la compensazione con le somme dovute a seguito di iscrizione a ruolo anche per i crediti vantati nei confronti dello Stato e degli enti pubblici nazionali.

Fa rientrare tra le certificazioni da acquisire per la compensazione, anche le certificazioni conseguenti alla ricognizione dei debiti effettuata dai commissari ad acta per le Regioni sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari, nonché le certificazioni rilasciate nell'ambito di operazioni di gestione del debito sanitario, in attuazione dei piani o programmi operativi.

Relativamente alla procedura di riscossione coattiva, si fa riferimento genericamente all'ente debitore, in quanto, tali disposizioni si applicano anche nei confronti dello Stato e degli enti pubblici nazionali, oltre che della regione, dell'ente locale o dell'ente del Servizio sanitario nazionale.

Viene disposta la soppressione di alcune disposizioni circa la modalità di certificazione in compensazione dei crediti maturati nei confronti degli enti del SSN.

All'attuazione delle disposizioni in tema di certificazione dei crediti si provveda mediante un decreto del Ministro dell'economia e finanze, da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di stabilità 2012, sentita la Conferenza Unificata Stato città ed autonomie locali le modalità di attuazione delle disposizioni di cui ai commi 3-bis e 3-ter dell'articolo 9 del D.L. n. 185/2008, come modificati dall'articolo 13, comma 1, della legge di stabilità 2012.

Le certificazioni dei crediti rilasciate secondo le modalità indicate dall'[articolo 9, comma 3-ter, lettera b\)](#), [secondo periodo, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 gennaio 2009, n. 2](#), come sostituita dal comma 1 del presente articolo, possono essere utilizzate anche ai fini dell'ammissione alla garanzia del fondo di garanzia di cui all'[articolo 2, comma 100, lettera a\)](#), [della legge 23 dicembre 1996, n. 662](#), secondo i criteri e le modalità e nei limiti stabiliti dal decreto di cui all'[articolo 8, comma 5, lettera b\)](#), [del decreto-legge 13 maggio 2011, n. 70](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 12 luglio 2011, n. 106](#), e all'[articolo 39 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 22 dicembre 2011, n. 214](#).

5. Il documento unico di regolarità contributiva di cui all'[articolo 1, comma 1175, della legge 27 dicembre 2006, n. 296](#), è rilasciato anche in presenza di una certificazione, rilasciata ai sensi dell'[articolo 9, comma 3-bis, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 gennaio 2009, n. 2](#), come da ultimo modificato dal presente articolo, che attesti la sussistenza e l'importo di crediti certi, liquidi ed esigibili vantati nei confronti delle pubbliche amministrazioni di importo almeno pari agli oneri contributivi accertati e non ancora versati da parte di un medesimo soggetto. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono stabilite le modalità di attuazione del presente comma, assicurando l'assenza di riflessi negativi sui saldi di finanza pubblica.

(35) Articolo inserito dalla [legge di conversione 6 luglio 2012, n. 94](#).

Le certificazioni dei crediti possono essere utilizzate ai fini dell'ammissione al Fondo di garanzia per le piccole e medie imprese.

Viene consentito il rilascio del Documento unico di regolarità contributiva (DURC), di cui all'articolo 1, comma 1175, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, anche in presenza di certificazione, rilasciata secondo le modalità sopra descritte ai sensi dell'articolo 9, comma 3-bis, del D.L. n. 185/2008, che attesti la sussistenza di crediti certi, liquidi ed esigibili vantati nei confronti delle pubbliche amministrazioni di importo almeno pari ai versamenti contributivi accertati e non ancora versati da parte di un medesimo soggetto.

Legge 7-8-2012 n. 135
conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95,
recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini

Publicata nella Gazz. Uff. 14 agosto 2012, n. 189, s.o.

A cura della Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome – Settore Salute e Politiche Sociali

TESTO PUBBLICATO SULLA GAZZETTA UFFICIALE	OSSERVAZIONI
<p style="text-align: center;">Art. 5 Riduzione di spese delle pubbliche amministrazioni (Auto mediche)</p> <p>2. A decorrere dall'anno 2013, le amministrazioni pubbliche inserite nel conto economico consolidato della pubblica amministrazione, come individuate dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, nonché le autorità indipendenti, ivi inclusa la Commissione nazionale per le società e la borsa (Consob), e le società dalle stesse amministrazioni controllate non possono effettuare spese di ammontare superiore al 50 per cento della spesa sostenuta nell'anno 2011 per l'acquisto, la manutenzione, il noleggio e l'esercizio di autovetture, nonché per l'acquisto di buoni taxi; il predetto limite può essere derogato, per il solo anno 2013, esclusivamente per effetto di contratti pluriennali già in essere. La predetta disposizione non si applica alle autovetture utilizzate dall'Ispettorato centrale della tutela della qualità e repressione frodi dei prodotti agroalimentari del Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali, dal Corpo nazionale dei vigili del fuoco o per i servizi istituzionali di tutela dell'ordine e della sicurezza pubblica, per i servizi sociali e sanitari svolti per garantire i livelli essenziali di assistenza, ovvero per i servizi istituzionali svolti nell'area tecnico-operativa della difesa. I contratti di locazione o noleggio in corso alla data di entrata in vigore del presente decreto possono essere ceduti, anche senza l'assenso del contraente privato, alle Forze di polizia, con il trasferimento delle relative risorse finanziarie sino alla scadenza del contratto. Sono</p>	<p>Sono state escluse dai tagli le autovetture “per i servizi sociali e sanitari svolti per garantire i livelli essenziali di assistenza”</p>

<p>revocate le gare espletate da Consip S.p.A. nell'anno 2012 per la prestazione del servizio di noleggio a lungo termine di autoveicoli senza conducente, nonché per la fornitura in acquisto di berline medie con cilindrata non superiore a 1.600 cc per le Pubbliche Amministrazioni. ⁽²⁷⁾</p> <p>(27) Comma così modificato dalla <i>legge di conversione 7 agosto 2012, n. 135</i>.</p>	
<p style="text-align: center;">Titolo III</p> <p style="text-align: center;">RAZIONALIZZAZIONE E RIDUZIONE DELLA SPESA SANITARIA</p> <p>Art. 15 <i>Disposizioni urgenti per l'equilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica</i></p> <p>1. Ferma restando l'efficacia delle disposizioni vigenti in materia di piani di rientro dai disavanzi sanitari di cui all'<i>articolo 2, commi da 75 a 96, della legge 23 dicembre 2009, n. 191</i>, al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, l'efficienza nell'uso delle risorse destinate al settore sanitario e l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, si applicano le disposizioni di cui al presente articolo. ⁽⁷¹⁾</p> <p>2. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, l'ulteriore sconto dovuto dalle farmacie convenzionate ai sensi del secondo periodo del comma 6 dell'<i>articolo 11 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 30 luglio 2010 n. 122</i>, è rideterminato al valore del 2,25 per cento. Limitatamente al periodo decorrente dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 31 dicembre 2012, l'importo che le aziende farmaceutiche devono corrispondere alle Regioni ai sensi dell'ultimo periodo del comma 6 dell'<i>articolo 11 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78</i>, convertito dalla <i>legge 30 luglio 2010, n. 122</i>, è rideterminato al valore del 4,1 per cento. Per l'anno 2012 l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale, di cui all'<i>articolo 5 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159</i>, convertito, con modificazioni, dalla <i>legge 29 novembre 2007, n. 222</i> e successive modificazioni, è rideterminato nella misura del 13,1 per cento. In caso di sfioramento di tale tetto</p>	<p>RIAFFERMATA L'EFFICACIA DELLE NORME IN MATERIA DI PIANI DI RIENTRO (Art. 2 commi da 75 a 96 della Legge 191/2009)</p> <p><u>SCONTO FARMACIE</u></p> <p>LO SCONTO DOVUTO DALLE FARMACIE CONVENZIONATE PASSA DALL'1,82% AL 2,25%.</p> <p><u>SCONTO AZIENDE FARMACEUTICHE</u> FINO AL 31 DICEMBRE 2012 LE AZIENDE FARMACEUTICHE DEVONO CORRISPONDERE ALLE REGIONI UN IMPORTO PARI AL 4,1% RISPETTO ALL'1,83% PREVISTO DALLA L.122-2010. TETTI SPESA FARMACEUTICA - TERRITORIALE</p>

continuano ad applicarsi le vigenti disposizioni in materia di ripiano di cui all'[articolo 5 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 29 novembre 2007, n. 222](#). A decorrere dal 1° gennaio 2013, l'attuale sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco è sostituito da un nuovo metodo, definito con decreto del 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, sulla base di un accordo tra le associazioni di categoria maggiormente rappresentative e l'Agenzia italiana del farmaco per gli aspetti di competenza della medesima Agenzia, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, secondo i criteri stabiliti dal comma 6-bis dell'[articolo 11 del decreto-legge 31 marzo 2010, n. 78](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 30 luglio 2010, n. 122](#). In caso di mancato accordo entro i termini di cui al periodo precedente, si provvede con decreto del 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, sentite le Commissioni parlamentari competenti. Solo con l'entrata in vigore del nuovo metodo di remunerazione, cessano di avere efficacia le vigenti disposizioni che prevedono l'imposizione di sconti e trattenute su quanto dovuto alle farmacie per le erogazioni in regime di Servizio sanitario nazionale. La base di calcolo per definire il nuovo metodo di remunerazione è riferita ai margini vigenti al 30 giugno 2012. In ogni caso dovrà essere garantita l'invarianza dei saldi di finanza pubblica.

3. A decorrere dall'anno 2013 l'onere a carico del Servizio sanitario

PER L'ANNO 2012 IL TETTO DI SPESA PER L'ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE È RIDETERMINATO DAL 13,3 % AL 13,1 %.

