SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

(Nn. 195-quater e 256-bis-A)

RELAZIONE DELLA 12ª COMMISSIONE PERMANENTE

(IGIENE E SANITÀ)

(RELATORE BOMPIANI)

Comunicata alla Presidenza il 6 giugno 1985

SUI

DISEGNI DI LEGGE

Determinazione delle priorità del piano sanitario nazionale per il triennio 1984-86 e altre disposizioni in materia sanitaria (195-*quater*)

risultante dallo stralcio (deliberato dall'Assemblea nella seduta antimeridiana del 22 novembre 1983), dal testo del Governo, degli articoli 22, 24, 27, 30 e 31 e, dal testo proposto dalla 5ª Commissione (Programmazione economica, Bilancio, Partecipazioni statali) (V. *Stampato n.* **195-A**), **dell'articolo 24**

DEL

DISEGNO DI LEGGE n. 195

« *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1984)* »

presentato dal Ministro del Tesoro

di concerto col Ministro del Bilancio e della Programmazione Economica

e col Ministro delle Finanze

approvato, nella parte non stralciata, dall'Assemblea nella seduta del 24 novembre 1983

TIPOGRAFIA DEL SENATO (2000)

(*Sanità pubblica, personale sanitario*)

Norme transitorie in materia di strutture ospedaliere (256-*bis*)

risultante dallo stralcio — deliberato dall'Assemblea nella seduta pomeridiana del 4 novembre 1983 — dell'articolo 10-bis di cui all'articolo unico

DEL

DISEGNO DI LEGGE n. 256

« *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, recante misure urgenti in materia previdenziale e sanitaria e per il contenimento della spesa pubblica, disposizioni per vari settori della pubblica amministrazione e proroga di taluni termini* »

presentato dal Presidente del Consiglio dei Ministri

di concerto col Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale

col Ministro della Sanità

col Ministro del Tesoro

e col Ministro del Bilancio e della Programmazione Economica

(V. *Stampato Camera n.* **424**)

approvato dalla Camera dei deputati nella seduta del 20 ottobre 1983

approvato, con modificazioni, dal Senato nell'anzidetta seduta del 4 novembre 1983

ONOREVOLI SENATORI. — Il provvedimento all'esame del Senato, derivante dalla unificazione di due disegni di legge, d'iniziativa governativa, il 195-*quater* e il 256-*bis*, con ulteriori integrazioni e modifiche apportate dalla Commissione sanità, dopo un vivace ed approfondito dibattito, costituisce uno strumento legislativo indispensabile per guidare su linee concrete il processo di pianificazione sanitaria a livello nazionale e regionale. L'intervento del Governo e del Parlamento nel settore è legittimato non solo perchè espressamente richiesto dalla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale (legge 23 dicembre 1978, n. 833) — come più avanti verrà ricordato — ma anche per assicurare la necessaria omogeneità dei Piani sanitari regionali, almeno nelle linee essenziali, ferma restando la potestà regionale di adattare il modello proposto alle varie realtà socio-culturali, economiche ed organizzative delle singole comunità.

L'importanza dello strumento legislativo, sia per il corretto funzionamento del Servizio sanitario nazionale che per il suo ulteriore sviluppo, appare evidente già da queste considerazioni, ed è tale da assumere valore così intuitivo da esonerare quasi da ulteriori considerazioni.

Tuttavia sembra utile prima di passare a dare conto del dibattito sviluppatosi in Commissione e ad illustrare i singoli articoli del provvedimento, svolgere alcune riflessioni sul processo generale di pianificazione sanitaria e sulle vicende che hanno portato, in Parlamento, ad identificare questo specifico strumento legislativo: e ciò per chiarirne meglio il significato e le potenzialità future.

1. *Motivi della pianificazione sanitaria*

Come osservazione di carattere generale, va ricordato che in tutti i Paesi più avanzati dell'area occidentale le « politiche assistenziali » messe in atto sotto l'evolversi della spinta sociale, fra le due guerre mondiali, hanno finito per convergere verso forme più o meno rigide di organizzazione pubblica dei servizi dell'assistenza sanitaria.

Per organizzazione pubblica non si intende, ovviamente, indicare l'assunzione dell'intera iniziativa e della completa gestione di ogni attività sanitaria direttamente da parte dello Stato, ma quantomeno lo stabilire una serie di regole che disciplinano la iniziativa privata e di condizionamenti che inevitabilmente la dimensionano e la indirizzano nella esplicazione delle sue potenzialità.

Questo modello generale, si esplicita, peraltro con una certa flessibilità di equilibri fra « pubblico » e « privato », fra sistemi organizzativi « assicurativi » e sistemi più propriamente « sanitari », fra centralizzazione e decentramento delle responsabilità (decisionali, organizzative, esecutive, eccetera): soluzioni queste variabili da Paese a Paese, in rapporto all'assetto socio-politico nazionale, alle tradizioni eccetera.

L'evoluzione descritta si è verificata, in parte, per ragioni di ordine sociologico-etico (la salute è bene primario il cui godimento deve essere assicurato in pari misura a tutti i cittadini, onde spetta allo Stato il ruolo fondamentale di organizzarne la tutela), ed in parte per ragioni economiche, che, per lo stesso motivo per cui rendono inadatta la « libera impresa » a coprire tutti i bisogni dei cittadini, provocano

anche una spinta alla programmazione sociale ed economica della sanità, considerata come un settore che potenzialmente è capace di assorbire risorse vieppiù crescenti del reddito nazionale.

Come è noto la domanda di servizi sanitari è, entro certi limiti, prevedibile in base alle relazioni osservate fra domanda sanitaria e variabili come crescita del reddito, urbanizzazione, nascite, scolarizzazione, invecchiamento della popolazione, eccetera; mentre è pressochè impossibile prevedere da parte del singolo quale sarà per tutta la durata della propria vita, la domanda di prestazioni sanitarie (diagnostiche, curative, riabilitative, eccetera).

E se è vero che questi bisogni imprevedibili potrebbero essere coperti attraverso un sistema assicurativo individuale che, sul modello del sistema liberistico statunitense, garantisca (tuttavia ad elevato costo individuale) la piena copertura del rischio economico da malattie anche di fronte ad una sanità organizzata sul modello del mercato concorrenziale di offerta dei servizi, è vero altresì, che un ricorso sempre più esteso alla « mano pubblica » si è verificato — dopo la seconda guerra mondiale e soprattutto nel ventennio 1950-1970 — per una serie di motivi, che seppur incompletamente, potrebbero essere come di seguito elencati:

1) per una tendenza psicologica a conseguire lo « Stato delle sicurezze sociali » (*Welfare State*);

2) per tradurre in forme organizzative concrete istanze di solidarismo e di partecipazione (che trovano nel volontariato altri contenuti e forme espressive non coincidenti comunque con i modelli istituzionali), valori e patrimonio ideale di taluni movimenti e partiti popolari;

3) per conseguire con l'intervento pubblico pianificatore un livello di copertura dei rischi individuali a costi più bassi di quelli necessari nel sistema libero assicurativo;

4) per porre, attraverso il controllo statale, una remora a quell'aumento consistente delle spese sanitarie che, in tutti i Paesi occidentali, si è verificato negli ultimi decenni a causa anche di una dilatazione crescente del concetto di salute (« stato di benessere fisico, psichico ed emozionale » e non più « assenza di malattia acuta o cronica in atto »);

5) per impostare programmi di prevenzione, e cioè per agire sui fattori ambientali e sociali più sicuramente implicati nella genesi della malattia individuale: fatto questo ovviamente non coperto dall'assicurazione individuale, ma compito del potere pubblico.

