CAMERA DEI DEPUTATI N. 2981-A

RELAZIONE DELLA XIV COMMISSIONE PERMANENTE

(IGIENE E SANITÀ PUBBLICA)

(Relatore: **LUSSIGNOLI**)

SUL

DISEGNO DI LEGGE

PRESENTATO DAL MINISTRO DEL TESORO

(GORIA)

DI CONCERTO COL MINISTRO DEL BILANCIO
E DELLA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

(LONGO)

E COL MINISTRO DELLE FINANZE

(VISENTINI)

E SUL

DISEGNO DI LEGGE

PRESENTATO DAL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

(CRAXI)

DI CONCERTO COL MINISTRO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE

(DE MICHELIS)

COL MINISTRO DELLA SANITÀ

(DEGAN)

COL MINISTRO DEL TESORO

(GORIA)

E COL MINISTRO DEL BILANCIO
E DELLA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

(LONGO)

APPROVATI, IN UN TESTO UNIFICATO,
DAL SENATO DELLA REPUBBLICA

nella seduta del 19 giugno 1985 (*Stampati nn. 195*-quater - *256*-bis)

—

Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-1988

Trasmesso dal Presidente del Senato della Repubblica alla Presidenza della Camera il 27 giugno 1985

ONOREVOLI COLLEGHI ! — In quasi tutti i paesi industrializzati le politiche assistenziali socio-sanitarie hanno preso corpo, con prevalente organizzazione pubblica dei servizi, nel periodo che intercorre fra le due guerre mondiali. I sistemi assistenziali si sono trasformati in sistemi di sicurezza sociale (*Welfare State*) di pari passo con l'evolversi delle società e delle democrazie nel ventennio 1950-70. Soprattutto in questo secondo periodo, anche in Italia, si sviluppano sensibilità culturali, politiche e amministrative tali da indurre sedi politiche e legislative a pensare alla tutela della persona e della sua salute in modo nuovo e, quindi, a dare piena attuazione al principio costituzionale della tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

A questo principio dà attuazione piena la legge 23 dicembre 1978, n. 833, la legge di riforma sanitaria. È questa la legge che estende a tutti i cittadini della Repubblica il diritto alla tutela sanitaria, prescindendo dall'età o dalle condizioni socio-economiche di appartenenza. Per quanto riguarda gli assetti organizzativi la nuova legge si armonizza con il graduale decentramento dello Stato, già avviato con l'istituzione delle Regioni nel 1970 e consolidato con i successivi trasferimenti di funzioni previsti nella legge n. 382 del 1975 e nei decreti del Presidente della Repubblica 716 e 717 del 1977.

Una visione più moderna e organica della medicina suggeriva un collegamento più stretto fra prevenzione, cura e riabilitazione, orientando il legislatore nella direzione della gestione unitaria dei servizi. Così come l'accesa polemica sulla situazione debitoria delle mutue (definite « inutili carrozzoni ») e il palleggio di responsabilità fra i comitati di queste ultime ed i consigli di amministrazione degli ospedali, suggerirono l'inserimento nella legge di riforma di norme per la programmazione e la pianificazione sanitaria. La ragione di fondo era ed è evidente: razionalizzare l'uso delle risorse e governare la spesa.

Obiettivi, questi, che si sono dimostrati più difficile del previsto, sia per certe resistenze oggettive e soggettive incontrate sulla strada della attuazione della nuova legge, sia per le difficoltà di costruire un apparato cognitivo che desse dati credibili; non da ultimo, l'insufficiente struttura del Ministero della sanità, inadeguata a svolgere le nuove funzioni di governo, di controllo e di indirizzo previste con l'istituzione del servizio sanitario nazionale, non ha favorito l'affermazione e il consolidamento dei principi della riforma.

È per queste ragioni che il provvedimento al nostro esame rappresenta, senza dubbio, lo strumento più importante previsto nella legge n. 833 ai fini della sua attuazione e del ritorno di indicazioni per l'individuazione di eventuali interventi mirati all'aggiornamento della legge medesima.

Le « norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-88 » hanno la funzione di definire, in tempo utile, la spesa per il triennio di durata, di fissare i livelli delle prestazioni che si intendono garantire e di tendere a uniformare il servizio sull'intero territorio nazionale. Il tutto utilizzando al meglio l'intero patrimonio di strutture e di servizi esistenti sul territorio e favorendo l'integrazione del pubblico col privato con la garanzia per il cittadino della libera scelta del medico curante e del luogo di cura.

Ho insistito sull'importanza dello strumento programmatorio e di pianificazione senza con ciò pensare, o lasciar pensare, che i problemi della sanità si possano risolvere automaticamente con l'approvazione del piano. Chi si interessa di sanità sa quanto sia complesso il problema in Italia e quanto lo sia in tutti i paesi del

mondo. È in questa complessità che trova ragione la proposta tesa, non a risolvere in assoluto il problema, ma a porre le condizioni strategiche per affrontarlo.

Purtroppo l'*iter* per l'approvazione del piano non ha seguito i tempi individuati nella legge di riforma. Infatti essa ne prevedeva l'approvazione entro il 1979. La sua lunga storia comincia con la presentazione del primo testo al Consiglio dei ministri da parte dell'allora ministro Anselmi ai primi di maggio del 1979: lo scioglimento delle Camere interrompe il suo percorso. Il 22 novembre dello stesso anno un testo rielaborato viene presentato dal nuovo ministro della sanità al Senato che lo assegna con procedura d'urgenza alla Commissione competente: crisi di governo, nuove stesure del Piano, diverse ipotesi procedurali e divergenze sui contenuti non consentono al Senato di deliberare il provvedimento nei quattro anni della ottava legislatura. Cominciata la nona legislatura il ministro Degan decide di non presentare un nuovo piano, ma di procedere, in primo luogo, a modificare con decreto-legge l'articolo 53 della legge 833.