L'INTERO SFORAMENTO PER IL 2012 È RIPARTITO TRA AZIENDE FARMACEUTICHE, GROSSISTI E FARMACISTI IN MISURA PROPORZIONALE ALLE RELATIVE QUOTE DI SPETTANZA SUI PREZZI DEI MEDICINALI, CON L'ECCEZIONE DELLA QUOTA DI SFORAMENTO IMPUTABILE ALLA SPESA PER FARMACI ACQUISTATI PRESSO LE AZIENDE FARMACEUTICHE DALLE AZIENDE SANITARIE LOCALI E DA QUESTE DISTRIBUITI DIRETTAMENTE AI CITTADINI, CHE È POSTA A CARICO UNICAMENTE DELLE AZIENDE FARMACEUTICHE STESSE IN PROPORZIONE AI RISPETTIVI FATTURATI PER FARMACI CEDUTI ALLE STRUTTURE PUBBLICHE.

EFFETTO FINANZIARIO TOTALE ANNO 2012: MAGGIORE ECONOMIA PER LE REGIONI PARI A CIRCA 150 MLN ANNUI

PREVISTA L'ADOZIONE ENTRO IL 1° GENNAIO 2013 DI UN NUOVO SISTEMA DI REMUNERAZIONE DELLA FILIERA DISTRIBUTIVA DEL FARMACO (GROSSISTI E FARMACIE) CHE SARÀ DEFINITO DA UN DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DI CONCERTO CON L'ECONOMIA, PREVIA INTESA IN CONFERENZA STATO REGIONI SULLA BASE DI UN ACCORDO TRA AIFA E ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA. IL DECRETO DOVRÀ ESSERE EMANATO ENTRO 90 GIORNI DALL'ENTRATA IN VIGORE DELLA LEGGE DI CONVERSIONE DEL DECRETO. IN CASO DI MANCATO ACCORDO IL DECRETO SARÀ COMUNQUE EMANATO, SENTITE LE COMMISSIONI PARLAMENTARI COMPETENTI. CON L'ENTRATA IN VIGORE DEL NUOVO METODO DI REMUNERAZIONE VERRANNO A CADERE GLI SCONTI E LE TRATTENUTE SULLE SOMME DOVUTE ALLE FARMACIE PER LA CONVEZIONE CON IL SSN.

RIPIANO SFORAMENTO TETTO FARMACEUTICA

nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale, di cui all'[articolo 5 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 29 novembre 2007, n. 222](#) e successive modificazioni, è rideterminato nella misura dell'11,35 per cento al netto degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall'AIFA in base a quanto previsto dall'[articolo 11, comma 9, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 30 luglio 2010, n. 122](#). In caso di sfioramento di tale tetto continuano ad applicarsi le vigenti disposizioni in materia di ripiano di cui all'[articolo 5, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 29 novembre 2007, n. 222](#). A decorrere dall'anno 2013, gli eventuali importi derivanti dalla procedura di ripiano sono assegnati alle regioni, per il 25%, in proporzione allo sfioramento del tetto registrato nelle singole regioni e, per il residuo 75%, in base alla quota di accesso delle singole regioni al riparto della quota indistinta delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale. ⁽⁷¹⁾

4. A decorrere dall'anno 2013 il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera di cui all'[articolo 5, comma 5, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 29 novembre 2007, n. 222](#), è rideterminato nella misura del 3,5 per cento e si applicano le disposizioni dei commi da 5 a 10. ⁽⁷¹⁾

5. Il tetto di cui al comma 4 è calcolato al netto della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, nonché al netto della spesa per i vaccini, per i medicinali di cui alle lettere c) e c-bis) dell'[articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537](#) e successive modificazioni, per le preparazioni magistrali e officinali effettuate nelle farmacie ospedaliere, per i medicinali esteri e per i plasmaderivati di produzione regionale.

6. La spesa farmaceutica ospedaliera è calcolata al netto delle seguenti somme:

a) somme versate dalle aziende farmaceutiche, per i consumi in ambito ospedaliero, ai sensi dell'[articolo 1, comma 796, lettera g\) della legge 27 dicembre 2006, n. 296](#) e successive disposizioni di proroga, a fronte della sospensione, nei loro confronti, della

TERRITORIALE:

A DECORRERE DAL 2013 IL TETTO DELLA SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE SCENDE A 11,35 % (RISPETTO AL 13,3% ATTUALE).

IL RIPIANO DOVUTO DALLE AZIENDE FARMACEUTICHE, CALCOLATO IN BASE ALLE NORME VIGENTI, E' RIPARTITO PER IL 25% IN PROPORZIONE ALLO SFORAMENTO DEL TETTO DELLE SINGOLE REGIONI E PER IL 75% IN BASE ALLA QUOTA DI ACCESSO DELLE SINGOLE REGIONI AL RIPARTO DELLA QUOTA INDISTINTA DELLE DISPONIBILITA' FINANZIARIE PER IL SSN.

TETTI SPESA FARMACEUTICA - OSPEDALIERA

IL TETTO DI SPESA È RIDETERMINATO DAL 2,4 % AL 3,5%.

EFFETTO FINANZIARIO: MINORE ENTRATA DA PAY BACK PER LE REGIONI PARI A 150 MLN

CALCOLO SPESA OSPEDALIERA

riduzione del 5 per cento dei prezzi dei farmaci di cui alla deliberazione del Consiglio di amministrazione dell'AIFA n. 26 del 27 settembre 2006, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana del 29 settembre 2006, n. 227;

b) somme restituite dalle aziende farmaceutiche alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano a seguito del superamento del limite massimo di spesa fissato per il medicinale, in sede di contrattazione del prezzo ai sensi dell'*articolo 48, comma 33, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2003, n. 326*, e successive modificazioni;

c) somme restituite dalle aziende farmaceutiche, anche sotto forma di extra-sconti, alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in applicazione di procedure di rimborsabilità condizionata (payment by results, risk sharing e cost sharing) sottoscritte in sede di contrattazione del prezzo del medicinale ai sensi dell'*articolo 48, comma 33, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2003, n. 326*, e successive modificazioni.

7. A decorrere dall'anno 2013, è posta a carico delle aziende farmaceutiche una quota pari al 50 per cento dell'eventuale superamento del tetto di spesa a livello nazionale di cui all'*articolo 5, comma 5, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 29 novembre 2007, n. 222*, come modificato dal comma 4 del presente articolo. Il restante 50 per cento dell'intero disavanzo a livello nazionale è a carico delle sole regioni nelle quali è superato il tetto di spesa regionale, in proporzione ai rispettivi disavanzi; non è tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo.

8. Ai fini dell'attuazione di quanto previsto dal primo periodo del comma 7 si applicano le disposizioni seguenti:

a) l'AIFA attribuisce a ciascuna azienda titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio di farmaci, in via provvisoria entro il 31 marzo di ogni anno ed in via definitiva entro il 30 settembre successivo, un budget annuale calcolato sulla base degli acquisti di medicinali da parte delle strutture pubbliche, relativi agli ultimi dodici mesi per i quali sono disponibili i dati, distintamente per i farmaci equivalenti e per i farmaci ancora

DAL 2013 L'EVENTUALE SFORAMENTO E' POSTO A CARICO PER UNA QUOTA DEL 50% ALLE AZIENDE FARMACEUTICHE E PER IL RESTANTE 50% ALLE REGIONI CHE HANNO SUPERATO IL TETTO IN PROPORZIONE AI RISPETTIVI DISAVANZI.

REGOLE PER L'ATTRIBUZIONE DELLE QUOTE DEL PAY BACK CHE DEVONO CORRISPONDERE LE AZIENDE FARMACEUTICHE.

coperti da brevetto; dal calcolo sono detratte le somme di cui al comma 6 restituite dall'azienda al Servizio sanitario nazionale e quelle restituite in applicazione delle lettere g), h) e i); dal calcolo è altresì detratto il valore, definito sulla base dei dati dell'anno precedente, della minore spesa prevedibilmente conseguibile nell'anno per il quale è effettuata l'attribuzione del budget, a seguito delle decadenze di brevetti in possesso dell'azienda presa in considerazione; ⁽⁷²⁾

b) le risorse rese disponibili dalla riduzione di spesa complessiva prevista per effetto delle decadenze di brevetto che avvengono nell'anno per il quale è effettuata l'attribuzione del budget, nonché le risorse incrementali derivanti dall'eventuale aumento del tetto di spesa rispetto all'anno precedente sono utilizzate dall'AIFA, nella misura percentuale del 10 per cento, ai fini della definizione del budget di ciascuna azienda; l'80 per cento delle stesse risorse costituisce un fondo aggiuntivo per la spesa dei farmaci innovativi; ove non vengano autorizzati farmaci innovativi o nel caso in cui la spesa per farmaci innovativi assorba soltanto parzialmente tale quota, le disponibilità inutilizzate si aggiungono alla prima quota del 10 per cento, destinata ai budget aziendali; il residuo 10 per cento delle risorse costituisce un fondo di garanzia per ulteriori esigenze connesse all'evoluzione del mercato farmaceutico;

c) la somma dei budget di ciascuna azienda titolare di AIC, incrementata delle somme utilizzate per i due fondi di cui alla lettera b), deve risultare uguale all'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica ospedaliera a livello nazionale previsto dalla normativa vigente;

d) ai fini del monitoraggio complessivo della spesa sostenuta per l'assistenza farmaceutica ospedaliera si fa riferimento ai dati rilevati dai modelli CE, al netto della spesa per la distribuzione diretta di medicinali di cui all'[articolo 8, comma 10, lettera a\), della legge 24 dicembre 1993, n. 537](#), e successive modificazioni; ai fini del monitoraggio della spesa per singolo medicinale, si fa riferimento ai dati trasmessi nell'ambito del nuovo sistema informativo sanitario dalle regioni, relativi ai consumi dei medicinali in ambito ospedaliero, e ai dati trasmessi dalle regioni relativi alle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta e per conto; ai fini della definizione dei budget aziendali, nelle more della completa attivazione del flusso informativo dei consumi dei medicinali in ambito ospedaliero, alle regioni che non hanno fornito i dati, o li hanno forniti parzialmente, viene attribuita la spesa per l'assistenza farmaceutica ospedaliera rilevata nell'ambito del nuovo

sistema informativo sanitario ai sensi del [decreto del Ministro della salute 15 luglio 2004](#), pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 2 del 4 gennaio 2005; ⁽⁷²⁾