In tempi più recenti, è aumentata la consapevolezza dell'importanza della dimensione economica del settore sanitario in ogni Paese. Sono state, come è noto, riconosciute alcune correlazioni:

1) le condizioni generali di vita e la qualità del sistema sanitario influenzano lo stato di salute della forza lavorativa nazionale, considerata il più importante fattore di crescita economica di ogni Paese;

2) il sistema sanitario ha influenza sul mercato del lavoro, particolarmente per il personale a maggiore qualificazione: più elevato è lo *standard* socio-economico di una comunità e tanto più è avvantaggiata la occupazione in settori sanitari tecnologicamente più avanzati;

3) il sistema sanitario, mentre da una parte assorbe, espandendosi, volumi crescenti delle risorse nazionali, restituisce se ben guidato nello stesso tempo profitti ed introiti (diretti o per « ricaduta » su altre attività economiche) non indifferenti;

4) l'espansione delle spese sanitarie, oltre un certo livello, non determina un effetto benefico proporzionato sullo stato di salute della popolazione. E ben noto come oramai — nella maggior parte delle nazioni occidentali industrializzate — il tasso di mortalità e l'aspettativa di sopravvivenza non possono essere migliorati da provvedimenti di maggiori facilitazioni sanitarie (disponibilità di strutture, servizi e personale) quanto da abitudini più igieniche di vita;

5) il sistema sanitario obbedisce, entro certi limiti, a regole specifiche, difficilmente valutabili con metodi propri di altri settori produttivi: si consideri ad esempio la singolare posizione del medico che « offre » servizi e determina di fatto il volume e la composizione della « domanda » degli stessi; oppure il fatto che il progresso scientifico e tecnologico non riducono — in medicina — la frazione di popolazione bisognosa di cure, ma la aumentano differenziandola sempre di più ed incanalandola verso superspecializzazioni a valenza economica rilevante (aumento di costo della diagnostica supertecnologica, eccetera).

Questi ed altri fattori ancora, che conferiscono al settore sanitario una singolarità di comportamento non priva di contraddizioni, unitamente alla constatazione (convalidata da uno studio dell'OCSE) che l'incremento generalizzato della spesa sanitaria è dovuta, in ordine decrescente, all'aumento del ricorso alle prestazioni, alla variazione di costi unitari dei servizi, all'estensione della copertura assicurativa, all'aumento della popolazione, hanno indotto ogni paese industrializzato sempre di più ad una politica di programmazione della sanità, che deve considerarsi come globale per essere efficiente, e cioè riguardare:

1) la definizione delle risorse da destinare al settore sanitario (più correttamente socio-sanitario, date le strette interconnessioni fra i due settori) nella compatibilità generale del bilancio dello Stato;

2) gli obiettivi che si vogliono raggiungere;

3) i metodi che vengono ritenuti idonei per raggiungere gli obiettivi prefissati con le risorse allocate, tenendo conto dei fattori sopra elencati e nell'intento di tenere sotto controllo quanto meno la loro influenza nella dinamica economica e sociale.

Questa impostazione provoca un processo di « razionalizzazione » della sanità, che non è solamente un processo di razionalizzazione della spesa sanitaria, ma riguarda necessariamente ogni livello della gestione della sanità (dai momenti decisionali centrali al singolo atto medico).

Tale tematica non poteva non investire anche il nostro Paese. Il processo di programmazione, pertanto, è stato accolto di necessità anche nei fondamenti della riforma sanitaria del 1978, perchè connaturato ad ogni « sistema » sanitario.

2. *L'istituzione del Servizio sanitario nazionale ed i suoi riflessi sulla pianificazione e sulla razionalizzazione della spesa sanitaria*

La legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, è una vera riforma sociale organica, la prima che entra in vigore dopo l'istituzione delle Regioni, perseguendo cinque fondamentali obiettivi:

1) l'unificazione dei servizi a livello territoriale, operando per un sostanziale decentramento della loro gestione;

2) la programmazione nazionale e regionale di tutta l'attività sanitaria;

3) la promozione di una più elevata formazione e di un aggiornamento ricorrente del personale;

4) la partecipazione dei cittadini e degli operatori sanitari all'attuazione del servizio;

5) l'impiego di indicatori di efficienza, la raccolta di informazioni sistematiche sui risultati e sui flussi di spesa, i controlli di qualità sulle varie attività sanitarie: il tutto per garantire alle attività sanitarie efficienza (cioè rapporto favorevole fra mezzi posti a disposizione e risultati in termini di produzione economica) ed efficacia (cioè idoneità a conseguire, con un determinato intervento, il risultato voluto in termini più strettamente sanitari).

Questi cinque fondamentali traguardi da raggiungere sono stati in questa sede ed in questa circostanza richiamati perchè

ognuno di essi (appare evidente) comporta uno sforzo poderoso di programmazione che può ottenere risultati solo se allo sforzo centrale di individuazione esatta dei bisogni corrisponde poi la coerente e disciplinata applicazione delle norme di programmazione da parte di ciascuno: sia esso operatore sanitario, sia esso cittadino utente.

Il legislatore del 1978 ha fornito ampie indicazioni relative alla « programmazione », individuandone negli articoli 3, 53, 54, 55 e 56 i momenti centrali e periferici nonchè le modalità generali di attuazione.

A livello interpretativo è stato rilevato che il legislatore ha voluto con l'articolo 3, immediatamente successivo all'elencazione degli « obiettivi » (articolo 2), porre in evidenza la nuova concezione assunta in materia sanitaria, disponendo che:

1) la programmazione sanitaria non fosse configurata come settorialmente isolata, ma fosse vista in armonica connessione con la più generale programmazione economica nazionale, nell'ambito della quale sono determinati gli obiettivi;

2) la definizione di tali obiettivi venisse effettuata coinvolgendo le Regioni.

È stato però osservato che, se la tendenza emersa negli anni tra il 1974 e il 1978 fu di richiedere una partecipazione regionale reale alle scelte da farsi a livello centrale sulla base del decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977, il procedimento di formazione del Piano sanitario nazionale, previsto all'articolo 53 della legge n. 833 del 1978, sembra sottrarsi a questo impegno; il coinvolgimento delle Regioni non appare effettivo nella « fase ascendente » di programmazione, essendo il piano predisposto dal Governo su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, e quindi presentato al Parlamento per l'approvazione.

In dottrina è sembrato imperfetto il meccanismo di realizzare nella fase di formazione del piano una presenza regionale, solamente tramite l'immissione di rappresentanti regionali in un organo statale con funzioni di consulenza e di proposta come il Consiglio sanitario nazionale.

Si assiste invece, alla delega alle Regioni di funzioni essenziali attinenti la « fase discendente » di programmazione, cioè per quanto riguarda l'applicazione del Piano sanitario nazionale.

Corretta è sembrata la scelta della sede cui è stata demandata l'approvazione del Piano. Il Parlamento infatti è l'unico organo che può risolvere nel superiore interesse la conflittualità (potenziale) risultante, tra Governo e Regioni, dalla limitazione apportata alla potestà legislativa regionale con la promozione « centralistica » del Piano nazionale, cui debbono ispirarsi i Piani sanitari regionali.

Nonostante questi rilievi, i contenuti indicati dalla legge n. 833 del 1978 per la pianificazione sanitaria sono stati accolti generalmente con favore; vedremo — tuttavia — come l'evoluzione dell'applicazione della legge n. 833 abbia portato ad una ulteriore delimitazione del momento centrale legislativo della programmazione sanitaria.

3. *Il Piano sanitario nazionale* 1980-82 *e le vicende parlamentari dell'VIII legislatura*

Come è ormai noto all'opinione pubblica, la Commissione sanità del Senato terminò in sede referente il 15 luglio 1982 l'esame del Piano sanitario nazionale per il triennio 1982-84 (*Atto Senato* n. 496), dopo un lavoro molto laborioso, che richiese 40 sedute in sede plenaria e molte di più in sede ristretta. Il provvedimento era pronto per l'esame dell'Assemblea nel novembre 1982 (relatore senatore Del Nero): l'esame in Assemblea non ebbe luogo, per l'anticipato scioglimento della legislatura.

Molti hanno ritenuto questo *iter* legislativo eccezionalmente lungo essendo stato il disegno di legge presentato il 22 novembre 1979 dal Ministro della sanità *pro tempore*, Altissimo al Senato, e — sulla base di informazioni sommarie e non sempre serene — ne fanno carico alla Commissione sanità della VIII legislatura.

