Legge 3 aprile 2001, n. 120

"Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero"
pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 88 del 14 aprile 2001

Art. 1.

1. È consentito l'uso del defibrillatore semiautomatico in sede extraospedaliera anche al personale sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardio-polmonare.

2. Le regioni e le province autonome disciplinano il rilascio da parte delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori da parte del personale di cui al comma 1, nell'ambito del sistema di emergenza 118 competente per territorio o, laddove non ancora attivato, sotto la responsabilità dell'azienda unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera di competenza, sulla base dei criteri indicati dalle linee guida adottate dal Ministro della sanità, con proprio decreto, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Proposta di legge
Camera dei Deputati N. 753

D'iniziativa dei deputati

Di Virgilio, Abrignani, Angelucci, Barani, Barbieri, Bernardo, Bertolini, Biancofiore, Bocciardo, Carlucci, Cassinelli, Catone, Ciccioli, Colucci, De Corato, Della Vedova, Di Cagno Abbrescia, Divella, Fallica, Holzmann, Jannone, Lisi, Lorenzin, Mancuso, Mannucci, Giulio Marini, Mazzocchi, Migliori, Mistrello Destro, Osvaldo Napoli, Palmieri, Pelino, Polledri, Pugliese, Raisi, Luciano, Rossi, Simeoni, Speciale, Stradella, Valentini, Ventucci

Nuove norme in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero

Presentata il 6 maggio 2008

ONOREVOLI COLLEGHI ! — In Italia ogni anno muoiono circa 60.000 persone per arresto cardiaco improvviso: 1 su 1.000 abitanti; 1 ogni 19 minuti. Un numero enorme che corrisponde al 10 per cento dei decessi che si verificano annualmente nel nostro Paese. In Europa si calcola che le vittime di tale evento siano oltre 300.000, e spesso si tratta di giovani. La percentuale di sopravvivenza all'arresto cardiaco è inferiore al 2 per cento, poiché i sistemi tradizionali di soccorso molto spesso non arrivano in tempo per eseguire con successo l'unica terapia in grado di ristabilire la normale attività cardiaca, ovvero la defibrillazione elettrica applicata in tempi brevi. Molto spesso i sistemi di soccorso hanno purtroppo tempi d'intervento troppo lunghi a causa delle distanze e del traffico cittadino, mentre, nel caso di arresto cardiaco, siamo in presenza di una seria e decisiva lotta contro il tempo.

La morte improvvisa è un evento drammatico con ripercussioni sociali ed economiche, e purtroppo costituisce una modalità frequente di decesso nei Paesi industrializzati. Infatti, a dispetto degli enormi sforzi profusi negli ultimi decenni per migliorare il tasso di sopravvivenza, l'arresto cardiaco extraospedaliero continua a essere una delle principali cause di morte in tutto il mondo, soprattutto nei Paesi industrializzati. Le cronache dei quotidiani non raramente riferiscono di giovani che, improvvisamente, si accasciano a terra nei campi di calcio e nei campi di tennis, durante corse per dilettanti e così via. Dopo un arresto cardiaco (perché questa è la vera causa di tali morti) il tempo è cruciale: ogni minuto di ritardo nel somministrare la scarica elettrica riduce del 5-10 per cento le possibilità di riavviare il cuore.

Un miglioramento nel tasso di sopravvivenza si ottiene quando i testimoni del malore sono in grado di riconoscerne la gravità, dare subito l'allarme e indicare correttamente i dati sulle condizioni del paziente che sono richiesti dalla centrale operativa chiamata per il soccorso. Il passo successivo è l'esecuzione, da parte dei testimoni, di manovre di rianimazione cardiopolmonare utili a guadagnare tempo in attesa dell'arrivo dei soccorsi; il terzo anello della catena della sopravvivenza in questi casi, e quello più critico, è la defibrillazione precoce, poiché l'arresto del cuore determina, molto spesso, una condizione di aritmia grave denominata « fibrillazione ventricolare ». L'ultimo anello è il veloce trasporto in un centro specialistico di rianimazione.