e) l'AIFA procede mensilmente al monitoraggio della spesa farmaceutica in rapporto al tetto, in ogni regione e a livello nazionale, e ne comunica gli esiti al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze e alle regioni; ⁽⁷²⁾

f) in caso di mancato rispetto del tetto di spesa, l'AIFA predispone le procedure di recupero del disavanzo a carico delle aziende farmaceutiche secondo le modalità stabilite alle lettere seguenti del presente comma;

g) il ripiano è effettuato tramite versamenti a favore delle regioni e delle province autonome in proporzione alla quota di riparto delle complessive disponibilità del Servizio sanitario nazionale, al netto delle quote relative alla mobilità interregionale; l'entità del ripiano a carico delle singole aziende titolari di AIC è calcolata in proporzione al superamento del budget definitivo attribuito secondo le modalità previste dal presente comma;

h) la quota del superamento del tetto imputabile allo sfioramento, da parte dei farmaci innovativi, dello specifico fondo di cui alla lettera b), è ripartita, ai fini del ripiano, al lordo IVA, tra tutte le aziende titolari di AIC in proporzione dei rispettivi fatturati relativi ai medicinali non innovativi coperti da brevetto;

i) in caso di superamento del budget attribuito all'azienda titolare di farmaci in possesso della qualifica di medicinali orfani ai sensi del [Regolamento \(CE\) n. 141/2000 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 1999](#), che non abbiano la caratteristica di farmaci innovativi, la quota di superamento riconducibile a tali farmaci è ripartita, ai fini del ripiano, al lordo IVA, tra tutte le aziende titolari di AIC in proporzione dei rispettivi fatturati relativi ai medicinali non innovativi coperti da brevetto; ⁽⁷²⁾

j) la mancata integrale corresponsione a tutte le regioni interessate, da parte delle aziende farmaceutiche, di quanto dovuto nei termini previsti comporta l'adozione da parte dell'AIFA di provvedimenti di riduzione del prezzo di uno o più medicinali dell'azienda interessata in misura e per un periodo di tempo tali da coprire l'importo corrispondente alla somma non versata, incrementato del 20 per cento, fermo restando quanto previsto dalla normativa vigente in materia di recupero del credito da parte delle pubbliche amministrazioni interessate nei confronti delle aziende farmaceutiche inadempienti;

k) in sede di prima applicazione della disciplina recata dal presente comma, ai fini della definizione dei budget delle aziende

GLI ESITI DEL MONITORAGGIO DELLA SPESA FARMACEUTICA SARANNO COMUNICATI ANCHE ALLE REGIONI.

RIPIANO PER I MEDICINALI ORFANI

farmaceutiche per l'anno 2013, fermo restando quanto previsto dalle lettere a) b) e c), dai fatturati aziendali relativi al 2012 è detratta una quota derivante dalla ripartizione fra tutte le aziende farmaceutiche, in proporzione al rispettivo fatturato relativo all'anno 2012, dell'ammontare del superamento, a livello complessivo, del tetto di spesa farmaceutica ospedaliera per lo stesso anno.

9. L'AIFA segnala al Ministro della salute l'imminente ingresso sul mercato di medicinali innovativi ad alto costo che, tenuto conto della rilevanza delle patologie in cui sono utilizzati e della numerosità dei pazienti trattabili, potrebbero determinare forti squilibri di bilancio per il Servizio sanitario nazionale.

10. Al fine di incrementare l'appropriatezza amministrativa e l'appropriatezza d'uso dei farmaci il comitato ed il tavolo di verifica degli adempimenti di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 verificano annualmente che da parte delle Regioni si sia provveduto a garantire l'attivazione ed il funzionamento dei registri dei farmaci sottoposti a registro e l'attivazione delle procedure per ottenere l'eventuale rimborso da parte delle aziende farmaceutiche interessate. I registri dei farmaci di cui al presente comma sono parte integrante del sistema informativo del Servizio sanitario nazionale. ⁽⁷¹⁾

11. La disciplina dei commi da 4 a 10 del presente articolo in materia di spesa farmaceutica sostituisce integralmente quella prevista dalla lettera b) del comma 1 dell'[articolo 17 del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 15 luglio 2011, n. 111](#); conseguentemente i riferimenti alla lettera b) contenuti nello stesso [articolo 17](#) del citato decreto-legge devono intendersi come riferimenti ai commi da 4 a 10 del presente articolo. ⁽⁷¹⁾

11-bis. Il medico che curi un paziente, per la prima volta, per una patologia cronica, ovvero per un nuovo episodio di patologia non cronica, per il cui trattamento sono disponibili più medicinali equivalenti, è tenuto ad indicare nella ricetta del Servizio sanitario nazionale la sola denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco. Il medico ha facoltà di indicare altresì la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo; tale indicazione è vincolante per il farmacista ove in essa sia inserita,

INTRODUCE ULTERIORE COMPITO ALL'AIFA DI SEGNALARE AL MINISTERO DELLA SALUTE I FARMACI INNOVATIVI AD ALTO COSTO.

INTRODUCE UN NUOVO ADEMPIMENTO AI TAVOLI CONGIUNTI ARTT. 9 E 12 INTESA 23 MARZO 2005 VOLTO A VERIFICARE L'ATTIVAZIONE DEI REGISTRI DEI FARMACI SOTTOPOSTI A REGISTRO.

I REGISTRI DEI FARMACI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO SONO PARTE INTEGRANTE DEL SISTEMA INFORMATIVO DEL SSN.

I COMMI DA 4 A 10 RELATIVI ALLA SPESA FARMACEUTICA SONO SOSTITUTIVI DI QUANTO PREVISTO DALLA LEGGE 111/2011 (CD MANOVRA TREMONTI).

IL MEDICO CHE CURI UN PAZIENTE PER LA PRIMA VOLTA E PER PATOLOGIA CRONICA E' TENUTO AD INDICARE NELLA RICETTA DEL SSN LA SOLA DENOMINAZIONE DEL PRINCIPIO ATTIVO CONTENUTO NEL FARMACO, QUALORA SIANO DISPONIBILI PIU' MEDICINALI AVENTI LO STESSO PRINCIPIO ATTIVO. L'EVENTUALE PRESCRIZIONE DI UNO SPECIFICO MEDICINALE DEVE ESSERE GIUSTIFICATA DAL MEDICO

corredata obbligatoriamente di una sintetica motivazione, la clausola di non sostituibilità di cui all'[articolo 11, comma 12, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 marzo 2012, n. 27](#). Il farmacista comunque si attiene a quanto previsto dal menzionato articolo 11, comma 12. ⁽⁷³⁾

12. Con le disposizioni di cui ai commi 13 e 14 sono fissate misure di razionalizzazione della spesa per acquisti di beni e servizi e ulteriori misure in campo sanitario per l'anno 2012. Per gli anni 2013 e seguenti le predette misure sono applicate, salvo la stipulazione, entro il 15 novembre 2012, del Patto per la salute 2013-2015, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'[articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131](#), nella quale possono essere convenute rimodulazioni delle misure, fermo restando l'importo complessivo degli obiettivi finanziari annuali. Con il medesimo Patto si procede al monitoraggio dell'attuazione delle misure finalizzate all'accelerazione del pagamento dei crediti degli enti del servizio sanitario nazionale. ⁽⁷¹⁾

13. Al fine di razionalizzare le risorse in ambito sanitario e di conseguire una riduzione della spesa per acquisto di beni e servizi:

a) ferme restando le disposizioni di cui all'[articolo 17, comma 1, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98](#), convertito con modificazioni dalla [legge 15 luglio 2011, n. 111](#), gli importi e le connesse prestazioni relative a contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi, con esclusione degli acquisti dei farmaci, stipulati da aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale, sono ridotti del 5 per cento a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto per tutta la durata dei contratti medesimi; tale riduzione per la fornitura di dispositivi medici opera fino al 31 dicembre 2012;

b) all'[articolo 17, comma 1, lettera a\), del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98](#), convertito dalla [legge 15 luglio 2011, n. 111](#), il quarto e il quinto periodo sono sostituiti dai seguenti: «Qualora sulla base dell'attività di rilevazione di cui al presente comma,

CON SINTETICA MOTIVAZIONE SCRITTA.

BENI E SERVIZI

PER GLI ANNI 2013 E SEGUENTI LE DISPOSIZIONI DEI COMMUNI 13 E 14 SONO OGGETTO DI INTESA CON LE REGIONI DA STIPULARE ENTRO IL 15 NOVEMBRE 2012. SI EVIDENZIA CHE NEL TESTO TALE INTESA È DENOMINATA "PATTO PER LA SALUTE 2013-2015".

VENGONO CONFERMATE LE DISPOSIZIONI SU BENI E SERVIZI DELLA LEGGE 111/2011.

CONTRATTI DI APPALTO

I VOLUMI D'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI, CON ESCLUSIONE DEI FARMACI, SONO RIDOTTI DEL 5 % DALLA DATA DI ENTRATA IN VIGORE DEL DECRETO E PER TUTTA LA DURATA DEI CONTRATTI. LA MISURA SI APPLICA FINO AL 31 DICEMBRE 2012 PER I DISPOSITIVI MEDICI.

EFFETTO FINANZIARIO: 505 MLN PER L'ANNO 2012; 463 MLN L'ANNO 2013 E 393 MLN PER L'ANNO 2014.