In realtà, a parte il fatto che le leggi complesse in Italia richiedono tempi molto lunghi di elaborazione (e non si può negare che anche la legge di piano fosse complessa), hanno influito a creare elementi oggettivi di difficoltà i seguenti avvenimenti:

1) l'inizio dell'esame (il 19 marzo 1980) lievemente tardivo rispetto alla data di presentazione del disegno di legge, a causa di altri provvedimenti che la Commissione sanità dovette esaminare con urgenza ed anche per consentire al relatore ed ai singoli componenti di orientarsi sul testo originale molto articolato, costituito da 90 diversi articoli, per circa 200 pagine;

2) le due crisi di Governo, che si sono succedute, apportando con il cambio dei Ministri anche vedute diverse nel merito da parte dei titolari della Sanità; prima crisi del giugno-luglio 1980, che portò (ministro Aniasi) ad una nuova formulazione del Piano, di cui (dopo l'approvazione del Consiglio nazionale di sanità) si iniziò l'esame al Senato nel dicembre 1980; e seconda crisi che, con il ritorno del ministro Altissimo alla Sanità, condusse ad ulteriori e profonde rielaborazioni del testo;

3) la continua variazione negli elementi di accertamento della spesa sanitaria, che, apportando elementi di incertezza in uno degli aspetti fondamnetali della programmazione sanitaria, rendeva impossibile definire quale copertura finanziaria fosse disponibile per le cose che ci si proponeva di fare.

E senza copertura, la legge di piano non può essere approvata: vi deve essere inoltre congruenza fra la cifra fissata con la legge finanziaria come « destinata alla Sanità » e la cifra che risulta dagli impegni di spesa derivanti dal Piano sanitario nazionale.

Diversamente, appare utopistico fissare norme di qualificazione d'assistenza, di espansione di servizi, soprattutto nei settori della prevenzione e della riabilitazione, o di trasformazione dei servizi sanitari.

Pertanto la discussione si è spostata sull'approvazione della legge finanziaria 1982, e l'analisi del Piano ha subìto un arresto per tutta la durata della discussione, avvenuta certamente non senza contrasti ed accaniti dibattiti, della legge finanziaria stessa;

4) « la mancata soluzione di problemi generali — secondo quanto si legge nella relazione Del Nero al provvedimento nella passata legislatura — come quelli della legge-quadro sull'assistenza e sui servizi sociali, della legge sulle università e particolarmente sulla riforma della facoltà di medicina, nonchè di quelli relativi alle autonomie locali, e le permanenti difficoltà per la casa e il collocamento, unitamente al ritardo nell'approvazione dei decreti delegati di attuazione del servizio sanitario, delle convenzioni con i medici e dei contratti per il personale dipendente »;

5) la necessità di trovare la giusta misura fra le norme di indirizzo nazionale, comunque precettive e vincolanti, e lo spazio riservato alle autonomie regionali e locali.

Valutando le conseguenze, il senatore Del Nero scriveva: « L'inclusione quindi in una legge di direttive programmatiche precise nei confronti dei vari organismi del servizio sanitario nazionale può creare corrispondenti diritti da parte del cittadino che poi non si è in grado di soddisfare. Esse inoltre rischiano di ledere l'autonomia decisionale regionale e locale, mentre l'indicazione di direttive molto generiche rischia di non rispettare l'uguaglianza tra i cittadini e di essere negativa ai fini di una programmazione ».

La stesura del testo dell'allegato del Piano sanitario fatta dalla Commissione in precedenza, se aveva meglio precisato molti punti, non aveva tolto completamente il carattere discorsivo e illustrativo di certe parti.

Di qui la ricerca di una procedura di approvazione da parte del Parlamento del Piano sanitario nazionale che distinguesse

la parte precettiva dalla parte programmatica e di indirizzo.

Questa serie di ragioni, portò il Governo ad una stesura finale del Piano che può essere come di seguito descritta.

Il Piano avrebbe dovuto essere composto di due parti nettamente distinte.

La prima, da approvare con la normale procedura legislativa, avrebbe dovuto fissare i livelli e *standards* assistenziali, gli indici nazionali da assumere a base per la ripartizione delle spese tra le Regioni, l'importo del Fondo sanitario nazionale, i criteri di finanziamento, le forme di verifica e di controllo.

La seconda parte, invece, avrebbe espresso le norme di indirizzo, di programmazione e di coordinamento del Servizio sanitario nazionale e avrebbe dovuto essere approvata da ciascun ramo del Parlamento con atto non legislativo, non bicamerale, ad esempio con una risoluzione, e sarebbe poi stato tradotto in atti di indirizzo e coordinamento da parte del Governo.

Nel dibattito in Commissione si fece presente che una distinzione così netta tra le due parti non era opportuna, e che la legge n. 833 del 1978 stabilisce che il Piano nel suo complesso sia approvato dal Parlamento.

Singole risoluzioni dei due rami del Parlamento non garantiscono inoltre l'approvazione di un testo uguale nè la conformità dell'azione del Governo alle risoluzioni stesse. La risoluzione non è inoltre atto vincolante per le Regioni e gli enti locali verso cui il Piano è principalmente diretto.

Esso, d'altra parte, non potrebbe essere reso vincolante rispetto ai Piani sanitari regionali neanche con un atto di indirizzo e coordinamento da parte del Governo in quanto tale atto si riferisce all'attività amministrativa delle Regioni e non anche a quella legislativa nell'ambito della quale, invece, rientrano i suddetti Piani sanitari regionali, che devono appunto essere approvati con legge regionale.

Dall'insieme di queste valutazioni, si convenne sull'opportunità di approvare con legge il Piano nel suo complesso, costituito di una parte precettiva formata da dodici articoli, e di un'altra parte, composta di un allegato tecnico, alla quale, tenendo conto anche dell'insegnamento della Corte costituzionale, venne attribuito carattere di linea programmatica e di indirizzo per le Regioni, enti locali e operatori del Servizio sanitario nazionale.

Ho voluto ricordare con qualche dettaglio questi avvenimenti, poichè hanno avuto certamente influenza nel determinare quell'insieme di valutazioni che — all'inizio della attuale legislatura — hanno portato alla proposta legislativa in esame.

Prima di terminare questo capitolo, è opportuno sottolineare come il Piano per il 1982-84 comprendesse le indicazioni stabilite dagli articoli 53 e 63 della legge n. 833 del 1978 secondo cui occorre precisare: gli obiettivi della programmazione sanitaria da realizzarsi nel triennio; i livelli delle prestazioni sanitarie da garantire in modo uniforme a tutti i cittadini; l'importo del Fondo sanitario nazionale; gli indici e *standards* nazionali da assumere per la ripartizione del Fondo sanitario nazionale tra le Regioni e all'interno delle stesse; i criteri e gli indirizzi per la organizzazione dei servizi sanitari nelle Regioni e per la erogazione delle prestazioni sanitarie; le indicazioni per la revisione dei contributi sociali e la loro eventuale fiscalizzazione nonchè la determinazione della quota annuale per l'assicurazione obbligatoria; gli obiettivi fondamentali relativi alla formazione ed all'aggiornamento del personale; le procedure e modalità per le verifiche periodiche dello stato di attuazione del Piano e del rapporto costi-benefici; le esigenze prioritarie in relazione alla ricerca biomedica ed in generale alla ricerca finalizzata alla tutela della salute.

Con una visione più serena degli avvenimenti si può affermare che il lungo processo di elaborazione del Piano sanitario nazionale per il 1982-84 non è stato privo di qualche risultato, consentendo di approfondire i vari argomenti e fornendo comunque una guida alla elaborazione dei primi Piani sanitari regionali.

Alcuni autorevoli commentatori hanno però criticato il carattere di « genericità » di molte delle affermazioni contenute nel Piano sanitario nazionale per il 1982-84, che sono considerate spesso semplici ripetizioni degli obiettivi che già la legge n. 833 del 1978 ha stabilito, senza dare concrete indicazioni programmatiche.