Le modifiche all'articolo 53 contenute nel decreto-legge n. 463 convertito nella nota legge 638 prevedono che la programmazione sanitaria e finanziaria sia stabilita dal Piano in conformità agli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale mediante la presentazione contestuale di tre documenti:

a) disposizioni precettive dettate con legge di Stato;

b) piano sanitario nazionale approvato dal Parlamento con atto non legislativo;

c) conseguenti atti di indirizzo dettati dal Governo.

Alcune disposizioni legislative in materia di programmazione sanitaria vengono inserite nella legge finanziaria 1984, dalla quale vengono però stralciate in corso d'esame al Senato. Lo stralcio riguardava gli articoli 22, 24, 27, 30 e 31 del testo governativo e l'articolo 24 del testo della Commissione. La parte stralciata della finanziaria ha poi costituito il disegno di legge n. 195-*quater* del Senato; nell'esame di questo disegno di legge è stato aggiunto l'articolo 10-*bis* del disegno di legge n. 256 recante « misure urgenti in materia previdenziale e sanitaria per il contenimento della spesa pubblica ».

Il testo così unificato, a cui sono stati apportati sostanziali emendamenti, viene approvato dalla Commissione sanità del Senato il 6 giugno 1985 con il titolo « Norme per la programmazione sanitaria e per il piano 1986-88 ». L'assemblea di Palazzo Madama, a seguito di un vivace dibattito, introduce ulteriori modifiche e approva il testo che è ora all'esame della Camera.

La Commissione sanità della Camera alla unanimità, sia per le ragioni prima ricordate, sia per evitare che altri provvedimenti del Governo o del Parlamento, potessero compromettere il Piano, intersecandone il cammino, ha proceduto speditamente intensificando i suoi lavori e approvando il provvedimento senza modifiche nell'arco di due settimane.

Il relatore e tutti i gruppi si sono riservati di presentare eventuali emendamenti in Aula, anche alla luce di quanto emergerà dalla discussione sulle linee generali. Sul testo si è registrato in Commissione un ampio consenso con valutazioni di notevole interesse anche da parte delle opposizioni.

I 13 articoli del provvedimento in esame sono suddivisi in 4 titoli: il primo si riferisce alla « Programmazione sanitaria e finanziaria »; il secondo alla « Determinazione delle priorità per il triennio 1986-1988 »; il terzo alle « Norme per il finanziamento poliennale del Servizio sanitario nazionale »; il quarto alle « Norme transitorie e finali ». Nell'articolo 1 troviamo la parte modificata dall'articolo 53 della legge n. 833 del 1978 come ho ricordato prima; in particolare, si prevede che il Parlamento esamini e approvi contestualmente il piano sanitario nazionale, le norme precettive di applicazione e le norme di finanziamento pluriennale; vi si prevede, altresì, che le regioni predispongano e approvino i propri piani sanitari entro il successivo mese di novembre.

Nel testo sono poi indicate le priorità sulla base delle risorse disponibili in sede di ripartizione del fondo. Fra queste vanno sottolineate le « azioni programmate » ed i « progetti obiettivo », intendendo nel primo caso azioni operative in uno specifico settore sanitario, mentre nel secondo quei progetti operativi in grado di aggregare attività molteplici delle strutture sanitarie, integrate da servizi socio-assistenziali.

Nel ribadire che le prestazioni sono di norma erogate in forma diretta attraverso le strutture pubbliche e convenzionate, la normativa prevede interventi in forma indiretta nel caso in cui le suddette strutture non siano in grado di erogarle in tempi utili. Lo stesso dicasi per prestazioni presso centri di alta specializzazione all'estero in favore di cittadini italiani residenti in Italia. Apposite leggi regionali disciplineranno prestazioni in forma indiretta fruibili in Italia e, con decreto ministeriale, saranno disciplinate le prestazioni fruibili all'estero.

Le attività di diagnosi, di cura e riabilitazione che richiedono particolare impegno di qualificazione di mezzi, di attrezzature e di personale specificamente formato, sono definite « presidi e servizi di alta specialità ». Il piano sanitario nazionale stabilisce il numero, i bacini di utenza e l'attribuzione alle regioni delle strutture preposte all'esercizio delle attività, nonché le necessarie apparecchiature ad avanzata tecnologia. Come sedi preferenziali sono indicati i presidi multizonali e i policlinici universitari.

Nel caso di persistenti inattività degli organi regionali nell'esercizio delle funzioni in materia sanitaria, il Consiglio dei ministri dispone il compimento di atti relativi in sostituzione dell'amministrazione regionale. Lo stesso dicasi per le USL, in caso di omissione di adempimenti amministrativi, concernenti la pianificazione regionale per i quali si applicano le misure sostitutive stabilite dalla legge n. 181 del 26 aprile 1982.

Per il triennio 1986-88 sono confermate le prestazioni sanitarie attualmente erogate dal servizio sanitario nazionale. A questo proposito, sia per la qualità che per le modalità di erogazione, è prevista una verifica annuale, previa relazione del Ministro della sanità al Parlamento. Sempre per il triennio di durata del Piano sono indicate come azioni programmate:

a) la sicurezza e la tutela della salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro;

b) la lotta alle malattie neoplastiche;

c) la tutela dei nefropatici cronici;

d) la sanità pubblica veterinaria;

e come progetti obiettivo:

a) la tutela della salute della donna in rapporto alla maternità e alla prevenzione e cura delle malattie congenite e ereditarie;

b) la tutela della salute degli anziani;

c) la tutela della salute mentale;

d) la prevenzione e la riabilitazione degli handicappati;

e) la prevenzione e la cura delle tossicomanie.

Già ho avuto modo di evidenziare in Commissione il problema dei diabetici. Una malattia diffusa in tutti i paesi industrializzati e che anche in Italia interessa ormai il 4 per cento dell'intera popolazione. Sarebbe quindi opportuno inserirla fra i progetti obiettivo.

Perplessità sono state espresse in Commissione per come è formulata nel testo la parte che si riferisce alla definizione e alla localizzazione del fabbisogno di attività professionali convenzionate.