LE AZIENDE SANITARIE SONO TENUTE A PROPORRE UNA RINEGOZIAZIONE DEI CONTRATTI PER ACQUISTI DI BENI E SERVIZI ED EVENTUALMENTE A RECEDERE DAI CONTRATTI STESSI QUALORA I PREZZI UNITARI SIANO SUPERIORI DEL 20% RISPETTO AI PREZZI DI

nonché sulla base delle analisi effettuate dalle Centrali regionali per gli acquisti anche grazie a strumenti di rilevazione dei prezzi unitari corrisposti dalle Aziende Sanitarie per gli acquisti di beni e servizi, emergano differenze significative dei prezzi unitari, le Aziende Sanitarie sono tenute a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti che abbia l'effetto di ricondurre i prezzi unitari di fornitura ai prezzi di riferimento come sopra individuati, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto. In caso di mancato accordo, entro il termine di 30 giorni dalla trasmissione della proposta, in ordine ai prezzi come sopra proposti, le Aziende sanitarie hanno il diritto di recedere dal contratto senza alcun onere a carico delle stesse, e ciò in deroga all'articolo 1671 del codice civile. Ai fini della presente lettera per differenze significative dei prezzi si intendono differenze superiori al 20 per cento rispetto al prezzo di riferimento. Sulla base dei risultati della prima applicazione della presente disposizione, a decorrere dal 1° gennaio 2013 la individuazione dei dispositivi medici per le finalità della presente disposizione è effettuata dalla medesima Agenzia di cui all'[articolo 5 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266](#), sulla base di criteri fissati con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, relativamente a parametri di qualità, di standard tecnologico, di sicurezza e di efficacia. Nelle more della predetta individuazione resta ferma l'individuazione di dispositivi medici eventualmente già operata da parte della citata Agenzia. Le aziende sanitarie che abbiano proceduto alla rescissione del contratto, nelle more dell'espletamento delle gare indette in sede centralizzata o aziendale, possono, al fine di assicurare comunque la disponibilità dei beni e servizi indispensabili per garantire l'attività gestionale e assistenziale, stipulare nuovi contratti accedendo a convenzioni-quadro, anche di altre regioni, o tramite affidamento diretto a condizioni più convenienti in ampliamento di contratto stipulato da altre aziende sanitarie mediante gare di appalto o forniture.»; ⁽⁷²⁾

b-bis) l'[articolo 7-bis del decreto-legge 7 maggio 2012, n. 52](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 6 luglio 2012, n. 94](#), è abrogato; ⁽⁷⁴⁾

c) sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati, entro il 31 ottobre 2012, con regolamento

RIFERIMENTO INDIVIDUATI DALL'OSSERVATORIO PER I CONTRATTI PUBBLICI.

SULLA BASE DEI RISULTATI DELLA PRIMA APPLICAZIONE DEI PREZZI DI RIFERIMENTO, A DECORRERE DAL 1° GENNAIO 2013 L'INDIVIDUAZIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI STANDARDIZZABILI E' EFFETTUATA DALL'AGENAS SULLA BASE DI CRITERI FISSATI CON DECRETO DEL MINISTRO DELLA SALUTE, DI CONCERTO CON IL MEF.

QUALORA LE AZIENDE ESERCITINO IL DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO CON I FORNITORI, LE MEDESIME AZIENDE, NELLE MORE DELL'ESPLETAMENTO DELLE NUOVE GARE, AL FINE DI ASSICURARE LA DISPONIBILITA' DI BENI E SERVIZI ESSENZIALI POSSONO STIPULARE NUOVI CONTRATTI ACCEDENDO A CONVENZIONI QUADRO TRAMITE AFFIDAMENTO DIRETTO A CONDIZIONI PIU' CONVENIENTI.

ALLA LUCE DI QUANTO DISPOSTO, VIENE ABROGATO L'ART. 7-BIS DEL DL 52/2012 RELATIVO ALL'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI.

POSTI LETTO

VIENE ANTICIPATO DAL 28 FEBBRAIO 2013 AL 31 OTTOBRE 2012 IL TERMINE PER L'ADOZIONE DEL REGOLAMENTO PER LA DEFINIZIONE DEGLI STANDARD

approvato ai sensi dell'[articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311](#), previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nonché tenendo conto della mobilità interregionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, nel rispetto della riorganizzazione di servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzate all'assistenza 24 ore su 24 sul territorio adeguandoli agli standard europei, entro il 31 dicembre 2012, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. La riduzione dei posti letto è a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50 per cento del totale dei posti letto da ridurre ed è conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse. Nelle singole regioni e province autonome, fino ad avvenuta realizzazione del processo di riduzione dei posti letto e delle corrispondenti unità operative complesse, è sospeso il conferimento o il rinnovo di incarichi ai sensi dell'[articolo 15-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#) e successive modificazioni. Nell'ambito del processo di riduzione, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano operano una verifica, sotto il profilo assistenziale e gestionale, della funzionalità delle piccole strutture ospedaliere pubbliche, anche se funzionalmente e amministrativamente facenti parte di presidi ospedalieri articolati in più sedi, e promuovono l'ulteriore passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, favorendo l'assistenza residenziale e domiciliare; ⁽⁷²⁾

c-bis) è favorita la sperimentazione di nuovi modelli di assistenza, nell'ambito delle varie forme in cui questa è garantita, che realizzino effettive finalità di contenimento della spesa sanitaria, anche attraverso specifiche sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extraospedaliere; ⁽⁷⁴⁾

d) fermo restando quanto previsto dall'[articolo 17, comma 1, lettera a\), del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98](#), convertito con

QUALITATIVI, STRUTTURALI, TECNOLOGICI E QUANTITATIVI PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA DA PARTE DELLE REGIONI, PREVIA INTESA DELLA CONFERENZA STATO-REGIONI.

VIENE DIFFERITO DI UN MESE DAL 30 NOVEMBRE AL 31 DICEMBRE 2012 IL TERMINE PER LA RIDUZIONE DEI POSTI LETTO OSPEDALIERI IN BASE AL NUOVO STANDARD DI 3,7 POSTI PER MILLE ABITANTI (RISPETTO ALL'ATTUALE PARI AL 4 PER MILLE ABITANTI).

LA RIDUZIONE È A CARICO DELLE STRUTTURE PUBBLICHE PER UNA QUOTA NON INFERIORE AL 50% ED È RAGGIUNTA ESCLUSIVAMENTE MEDIANTE LA SOPPRESSIONE DI UNITÀ OPERATIVE COMPLESSE. VIENE CONTESTUALMENTE RIDOTTO IL TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE DALL'ATTUALE VALORE DI 180 PER 1.000 ABITANTI AL VALORE DI 160 PER MILLE E SONO INTRODOTTE MISURE DIRETTE A PROMUOVERE APPROPRIATEZZA E RAZIONALITÀ NELL'OFFERTA OSPEDALIERA.

EFFETTI FINANZIARI: RISPARMI PER 20 MLN NEL 2013 E 50 MLN A DECORRERE DAL 2014.

E' PREVISTA LA POSSIBILITÀ DI SPERIMENTARE NUOVI MODELLI DI ASSISTENZA PER CONTENERE LA SPESA, ANCHE ATTRAVERSO SINERGIE TRA STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE, OSPEDALIERE ED EXTRAOSPEDALIERE.

OBBLIGO PER GLI ENTI DEL SSN DI AVVALERSI, LADDOVE DISPONIBILI, DEGLI STRUMENTI DI

modificazioni dalla [legge 15 luglio 2011, n. 111](#), gli enti del servizio sanitario nazionale, ovvero, per essi, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, utilizzano, per l'acquisto di beni e servizi relativi alle categorie merceologiche presenti nella piattaforma CONSIP, gli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla stessa CONSIP, ovvero, se disponibili, dalle centrali di committenza regionali di riferimento costituite ai sensi dell'[articolo 1, comma 455, della legge 27 dicembre 2006, n. 296](#). I contratti stipulati in violazione di quanto disposto dalla presente lettera sono nulli, costituiscono illecito disciplinare e sono causa di responsabilità amministrativa;

e) costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del SSN, ai sensi della vigente legislazione, la verifica della redazione dei bandi di gara e dei contratti di global service e facility management in termini tali da specificare l'esatto ammontare delle singole prestazioni richieste (lavori, servizi, forniture) e la loro incidenza percentuale relativamente all'importo complessivo dell'appalto. Alla verifica del predetto adempimento provvede il Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, sulla base dell'istruttoria effettuata dall'Autorità per la vigilanza sui lavori pubblici;

f) il tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici, di cui all'[articolo 17, comma 2, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98](#), convertito con modificazioni dalla [legge 15 luglio 2011, n. 111](#), è rideterminato, per l'anno 2013 al valore del 4,9 per cento e, a decorrere dal 2014, al valore del 4,8 per cento;

f-bis) all'[articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), e successive modificazioni, dopo il

ACQUISTO E NEGOZIAZIONE TELEMATICI MESSI A DISPOSIZIONE DA CONSIP O DELLE CENTRALI REGIONALI, FERMO RESTANDO CHE IL PARAMETRO DI RIFERIMENTO PER GLI ACQUISTI DI BENI E SERVIZI RESTA IL PREZZO RILEVATO DALL'OSSERVATORIO DEI CONTRATTI PUBBLICI E PUBBLICATO SUL SITO DELL'OSSERVATORIO MEDESIMO.

INTRODUCE UN NUOVO ADEMPIMENTO AL TAVOLO DI VERIFICA DI CUI ALL'ART. 12 DELL'INTESA STATO – REGIONI DEL 23 MARZO 2005 A CARICO DELLE REGIONI LEGATO AI CONTRATTI DI GLOBAL SERVICE E DI FACILITY MANAGEMENT, CONSISTENTE NELLA VERIFICA CHE I BANDI DI GARA E I CONTRATTI SIANO REDATTI IN MODO TALE DA SPECIFICARE L'ESATTO AMMONTARE DELLE SINGOLE PRESTAZIONI COMPRESSE (LAVORI, SERVIZI E FORNITURE) E LA LORO INCIDENZA SULL'IMPORTO COMPLESSIVO DELL' APPALTO.

DISPOSITIVI MEDICI

IL TETTO DI SPESA PER L'ACQUISTO DI DISPOSITIVI MEDICI E' FISSATO AL 4,9% DEL LIVELLO DEL FINANZIAMENTO PER IL 2013 E NELLA MISURA DEL 4,8% A DECORRERE DAL 2014 (IN LUOGO DEL VIGENTE 5,2 PER CENTO A DECORRERE DAL 2013).

SI SOTTOLINEA CHE NON ESSENDO PREVISTO UN MECCANISMO DI PAY BACK DA PARTE DELLA FILIERA, L'EVENTUALE SFORAMENTO SARA' A CARICO DEI BILANCI REGIONALI.