È riaffiorata infine, con il parere della Commissione affari costituzionali sull'anzidetto provvedimento di piano, la polemica sulla riduzione della sfera di competenza regionale (che tuttavia trova già un riferimento nella stesura degli articoli 3 e 53 della legge n. 833 del 1978).

4. *Le valutazioni tecnico-politiche inerenti la riforma sanitaria e la programmazione sanitaria all'inizio della nona legislatura e le vicende dei disegni di legge n. 195-*quater *e n. 256-*bis.

È molto difficile riassumere in breve l'insieme delle valutazioni sulle tematiche in questione. Secondo taluni autorevoli studiosi, in questi ultimi anni si è « di fatto posto in secondo piano l'obiettivo strategico di una gestione programmata ed efficace delle risorse, rispetto all'esigenza congiunturale del controllo a qualunque costo della spesa ».

Accogliendo in parte questa valutazione, ritengo possano individuarsi almeno due fattori determinanti una siffatta impostazione:

1) il preminente valore attribuito al risanamento economico urgente del bilancio dello Stato, come premessa per la « tenuta » stessa dello Stato e per qualsiasi politica dello sviluppo, anche del settore sanitario;

2) la consapevolezza della complessità intrinseca della programmazione sanitaria centralistica, in assenza delle condizioni minime permittenti (ad esempio una congrua informazione degli accadimenti di spesa e di quelli epidemiologici, la mancanza di una preparazione professionale specifica di programmatori sanitari, eccetera).

Il risultato dell'azione di questi due fattori è stato quello di privilegiare una serie di interventi estemporanei sulla sanità, aventi per finalità il contenimento di questo settore di spesa.

Analizzando più da vicino questo fenomeno nel corso del suo svolgimento si possono formulare le seguenti osservazioni:

a) la prima legge finanziaria (legge 21 dicembre 1978, n. 843) — praticamente contemporanea alla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale — diventa « la sede ultima di validazione o censura di qualsiasi provvedimento legislativo che interessi la spesa o le entrate di tutta la pubblica amministrazione latamente intesa », ivi compresa la sanità; successivamente sul piano legislativo si stabilisce che il fabbisogno finanziario per l'assistenza sanitaria non è regolato dall'articolo 69 della legge n. 833 del 1978, ma dalla legge finanziaria stessa;

b) il prendere nozione sempre più consapevole dell'esistenza del *deficit* di bilancio nell'ambito del settore sanitario, fa aumentare il numero dei provvedimenti diretti a porre un contenimento del finanziamento stesso (indipendentemente dallo studio e applicazione di misure di risanamento), sotto forma di urgenza.

In tal senso vanno lette:

1) le misure riguardanti il personale incluse nel decreto-legge 30 dicembre 1978, n. 663, convertito con modificazioni dalla legge n. 33 del 1980, che sanciscono il blocco delle assunzioni interessante il personale amministrativo sino alla istituzione dei ruoli nominativi regionali; nella legge n. 12 del 1982, di conversione del decreto-legge 26 novembre 1981, n. 677, che determina il blocco degli organici delle USL (fino all'approvazione del Piano sanitario nazionale e dei Piani regionali), con la conseguente proroga (legge n. 16 del 1983, di conversione del decreto-legge n. 879 del 1982), e finalmente nella stessa legge finanziaria per il 1984 (legge n. 730 del 1983) che fissa il divieto di procedere ad assunzioni anche temporanee a qualsiasi livello nel Servizio sanitario nazionale;

2) le misure riguardanti le entrate per contributi, tendenti da un lato ad incrementare le entrate, dall'altro a diminuire il carico contributivo gravante sulle imprese. A tal fine la legge n. 33 del 1980 introduce

una forte fiscalizzazione degli oneri sociali, riducendo però le aliquote contributive per l'assistenza malattia; il decreto del Presidente della Repubblica n. 538 del 1980 adegua i contributi sociali di malattia dovuti da artigiani, commercianti, coltivatori diretti e liberi professionisti, mentre la successiva legge n. 534 del 1981 (di conversione del decreto-legge n. 395) ulteriormente si muove nella linea di una migliore perequazione delle aliquote contributive fra lavoratori autonomi e lavoratori dipendenti;

3) le misure concernenti gli investimenti che bloccano sino alla approvazione del Piano sanitario nazionale la realizzazione di nuove strutture (legge n. 33 del 1980), pur con deroghe previste per le regioni meridionali (legge n. 146 del 1980);

4) le misure concernenti la spesa sanitaria che stabiliscono l'obbligo urgente di accertarne l'entità in modo analitico (legge n. 33 del 1980, la quale prevede una serie di verifiche a livello di comuni, province, consorzi, enti ospedalieri, eccetera).

In questo panorama di interventi legislativi « parcellari », non può dirsi, tuttavia, che manchino interventi sulla gestione delle USL. Questi — pur finalizzati al contenimento della spesa — incidono anche sull'organizzazione. In questo senso vanno interpretate:

1) la legge n. 12 del 1982, che consente agli utenti di accedere alle strutture private convenzionate per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio solo qualora le strutture pubbliche non siano in grado di soddisfare la richiesta nel termine di tre giorni;

2) il decreto-legge 25 gennaio 1982, n. 16, convertito con modificazioni dalla legge n. 98 del 1982, secondo cui fino all'entrata in vigore del Piano sanitario nazionale è sospesa la erogazione dell'assistenza sanitaria integrativa e quella delle visite occasionali;

3) la legge n. 181 del 1982 che introduce una serie di misure tendenti ad aumentare l'efficienza della gestione e la efficacia della spesa, con la finalità, altresì, di dissuadere dal « consumismo » immotivato di farmaci e di prestazioni diagnostiche, di potenziare le strutture dell'Ufficio centrale di programmazione sanitaria, di attivare un sistema informativo sanitario, di instaurare efficienti controlli di spesa a livello di gestione delle USL, di prescrizioni farmaceutiche, di prescrizioni medico-specialistiche e di diagnostica strumentale; ed inoltre di riorganizzazione del lavoro nei laboratori di analisi cliniche e di radiologia; ed infine di soppressione, trasformazione e concentrazione di servizi eccedenti o non essenziali rispetto ai requisiti minimi da prevedere nel Piano sanitario nazionale.

Questa linea, sostanzialmente, verrà rafforzata dal decreto-legge n. 2 del 1983 che, attraverso varie vicissitudini, verrà replicato quattro volte ed approderà all'approvazione nella IX legislatura con la conversione in legge del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463.

In definitiva, nell'VIII legislatura vi è stata — mentre proseguivano i tentativi di « varare » il Piano sanitario nazionale — una serie di iniziative legislative che hanno certamente inciso su vari aspetti della gestione sanitaria, più limitatamente interferendo sulla organizzazione sanitaria.

Ripresosi il dibattito sulla sanità e sulla pianificazione sanitaria, all'inizio della legislatura, vanno innanzitutto richiamate alcune posizioni del Governo.

Si vuole, qui, in primo luogo, far riferimento alle dichiarazioni programmatiche del Presidente del Consiglio ed agli indirizzi programmatici del Governo.

In occasione della presentazione del nuovo Governo al Parlamento, il Presidente del Consiglio dei Ministri, Craxi, ebbe ad affermare il 9 agosto 1983 testualmente:

« Una struttura di amministrazione e di gestione del settore sanitario assolutamente fallimentare e priva di adeguati controlli è all'origine della spesa disordinata e caotica del settore che richiede ormai una incisiva riforma della riforma ».

Negli « indirizzi programmatici » del Governo, allegati alle comunicazioni politiche del Presidente del Consiglio, a proposito del-

le indicazioni-obiettivo per i vari flussi di spesa nel triennio, si indica, tra l'altro, « un incremento dei trasferimenti agli enti e alle istituzioni sociali non superiore, nel corso del triennio, al tasso di inflazione, da realizzare attraverso gli interventi sui meccanismi di erogazione di entrata, nonchè, per la sanità, attraverso gli interventi di razionalizzazione dei servizi ».