È allora indispensabile diffondere a larghe fasce della popolazione la cultura dell'emergenza, formando i comuni cittadini, così come previsto dalla presente proposta di legge, ad essere soccorritori in caso di necessità.

In queste specifiche emergenze l'unico intervento terapeutico risolutore è rappresentato dalla defibrillazione elettrica la quale, peraltro,

deve essere attuata con grande tempestività dopo il momento della perdita di conoscenza, pena la morte, il coma irreversibile o il permanere di gravissimi
danni neurologici. In tal senso i defibrillatori semiautomatici sono uno strumento tecnologicamente avanzato in caso di primo intervento, per salvare vite umane che rischiano di essere stroncate in presenza di arresto cardiocircolatorio, e una condizione di successo degli stessi è la velocità con la quale sono utilizzati.
Il termine generico di defibrillatore automatico esterno (DAE) si riferisce a un sistema di analisi del ritmo, in grado di indicare al soccorritore se la scossa salvavita sia necessaria o meno, e a un sistema di caricamento automatico. L'operatore che utilizza un defibrillatore completamente automatico deve semplicemente collegare gli elettrodi al paziente e accendere l'apparecchio: dopo pochi secondi si determina automaticamente l'analisi del ritmo cardiaco: se si è in presenza di fibrillazione ventricolare (o di tachicardia ventricolare con caratteristiche prestabilite), il dispositivo carica i propri condensatori ed eroga lo *shock*; nel caso degli apparecchi semiautomatici, l'erogazione dello *shock* elettrico avviene dopo la conferma dell'operatore, informato dalla macchina della presenza di un ritmo defibrillabile.
I defibrillatori oggi disponibili sono apparecchiature complesse nella loro struttura ma di facile impiego attraverso semplici manovre eseguite da un qualsiasi cittadino che abbia frequentato un corso di formazione, come previsto dall'articolo 1, comma 2, e dall'articolo 2 della presente proposta di legge. Essi sono forniti di una segnaletica che di volta in volta guida l'operatore.
I defibrillatori semiautomatici sono stati ideati per interventi urgenti e per personale adeguatamente addestrato a cui però non è richiesto l'onere della diagnosi elettrocardiografica, che è svolta automaticamente dall'apparecchio che invia un messaggio visivo e anche sonoro all'operatore deputato all'erogazione della scarica elettrica.
I defibrillatori automatici sono simili a quelli semiautomatici con la differenza tecnica che sono dotati solo del tasto di accensione e che erogano in automatico lo *shock,* ove necessario.
La defibrillazione è un procedimento semplice allo stato dell'attuale tecnologia ed è attuato in occasione di emergenze cardiocircolatorie che determinano un arresto cardiaco; può essere considerata un intervento «salvavita» in quanto la possibilità di sopravvivenza dell'individuo è strettamente correlata al minor tempo che intercorre dal momento del collasso all'applicazione dello *shock* elettrico. La ripresa dell'attività della pompa cardiaca e il ripristino di un normale ritmo del cuore evitano la morte cardiaca.
Il tempo d'intervento è quindi un fattore determinante per il successo o meno della defibrillazione. La tempestività e la correttezza dell'applicazione della scarica permettono d'interrompere i fenomeni aritmici potenzialmente fatali per l'individuo colpito da fibrillazione ventricolare o da tachicardia ventricolare.
Va altresì detto che l'utilizzo di questi apparecchi è diventato oggi più semplice grazie alle tecnologie d'avanguardia delle aziende produttrici. I defibrillatori semiautomatici per la defibrillazione precoce sono stati studiati appositamente per essere utilizzati anche da soccorritori «laici»; si tratta di apparecchi portatili, di piccole dimensioni e di facile utilizzo. Essi analizzano automaticamente il ritmo cardiaco del paziente e sono in grado, guidando l'operatore, di erogare uno *shock* salvavita così da ripristinare il normale battito cardiaco. Le istruzioni vocali e visive emesse dal dispositivo assistono l'operatore durante le fasi del soccorso rendendo il defibrillatore estremamente intuitivo nel suo utilizzo. Non è quindi necessaria alcuna esperienza medica per saper utilizzare appropriatamente i defibrillatori: bastano poche ore di addestramento per imparare a salvare una vita umana.
L'arresto cardiaco è un evento molto pericoloso: nel 95 per cento dei casi il decesso avviene poiché l'intervento di defibrillazione, in grado di ripristinare il corretto ritmo cardiaco del paziente, non viene effettuato entro 5-6 minuti dalla perdita di coscienza. La morte cardiaca improvvisa è definita come una morte naturale che avviene istantaneamente e inaspettatamente, dovuta a una patologia cardiaca non nota, oppure nota ma stabile al momento della comparsa dei sintomi.
L'arresto cardiaco rappresenta oltre il 50 per cento di tutti i decessi per malattie cardio-