EFFETTO FINANZIARIO: RISPARMIO DI CIRCA 400 MLN PER IL 2013 E 500 MLN PER GLI ESERCIZI SUCCESSIVI.

NELLE AZIENDE OSPEDALIERE, OSPEDALIERE-UNIVERSITARIE E NEGLI IRCCS, COSTITUITI DA UN

penultimo periodo è inserito il seguente: «Nelle aziende ospedaliere, nelle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'articolo 2 del [decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517](#), e negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, costituiti da un unico presidio, le funzioni e i compiti del direttore sanitario di cui al presente articolo e del dirigente medico di cui all'articolo 4, comma 9, del presidio ospedaliero sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge»; ⁽⁷⁴⁾

g) all'[articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), dopo il comma 1 è inserito il seguente comma:
«1-bis. Il valore complessivo della remunerazione delle funzioni non può in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato.».

14. A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'[articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014. La misura di contenimento della spesa di cui al presente comma è aggiuntiva rispetto alle misure eventualmente già adottate dalle singole regioni e province autonome di Trento e Bolzano e trova applicazione anche in caso di

UNICO PRESIDIO, LE FUNZIONI DI DIRETTORE SANITARIO ASSORBIRANNO ANCHE QUELLE RIVESTITE DALL'ATTUALE FIGURA DEL DIRIGENTE MEDICO.

REMUNERAZIONE DELLE FUNZIONI

LA DISPOSIZIONE PREVEDE CHE NELL'AMBITO DEL RAPPORTO TRA ENTI DEL SSN ED EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI, NON POSSA ESSERE PREVISTO UN CORRISPETTIVO PER LA REMUNERAZIONE DELLE FUNZIONI (PRONTO SOCCORSO, PROGRAMMI DI PREVENZIONE, SPERIMENTAZIONE ECC.) SUPERIORE AL 30% DELLA REMUNERAZIONE COMPLESSIVAMENTE ASSEGNATA.

EFFETTI FINANZIARI: RISPARMI STIMATI IN CIRCA 30 MILIONI DI EURO ANNUI DAL 2013. SI TRATTA PER LA QUASI TOTALITA' DI UN MINORE FINANZIAMENTO DELLE STRUTTURE PUBBLICHE CHE GARANTISCONO QUESTE FUNZIONI.

ACQUISTO DA PRIVATI ACCREDITATI

LE DISPOSIZIONI SONO DIRETTE A STABILIRE UNA RIDUZIONE COMPLESSIVA DEGLI ACQUISTI DA EROGATORI PRIVATI PER PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DI ASSISTENZA OSPEDALIERA IN MISURA TALE DA RIDURNE LA SPESA, RISPETTO AL VALORE CONSUNTIVATO NEL 2011, DELLO 0,5% PER IL 2012, DELL'1% PER IL 2013 E DEL 2% A DECORRERE DAL 2014.

LA MISURA È AGGIUNTIVA RISPETTO ALLE EVENTUALI MISURE DI RIDUZIONE GIÀ EVENTUALMENTE ASSUNTE DALLE REGIONI O DALLE PROVINCE AUTONOME. IL VALORE DEL 2012 COSÌ RIDETERMINATO COSTITUISCE

mancata sottoscrizione dei contratti e degli accordi, facendo riferimento, in tale ultimo caso, agli atti di programmazione regionale o delle province autonome di Trento e Bolzano della spesa sanitaria. Il livello di spesa determinatosi per il 2012 a seguito dell'applicazione della misura di contenimento di cui al presente comma costituisce il livello su cui si applicano le misure che le regioni devono adottare, a decorrere dal 2013, ai sensi dell'*articolo 17, comma 1, lettera a), terzo periodo del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 15 luglio 2011, n. 111*.⁽⁷¹⁾

15. In deroga alla procedura prevista dall'*articolo 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, in materia di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera ed ambulatoriale a carico del servizio sanitario nazionale, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con proprio decreto, entro il 15 settembre 2012, determina le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, di cui all'*articolo 8- quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502* e successive modificazioni, sulla base dei dati di costo disponibili e, ove ritenuti congrui ed adeguati, dei tariffari regionali, tenuto conto dell'esigenza di recuperare, anche tramite la determinazione tariffaria, margini di inappropriata ancora esistenti a livello locale e nazionale.⁽⁷¹⁾

16. Le tariffe massime di cui al comma 15, valide dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro previsto dal medesimo comma 15, fino alla data del 31 dicembre 2014, costituiscono riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio Sanitario Nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica.⁽⁷¹⁾

17. Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'articolo 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza

IL VALORE DI RIFERIMENTO PER L'APPLICAZIONE DELLA MANOVRA CORRETTIVA GIÀ PREVISTA DALL'ARTICOLO 17, COMMA 1, DELLA LEGGE 111/2011.

EFFETTI FINANZIARI: RISPARMIO PARI A CIRCA 70 MILIONI DI EURO PER IL 2012, 140 MILIONI DI EURO PER IL 2013 E 280 MILIONI DI EURO A DECORRERE DAL 2014.

TARIFFE

SI PREVEDE UNA PROCEDURA D'URGENZA, IN DEROGA A QUELLA PREVISTA DALL'ART. 8-SEXIES COMMA 5 DEL D.LGS 502/92 PER L'EMANAZIONE DEL DECRETO TARIFFE MASSIME DA APPLICARE ALLE STRUTTURE ACCREDITATE ENTRO IL 15 SETTEMBRE 2012 PREVIO PARERE DELLA CONFERENZA STATO- REGIONI.

LE TARIFFE MASSIME DEFINITE CON DECRETO SONO VALIDE FINO AL 31 DICEMBRE 2014. LA DISPOSIZIONE PER CUI LE TARIFFE COSTITUISCONO RIFERIMENTO PER LA VALUTAZIONE DELLA CONGRUITA' PER LE RISORSE DEL SSN ERA GIA' PREVISTA DALL'ART.1 COMMA 170 DELLA LEGGE 311/2004.

L'IMPORTO SUPERIORE FISSATO DALLA SINGOLA REGIONE RESTA A CARICO DEL BILANCIO REGIONALE. (LA NORMA ERA GIA' PREVISTA DALL'ART. 1 COMMA 170 DELLA LEGGE 311/2004). TALE DISPOSIZIONE SI INTENDE RISPETTATA SE LA REGIONE E' IN

permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'[articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311](#) e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, per le quali le tariffe massime costituiscono un limite invalicabile.⁽⁷¹⁾

18 Sono abrogate le disposizioni contenute nel primo, secondo, terzo, quarto periodo dell'[articolo 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004, n. 311](#).

19. Al quinto periodo dell'[articolo 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004, n. 311](#), le parole: «Con la medesima cadenza di cui al quarto periodo» sono sostituite con le seguenti: «Con cadenza triennale, a decorrere dalla data di entrata in vigore del [decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95](#),».⁽⁷¹⁾

20. Si applicano, a decorrere dal 2013, le disposizioni di cui all'[articolo 11, comma 1, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 30 luglio 2010, n. 122](#), qualora al termine del periodo di riferimento del Piano di rientro ovvero della sua prosecuzione, non venga verificato positivamente, in sede di verifica annuale e finale, il raggiungimento degli obiettivi strutturali del piano stesso, ovvero della sua prosecuzione.

21. Il comma 3 dell'[articolo 17 del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98](#) convertito, con modificazioni, dalla [legge 15 luglio 2011, n. 111](#) è sostituito dai seguenti:
3. Le disposizioni di cui all'[articolo 2, commi 71 e 72, della legge 23 dicembre 2009, n. 191](#) si applicano anche in ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015.
3-bis. Alla verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi di cui al comma 3 si provvede con le modalità previste dall'[articolo 2,](#)

EQUILIBRIO ECONOMICO – FINANZIARIO. L'ADEMPIMENTO E' VERIFICATO DAL TAVOLO DI VERIFICA (ART. 12 DELL'INTESA 23 MARZO 2005).

I PERIODI ABROGATI CONTENGONO DISPOSIZIONI CHE IN PARTE VENGONO REINTRODOTTE DAI COMMI 16 E 17. VIENE INVECE ABROGATO L'OBBLIGO DI SENTIRE LE SOCIETA' SCIENTIFICHE E LE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA;

IL COMMA 170 DELLA LEGGE 311/2004 PREVEDEVA UN AGGIORNAMENTO PERIODICO DELLE TARIFFE, IL PRESENTE COMMA STABILISCE INVECE LA PERIODICITA' TRIENNALE.

PER LE REGIONI IMPEGNATE NEI PIANI DI RIENTRO E NON COMMISSARIATE SI DISPONE CHE, QUALORA AL TERMINE DEL PIANO NON VENGA VERIFICATO POSITIVAMENTE IL RAGGIUNGIMENTO DEI RELATIVI OBIETTIVI STRUTTURALI, PUR AVENDO RAGGIUNTO L'EQUILIBRIO ECONOMICO, E' PREVISTA LA POSSIBILITA' DI CHIEDERE LA PROSECUZIONE DEL PIANO.

SPESA SUL PERSONALE

PROROGA AL 2015 DELLE VIGENTI MISURE DI RIDUZIONE DI SPESA SUL PERSONALE (RIDUZIONE DELL'1,4% RISPETTO ALLA SPESA DELL'ANNO 2004, AL NETTO DI ALCUNE VOCI).