A proposito, invece, della politica del rigore nella spesa sociale, nello stesso documento si legge che:

« La politica del rigore nella spesa sociale deve essere impostata in modo non indiscriminato, tenendo conto della necessità di destinare la spesa stessa al soddisfacimento dei bisogni reali, in particolare dei meno abbienti, e della connessione delle riduzioni di spesa con una incisiva riforma degli istituti ».

A livello di politica sanitaria complessiva il documento evidenzia come:

« Nel rispetto dei fini ispiratori della riforma sanitaria, l'indispensabile risanamento della sua gestione esige revisioni istituzionali e organizzative non meno che interventi di correzione dei congegni finanziari e di razionalizzazione dei servizi. Pregiudiziale è in ogni caso la sollecita approvazione del Piano sanitario nazionale, che dà agli operatori il necessario quadro di riferimento, da effettuarsi con mozione delle due Camere.

« Le revisioni istituzionali ed organizzative devono tendere verso la riconduzione dei compiti di indirizzo ad una più diretta responsabilità degli enti locali, attribuendo i compiti di gestione ad organi manageriali, in grado di valorizzare le dirigenze sanitarie e amministrative. Esse devono inoltre dar luogo ad una responsabilizzazione diretta del personale medico e para-medico anche attraverso incentivi, allo scopo di conseguire una gestione efficiente e meno costosa.

« Nell'ambito degli interventi di correzione dei congegni finanziari, acquista inderogabile priorità la predeterminazione rigida della spesa statale annua per la sanità, con ponderati ed equilibrati parametri per la sua distribuzione tra le regioni e con rigorose forme di certificazione come presupposto per le erogazioni.

« Su questa premessa diviene comunque ineludibile la riserva delle prestazioni interamente gratuite ai bisognosi.

« In questo quadro potranno essere assecondate forme di assistenza integrativa privata mediante agevolazioni fiscali alla mutualità volontaria.

« Per quanto attiene alle misure di razionalizzazione appaiono prioritari il riequilibrio territoriale della dotazione dei servizi sanitari, in particolare ospedalieri e poliambulatoriali; lo sviluppo delle strutture e dei servizi che svolgono un ruolo di filtro rispetto al ricorso immotivato ai ricoveri ospedalieri; la limitazione delle convenzioni con gli operatori privati in relazione ai fabbisogni ancora non coperti dai servizi pubblici ».

Dunque, compare negli indirizzi programmatici del Governo un sintetico, anodino riferimento al Piano sanitario nazionale, di cui si afferma per altro la necessaria approvazione.

In secondo luogo bisogna tener presente le dichiarazioni del Ministro della sanità, Degan, rese in Parlamento in diverse occasioni.

Il 10 ottobre 1983 alla Commissione igiene e sanità del Senato, il ministro Degan chiariva meglio gli obiettivi ed i contenuti dell'azione governativa nei confronti del settore sanitario.

Egli premetteva che: « nella presente, difficile situazione congiunturale, la politica sanitaria deve necessariamente farsi carico della conciliazione tra le esigenze e priorità proprie del settore, da un lato, le implicazioni finanziarie di carattere generale del Paese, dall'altro, nell'intento di superare — nei limiti del possibile — i condizionamenti nascenti dal contributo da dare al risanamento del bilancio statale, in una ottica sensibile alle esigenze della tutela della salute non meno che alle esigenze della economia nazionale.

Il Ministro proseguiva affermando che:

« l'impianto settoriale della legge n. 833 del 1978 ha creato difficoltà al Servizio sanitario nazionale a causa del mancato raccordo con il bilancio dello Stato, con le sue compatibilità intersettoriali, con le sue espressioni preparatorie quali la relazione previsionale e la legge finanziaria.

« Questa pretesa autonomia decisionale del settore sanitario in materia finanziaria è stata contraddetta dai fatti e travolta dalle vicende della crisi economica, per cui la politica sanitaria, in luogo di essere ancorata alle certezze finanziarie di un piano settoriale autodeciso, è stata vissuta sulle indicazioni contingenti delle varie leggi finanziarie annuali.

« Richiamo questi pochi argomenti, a titolo esemplificativo, per suffragare l'assunto della necessità di un ripensamento di alcuni punti della riforma sanitaria che ne favoriscano l'attuazione concreta ».

L'esposizione del programma di politica sanitaria perseguita dal Ministero della sanità contenuto in un documento fatto acquisire alla Commissione, poneva all'attenzione dei componenti della stessa Commissione una serie molto analitica di « obiettivi », costituenti il contenuto di un vero e proprio Piano sanitario.

Rinviando alla lettura del documento, che peraltro ha formato oggetto di approfondito dibattito parlamentare, ritengo utile trascrivere quelle parti che più direttamente ineriscono al problema della programmazione.

Nel documento, nella parte riguardante gli aspetti normativi del programma da svolgere, si evidenzia il proposito di:

« delegificare al massimo la disciplina di un settore dove il tecnicismo dell'attività richiede massima flessibilità e responsabilizzazione degli organi periferici istituzionali e tecnici. In particolare, ciò vale per la parte non precettiva del Piano, riservando al Parlamento l'approvazione per legge di pochi essenziali aspetti: gli obiettivi da conseguire, i livelli assistenziali da assicurare, il finanziamento poliennale ed i vincoli d'uso delle risorse, riservando allo stesso Parlamento di impegnare la responsabilità politica del Governo su un documento tecnico di indirizzi, da approvare in forma non legislativa e di attribuire all'esecutivo nella sua globalità la responsabilità di far attuare, mediante atti di indirizzo e coordinamento vincolanti per le Regioni, le indicazioni del Parlamento, vigilando, altresì, sulla loro osservanza da parte delle Regioni e delle USL ».

Nel chiudere l'esposizione generale — e prima di passare alla illustrazione delle motivazioni e dei contenuti del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463 e del disegno di legge finanziaria per il 1984, nel frattempo presentati dal Governo, il Ministro avvertiva della necessità di:

« ricondurre tutte le misure citate alla strategia unificante del Piano sanitario nazionale, di cui il programma di Governo afferma la necessità pregiudiziale e per il quale deve essere reclamata la priorità assoluta di deliberazione ».

D'altra parte il decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, ora citato, forniva precise indicazioni circa la redazione del Piano sanitario nazionale.

L'articolo 20 di tale provvedimento fu così commentato dal ministro Degan:

« L'articolo 20 del decreto-legge, infine, apre una pagina di speranza per le vicende del Servizio sanitario nazionale. Non è esagerato dire che, dopo il grande rilievo attribuito all'attività di prevenzione nella tutela della salute ed il privilegio per il potenziamento di essa rispetto alla cura e alla diagnosi, la più importante novità della riforma è costituita dall'adozione della programmazione come metodo ordinario di governo della sanità a tutti i livelli. Orbene sono note le vicende del Piano nella precedente legislatura.

« Elaborato dal Servizio della programmazione sanitaria sin dal mese di aprile 1979, il Piano nazionale è stato approvato dal Consiglio dei ministri nell'ottobre dello stesso anno e presentato subito dopo al vaglio del Parlamento. Quasi quattro anni dopo, al

momento dello scioglimento delle Camere, tra esami, rimaneggiamenti di Governo successivi e rielaborazioni di Comitati ristretti della Commissione sanità del Senato, esso aveva a malapena superato l'esame della Commissione di merito ed era stato rimesso all'Aula per l'approvazione.

« La causa è da cercare nella equivoca e gravosa prescrizione della legge 23 dicembre 1978, n. 833, che ha previsto l'approvazione parlamentare del Piano sanitario nazionale, in deroga a quanto avviene per tutti gli altri piani di settore, sui quali il Parlamento pronuncia tutt'al più un parere preventivo ma che sono rimessi all'approvazione del CIPE o del Governo nel suo *plenum*, restando l'esecutivo responsabile della loro attuazione.