Pur tenendo conto del miglior utilizzo possibile delle strutture pubbliche, in modo particolare per le attività specialistiche, si è fatto presente che non è tanto il diritto all'accesso che dev'essere garantito ma il diritto al soddisfacimento della prestazione richiesta che deve avvenire nei termini utili alla cura del malato.

Per i piani sanitari regionali sono indicati, in materia di organizzazione ospedaliera, parametri precisi finalizzati alla utilizzazione ottimale dei posti-letto:

6,5 posti-letto per mille abitanti di cui l'1 per cento riservato alla riabilitazione;

160 per mille tasso medio di spedalizzazione;

70-75 per cento tasso medio di utilizzazione dei posti-letto;

11 giorni la durata media della degenza.

Una ristrutturazione che prevede un ordinamento ospedaliero in dipartimenti in modo da integrare le divisioni intra- ed extraospedaliere in adeguati ambiti territoriali. Gli spazi ospedalieri derivanti dalle misure indicate saranno destinati a creare ambienti più adeguati per i malati, per le persone che operano nelle strutture, per attività di spedalizzazione a ciclo diurno e per l'esercizio delle attività libero-professionali.

Critiche sono state sollevate alla formulazione del punto 10 all'articolo 10, in quanto la complementarità alle istituzioni private di ricovero e cura non trova nel testo un adeguato ruolo attivo ma una considerazione residuale.

Un giudizio positivo meritano i programmi di ricerca epidemiologica previsti per il triennio, che risultano indispensabili per conoscere e controllare lo stato di salute della popolazione.

Per quanto si riferisce al finanziamento, il Fondo sanitario nazionale per il triennio 1986-88 prevede per la parte corrente 129.380 miliardi, di cui 41.120 per il 1986, 43.220 per il 1987 e 44.950 per il 1988. Per la parte in conto capitale, 5.080 miliardi, di cui 1.600 per il 1986, 1.680 per il 1987 e 1.800 per il 1988. Credo che anche ai non esperti di sanità risulti evidente la sproporzione delle previsioni di spesa in conto capitale rispetto alle ristrutturazioni tendenziali del piano e all'ammodernamento delle apparecchiature ad avanzata tecnologia.

Nelle norme transitorie e finali è prevista una delega al governo per l'emanazione di un decreto. Esso deve essere emanato entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge per riunire in un testo unico le norme relative alle prestazioni; anche la definizione delle piante organiche è pregiudiziale all'approvazione del piano sanitario regionale.

Il piano sanitario nazionale per il triennio 1986-88 è presentato dal Governo al Parlamento entro 45 giorni dalla data di entrata in vigore della legge.

Onorevoli colleghi, è ormai a tutti noto quanto gli esperti dell'economia e della finanza siano concordi nell'indicare nella programmazione la strada da seguire per il risanamento della situazione socio-economica nazionale. Come credo sia sempre più diffusa la convinzione che, né la legge finanziaria, né il bilancio annuale dello Stato possono assolvere a questo compito. Almeno per quanto riguarda la sanità, l'esperienza di questi anni lo ha confermato.

Forse meriterebbero maggior considerazione le proposte della Corte dei conti quando precisano la fisionomia di un « bilancio programmatico poliennale dello Stato » che faccia da coordinamento tra i vari ministeri e da guida alle stesse leggi finanziarie.

Il Presidente del Consiglio Craxi, nelle recenti comunicazioni fatte al Parlamento, riferendosi al settore sanitario e rimarcando la necessità di fissare *standards* e vincoli cui dovrebbero attenersi gli operatori e gli amministratori, ha sollecitato l'approvazione del piano sanitario nazionale.

L'Ufficio centrale della programmazione sanitaria si dice nelle condizioni di avere sotto controllo l'evolversi della situazione nelle diverse regioni e nelle singole USL.

Il disegno di legge al nostro esame risponde positivamente a queste sollecitazioni e si inserisce nella realtà del comparto sanitario, cercando di offrire governabilità alla fase attuale e un orientamento alla fase di cambiamento.

Mi auguro quindi che l'Assemblea, al più presto, possa approvare il testo al nostro esame e che, al più presto, esso possa esercitare la sua funzione sull'intero territorio nazionale.

LUSSIGNOLI, *Relatore.*

TESTO DEL SENATO	TESTO DELLA COMMISSIONE
TITOLO I	TITOLO I
PROGRAMMAZIONE SANITARIA E FINANZIARIA	PROGRAMMAZIONE SANITARIA E FINANZIARIA
Art. 1.	ART. 1.
(Princìpi generali)	*(Princìpi generali).*
1. I primi quattro commi dell'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, modificati dall'articolo 20 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638, sono sostituiti dai seguenti:	*Identico.*
« Le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del servizio sanitario nazionale sono stabilite con il piano sanitario nazionale in conformità agli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e tenuta presente l'esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel Paese, particolarmente nelle Regioni meridionali.	
Il piano sanitario nazionale viene predisposto dal Governo su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.	
Il piano sanitario nazionale è sottoposto dal Governo al Parlamento ai fini della sua approvazione con atto non legislativo.	
Contestualmente alla trasmissione da parte del Governo al Parlamento del piano sanitario nazionale, il Governo presenta al Parlamento il disegno di legge contenente sia le disposizioni precettive ai fini dell'applicazione del piano sanitario nazionale, sia le norme per il finanziamento pluriennale del servizio sanitario nazionale, rapportate alla durata del piano stesso, con specifica indicazione degli importi da assegnare al fondo sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 51 della presente legge e dei criteri di ripartizione alle Regioni.	
Il Parlamento esamina ed approva contestualmente il piano sanitario nazionale,	

le norme precettive di applicazione e le norme di finanziamento pluriennale.

Il Governo adotta i conseguenti atti di indirizzo e coordinamento, sentito il Consiglio sanitario nazionale, il cui parere si intende positivo se non espresso entro sessanta giorni dalla richiesta.