A DECORRERE DAL 2013 E' CONSIDERATA ADEMPIENTE LA REGIONE CHE HA CONSEGUITO L'EQUILIBRIO

comma 73, della citata legge n. 191 del 2009. La regione è giudicata adempiente ove sia accertato l'effettivo conseguimento di tali obiettivi. In caso contrario, limitatamente agli anni 2013 e 2014, la regione è considerata adempiente ove abbia conseguito l'equilibrio economico.
3-ter. Per le regioni sottoposte ai Piani di rientro dai deficit sanitari o ai Programmi operativi di prosecuzione di detti Piani restano comunque fermi gli specifici obiettivi ivi previsti in materia di personale. ⁽⁷¹⁾

22. In funzione delle disposizioni recate dal presente articolo il livello del fabbisogno del servizio sanitario nazionale e del correlato finanziamento, previsto dalla vigente legislazione, è ridotto di 900 milioni di euro per l'anno 2012, di 1.800 milioni di euro per l'anno 2013 e di 2.000 milioni di euro per l'anno 2014 e 2.100 milioni di euro a decorrere dall'anno 2015. Le predette riduzioni sono ripartite fra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano secondo criteri e modalità proposti in sede di autocoordinamento dalle regioni e province autonome di Trento e di Bolzano medesime, da recepire, in sede di espressione dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano per la ripartizione del fabbisogno sanitario e delle disponibilità finanziarie annue per il Servizio sanitario nazionale, entro il 30 settembre 2012, con riferimento all'anno 2012 ed entro il 30 novembre 2012 con riferimento agli anni 2013 e seguenti. Qualora non intervenga la predetta proposta entro i termini predetti, all'attribuzione del concorso alla manovra di correzione dei conti alle singole regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano, alla ripartizione del fabbisogno e alla ripartizione delle disponibilità finanziarie annue per il Servizio sanitario nazionale si provvede secondo i criteri previsti dalla normativa vigente. Le Regioni a statuto speciale e le Province autonome di Trento e Bolzano, ad esclusione della regione Siciliana, assicurano il concorso di cui al presente comma mediante le procedure previste dall'*articolo 27 della legge 5 maggio 2009, n. 42.* Fino all'emanazione delle norme di attuazione di cui al predetto *articolo 27,* l'importo del concorso alla manovra di cui al presente comma è annualmente accantonato, a valere sulle quote di compartecipazione ai tributi erariali. ⁽⁷¹⁾

ECONOMICO- FINANZIARIO.

FINANZIAMENTO DEL SSN

IL FINANZIAMENTO DEL SSN E' RIDOTTO DI 900 MLN PER IL 2012, 1,8 MLD PER IL 2013, 2 MLD PER IL 2014 E 2,1 MLD A DECORRERE DAL 2015.

ENTRO IL 30 SETTEMBRE 2012 RIPARTO DEL TAGLIO DEL FSN DI 900 MILIONI DI EURO SECONDO CRITERI E MODALITÀ PREDISPOSTI IN SEDE DI AUTOCOORDINAMENTO DALLE REGIONI E DALLE PROVINCE AUTONOME DA RECEPIRE IN SEDE DI ESPRESSIONE DELL'INTESA IN CONFERENZA STATO-REGIONI PER IL RIPARTO DEL FSN. SE NON SI DEFINISCE LA PROPOSTA DA PARTE DELLE REGIONI ENTRO IL TERMINE PREDETTO, SI PROVVEDE SECONDO I CRITERI PREVISTI DALLA NORMATIVA VIGENTE.

ENTRO IL 30 NOVEMBRE 2012 RIPARTO DEL TAGLIO DEL FSN DI 1,8 MILIARDI PER L'ANNO 2013, 2 MILIARDI PER L'ANNO 2014 E 2,1 MLD A DECORRERE DAL 2015 SECONDO CRITERI E MODALITÀ PREDISPOSTI IN SEDE DI AUTOCOORDINAMENTO DALLE REGIONI E DALLE PROVINCE AUTONOME DA RECEPIRE IN SEDE DI ESPRESSIONE DELL'INTESA IN CONFERENZA STATO-REGIONI PER IL RIPARTO DEL FSN. SE NON SI DEFINISCE LA PROPOSTA DA PARTE DELLE REGIONI ENTRO IL TERMINE PREDETTO, SI PROVVEDE SECONDO I CRITERI PREVISTI DALLA NORMATIVA VIGENTE.

LE REGIONI A STATUTO SPECIALE E LE P.A. DI TRENTO E DI BOLZANO, NEL RISPETTO DEGLI STATUTI SPECIALI, CONCORRONO AL CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI PEREQUAZIONE E DI SOLIDARIETÀ ED

23. A decorrere dall'anno 2013, la quota premiale a valere sulle risorse ordinarie previste dalla vigente legislazione per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, disposta dall'[articolo 9, comma 2, del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 149](#), è annualmente pari allo 0,25 per cento delle predette risorse.

24. Si applicano, a decorrere dall'esercizio 2013, le disposizioni di cui all'[articolo 2, comma 68, della legge 23 dicembre 2009, n. 191](#).

25. L'[articolo 16, comma 2, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98](#), convertito con modificazioni dalla [legge 15 luglio 2011, n. 111](#) si interpreta nel senso che le disposizioni ivi richiamate di limitazione della crescita dei trattamenti economici anche accessori del personale delle pubbliche amministrazioni si applicano, in quanto compatibili, anche al personale convenzionato con il servizio sanitario nazionale fin dalla loro entrata in vigore. La disciplina prevista dall'[articolo 9, commi 3-bis e 3-ter, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 gennaio 2009, n. 2](#), in materia di certificazione dei crediti, e dall'[articolo 31, comma 1-bis, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 30 luglio 2010, n. 122](#), in materia di compensazione dei crediti, e i relativi decreti attuativi, trovano applicazione nei confronti degli enti del Servizio sanitario nazionale, secondo le modalità e le condizioni fissate dalle

ALL'ESERCIZIO DEI DIRITTI E DOVERI DA ESSI DERIVANTI, NONCHÉ AL PATTO DI STABILITÀ INTERNO E ALL'ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI POSTI DALL'ORDINAMENTO COMUNITARIO, SECONDO CRITERI E MODALITÀ STABILITI DA NORME DI ATTUAZIONE DEI RISPETTIVI STATUTI, DA DEFINIRE, CON LE PROCEDURE PREVISTE DAGLI STATUTI MEDESIMI, E SECONDO IL PRINCIPIO DEL GRADUALE SUPERAMENTO DEL CRITERIO DELLA SPESA STORICA.

QUOTA PREMIALE

DALL'ANNO 2013 LE RISORSE PREVISTE PER LA QUOTA PREMIALE SONO PARI ALLO 0,25% DELLE RISORSE PREVISTE PER IL FINANZIAMENTO DEL SSN.

E' CONFERMATO IL LIVELLO DELLE ANTICIPAZIONI AL 97% O 98%, CONDIZIONATO ALLA VERIFICA DEGLI ADEMPIMENTI.

NELLE MORE DELL'INTESA SULLA PROPOSTA DI RIPARTO DELLE RISORSE DEL SSN, L'EROGAZIONE ANTICIPATA È COMMISURATA AL LIVELLO DELLE EROGAZIONI IN VIA ANTICIPATA RELATIVO AL SECONDO ANNO PRECEDENTE A QUELLO DI RIFERIMENTO.

LE LIMITAZIONI DI CRESCITA DEI TRATTAMENTI ECONOMICI E ACCESSORI DEL PERSONALE DELLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI SI APPLICANO ANCHE AL PERSONALE CONVENZIONATO CON IL SSN.

CERTIFICAZIONE CREDITI E COMPENSAZIONE DEBITI

LE VIGENTI NORME IN MATERIA DI CERTIFICAZIONE DI CREDITI E COMPENSAZIONI DI DEBITI SI APPLICANO PER GLI ENTI DEL SSN.

medesime disposizioni. ⁽⁷¹⁾

25-bis. Ai fini della attivazione dei programmi nazionali di valutazione sull'applicazione delle norme di cui al presente articolo, il Ministero della salute provvede alla modifica ed integrazione di tutti i sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato, ed alla interconnessione a livello nazionale di tutti i flussi informativi su base individuale. Il complesso delle informazioni e dei dati individuali così ottenuti è reso disponibile per le attività di valutazione esclusivamente in forma anonima ai sensi dell'[articolo 35 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118](#). Il Ministero della salute si avvale dell'AGENAS per lo svolgimento delle funzioni di valutazione degli esiti delle prestazioni assistenziali e delle procedure medico-chirurgiche nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. A tal fine, AGENAS accede, in tutte le fasi della loro gestione, ai sistemi informativi interconnessi del Servizio sanitario nazionale di cui al presente comma in modalità anonima. ⁽⁷⁵⁾

25-ter. In relazione alla determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario secondo quanto previsto dal [decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68](#), il Governo provvede all'acquisizione e alla pubblicazione dei relativi dati entro il 31 ottobre 2012, nonché a ridefinire i tempi per l'attuazione del medesimo decreto nella parte relativa ai costi e fabbisogni standard nel settore sanitario, entro il 31 dicembre 2012. ⁽⁷⁵⁾

⁽⁷¹⁾ Comma così modificato dalla [legge di conversione 7 agosto 2012, n. 135](#).

⁽⁷²⁾ Lettera così modificata dalla [legge di conversione 7 agosto 2012, n. 135](#).

⁽⁷³⁾ Comma inserito dalla [legge di conversione 7 agosto 2012, n. 135](#).

⁽⁷⁴⁾ Lettera inserita dalla [legge di conversione 7 agosto 2012, n. 135](#).

⁽⁷⁵⁾ Comma aggiunto dalla [legge di conversione 7 agosto 2012, n. 135](#).

Titolo IV

RAZIONALIZZAZIONE E RIDUZIONE DELLA SPESA DEGLI

IL MINISTERO DELLA SALUTE PROVVEDE ALLA MODIFICA ED INTEGRAZIONE DI TUTTI I SISTEMI INFORMATIVI DEL SSN E ALLA INTERCONNESSIONE A LIVELLO NAZIONALE DI TUTTI I FLUSSI INFORMATIVI SU BASE INDIVIDUALE AI FINI DELLA VALUTAZIONE DEGLI ESITI DELLE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI E DELLE PROCEDURE MEDICO – CHIRURGICHE.

COSTI STANDARD

PREVISTA UN'ACCELERAZIONE PER L'ADOZIONE DEI COSTI STANDARD SANITARI - DLGS SUL FEDERALISMO FISCALE. ENTRO IL 31 OTTOBRE 2012 IL GOVERNO DOVRÀ ACQUISIRE E PUBBLICARE I RELATIVI DATI ED ENTRO IL 31 DICEMBRE 2012, DEFINIRE I TEMPI DI ATTUAZIONE DELL'ADOZIONE DEI COSTI E FABBISOGNI STANDARD IN SANITÀ.