« Le sintomatiche vicissitudini del Piano hanno richiamato l'attenzione di studiosi e di organismi diversi. Tanto per esemplificare sia il professor Giannini, teorico del sistema decentrato che ha ispirato il decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977, da cui deriva la stessa legge n. 833 del 1978, sia la Commissione per la spesa pubblica presieduta dal professor Reviglio hanno in più riprese sostenuto la opportunità di delegificare il piano. Sul finire della legislatura precedente il Gruppo senatoriale repubblicano con un apposita proposta di legge e i presidenti dei gruppi politici facenti parte della coalizione governativa con iniziativa collegiale, entrambe rimaste senza seguito per lo scioglimento delle Camere, hanno proposto di limitare a pochi princìpi essenziali gli aspetti del piano da approvare per legge, affidando l'elaborazione tecnica delle norme di attuazione al Governo e al suo potere di indirizzo e coordinamento.

« L'articolo su citato del decreto - legge n. 463 riprende l'iniziativa e si affretta a renderla operativa nell'ordinamento positivo in modo da ancorare tutta la manovra riguardante la sanità alle certezze del Piano sanitario nazionale e alle sue quantificazioni finanziarie sia di parte corrente che in conto capitale.

« Sotto quest'aspetto il decreto-legge si pone in tempestivo accordo con la dichiarazione programmatica del Governo, che ha definito l'approvazione del Piano sanitario nazionale come condizione pregiudiziale di assoluta priorità, per l'operato del Governo stesso e del Servizio sanitario nazionale. Il decreto-legge anticipa di pochi giorni l'indicazione da parte del Governo delle disposizioni precettive del piano inserite nel disegno di legge finanziaria ».

L'articolo 20, poi accolto dalle Commissioni riunite lavoro e sanità, fu approvato dall'Assemblea in sede di conversione in legge del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463 (legge 11 novembre 1983, n. 638).

In tale sede si procedette anche allo stralcio dell'articolo 10-*bis*, introdotto dalla Camera dei deputati nel predetto decreto-legge.

Lo stralcio, già proposto dalle Commissioni riunite lavoro e sanità del Senato, fu deliberato dall'Assemblea nella seduta del 4 novembre 1983, dando appunto origine al disegno di legge n. 256-*bis* che reca: « Norme transitorie in materia di strutture ospedaliere ».

In quella sede si ritenne che non fosse opportuno inserire in un provvedimento, che aveva finalità eminentemente congiunturali e disciplinava materie tra loro diverse, disposizioni che presentavano invece aspetti di razionalizzazione e di programmazione in un settore peculiare come quello sanitario, che quindi trovano quale sede congrua l'esame del Piano sanitario nazionale.

Altre indicazioni normative rispetto alla programmazione provengono dalle leggi finanziarie per il 1984 e per il 1985.

A seguito di consultazioni con i Presidenti delle Giunte regionali e con rappresentanze dell'ANCI, con le forze sindacali, rappresentanze categoriali e di organismi economici, oltre che ovviamente con le forze politiche di maggioranza, il Governo metteva a punto, nell'autunno del 1983, alcuni « contenuti di programmazione sanitaria », proponendoli all'attenzione del Parlamento nel testo della legge finanziaria per il 1984 (disegno di legge n. 195), agli articoli 22, 24, 27, 30, 31, assieme ai contenuti più direttamente correlati con il controllo della spesa sanitaria.

Nella relazione d'accompagnamento al suddetto provvedimento, relativamente alle disposizioni in materia sanitaria, si avvertiva dell'esistenza di fattori interni al sistema sanitario che generavano momenti di ingovernabilità e non consentivano l'impiego razionale delle risorse.

Pertanto — si diceva nella relazione — era necessario « un disegno strategico orientato ad una incisiva riforma del servizio, che ha il suo presupposto nel decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, e si sviluppa attraverso gli interventi contenuti nel presente disegno di legge e troverà una più puntuale specificazione operativa nel Piano sanitario nazionale e negli atti di indirizzo e di coordinamento al livello centrale ».

Proseguiva la relazione: « in coerenza con tali obiettivi ed indirizzi, le norme contenute nel presente disegno di legge, pur rispondendo all'impegno di contenimento della spesa, garantiscono livelli assistenziali coerenti agli effettivi stati di bisogno e tendono a creare le condizioni per una riconquistata governabilità del sistema e della spesa, finalizzata a: migliorare la qualità degli interventi; potenziare i servizi poliambulatoriali a gestione pubblica anche in funzione di filtro al ricovero ospedaliero; riequilibrare sul territorio nazionale la dotazione delle strutture, delle attrezzature e del personale; sviluppare gli interventi sull'ambiente, sull'igiene degli alimenti e sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, mediante il potenziamento dei servizi ad indirizzo preventivo; attivare o potenziare i servizi di assistenza sanitaria a favore di categorie di cittadini che necessitano di particolare tutela.

« In relazione alle richiamate finalità, le norme in materia sanitaria sono organicamente riconducibili:

1) alla definizione degli obiettivi prioritari da conseguire nel triennio 1984-86, con indicazione dei relativi fondi programmati;

2) alla modifica dei sistemi gestionali, con attribuzione di maggior poteri alle Regioni e ai quadri tecnici delle Unità sanitarie locali;

3) al conseguimento di risparmi nelle aree che presentano sprechi o impieghi inessenziali ».

La Commissione sanità, nel dibattito sul parere da esprimere alla Commissione bilancio, si dichiarava favorevole a maggioranza allo stralcio degli articoli 22, 24 (salvo l'ultimo comma), e 27, ed alla riformulazione parziale o totale, degli articoli 18, 23, 26 28, 30, 31, 33, 34.

La opposizione comunista e della Sinistra indipendente si esprimeva a favore di un più ampio stralcio, riguardante tutta la materia sanitaria, da attribuirsi alla competenza esclusiva della Commissione sanità e da inserirsi nel Piano sanitario nazionale, per il quale si rivendicava l'esigenza di attribuire una « corsia preferenziale ».

L'assemblea del Senato, il 24 novembre 1983 approvava lo stralcio degli articoli 22, 24, 27, 30 e 31 del testo del Governo e dell'articolo 24 del testo proposto dalla Commissione bilancio.

In questo modo, aveva origine il disegno di legge n. 195-*quater*: « Determinazione delle priorità del piano sanitario nazionale per il triennio 1984-86 e altre disposizioni in materia sanitaria ».

La legge finanziaria per il 1985, infine, forniva ulteriori indicazioni sul piano programmatico, da un lato finalizzando parte dei finanziamenti in conto corrente e quelli in conto capitale a specifiche attività di programmazione, dall'altro prevedendo misure per la ristrutturazione della rete ospedaliera secondo determinati parametri di riferimento.

5. *La programmazione sanitaria regionale*

Sembra opportuno, per meglio chiarire i rapporti che il presente provvedimento assumerà con l'attività di governo a livello regionale del Servizio sanitario nazionale, esporre in rapida sintesi i presupposti e lo stato attuale della programmazione sanitaria regionale, come si è sviluppata nel corso di questi anni e durante lo svolgimento degli indicati avvenimenti parlamentari.

Si è già ricordato come il servizio sanitario si basa sul binomio Stato-Regione sin dalla fase di determinazione degli « obiettivi » della programmazione sanitaria nazionale (art. 3, primo comma della legge n. 833) nel senso che le Regioni vengono chiamate a concorrere alla determinazione degli stessi. Come è stato già in precednza sottolineato, se questo principio è, in parte, disatteso nel senso letterale della espressione legislativa, tuttavia non può negarsi che forte rilevanza la legge n. 833 del 1978 assegna alla autonomia regionale in merito alla programmazione-pianificazione degli interventi sanitari nel loro complesso (gestione della sanità, per usare una frase sintetica) riguardanti il territorio di competenza, una volta definiti i riferimenti generali nel Piano sanitario nazionale.

Secondo una interpretazione sostenuta da parte della dottrina, si dovrebbe ritenere — leggendo le norme degli articoli 51 (finanziamento del Servizio sanitario nazionale); 53 (Piano sanitario nazionale); 55 (Piano sanitario regionale) della legge n. 833 del 1978 — che il ruolo del Piano triennale sanitario nazionale caratterizza in senso centralistico e tecnocratico la riforma sanitaria.