vascolari; in Italia le percentuali di sopravvivenza si allineano con quelle più basse di altri Paesi europei e di alcune aree dell'America settentrionale.
Dai corsi di defibrillazione precoce, tenuti ormai da tempo nel nostro Paese, è emerso che operatori « laici » sono in grado di apprendere il corretto utilizzo degli strumenti più facilmente e rapidamente di quanto non avvenga con le manovre di rianimazione cardiopolmonare di base, comunque necessarie.
Esperienze cliniche hanno dimostrato che i DAE hanno alta specificità (93 per cento) e sensibilità diagnostica (98 per cento) e non vengono ingannati da variabili contingenti come potrebbero essere i movimenti del paziente (convulsioni e respirazione agonica), né da movimenti che altri causano nel paziente.
La materia è disciplinata dalla legge 3 aprile 2001, n. 120, la quale, nella XIV legislatura, è stata oggetto di due interventi di modifica da parte dell'allora maggioranza di centrodestra: essa è stata infatti novellata una prima volta dall'articolo 1 della legge 15 marzo 2004, n. 69 – con la quale si è estesa la possibilità di utilizzare i defibrillatori in sede intra ed extraospedaliera a tutto il personale debitamente addestrato, anche non medico e non sanitario – e successivamente all'articolo 39-*vicies quater* del decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 273, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 febbraio 2006, n. 51, il quale ha disposto che la formazione del personale sanitario non medico e del personale non sanitario possa essere svolta anche dalle organizzazioni medico scientifiche senza scopo di lucro nonché dagli enti operanti nel settore dell'emergenza sanitaria.
La stessa legge n. 120 del 2001 ha, inoltre, disposto l'adozione, con decreto del Ministro della salute, di apposite linee guida per il rilascio della prevista autorizzazione da parte delle regioni all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori da parte del predetto personale. A seguito delle modifiche intervenute nel 2001 al titolo V della parte seconda della Costituzione, le linee guida sono state adottate nella forma di accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 27 febbraio 2003: con tale provvedimento sono stati disciplinati i criteri per l'utilizzo dei defibrillatori semi-automatici, le modalità e i termini per l'autorizzazione al loro impiego e la formazione degli operatori autorizzati all'utilizzo di tali apparecchiature; si specifica - inoltre - che l'accreditamento e la certificazione dei formatori sono di competenza delle regioni, sentiti i comitati regionali per l'emergenza.
Si noti che il riconoscimento automatico dell'aritmia ha rappresentato l'elemento decisivo al fine di sollevare gli operatori non medici dalla responsabilità medico-legale e permettere quindi l'utilizzo di tali strumenti da parte loro.
Leggi analoghe sono patrimonio di numerosi Stati europei e nordamericani nei quali, a seguito della loro introduzione, si è assistito a un notevole incremento della sopravvivenza dopo un arresto cardiaco, che può raggiungere anche il 35-40 per cento dei casi.
Lo scopo della presente proposta di legge è proprio quello di promuovere la diffusione dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni indicando i criteri per la individuazione dei luoghi, delle strutture e dei mezzi di trasporto ove ne è prevista la detenzione (articoli 1 e 5).
Altro punto cardine del provvedimento (articolo 1, comma 2, e articolo 2) è quello di porre particolare attenzione alla formazione e all'addestramento del personale di soccorso non medico per l'utilizzo dei defibrillatori con certificazione di idoneità e con istituzione di un apposito registro per l'iscrizione dei soggetti abilitati (articolo 4).
Naturalmente, anche i privati possono possedere e utilizzare i defibrillatori per uso personale.
Se ne deduce che la finalità fondamentale della presente proposta di legge è quella di diffondere una cultura dell'emergenza cardiologica e di formare la popolazione a un corretto uso dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni in conformità alle linee guida citate e alle linee guida internazionali vigenti in materia.
Infatti, l'introduzione e la diffusione dei defibrillatori in ambiente extraospedaliero si integra con una filosofia di sviluppo e di valorizzazione della cultura dell'emergenza anche da parte del personale non medico.
Il provvedimento introduce inoltre detrazioni fiscali per i privati che intendano acquistare un defibrillatore semiautomatico o automatico