Il piano sanitario nazionale ha di norma durata triennale e può essere modificato nel corso del triennio con il rispetto delle modalità di cui al presente articolo.

Il piano sanitario nazionale, le disposizioni precettive e le norme finanziarie pluriennali di cui al precedente quinto comma sono approvati e trasmessi dal Governo al Parlamento nel corso dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente, in tempo utile per consentirne l'approvazione entro il 1° settembre dell'anno stesso.

Le Regioni predispongono e approvano i propri piani sanitari regionali entro il successivo mese di novembre ».

2. È abrogata la lettera *b*) del quinto comma dell'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

3. Nel primo comma dell'articolo 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le parole: « con la legge di approvazione del bilancio dello Stato » sono sostituite dalle seguenti: « con la legge di cui al successivo articolo 53 ».

4. In caso di mancata adozione del piano sanitario nazionale per il periodo successivo a quello del piano in vigore, conservano la propria validità l'ultimo piano approvato dal Parlamento e le relative disposizioni precettive. Il finanziamento del servizio sanitario nazionale resta, parimenti, confermato nella misura dell'ultima annualità del triennio precedente.

Art. 2.

(Obiettivi generali del piano sanitario nazionale)

1. Sono obiettivi generali del piano sanitario nazionale la razionalizzazione, l'equilibrata distribuzione e l'incremento dell'efficienza dei servizi sanitari sul territorio nazionale.

ART. 2.

(Obiettivi generali del piano sanitario nazionale).

Identico.

2. Sulla base delle risorse finanziarie all'uopo destinate in sede di ripartizione del fondo sanitario nazionale, gli obiettivi di cui al comma 1 sono perseguiti attraverso interventi diretti in via prioritaria:

a) all'attivazione o al potenziamento dei servizi di prevenzione di utilità collettiva riguardanti il controllo sanitario dell'ambiente di vita e di lavoro, la vigilanza igienica sugli alimenti, la lotta alle sofisticazioni alimentari;

b) al potenziamento dei servizi territoriali di medicina di base, di igiene e sanità pubblica nonchè dei servizi specialistici ambulatoriali intra ed extraospedalieri, anche per contenere i ricoveri nei limiti propri delle esigenze diagnostiche e curative;

c) al potenziamento ed al coordinamento dei servizi di emergenza, con riguardo anche alle esigenze del servizio nazionale di protezione civile;

d) alla tutela delle attività sportive, relativamente agli aspetti preventivi e terapeutici per la salvaguardia della salute dei giovani nell'età formativa;

e) all'attivazione e al potenziamento dei servizi sanitari finalizzati alla realizzazione di azioni programmate e di progetti-obiettivo di cui ai commi successivi.

3. Si definisce azione programmata un impegno operativo in uno specifico settore sanitario in cui debba confluire l'attività di più servizi sanitari le cui competenze sono da considerarsi interdipendenti rispetto al fine proposto.

4. Alle azioni programmate sono riservate risorse a destinazione vincolata nell'ambito del fondo sanitario nazionale.

5. Si definisce progetto-obiettivo un impegno operativo idoneo a fungere da polo di aggregazione di attività molteplici delle strutture sanitarie, integrate da servizi socio-assistenziali, al fine di perseguire la tutela socio-sanitaria dei soggetti destinatari del progetto.

6. I progetti-obiettivo sono finanziati in parte con risorse vincolate del fondo sanitario nazionale, in parte con risorse aggiuntive di provenienza diversa da quelle del fondo anzidetto, incluse quelle di competenza delle Regioni e degli enti locali.

Art. 3.

(Prestazioni erogabili in forma indiretta e prestazioni aggiuntive di assistenza sanitaria)

1. Le prestazioni sanitarie sono erogate, di norma, in forma diretta attraverso le strutture pubbliche o convenzionate.

2. Le leggi regionali e provinciali stabiliscono quali fra dette prestazioni possono essere erogate anche in forma indiretta, nel caso in cui le strutture pubbliche o convenzionate siano nella impossibilità di erogarle tempestivamente in forma diretta.

3. Le medesime leggi stabiliscono pure le modalità per accedere alle prestazioni e per ottenere il concorso nella spesa sostenuta.

4. Il concorso nella spesa non può, comunque, superare il limite massimo della tariffa prevista per la medesima prestazione dalle convenzioni vigenti.

5. Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, previo parere del Consiglio superiore di sanità, sono previsti i criteri di fruizione, in forma indiretta, di prestazioni assistenziali presso centri di altissima specializzazione all'estero in favore di cittadini italiani residenti in Italia, per prestazioni che non siano ottenibili nel nostro Paese tempestivamente o in forma adeguata alla particolarità del caso clinico. Con lo stesso decreto sono stabiliti i limiti e le modalità per il concorso nella spesa relativa a carico dei bilanci delle singole unità sanitarie locali. Non può far carico al fondo sanitario nazionale la concessione di concorsi nelle spese di carattere non strettamente sanitario.

6. Le Regioni sono tenute a comunicare al Ministero della sanità, ai fini della pubblicazione nella relazione annuale sullo sta-

ART. 3.

(Prestazioni erogabili in forma indiretta e prestazioni aggiuntive di assistenza sanitaria).

Identico.

to sanitario del Paese, l'ammontare delle erogazioni disposte in materia di assistenza indiretta suddivisa per tipologie di interventi.

7. Prestazioni aggiuntive di assistenza sanitaria possono essere deliberate dalle Regioni o dalle Province autonome nel rispetto di quanto disposto dall'articolo 25, ultimo comma, della legge 27 dicembre 1983, n. 730.

Art. 4.

(*Osservazioni e opposizioni*)

1. Avverso gli atti con cui si nega o si limita ai cittadini la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse osservazioni ed opposizioni in via amministrativa redatte in carta semplice, da presentarsi, entro quindici giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto contro cui intende osservare od opporsi, al comitato di gestione della unità sanitaria locale, che decide in via definitiva entro quindici giorni.