Riconosciamo che lo Stato esercita, almeno potenzialmente, la funzione di indirizzo e di coordinamento nel senso più ampio sulla attività regionale del settore sanitario, sia attraverso la definizione del Fondo sanitario nazionale, sia con le norme riguardanti « le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del Servizio sanitario nazionale », che sono stabilite dal Parlamento attraverso il Piano sanitario nazionale.

Queste proposizioni, ed anche quanto è analiticamente contenuto nell'articolo 53 della legge n. 833, riguardante i vincoli posti alle Regioni per l'attuazione del servizio sanitario nazionale (ad esempio lettere *c; d; e; g*) nel settore territoriale di propria competenza, ed infine il vincolo contenuto nel secondo comma dell'articolo 55 (Piano sanitario regionale), secondo il quale i Piani sanitari triennali debbono uniformarsi ai contenuti e agli indirizzi del Piano sanitario nazionale, trovano la loro logica nella superiore esigenza del coordinamento, ai fini della istituzione e sviluppo di un servizio sanitario a carattere realmente nazionale, capace di assicurare la pari opportunità di fruizione delle prestazioni sanitarie da parte di tutti i cittadini, indipendentemente dal luogo di nascita, di residenza, eccetera, obiettivo da perseguire — in prospettiva — anche mediante il riequilibrio territoriale nelle risorse e disponibilità di servizi sanitari.

In rapporto alle prime stesure del Piano sanitario nazionale, varie Regioni hanno iniziato il processo di programmazione (come previsto peraltro dall'articolo 56 della citata legge n. 833, riguardante i primi Piani sanitari regionali) senza attendere la formale approvazione parlamentare del Piano nazionale.

Nè la modifica dell'articolo 53, apportata dall'articolo 20 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638, ha impedito o rallentato la fase di studio e di approvazione del procedimento programmatorio sanitario regionale, ove si è manifestata positivamente la volontà politica regionale.

Per altro, molte Regioni hanno adottato il metodo della consultazione reciproca e con il Ministero della sanità (ufficio della programmazione centrale sanitaria), cosicchè gli elaborati regionali attualmente disponibili sembrano dotati di notevole omogeneità, avendo accolto come documento di riferimento l'iniziale progetto del Piano sanitario nazionale, e le successive modificazioni apportate in sede di lettura parlamentare. Sembra potersi concludere, pertanto, affermando ancora una volta che soprattutto il testo del Piano sanitario nazionale approvato dalla Commissione sanità del Senato il 15 luglio 1982 ha esercitato un'azione indiscussa di guida, mentre si è ottenuta una efficace azione di supporto tecnico e di coordinamento — ove richiesta — da parte del Ministro della sanità.

La tabella allegata fornisce la situazione attuale della legislazione regionale riguardante la pianificazione sanitaria.

ITER DI APPROVAZIONE DELLE LEGGI DI PIANO AL 14 MAGGIO 1985

Regioni e Province autonome	Elaborati in fase istruttoria	Elaborati di centri di ricerca	Elaborati dello assessorato o di altri uffici	All'esame della Giunta esecutiva (l'eventuale data è quella di approvazione)	All'esame delle Commissioni	Consultazione democratica pre-dibattito	Leggi regionali al visto del Governo dopo l'approvazione
PIEMONTE							L. R. 10-3-1982, n. 7 BUR n. 11 del 17-3-1982 supplemento speciale
VALLE D'AOSTA							- maggio 1985 (2° piano) (non ancora pubblicata) - L. R. 23-6-1983, n. 66 BUR n. 20 del 6-9-1983
LOMBARDIA				● dicembre 1984	●		
P. A. BOLZANO							L. P. gennaio 1984, n. 1 BUR n. 4 del 27-1-1984
P. A. TRENTO				●			
VENETO							L. R. 2-4-1984, n. 13 BUR n. 5 del 5-4-1984
FRIULI V. GIULIA					●		maggio 1985 (non ancora pubblicata)
LIGURIA				● 2-8-1984	●		
EMILIA ROMAGNA							L. R. 7-2-1981, n. 6 BUR n. 17 dell'11-2-1981
TOSCANA							L. R. 6-12-1984, n. 70 BUR n. 61 del 12-12-1984
UMBRIA							L. R. 21-3-1985, n. 11 BUR n. 34 del 3-4-1985 supplemento speciale
MARCHE							L. R. 5-11-1982, n. 37 BUR n. 116 del 16-11-1982
LAZIO	●			●			
ABRUZZO				● 29-12-1984		●	
MOLISE				● 25-3-1983			
CAMPANIA	●						
PUGLIA				●		●	
BASILICATA			●			●	
CALABRIA	●						
SICILIA	●						
SARDEGNA							maggio 1985 (non ancora pubblicata)

6. *Dibattito in Commissione sanità sui disegni di legge n.* 195-*quater e* 256-*bis, ed elaborazione di un nuovo testo unificato*

La Commissione sanità ha cominciato l'esame dei suddetti provvedimenti il 30 maggio 1984, prendendo in considerazione fin dall'inizio gli emendamenti presentati dal Governo, interamente sostitutivi del testo dei due provvedimenti. Sulla base di tali emendamenti e di altri via via presentati dalle varie forze politiche, la Commissione in sede ristretta ha predisposto in successive rielaborazioni, dopo un lavoro complesso che ha richiesto ventitrè sedute, un nuovo testo su cui, a seguito di ulteriori approfondimenti e con altre integrazioni e modifiche, dopo diciotto sedute, la stessa Commissione in sede plenaria si è espressa favorevolmente licenziando il provvedimento per l'Assemblea.

La Commissione, nel corso dei suoi lavori, ha innanzitutto individuato le tematiche che, in quanto ritenute fondamentali, non solamente fossero da considerare oggetto di programmazione, ma dovessero essere disciplinate attraverso il loro inserimento nella parte precettiva del Piano sanitario nazionale.

Esse possono così riassumersi: obiettivi generali del piano, diritti alle prestazioni sanitarie in forma diretta e indiretta e conseguenti strumenti per farli valere, vincoli generali di conformità obbligatoria al Piano nazionale dei Piani sanitari regionali ed interventi sostitutivi da parte di organismi centrali rispetto ad inadempienze a livello periferico, programmazione sul piano nazionale dei presìdi e servizi di alta specialità, ristrutturazione della rete ospedaliera con relativi parametri di riferimento, taluni aspetti di politica del personale, del sistema informativo e della ricerca epidemiologica, ed, infine, il finanziamento del Fondo sanitario nazionale nel triennio 1985-87.

Nel disciplinare legislativamente tali tematiche la Commissione si è ispirata ai princìpi fondamentali della legge n. 833 del 1978, ed ha tenuto conto della normativa successiva nella misura in cui quest'ultima, pur nella sua frammentaria elaborazione, si è conformata alla prima o comunque non l'ha contraddetta, costituendo un aggiornamento rispetto alle nuove esigenze del settore sanitario, inquadrate peraltro nella più ampia manovra di politica economica del Governo.

Sicchè per ciascuna partizione in cui si articola il provvedimento possono essere individuati precisi criteri-guida, che lo qualificano come punto di riferimento generale per la programmazione sanitaria regionale e per la concreta attività dei servizi sanitari del Paese.

Giova, a questo punto, per la migliore comprensione delle norme che vengono proposte all'attenzione dell'Assemblea, richiamare brevemente la *ratio* che volta a volta le ha ispirate.

Per quanto riguarda la definizione degli obiettivi, sulla base delle norme contenute negli articoli 2, 3 e 53 della legge di riforma sanitaria, la Commissione, pressochè all'unanimità, e quindi con il contributo di tutte le forze politiche, ha adottato il criterio di una indicazione selezionata degli stessi e sufficientemente precisata, nelle finalità concrete da raggiungere, per non incorrere in una inutile genericità da manifesto propagandistico. Appare evidente il privilegio accordato ai nuovi servizi e alle attività di utilità collettiva, che più o meglio rispondono alle nuove esigenze sociali del Paese rispetto alla passata concezione dell'assistenza sanitaria, collegando quest'ultima all'assistenza sociale.