esterno (articolo 7) e individua le risorse necessarie al fine di promuovere la presenza dei defibrillatori nelle strutture, pubbliche e private, di cui all'articolo 5.
Sebbene l'Unione europea già nel 1991 avesse approvato una decisione (decisione n. 91/396/CEE del Consiglio del 29 luglio 1991, successivamente abrogata a seguito della nuova disciplina generale recante l'istituzione di un quadro normativo comune per le reti ed i servizi di comunicazione elettronica, di cui alla direttiva 2002/21/CE del Parlamento e del Consiglio, del 7 marzo 2002) che invitava i Paesi membri ad attivare il numero telefonico d'emergenza medica 112, alcuni Paesi, oltre a non avere una legge che regolamenta l'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni, sono ancora lontani dal recepimento di tale atto.
In Europa vi sono differenze sostanziali nell'organizzazione del servizio di emergenza medica tra i Paesi del centro e dell'est europeo e quelli dell'Europa occidentale.
Nella maggior parte dei Paesi del centro e dell'est europeo e in pochissimi Paesi occidentali il medico ha un ruolo attivo nella squadra di primo soccorso e molto spesso è il responsabile per l'utilizzo del defibrillatore a bordo dell'autoambulanza.
Nel resto dell'Europa occidentale la squadra di primo soccorso è composta dal personale dell'autoambulanza addestrato per il *Basic Life Support Defibrillation* (BLSD). Inoltre, nella maggior parte dei Paesi europei le Forze di polizia non sono integrate nel servizio di emergenza medica che comprende invece, in molti Paesi, i vigili del fuoco.
Come si rileva, in Europa non vi è, in definitiva, una legislazione chiara e omogenea che regolamenti la defibrillazione precoce, forse a causa di una limitata percezione dell'importanza di attivare programmi in tal senso, mentre si potrebbe avere una forte promozione di tale metodica attraverso un impegno europeo di carattere politico, supportato dalle maggiori società scientifiche.
Per recepire informazioni utili a un provvedimento di legge come il presente, che è rivolto ad esclusivo vantaggio dei cittadini, nella scorsa legislatura la Commissione Affari sociali della Camera dei deputati ha svolto audizioni di esperti e di rappresentanti di particolari categorie di cittadini, come la Società italiana di cardiologia, la Società italiana di aritmologia e cardiostimolazione, la Commissione nazionale per la rianimazione cardiopolmo-nare, il direttore del centro d'emerenza 118 della regione Lazio, il presidente del Coordinamento nazionale delle associazioni del cuore (CONACUORE), i rappresentanti della Confcommercio e dell'Associazione nazionale cooperative tra dettaglianti (ANCD). Sono inoltre intercorsi contatti con i rappresentati della Conferenza delle regioni e delle province autonome.
Purtroppo questo provvedimento non ha ultimato l'*iter* parlamentare, poiché, benché approvato dalla Camera dei deputati il 19 aprile 2007 (atto Senato n. 1517, XV legislatura), era stato poi modificato dalla Commissione Igiene e sanità del Senato della Repubblica e sarebbe dovuto tornare, in terza lettura alla Camera dei deputati, ma ciò non è avvenuto.
Si sottolinea, infine, che si tratta di un provvedimento di grande rilevanza socio sanitaria e si spera quindi che sarà presto approvato con procedura d'urgenza.