2. La presentazione delle anzidette osservazioni ed opposizioni non impedisce nè preclude la proposizione di impugnative in via giurisdizionale.

Art. 5.

(*Presidi e servizi di alta specialità*)

1. Si definiscono di alta specialità le attività di diagnosi, cura e riabilitazione che richiedono particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale specificatamente formato.

2. L'elenco delle alte specialità riconosciute ai fini dell'organizzazione e della fruizione dell'assistenza viene stabilito, in rapporto a bacini di utenza di larghe dimensioni, secondo i criteri del rapporto costi-benefici, con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, previo parere del Consiglio superiore di sanità, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

ART. 4.

(*Osservazioni e opposizioni*).

Identico.

ART. 5.

(*Presidi e servizi di alta specialità*).

Identico.

3. Con lo stesso decreto il Ministro della sanità fissa:

a) i requisiti minimi di personale, attrezzature e posti letto che le singole strutture, predisposte per l'esercizio delle attività di alta specialità, debbono obbligatoriamente possedere;

b) i necessari collegamenti con le attività specialistiche affini o complementari che debbono esistere nella medesima struttura o nel presidio nel quale si trova inserita l'alta specialità;

c) le caratteristiche di professionalità richieste per il personale.

4. Il piano sanitario nazionale stabilisce il numero, definisce i bacini di utenza e l'attribuzione alle Regioni delle strutture preposte all'esercizio delle singole attività di alta specialità, nonchè delle apparecchiature ad avanzata tecnologia.

5. Il piano sanitario della Regione o della Provincia autonoma stabilisce la dislocazione territoriale delle strutture sedi di attività o delle apparecchiature di cui ai precedenti commi, ovvero indica, nel caso di Regioni o di Province autonome la cui popolazione non raggiunga la dimensione di un bacino d'utenza, a quali sedi di altra Regione o Provincia sarà fatto riferimento per la detta attività e per le prestazioni strumentali ottenibili con le apparecchiature di cui sopra.

6. Sedi preferenziali di collocazione delle strutture preposte all'esercizio delle alte specialità o predisposte per l'installazione di apparecchiature ad avanzata tecnologia sono i presidi ospedalieri multizonali e i policlinici universitari.

7. Al fine di garantire l'efficiente gestione dei presidi e delle apparecchiature di cui ai commi precedenti, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), in sede di riparto alle singole Regioni del fondo sanitario nazionale sia di parte corrente, sia di parte in conto capitale, tiene conto delle loro dislocazioni facendo anche ricorso allo strumento della compensazione per la mobilità interregionale.

8. Gli elenchi di cui ai commi 2 e 5 del presente articolo possono essere aggiornati

o variati con la medesima procedura anche su richiesta delle singole Regioni o Province autonome o del Consiglio universitario nazionale.

Art. 6.

(Interventi in casi di inadempienza)

1. A partire dal centoventesimo giorno successivo all'entrata in vigore della presente legge l'erogazione alle Regioni e alle Province autonome dei fondi vincolati per le azioni programmate e per i progetti-obiettivo e dei fondi in conto capitale, con esclusione dei soli fondi destinati alle spese di manutenzione, è sospesa fino all'approvazione da parte delle Regioni e delle Province autonome della legge di piano sanitario.

2. In caso di persistente inattività degli organi regionali nell'esercizio delle funzioni in materia sanitaria, qualora si tratti di adempimenti da svolgersi entro termini perentori previsti da leggi o risultanti dalla natura degli interventi da realizzare, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, dispone il compimento degli atti relativi in sostituzione dell'amministrazione regionale.

3. In caso di omissione da parte delle unità sanitarie locali di adempimenti amministrativi concernenti la pianificazione sanitaria regionale, previsti entro termini tassativi, si applicano le misure sostitutive stabilite dall'articolo 13 della legge 26 aprile 1982, n. 181, come modificato dall'articolo 11, comma 10, del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638.

TITOLO II

DETERMINAZIONE DELLE PRIORITÀ PER IL TRIENNIO 1986-1988

Art. 7.

(Diritto alle prestazioni)

Per il triennio 1986-1988 sono confermate le prestazioni sanitarie ed integrative

ART. 6.

(Interventi in casi di inadempienza).

Identico.

TITOLO II

DETERMINAZIONE DELLE PRIORITÀ PER IL TRIENNIO 1986-1988

ART. 7.

(Diritto alle prestazioni).

Identico.

attualmente erogate dal servizio sanitario nazionale; annualmente vengono verificati i livelli e le modalità di erogazione di tali prestazioni, previa relazione del Ministro della sanità al Parlamento; eventuali modifiche possono essere apportate in sede di approvazione o modifica della legge di cui all'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato, da ultimo, dall'articolo 1 della presente legge.

Art. 8.

(*Azioni programmate e progetti-obiettivo*)

1. Per il triennio 1986-1988 sono indicate le seguenti azioni programmate:

a) la sicurezza e la tutela della salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro ai sensi degli articoli 20, 21 e 22 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, con particolare riferimento all'individuazione, all'accertamento e al controllo dei fattori di rischio, fissando i relativi limiti di tolleranza alla esposizione agli agenti inquinanti e nocivi e riducendone progressivamente la presenza al di sotto dei limiti anzidetti;

b) la lotta alle malattie neoplastiche;

c) la lotta alle malattie cardiovascolari;

d) la tutela dei nefropatici cronici, attraverso l'elaborazione di una strategia complessiva della pratica terapeutica dialitica e dei trapianti di organo diretta all'attivazione o al potenziamento della organizzazione dei servizi e allo sviluppo della educazione sanitaria;

e) la sanità pubblica veterinaria.

2. Per lo stesso triennio sono indicati i seguenti progetti-obiettivo, da realizzare mediante la integrazione funzionale operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali, fermo il disposto dell'articolo 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, in materia di attribuzione degli oneri relativi:

a) la tutela della salute della donna, delle scelte consapevoli e responsabili di procreazione, della maternità; la lotta alla mortalità infantile e la tutela della salute nella età evolutiva; la prevenzione e la cura delle malattie congenite ed ereditarie;

ART. 8.