ENTI TERRITORIALI

Art. 16 *Riduzione della spesa degli enti territoriali*

12-septies. Le regioni sottoposte al piano di stabilizzazione finanziaria di cui all'[articolo 14, comma 22, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 30 luglio 2010, n. 122](#), possono disporre, con propria legge, l'anticipo all'anno 2013 della maggiorazione dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche di base prevista dall'[articolo 6, comma 1, lettera b\), del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68](#).⁽⁸⁰⁾

(80) Comma aggiunto dalla [legge di conversione 7 agosto 2012, n. 135](#).

ADDIZIONALI REGIONALI IRPEF – REGIONI IN PIANO DI RIENTRO

LE REGIONI IN DISAVANZO SANITARIO POTRANNO AUMENTARE L'ADDIZIONALE IRPEF ORA FISSATA ALLO 0,5%, FINO ALL'1,1% GIÀ DAL 2013, IN ANTICIPO DI UN ANNO RISPETTO AL PREVISTO.

Titolo V
FINALIZZAZIONE DEI RISPARMI DI SPESA ED ALTRE
DISPOSIZIONI DI CARATTERE FINANZIARIO

Art. 23 *Altre disposizioni di carattere finanziario ed esigenze indifferibili*

8. La dotazione 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](#), è incrementata di 658 milioni di euro per l'anno 2013 ed è ripartita, con decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, tra le finalità di cui all'[articolo 33, comma 1, della legge 12 novembre 2011, n. 183](#), come indicate nell'[allegato 3](#) della medesima legge, con esclusione delle finalità già oggetto di finanziamento ai sensi del presente articolo, nonché, in via prevalente, per l'incremento della dotazione del Fondo di cui all'[articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296](#), finalizzato al finanziamento dell'assistenza domiciliare prioritariamente nei confronti delle persone gravemente non autosufficienti, inclusi i malati di sclerosi laterale amiotrofica.
(106)

stralcio

11. Al fine di assicurare la prosecuzione degli interventi connessi al superamento dell'emergenza umanitaria nel territorio nazionale, ivi comprese le operazioni per la salvaguardia della vita umana in mare, in relazione all'eccezionale afflusso di cittadini appartenenti ai paesi del Nord Africa, dichiarata con [decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 febbraio 2011](#) e successivamente prorogata fino al 31 dicembre 2012 con [decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 6 ottobre 2011](#), pubblicati rispettivamente nella Gazzetta Ufficiale n. 42 del 21 febbraio 2011 e n. 235 dell'8 ottobre 2011 è autorizzata la spesa massima di 495 milioni di euro, per l'anno 2012, da iscriverne su apposito fondo dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, anche al fine di far fronte alle attività solutorie di interventi urgenti già posti in essere. Con ordinanze del Capo del Dipartimento della protezione civile, adottate, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, ai sensi dell'[articolo 5, comma 2, della legge 24 febbraio 1992, n. 225](#), è individuato l'ammontare di risorse da assegnare

NON AUTOSUFFICIENZA

QUOTA PARTE DEI 658 MLN VIENE DESTINATA ALL'INCREMENTO DELLA DOTAZIONE DEL FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE, IN PARTICOLARE PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE PRIORITARIAMENTE NEI CONFRONTI DI PERSONE GRAVEMENTE NON AUTOSUFFICIENTI INCLUSI I MALATI DI SLA. NEL TESTO DEL DL PUBBLICATO

SI FA PRESENTE CHE E' STATO IN TAL MODO ACCOLTO L'EMENDAMENTO CONTENUTO NEL DOCUMENTO APPROVATO DALLA CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE P.A. IL 25 LUGLIO 2012 CHE IN SEDE DI CONFERENZA UNIFICATA AVEVA ESPRESSO UNA VALUTAZIONE NEGATIVA SUL DL .

EMERGENZA NORD AFRICA

AL FINE DI ASSICURARE LA PROSECUZIONE DEGLI INTERVENTI CONNESSI AL SUPERAMENTO DELL'EMERGENZA NORD AFRICA, VIENE AUTORIZZATA PER IL 2012 LA SPESA MASSIMA DI 495 MLN.

per gli interventi di rispettiva competenza alla Protezione civile ovvero direttamente al Ministero dell'interno e alle altre Amministrazioni interessate. Le somme non utilizzate nell'esercizio possono esserlo in quello successivo. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare con propri decreti le occorrenti variazioni di bilancio. Al fine di assicurare la prosecuzione degli interventi a favore dei minori stranieri non accompagnati connessi al superamento dell'emergenza umanitaria e consentire nel 2012 una gestione ordinaria dell'accoglienza, è istituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali il Fondo nazionale per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati, la cui dotazione è costituita da 5 milioni di euro per l'anno 2012. Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, con proprio decreto, sentita la Conferenza unificata di cui al [decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281](#), provvede annualmente e nei limiti delle risorse di cui al citato Fondo alla copertura dei costi sostenuti dagli enti locali per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati. ⁽¹⁰⁶⁾

12-bis. Al comma 1 dell'[articolo 5 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 22 dicembre 2011, n. 214](#), dopo il secondo periodo è inserito il seguente: «A far data dai trenta giorni dall'entrata in vigore delle disposizioni di approvazione del nuovo modello di dichiarazione sostitutiva unica concernente le informazioni necessarie per la determinazione dell'ISEE, attuative del decreto di cui al periodo precedente, sono abrogati il [decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109](#), e il [decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221](#)». ⁽¹⁰⁸⁾

12-septiesdecies. Al fine di rendere uniformi e trasparenti le modalità di espletamento delle procedure relative al concorso straordinario per l'apertura di nuove sedi farmaceutiche di cui all'[articolo 11 del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 marzo 2012, n. 27](#), nonché di assicurare l'interscambio e la tempestiva diffusione delle informazioni, il Ministero della salute, in collaborazione con le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, realizza una piattaforma tecnologica ed applicativa unica per lo svolgimento delle predette procedure, da mettere a disposizione delle stesse regioni e province autonome e dei candidati. L'onere per la realizzazione della piattaforma, che non può eccedere il limite di

PER ASSICURARE LA PROSECUZIONE DEGLI INTERVENTI A FAVORE DEI MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI CONNESSI AL SUPERAMENTO DELL'EMERGENZA È ISTITUITO PRESSO IL MIN LAV IL FONDO NAZIONALE PER L'ACCOGLIENZA DEI MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI, LA CUI DOTAZIONE È COSTITUITA DA 5 MILIONI DI EURO PER L'ANNO 2012.

CON DECRETO DEL MIN LAV PREVIO PARERE DELLA CONFERENZA UNIFICATA SI PROVVEDE ANNUALMENTE ALLA COPERTURA DEI COSTI SOSTENUTI DAGLI ENTI LOCALI PER L'ACCOGLIENZA DEI MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI.

ISEE

LA DISPOSIZIONE INTEGRA L'ART. 5 DELLA LEGGE 214/2011 E PREVEDE L'ABROGAZIONE DEL DLGS 31 MARZO 1998, N. 109, E DEL DPCM 7 MAGGIO 1999, N. 221 CHE DISCIPLINAVANO I CRITERI UNIFICATI DI VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE ECONOMICA DI COLORO CHE RICHIEDONO PRESTAZIONI SOCIALI AGEVOLATE.

CONCORSO STRAORDINARIO NUOVI SEDI FARMACEUTICHE

VIENE DISPOSTA LA REALIZZAZIONE DI UNA PIATTAFORMA TECNOLOGICA ED APPLICATIVA DA PARTE DEL MINISTERO DELLA SALUTE IN COLLABORAZIONE CON LE REGIONI E LE P.A. PER LO SVOLGIMENTO UNITARIO DEI CONCORSI STRAORDINARI, PREVISTI DALLA LEGGE 27/2012 (CRESCI ITALIA) NEL LIMITE DI 400.000 EURO A CARICO DEL BILANCIO DEL MINISTERO DELLA SALUTE.

400.000 euro, è a carico del bilancio del Ministero della salute, che vi farà fronte con quota parte delle somme di cui alla lettera d) dell'[articolo 1, comma 409, della legge 23 dicembre 2005, n. 266](#). Alla predetta lettera d) dell'[articolo 1, comma 409, della legge 23 dicembre 2005, n. 266](#), sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «e per iniziative che favoriscano il completamento e il miglioramento della rete di assistenza e di vendita costituita dalle farmacie territoriali». ⁽¹⁰⁸⁾

12-duodevicies. All'[articolo 11 del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 marzo 2012, n. 27](#), sono apportate le seguenti modifiche:

a) al comma 3 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Agli effetti delle disposizioni del presente articolo, per farmacie soprannumerarie si intendono le farmacie aperte in base al criterio topografico o della distanza ai sensi dell'[articolo 104 del testo unico delle leggi sanitarie di cui al regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265](#), e successive modificazioni, sia anteriormente, sia posteriormente all'entrata in vigore della [legge 8 novembre 1991, n. 362](#), che non risultino riassorbite nella determinazione del numero complessivo delle farmacie stabilito in base al parametro della popolazione di cui al comma 1, lettera a), del presente articolo»;

b) al comma 5, è aggiunta, in fine, la seguente lettera:

«b-bis) per l'attività svolta dai ricercatori universitari nei corsi di laurea in farmacia e in chimica e tecnologia farmaceutiche, sono assegnati, per anno e per ciascun commissario, 0,30 punti per i primi dieci anni, e 0,08 punti per i secondi dieci anni»;

c) al comma 6, il terzo e il quarto periodo sono sostituiti dai seguenti: «A seguito dell'approvazione della graduatoria, ad ogni vincitore sarà assegnata la prima sede da lui indicata in ordine di preferenza, che non risulti assegnata a un candidato meglio collocato in graduatoria. Entro quindici giorni dall'assegnazione, i vincitori del concorso devono dichiarare se accettano o meno la sede assegnata. L'inutile decorso del termine concesso per la dichiarazione equivale a una non accettazione. Dopo la scadenza del termine previsto per l'accettazione, le sedi non accettate sono offerte ad altrettanti candidati che seguono in graduatoria, secondo la procedura indicata nei periodi precedenti, fino all'esaurimento delle sedi messe a concorso o all'interpello di tutti i candidati in graduatoria. Successivamente, la graduatoria, valida per due anni dalla data della sua pubblicazione, deve essere utilizzata con il