Proposta di legge

ART. 1.
(Oggetto e finalità).
1. La presente legge promuove la diffusione di defibrillatori semiautomatici e automatici esterni, di seguito denominati « DAE », indicando i criteri per l'individuazione dei luoghi, delle strutture e dei mezzi di trasporto nei quali ne è prevista la detenzione.
2. La presente legge disciplina altresì i corsi di formazione e di addestramento in *Basic Life Support Defibrillation* (BLSD) per i soccorritori non medici, in conformità alle linee guida stabilite in materia con accordo del 27 febbraio 2003, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nonché in conformità alle linee guida internazionali vigenti in materia.
ART. 2.
(Corsi di formazione e di addestramento).
1. I corsi di cui all'articolo 1, comma 2, hanno

l'obiettivo di permettere l'utilizzo e il funzionamento in piena sicurezza dei DAE sulle persone colpite da arresto cardiocircolatorio.
2. Le università, le organizzazioni medico-scientifiche senza scopo di lucro nonché gli ordini professionali sanitari e gli enti nazionali senza scopo di lucro operanti nel settore dell'emergenza e del soccorso che dispon-gono di una rete di formazione possono provvedere, previo accreditamento ai sensi del comma 3 e in collaborazione con le regioni, con le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere e con le centrali operative del sistema di emergenza 118, alla realizzazione dei corsi di cui all'articolo 1, comma 2.
3. I programmi di formazione e di addestramento, compresi quelli finalizzati all'aggiornamento delle competenze dei soccorritori non medici, e i criteri e le modalità per la verifica e la certificazione delle competenze acquisite, nonché per l'accreditamento dei soggetti che provvedono alla realizzazione dei corsi ai sensi del comma 2, sono definiti, secondo criteri i qualità, efficienza, economicità e omoge-neità, dalle regioni e dalle province autono-me di Trento e di Bolzano.
ART. 3.
(Certificazione di idoneità all'utilizzo dei DAE).
1. Al termine dei corsi di cui agli articoli 1 e 2 è rilasciata una certificazione di idoneità all'utilizzo dei DAE in ambiente extraospedaliero. La certificazione è nominativa, ha la durata di diciotto mesi e ha validità su tutto il territorio nazionale.
2. Il rinnovo della certificazione di idoneità all'utilizzo dei DAE deve avvenire entro sei mesi dalla data della sua scadenza, previa verifica del permanere delle necessarie competenze teoriche e pratiche.
I corsi di formazione e di addestramento per il rinnovo della certificazione possono essere svolti, esclusivamente per la parte teorica, anche con metodologie di apprendimento a distanza.
3. Il possesso della certificazione di idoneità all'utilizzo dei DAE è obbligatorio per qualunque soggetto non medico che li utilizza.
ART. 4.
(Registro dei soccorritori e degli istruttori di BLSD).
1. In ogni regione e provincia autonoma è istituito, presso l'assessorato competente per la salute, il registro dei soccorritori e degli istruttori di BLSD, di seguito denominato «registro», in cui sono iscritti i soggetti, residenti nella regione o nella provincia autonoma, in possesso della certificazione di cui all'articolo 3 e i soggetti abilitati, in base alla normativa regionale o della provincia autonoma vigente, all'insegnamento nei corsi di cui agli articoli 1 e 2.
2. Il registro contiene il nome, il cognome, la data di nascita, la residenza e il domicilio degli iscritti, nonché la data di conseguimento della certificazione di cui all'articolo 3.
ART. 5.
(Individuazione dei luoghi, delle strutture e dei mezzi di trasporto nei quali è prevista la detenzione di DAE).
1. Con decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e successive modificazioni, sono stabiliti i criteri e le modalità per dotare di DAE, entro il limite complessivo, ivi comprese le eventuali minori entrate, di 4 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2008, luoghi, strutture e mezzi di trasporto, con particolare riferimento ai seguenti:
a) mezzi adibiti al soccorso sanitario della Polizia
b) di Stato, dell'Arma dei carabinieri, del Corpo della guardia di finanza, del Corpo delle capitanerie di porto, del Corpo nazionale dei vigili del fuoco, del Corpo forestale dello Stato, del Dipartimento della protezione civile
c) della Presidenza del Consiglio dei ministri e della polizia municipale, mezzi aerei adibiti al soccorso e al trasporto degli infermi, nonché tutti i mezzi di soccorso del sistema di emergenza 118;
b) poliambulatori del Servizio sanitario nazionale, ambulatori di medici di medicina generale convenzionati e strutture socio-sanitarie autorizzate;
c) grandi scali e mezzi di trasporto aerei, ferroviari e marittimi;
d) istituti penitenziari, istituti penali per i minori e centri di permanenza temporanea e assistenza;
e) strutture sedi di grandi avvenimenti socio-culturali e grandi strutture commerciali e industriali;
f) luoghi in cui si pratica attività ricreativa, ludica o sportiva, agonistica e non agonistica, anche a