(*Azioni programmate e progetti-obiettivo*).

Identico.

b) la tutela della salute degli anziani;

c) la tutela della salute mentale e la risocializzazione dei disabili psichici;

d) la prevenzione degli *handicap*, la riabilitazione e la socializzazione dei disabili fisici, psichici e sensoriali;

e) la prevenzione delle tossicomanie e la riabilitazione e il reinserimento dei tossicodipendenti.

3. Ai fini del coordinamento delle attività di cui ai commi 1 e 2, per garantirne un efficace svolgimento, il Governo può emanare specifici atti di indirizzo e coordinamento, ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, previo parere del Consiglio superiore di sanità.

4. Le attività di formazione e di aggiornamento professionale e le iniziative di ricerca finalizzate del triennio devono privilegiare le esigenze connesse con gli interventi di cui ai commi precedenti.

5. Per i fini indicati nei precedenti commi, le unità sanitarie locali, nel quadro dell'azione di coordinamento svolta dalla Regione, conformemente agli indirizzi espressi nel piano sanitario regionale, possono avvalersi delle competenze istituzionali dell'Istituto superiore di sanità, dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli istituti zooprofilattici sperimentali, nonchè degli istituti e dipartimenti universitari mediante rapporti convenzionali in base alla normativa vigente in materia.

Art. 9.

(*Piani sanitari delle Regioni e delle Province autonome*)

Nel quadro degli interventi diretti in via prioritaria al perseguimento degli obiettivi di cui all'articolo 2, tenuti presenti le direttive ed i parametri tendenziali di organizzazione generale definiti nel piano sanitario nazionale, i piani sanitari delle Regioni e delle Province autonome per il triennio 1986-1988 devono comunque prevedere:

a) gli impegni operativi per la realizzazione delle azioni programmate e dei progetti-obiettivo;

ART. 9.

(*Piani sanitari delle Regioni e delle Province autonome*).

Identico.

b) gli obiettivi e le modalità di attivazione dei distretti sanitari di base;

c) la stima del fabbisogno quantitativo e qualitativo del personale in relazione alla domanda sanitaria da soddisfare, ai connessi servizi da attivare, alle politiche di intervento definite ai sensi dell'articolo 2, nonchè le misure anche poliennali di adeguamento degli organici;

d) la definizione e la localizzazione del fabbisogno di attività professionali convenzionate:

1) per la medicina di base, per la pediatria di libera scelta, per la guardia medica territoriale, con indicazioni espresse per le zone disagiate e carenti;

2) per i servizi specialistici nei poliambulatori intra ed extraospedalieri, prevedendone il necessario coordinamento;

3) per le attività specialistiche presso strutture private convenzionate, il cui apporto va programmato avendo riguardo al pieno utilizzo delle strutture pubbliche ed al raccordo con queste ultime al fine di soddisfare comunque il diritto di accesso alle prestazioni specialistiche da parte del cittadino entro il termine massimo di tre giorni dalla richiesta all'unità sanitaria locale competente, tenuto conto anche dell'esigenza della continuità diagnostico-terapeutica. Le indicazioni di cui sopra sono attuate in sede di rinnovo delle convenzioni;

e) le modalità di partecipazione del volontariato e il coordinamento delle attività che lo stesso è ammesso a svolgere nei presidi e nei servizi territoriali;

f) la distribuzione nel territorio dei presidi fissi esistenti o da istituire nel quadro del riequilibrio delle dotazioni sanitarie e la riorganizzazione delle attività interne dei presidi stessi;

g) la distribuzione sul territorio e le modalità di coordinamento operativo, anche radio-assistito, dei servizi di pronto intervento e di emergenza collegati funzionalmente ai servizi di guardia medica territoriale e ospedaliera, ai servizi di pronto soccorso e di trasporto protetto degli infermi, ai servizi di cura intensiva ed ai servizi di raccolta, conservazione e distribuzione del sangue

umano ed emoderivati a lunga conservazione;

h) la indicazione del fabbisogno triennale di attrezzature per il potenziamento e l'ammodernamento dei presidi pubblici;

i) le priorità di ricerca finalizzata agli obiettivi indicati al precedente articolo 2, nonchè ad eventuali altri aspetti di tutela della salute di preminente rilievo locale, da finanziare a carico della quota di fondo sanitario nazionale;

l) l'organizzazione delle attività di rilevazione dei dati epidemiologici, statistici e finanziari necessari sia alle esigenze gestionali delle unità sanitarie locali sia alle esigenze conoscitive, di valutazione e di controllo delle Regioni, delle Province autonome e dell'Amministrazione centrale, secondo gli indirizzi metodologici forniti dal Ministero della sanità, sentita la Commissione interistituzionale per il sistema informativo sanitario di cui al decreto del Ministro della sanità del 16 novembre 1981;

m) la specificazione delle risorse finanziarie aventi un vincolo di destinazione in base ai criteri di riparto del fondo sanitario nazionale e degli interventi programmati dalla Regione o dalla Provincia autonoma, nonchè i programmi delle attività da svolgere con tali fondi a destinazione vincolata.

Art. 10.

(Disposizioni particolari in materia di organizzazione degli ospedali)

1. I piani sanitari delle Regioni e delle Province autonome, nel definire le misure di cui al precedente articolo 9, lettera *f*), devono contenere indicazioni vincolanti finalizzate alla utilizzazione ottimale dei servizi e dei posti letto in conformità ai seguenti parametri tendenziali:

a) dotazione media dei posti letto nell'ambito della Regione o Provincia autonoma del 6,5 per mille abitanti, di cui almeno l'1 per mille riservato alla riabilitazione, considerando i posti letto in ospedali pubblici, quelli convenzionati obbligatoria-

ART. 10.

(Disposizioni particolari in materia di organizzazione degli ospedali).