L'EMENDAMENTO INTRODOTTO E' FINALIZZATO A RENDERE UNIFORMI E TRASPARENTI LE MODALITÀ DI ESPLETAMENTO DELLE PROCEDURE RELATIVE AL CONCORSO STRAORDINARIO PER L'APERTURA DI NUOVE SEDI FARMACEUTICHE PREVISTO DALLA LEGGE N. 27/2012

criterio dello scorrimento per la copertura delle sedi farmaceutiche eventualmente resesi vacanti a seguito delle scelte effettuate dai vincitori di concorso, con le modalità indicate nei precedenti periodi del presente comma»;

d) al comma 7, primo periodo, le parole: «, di età non superiore ai 40 anni,» sono soppresse;

e) al comma 17, alle parole: «La direzione della farmacia privata» sono premesse le seguenti: «A decorrere dal 1° gennaio 2015 e fatta eccezione, comunque, per le farmacie rurali sussidiate,». ⁽¹¹⁰⁾

12-undecies. Alla *legge 2 aprile 1968, n. 475*, dopo l'*articolo 1-bis* è inserito il seguente:

«Art. 1-ter. - 1. Le sedi farmaceutiche di cui all'articolo 1-bis sono considerate, agli effetti della normativa vigente, come sedi urbane, indipendentemente dalla popolazione residente nel comune in cui sono istituite.». ⁽¹¹⁰⁾

(106) Comma così modificato dalla *legge di conversione 7 agosto 2012, n. 135*.

(107) Comma inserito dalla *legge di conversione 7 agosto 2012, n. 135*.

(108) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 7 agosto 2012, n. 135*.

(109) Comma inserito dalla *legge di conversione 7 agosto 2012, n. 135*.

(110) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 7 agosto 2012, n. 135*.

FINANZIAMENTO E SPESA DEL SSN anni 2000-2011

Valori in milioni di euro

Accordo 8 agosto 2001				L.F. 2005 e Intesa 23 marzo 2005		Patto per la Salute ottobre 2006		DL 112 25/6/2008 convertito in Legge n. 133/2008			
2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008		2009	2010	2011
71.271	75.597	78.564	81.275	88.195	93.173	97.551	101.427	102.638 al netto del Fondino transitorio comprensivo rinnovi contrattuali 398	103.945	106.265	
Totale									102.683		
Art. 61 comma 19a L.133/2008 ticket									400	400	400
Totale									103.083	104.345	106.665
Art. 1 comma 5 D.L n. 154/2008 convertito in L. 189/2008 ticket									434		
Art. 79 comma 2 L. 133/2008 rinnovi convenzioni									184	69	69
Totale									103.701	104.414	106.734
Risorse lavoratori extracomunitari L. n. 102 del 2009 art. 1ter									67	200	200
Livello complessivo di finanziamento									103.768	104.614	106.934
Manovra ex Legge n. 77/2009 (Intervento a favore popolazioni colpite dal terremoto Abruzzo)									- 420		
Livello netto effettivo di finanziamento									103.348		
Al netto Bambin Gesù										104.564	106.884

NOTE:

Per l'anno 2005: la Legge n.311/2004 (Legge Finanziaria 2005) - art. 1 comma 164 ha inoltre stanziato 2.000 mln a ripiano 2001, 2002, 2003.

Per l'anno 2006: la Legge n. 266/2005 (Legge Finanziaria 2006) - art. 1 comma 279 ha inoltre stanziato 2.000 mln a ripiano per gli anni 2002, 2003, 2004.

Sono compresi 2.000 mln di euro quale integrazione del finanziamento disposta dalla Legge n. 296/2006 (Legge Finanziaria 2007) - art. 1 comma 797 a seguito del Patto per la Salute.

Per l'anno 2007: prevista manovra per 2 miliardi ulteriori al finanziamento a copertura spesa, di cui 811 per quota fissa 10 euro (Legge n.296/2006 art. 1 comma 796 p-bis) + Legge 17/2007), finanziati in corso d'anno per 511 (Legge 64/2007 - art. 1 bis + intesa 18/10/2007)

Previsto Fondo transitorio per le regioni in difficoltà: 1.000 mln per il 2007, 850 mln per il 2008, 700 mln per il 2009 (Legge n.296/2006 (Legge Finanziaria 2007) - art. 1 comma 796 b).

Per l'anno 2008: sono compresi 834 mln per eliminazione anno 2008 quota fissa 10 euro (Legge n.244/2007 - Legge Finanziaria 2008 - art.1 comma 377) , 850 mln per fondo transitorio (Legge n.296/2006 - Legge Finanziaria 2007 art. 1 comma 796 b) e 661 mln per rinnovo contratto (Legge n. 244/2007 - Legge Finanziaria 2008 - art. 3 comma 139)

FINANZIAMENTO DEL SSN II° PATTO SALUTE 2010-2012 E ANNI 2013-2015

	2010	2011	variazione % 2011-2010	2012	variazione % 2012-2011	2013	variazione % 2013-2012	2014	variazione % 2014- 2013	2015
Finanziamento Patto Salute 2010-2012 - Intesa 3 dicembre 2009										
Livello complessivo di finanziamento	104.614	106.934		108.653						
Finanziamento al netto del Bambin Gesù	104.564	106.884		108.603						
Legge n. 191/2009 - Finanziaria 2010										
Art. 2 comma 67 L.191/2009 (incremento livello finanziamento SSN)	584	419								
Misure da adottarsi entro il 2010 (art. 2 comma 67 L.191/2009)	550	834								
Patto per la salute 2010-2012- art. 2 comma 67 L.191/2009 - risorse necessarie per coprire la vacanza contrattuale	466	466		466						
TOTALE MISURE PREVISTE DAL PATTO	1.600	1.719		3.041,2						
TOTALE RISORSE - II° PATTO PER LA SALUTE 2010-2012	105.148	107.303	2,0%	111.178,2	3,6%					
L. n. 244/2007 art. 2 comma 283 e DPCM 1.04.2008- L.191/2009 art.2 comma 67 Finanziamento medicina penitenziaria	167,8	167,8		167,8						
TOTALE FINANZIAMENTO CON PENITENZIARIA	105.316	107.471		111.346,0						
D.L. 31 Maggio 2010 n.78 - Convertito in Legge 122/2010										
Art. 9 comma 16 L.122/2010 (Riduzione livello finanziamento SSN)		- 418		- 1.132		- 1.132		- 1.132		
Art.11 comma 5 L.122/2010*	250									
Art. 11 comma 12 (Farmaceutica)*	- 300	- 600		- 600		- 600		- 600		
TOTALE POST MANOVRA	105.566	106.453	0,8%	109.614	3%					
Legge 13 dicembre 2010 n. 220 - Legge di stabilità 2011										
Art. 1 comma 49 L. 220/2010 - Legge di stabilità - Ticket - incremento primi 5 mesi 2011		347,5								
TOTALE POST LEGGE DI STABILITA' - 220/2010		106.800,30		109.614	2,6%					
D.L. 6 luglio 2011 n. 98 - convertito in Legge 15 luglio 2011 n. 111 - Manovra finanziaria 2011										
		2011		2012		2013		2014		2015
Art. 17 comma 6 - incremento ticket - mese luglio 2011		105		- 834		- 834		- 834		
LIVELLO DI FINANZIAMENTO A LEGISLAZIONE VIGENTE AL NETTO DEI TAGLI.	105.566	106.905,30	1,3%	108.780	1,8%	111.794		116.236		
Art. 17 comma 5 lett. b) - visite fiscali - riduzione finanziamento						- 70		- 70		- 70
Tagli indicati come saldo netto da finanziare nella relazione Tecnica della manovra D.L. 98/11						- 2.500		- 5.450		
LIVELLO DI FINANZIAMENTO POST MANOVRA				108.780		109.224	0,4%	110.716	1,4%	
Var % (Incremento previsto all'art. 17 comma 1)**						0,4%		1,4%		
D.L. 6 luglio 2012 n. 95 - convertito in Legge 7 agosto 2012 n. 135 - Spending Review										
Art. 15 comma 22 - riduzione del livello di finanziamento				- 900		- 1.800		- 2.000		-2.100
LIVELLO DI FINANZIAMENTO				107.880	0,9%	107.424	-0,4%	108.716	1,2%	

* Art. 11 - L.122/2010 - Per l'anno 2010: dei 550 mil previsti dal Patto per la Salute 2010-2012 ad integrazione del finanziamento del SSN per l'anno 2010, 300 mil concorrono ad economie di spese nel settore farmaceutico per l'anno 2010, mentre i restanti 250 mil, ripartiti con intesa Stato-Regioni del 18/11/2010, sono posti ad integrazione del livello di finanziamento del SSN. Su 250 mil, 20 mil rimangono accantonati per le visite fiscali. L'effettivo incremento del livello di finanziamento delle risorse del SSN per l'anno 2010 è quindi pari a 230 mil. La Legge n.10/2011 c.d. Milleproroghe, ha assegnato alle Regioni i 70 milioni di euro accantonati per le visite fiscali per l'anno 2010.

**Secondo quanto previsto dall'Accordo dell'8 agosto 2001 e dai successivi Patti per la Salute, le variazioni del livello del finanziamento devono essere corrispondenti a quelle del PIL nominale. L'incremento del PIL nominale è +3,3% nel 2013, +3,4% nel 2014. L'incremento % previsto dalla Manovra (0,5% nel 2013 e 1,4% nel 2014) è nettamente inferiore rispetto al PIL nominale. Il finanziamento non copre nemmeno l'inflazione.

FINANZIAMENTI SSN 2006 - 2014									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
FINANZIAMENTI	93.173	97.551	101.427	104.468	105.566	106.905	107.880	107.424	108.716
AUMENTI % ANNUI		4,70%	4,0%	3,0%	1,1%	1,3%	0,9%	-0,4%	1,2%