livello dilettantistico;
g) strutture scolastiche e universitarie;
h) farmacie.
2. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo, pari a 4 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2008, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2008-2010, nell'ambito del fondo speciale di parte corrente dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2008, allo scopo parzialmente utilizzando, quanto a 4 milioni di euro per l'anno 2008 e a decorrere dall'anno 2010, l'accan-tonamento relativo al medesimo Ministero e, quanto a 4 milioni di euro per l'anno 2009, l'accantonamento relativo al Ministero della salute.
3. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.
ART. 6.
(Registrazione dei DAE presso le centrali operative del sistema di emergenza 118).
1. I DAE, esclusi quelli in possesso di privati cittadini per uso personale, devono essere registrati presso le centrali operative del sistema di emergenza 118. A tale fine, al momento dell'acquisto, il fornitore o ven-ditore comunica all'azienda sanitaria locale territorialmente competente il nominativo e l'indirizzo dell'acquirente.
L'azienda sanitaria locale comunica tali dati alla centrale operativa del sistema di emergenza 118.
ART. 7.
(Agevolazioni fiscali per l'acquisto di DAE).
1. Al comma 1 dell'articolo 15 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni, relativo alle detrazioni per oneri, dopo la lettera *c-ter*) è inserita la seguente:
«*c-quater*) le spese sostenute per l'acquisto di defibrillatori semiautomatici e automatici esterni utilizzati in ambiente extraospedaliero, fino a un importo di 1.000 euro;».
2. All'onere derivante dall'attuazione della lettera *c-quater)* del comma 1 dell'articolo 15 del citato testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, introdotta dal comma 1 del presente articolo, valutato in 7,7 milioni di euro per l'anno 2009 e in 4,4 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2010, si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni per gli anni 2009 e 2010 dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2008-2010, nell'ambito del fondo speciale di parte corrente dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2008, allo scopo parzial-mente utilizzando, per l'anno 2009, l'accanto-namento relativo al Ministero della salute e, a decorrere dall'anno 2010, l'accantonamento relativo al Ministero dell'economia e delle finanze.
3. Il Ministro dell'economia e delle finanze provvede al monitoraggio degli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo, anche ai fini dell'applicazione dell'articolo 11-*ter*, comma 7, della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni.
Gli eventuali decreti adottati ai sensi dell'articolo 7, secondo comma, numero 2), della legge 5 agosto 1978, n. 468, prima della data di entrata in vigore dei provvedimenti o delle misure di cui al periodo precedente sono tempestivamente trasmessi alle Camere, corredati da apposite relazioni illustrative.
4. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.
ART. 8.
(Abrogazione).
1. Il comma 2-*bis* dell'articolo 1 della legge 3 aprile 2001, n. 120, è abrogato.
ART. 9.
(Disposizione finanziaria).
1. All'attuazione delle disposizioni della presente legge, fatta eccezione per quelle degli articoli 5 e 7, si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.