Identico.

mente e quelli dei presìdi delle unità sanitarie locali di cui all'articolo 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nonchè i posti letto di strutture private convenzionate, valutati, questi ultimi, limitatamente ai fini del computo di cui sopra, al 50 per cento. Tale *standard* è riferito al tasso di spedalizzazione della popolazione residente nella Regione e potrà essere variato in misura proporzionale ai flussi di ricovero da altre Regioni. L'anzidetto *standard,* nelle Regioni dove la dotazione dei posti letto è superiore all'8 per mille, può essere raggiunto entro il 1990;

b) tasso medio di spedalizzazione: 160 per mille;

c) tasso minimo di utilizzazione dei posti letto compreso tra il 70 e il 75 per cento;

d) durata media della degenza: undici giorni.

2. I piani sanitari delle Regioni e delle Province autonome devono altresì prevedere:

a) la ristrutturazione, nel triennio 1986-1988, in deroga a quanto previsto dagli articoli 36 e seguenti della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e dai decreti del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128 e n. 129, delle degenze ospedaliere in aree funzionali omogenee afferenti alle attività di medicina, di chirurgia e di specialità, che, pur articolate in divisioni, sezioni e servizi speciali di diagnosi e cura, anche a carattere pluridisciplinare, siano dimensionate in rapporto alle esigenze assistenziali e rappresentino misure di avvio all'applicazione dell'articolo 17 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

b) la soppressione, l'accorpamento e la trasformazione in servizi speciali di diagnosi e cura, previsti dall'articolo 36, sesto comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, delle divisioni o sezioni autonome con tasso di utilizzazione dei posti letto, con esclusione di quelli adibiti a ricoveri diurni, mediamente inferiore al 50 per cento nel triennio 1982-1984, escludendo dal calcolo in ciascun anno il mese con maggiore ed il mese con minore utilizzazione, fatti salvi i periodi di chiusura per ragioni oggettive di forza mag-

giore. Nella realizzazione di tali interventi nonchè di quelli di cui alla precedente lettera *a*), sono fatte salve le esigenze della didattica e della ricerca nell'ambito delle strutture universitarie convenzionate ai sensi dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

c) le scelte volte a promuovere una migliore e più umana qualità della vita dei degenti negli ospedali, avendo anche riguardo alla possibilità di realizzare, soprattutto per i bambini, soddisfacenti rapporti con i familiari e con l'ambiente esterno nella piena salvaguardia delle esigenze igieniche e terapeutiche dei presìdi ospedalieri.

3. È fatto divieto, nelle Regioni e nelle Province autonome con dotazione complessiva di posti letto superiore a quella indicata alla lettera *a*) del comma 1, di procedere alla costruzione di nuovi ospedali ed all'ampliamento di quelli esistenti.

4. Le Regioni e le Province autonome possono consentire deroghe al divieto di cui al precedente comma 3 solamente per esigenze connesse al potenziamento dei servizi di pronto soccorso, ovvero al riequilibrio territoriale dei servizi di diagnosi e cura, ovvero all'ammodernamento o sostituzione di strutture vetuste, con contestuale disattivazione di un numero non inferiore di posti letto nel territorio della stessa o di altra unità sanitaria locale.

5. Nel caso di soppressione di divisioni o sezioni autonome non è consentito procedere a convenzionamenti con istituzioni private in sostituzione delle divisioni o sezioni soppresse.

6. Gli spazi ospedalieri risultanti liberi per effetto delle misure indicate nei commi precedenti sono destinati con priorità:

a) alla strutturazione di specifiche sezioni di degenza per la riabilitazione di malati lungo degenti e ad alto rischio invalidante;

b) ad attività di spedalizzazione a ciclo diurno;

c) all'esercizio dell'attività libero-professionale in sede ospedaliera dei medici a

tempo pieno, ai sensi dell'articolo 35, commi sesto e settimo, del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761;

d) a migliorare la ricettività alberghiera dell'ospedale, anche per servizi da rendere a pagamento quale forma di autofinanziamento delle unità sanitarie locali, ai sensi dell'articolo 25, secondo comma, della legge 27 dicembre 1983, n. 730.

7. I posti di organico anche se riferiti alle piante organiche provvisorie, eccedenti a seguito delle soppressioni e delle trasformazioni, sono portati in detrazione dalle piante organiche stesse ovvero trasformati per le esigenze dei nuovi servizi di cui al precedente articolo 2 o dei progetti-obiettivo indicati al precedente articolo 8.

8. Il personale non utilizzato è trasferito ad altro posto di corrispondente profilo e posizione funzionale vacante presso la propria o altra unità sanitaria locale della Regione o della Provincia autonoma con l'osservanza dei criteri previsti dagli articoli 39, primo, secondo e terzo comma, 40 e 41 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, in quanto compatibile, o in mancanza è utilizzato in soprannumero riassorbibile.

9. I piani sanitari delle Regioni e delle Province autonome devono inoltre contenere disposizioni riguardanti la riorganizzazione dei turni di lavoro dei medici dei servizi di diagnosi e cura e del personale dei servizi di diagnostica strumentale, l'utilizzazione intensiva delle camere operatorie e delle apparecchiature di tecnologia avanzata e di maggior costo, i criteri per l'organizzazione dei posti di pronto intervento ospedaliero con servizio di reperibilità, nonchè la utilizzazione degli incentivi ad incremento della produttività degli ospedali nel loro insieme e nelle singole componenti di degenza, tecniche ed economali.

10. I piani sanitari delle Regioni e delle Province autonome, fermo restando l'obiettivo della piena utilizzazione e del riequilibrio territoriale dei presìdi pubblici, indicano il fabbisogno di convenzioni con istituzioni private di ricovero e cura, stabilendo am-

biti programmati di collaborazione in relazione alla funzione complementare ad esse affidata.

