

**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**

Pubblicata 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</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>relative risorse finanziarie sino alla scadenza del contratto. Sono 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</p>	<p style="text-align: center;">RIAFFERMATA L'EFFICACIA DELLE NORME IN MATERIA DI PIANI DI RIENTRO (Art. 2 commi da 75 a 96 della Legge 191/2009)</p> <p style="text-align: center;"><u>SCONTO FARMACIE</u></p> <p style="text-align: center;">LO SCONTO DOVUTO DALLE FARMACIE CONVENZIONATE PASSA DALL'1,82% AL 2,25%.</p> <p style="text-align: center;"><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.</p>

nella misura del 13,1 per cento. 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 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.

TETTI SPESA FARMACEUTICA - TERRITORIALE

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.

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

RIPIANO SFORAMENTO TETTO FARMACEUTICA 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

di proroga, a fronte della sospensione, nei loro confronti, della 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,

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.

distintamente per i farmaci equivalenti e per i farmaci ancora 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 scadenze di brevetti in possesso dell'azienda presa in considerazione; ⁽⁷²⁾

b) le risorse rese disponibili dalla riduzione di spesa complessiva prevista per effetto delle scadenze 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

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

RIPIANO PER I MEDICINALI ORFANI

presente comma, ai fini della definizione dei budget delle aziende 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

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 FARMECEUTICA 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.

indicazione è vincolante per il farmacista ove in essa sia inserita, 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

L'EVENTUALE PRESCRIZIONE DI UNO SPECIFICO MEDICINALE DEVE ESSERE GIUSTIFICATA DAL MEDICO CON SINTETICA MOTIVAZIONE SCRITTA.

BENI E SERVIZI

PER GLI ANNI 2013 E SEGUENTI LE DISPOSIZIONI DEI COMMI 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

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 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.»;

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

DAI CONTRATTI STESSI QUALORA I PREZZI UNITARI SIANO SUPERIORI DEL 20% RISPETTO AI PREZZI DI 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**

ospedaliere fissati, entro il 31 ottobre 2012, con regolamento 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-acute, 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⁾

OTTOBRE 2012 IL TERMINE PER L'ADOZIONE DEL REGOLAMENTO PER LA DEFINIZIONE DEGLI STANDARD 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.

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

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

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

NELLE AZIENDE OSPEDALIERE, OSPEDALIERE-UNIVERSITARIE E NEGLI IRCCS, COSTITUITI DA UN UNICO PRESIDIO, LE FUNZIONI DI DIRETTORE SANITARIO ASSORBERANNO 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

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 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

DALLE REGIONI O DALLE PROVINCE AUTONOME. IL VALORE DEL 2012 COSÌ RIDETERMINATO COSTITUISCE 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

regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'articolo 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza 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.

170 DELLA LEGGE 311/2004). TALE DISPOSIZIONE SI INTENDE RISPETTATA SE LA REGIONE E' IN 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).

3-bis. Alla verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi di cui al comma 3 si provvede con le modalità previste dall'[articolo 2, 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 auto coordinamento 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⁾

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

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 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](#).

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.**

Titolo IV

RAZIONALIZZAZIONE E RIDUZIONE DELLA SPESA DEGLI 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 iscriversi 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⁾

(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](#).

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