11. L'ambito programmato di collaborazione va definito tenendo conto della dislocazione territoriale delle istituzioni da convenzionare in relazione al fabbisogno assistenziale da soddisfare, e della presenza di presìdi convenzionati obbligatoriamente ai sensi degli articoli 39, 41, 42 e 43, secondo comma della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

12. È abrogato l'articolo 16 della legge 22 dicembre 1984, n. 887.

Art. 11.

(Programmi di sviluppo della ricerca epidemiologica)

1. Il Ministro della sanità, su proposta dell'Istituto superiore di sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, previo parere del Consiglio superiore di sanità, emana con proprio decreto le linee direttive per il programma di sviluppo della ricerca epidemiologica per il triennio 1986-1988.

2. Per la elaborazione della proposta di programma e per la realizzazione degli obiettivi, ai sensi dell'articolo 58 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, l'Istituto superiore di sanità si avvale della collaborazione degli osservatori epidemiologici regionali e di altre istituzioni pubbliche e private che abbiano svolto ricerca ed attività epidemiologica d'interesse nazionale, anche mediante convenzioni pluriennali che possono prevedere la mobilità, anche per comando, del personale impegnato nei programmi.

TITOLO III

NORME PER IL FINANZIAMENTO POLIENNALE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Art. 12.

(Disposizioni finanziarie per il triennio 1986-1988)

1. I livelli di assistenza sanitaria e le azioni programmate di cui agli articoli prece-

ART. 11.

(Programmi di sviluppo della ricerca epidemiologica).

Identico.

TITOLO III

NORME PER IL FINANZIAMENTO POLIENNALE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

ART. 12.

(Disposizioni finanziarie per il triennio 1986-1988).

Identico.

denti sono finanziati con il fondo sanitario nazionale di cui all'articolo 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato, da ultimo, dall'articolo 1 della presente legge.

2. A parziale integrazione dell'articolo 17 della legge 22 dicembre 1984, n. 887, il fondo sanitario nazionale per il triennio 1986-1988 è determinato:

a) per la parte corrente in lire 129.380 miliardi di cui lire 41.210 miliardi per l'esercizio 1986, lire 43.220 miliardi per l'esercizio 1987 e lire 44.950 miliardi per l'esercizio 1988;

b) per la parte in conto capitale in lire 5.080 miliardi di cui lire 1.600 miliardi per l'esercizio 1986, lire 1.680 miliardi per l'esercizio 1987 e lire 1.800 miliardi per l'esercizio 1988.

3. L'utilizzazione del fondo stanziato per il 1985 va armonizzata con gli obiettivi ed i criteri di cui alla presente legge.

4. Con la relazione di cui all'articolo 7 il Ministro della sanità riferisce al Parlamento sull'andamento della spesa sanitaria e sui risultati conseguiti, con particolare riguardo a quelli realizzati con il finanziamento a destinazione vincolata, dal servizio sanitario nazionale, formulando adeguate e articolate proposte per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

5. In relazione a tali proposte, la legge di cui all'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato, da ultimo, dall'articolo 1 della presente legge, adotta le misure più opportune segnatamente per adeguare i finanziamenti a destinazione vincolata, con particolare riguardo allo sviluppo dei progetti-obiettivo.

6. Eventuali economie realizzate per effetto delle misure di ristrutturazione e di riorganizzazione del servizio sanitario nazionale, previste dalla presente legge, sono destinate ad assicurare più agevoli condizioni, al fine di conseguire maggiore qualificazione ed uniformità nei livelli di assistenza sanitaria.

TITOLO IV

NORME TRANSITORIE E FINALI

Art. 13.

(*Norme transitorie e finali*)

1. Il Governo è delegato ad emanare, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della sanità, un decreto avente valore di legge ordinaria, per razionalizzare, coordinare e riunire in un testo unico le norme relative alle prestazioni di cui al precedente articolo 7, al fine di garantire la loro uniforme applicazione in tutto il territorio nazionale.

2. La definizione delle piante organiche provvisorie è pregiudiziale all'approvazione del piano sanitario della Regione o della Provincia autonoma. Le piante organiche definitive delle unità sanitarie locali sono approvate entro un anno dall'entrata in vigore del piano sanitario della Regione o della Provincia autonoma, in conformità alle indicazioni del piano medesimo.

3. Nella prima applicazione della presente legge il personale di ruolo delle unità sanitarie locali che non trovi collocazione nelle piante organiche delle unità sanitarie locali della Regione o della Provincia autonoma è provvisoriamente utilizzato in soprannumero riassorbibile nell'ambito dell'unità sanitaria locale di appartenenza, con carico di assorbimento nel rispetto delle disposizioni di cui agli articoli 39, 40 e 41 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761.

4. Nella prima applicazione, in deroga a quanto disposto dall'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato, da ultimo, dall'articolo 1 della presente legge, il piano sanitario nazionale per il triennio 1986-1988 è presentato dal Governo al Parlamento, ai fini della sua approvazione con atto non legislativo, entro quarantacinque giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Contestualmente alla presentazione del piano sanita-

TITOLO IV

NORME TRANSITORIE E FINALI

ART. 13.

(*Norme transitorie e finali*).

Identico.

rio nazionale per il triennio 1986-1988 il Governo presenta al Parlamento un disegno di legge contenente i criteri e le procedure per la ripartizione del fondo sanitario nazionale per gli anni 1986-1988.

5. Le disposizioni precettive concernenti l'applicazione del predetto piano sanitario nazionale e le norme per il finanziamento del servizio sanitario nazionale per il triennio 1986-1988 sono contenute rispettivamente nel titolo II e nel titolo III della presente legge.

6. Per il triennio 1986-1988 i singoli piani sanitari regionali sono predisposti e approvati entro novanta giorni dalla pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale* del piano sanitario nazionale approvato dal Parlamento con atto non legislativo. Entro lo stesso termine le Regioni che hanno già approvato il piano sanitario regionale sono tenute ad adeguarlo alle indicazioni della presente legge.

7. Sono abrogate le norme in contrasto o incompatibili con la presente legge.