Di particolare interesse è la definizione di « azione programmata » e di « progetto-obiettivo »: si è voluto — in tal modo — caratterizzare più compiutamente sotto la rilevanza legislativa ed operativa specifiche attività sanitarie che nascono e si svolgono con il criterio stesso della programmazione, e che vanno altresì valutate secondo il criterio della rispondenza fra impegno e risultati (tipico delle attività programmate).

Circa le prestazioni sanitarie il criterio-guida, su cui l'intera Commissione si è trovata d'accordo, è stato quello di mantenere in vigore, per il triennio, i livelli attuali di erogazione assicurati dalla normativa vigente in materia, prevedendo altresì il controllo

pubblico in tutte le fasi dell'erogazione delle prestazioni in forma indiretta. Tali princìpi sono stati integrati dall'altro criterio — per il quale invece non c'è stata unanimità — secondo cui la verifica e l'eventuale modifica dei livelli minimi e delle modalità di erogazione delle prestazioni va fatta annualmente in sede di legge finanziaria.

L'impostazione data dalla Commissione alla soluzione del problema risulta coerente con il criterio più generale adottato in materia di finanziamenti del Fondo sanitario nazionale, in base al quale quest'ultimo è determinato dalla legge finanziaria: non si può negare, infatti, che la variazione in positivo o in negativo dei livelli di prestazioni che comunque debbono essere garantiti ai cittadini ha rilevanza sotto l'aspetto finanziario. Non è del pari confutabile che la legge n. 833 del 1978, all'articolo 3, secondo comma, stabilisce che: « la legge dello Stato, in sede di approvazione del Piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53, fissa i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini ». Pertanto, il richiamo ai livelli garantiti non può essere escluso dalla parte normativa del Piano. Tuttavia, a causa della frammentazione delle fonti, la Commissione si è trovata d'accordo nel promuovere la redazione di un testo unico delle norme relative alle prestazioni, a cura del Governo, che a seguito di specifica delega dovrà coordinare ed esporre in forma razionale le varie disposizioni, sparpagliate in una serie numerosa di atti di legge, assunti nelle più diverse occasioni e non sempre fra loro coincidenti.

La adozione o meno della combinazione dei suddetti princìpi — « stabilizzazione » per il triennio e coordinamento razionale — è stata materia di ampio, vivace ed approfondito dibattito in Commissione, che ha messo in luce le diverse posizioni di principio delle varie forze politiche.

I Gruppi comunista e della Sinistra indipendente hanno sostenuto innanzitutto la improprietà della sede della legge finanziaria per operare annualmente una verifica delle prestazioni e delle modalità della loro erogazione, in quanto non si terrebbe conto della specificità della materia rispetto al cui esame sarebbe espropriata la competenza della commissione di merito con la conseguenza che la « finanziarizzazione » della sanità finirebbe per utilizzare i livelli delle prestazioni come volano per operare aggiustamenti necessari per altri comparti, provocando un abbassamento degli stessi livelli con grave danno per la salute dei cittadini.

Per le stesse ragioni i Gruppi comunista e della sinistra indipendente hanno ritenuto impropria la sede della legge finanziaria anche per la determinazione del finanziamento del Fondo sanitario nazionale, in quanto si svuoterebbe di autonomia programmatoria lo strumento di pianificazione per eccellenza qual è il Piano sanitario nazionale.

All'interno della maggioranza il Gruppo repubblicano, circa la definizione dei livelli di prestazione, ha espresso una sua peculiare valutazione, senza peraltro insistervi fino in fondo, riservandosi in Assemblea di riprendere in considerazione la questione.

In proposito esso ha sostenuto che, per evitare pericolose rigidità nella determinazione della spesa sanitaria, in contrasto con l'impostazione della manovra complessiva di politica economica concepita dal Governo, sarebbe opportuna la definizione dei livelli e delle modalità della erogazione delle prestazioni da parte dello stesso Governo mediante atti di indirizzo e coordinamento, che garantirebbero una corretta flessibilità.

Alla fine la Commissione a maggioranza si è espressa nella maniera prima indicata, tradotta rispettivamente nelle disposizioni degli articoli 2 ed 11 del provvedimento. Essa ha argomentato, con riferimento alla posizione sostenuta dai Gruppi comunista e della Sinistra indipendente, che la certezza del diritto, esigenza sentita da tutti gli operatori sanitari e condizione indispensabile per superare il deprecabile principio del pagamento a pie' di lista, impone di prevedere con precisione una sede stabile di determinazione e di eventuali modifiche relativamente alle prestazioni sanitarie consi-

derate nel loro indubbio contenuto economico. La sede congrua non può che essere la legge finanziaria, in quanto essa ha connotazioni di globalità e di scadenza precisa. E d'altra parte, poichè si tratta di legge fornisce anche la garanzia che sia il Parlamento a deliberare su diritti riconosciuti a tutti i cittadini, evitandosi così implicitamente la possibilità dell'emanazione a sorpresa di decreti-legge in una materia così delicata.

Conseguentemente — con riferimento sempre alle posizioni espresse dai Gruppi comunista e della Sinistra indipendente — appare congrua la legge finanziaria anche come sede per la determinazione dello stanziamento del Fondo sanitario nazionale, conformemente all'articolo 53 della legge n. 833 del 1978, come modificato dall'articolo 20 del decreto-legge n. 463 del 1983, convertito dalla legge n. 638 del 1983, secondo cui le linee generali di indirizzo e le modalità stabilite con il piano sanitario nazionale devono essere correlate con gli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale. In mancanza della elaborazione di quest'ultima, il punto di riferimento programmatorio nazionale sostitutivo è da considerarsi la legge finanziaria che, proprio per le sue caratteristiche di globalità, come prima si è accennato, tiene conto della politica economica complessiva del Paese nella quale deve essere inquadrato, al pari degli altri, anche il comparto sanitario.

In relazione, invece, alla proposta normativa del Gruppo repubblicano, la diversa scelta operata dalla Commissione trova la sua motivazione fondamentale nel rispetto di uno dei princìpi cardine della legge di riforma sanitaria, contenuto nell'articolo 3 di tale provvedimento, secondo cui la legge statale, in sede di approvazione del Piano sanitario nazionale, fissa i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere comunque garantite a tutti i cittadini. Il che del resto, è coerente con il dettato della Costituzione che, all'articolo 32, riconosce la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. La Commissione ha altresì tenuto presente che la Costituzione, all'articolo 117, ha attribuito alle Regioni competenza primaria in materia sanitaria e che dunque l'uniformità di trattamento su tutto il territorio nazionale, relativamente alle prestazioni cui i cittadini hanno diritto, non può essere garantito che con legge statale e non certamente con un atto di indirizzo e coordinamento del Governo che incide, in base all'articolo 5 della legge n. 833 del 1978, solo sull'attività amministrativa delle Regioni nella quale non rientra la definizione delle prestazioni sanitarie, da disciplinare con legge in quanto materia su cui insistono i diritti.

Tuttavia, la Commissione ha voluto introdurre un'opportunità di verifica annuale dei risultati in materia sanitaria, anche in rapporto con gli impegni di spesa fissati nella legge finanziaria, stabilendo che — prima della fase di redazione e lettura della proposta di legge finanziaria annuale — si svolga un dibattito parlamentare presso le Commissioni sanità sulla base della relazione presentata dal Ministro della sanità.

È questa la sede, dunque, per riservare alla Commissione sanità non solo l'esame di tutte le materie non strettamente finanziarie, ma anche l'occasione per indicare tempestivamente al Governo valutazioni tecniche e politiche, concernenti i fabbisogni economici del settore sanitario, con la massima autorevolezza possibile.

Risolto tale tipo di problematica, la stessa materia riguardante le prestazioni sanitarie è stata oggetto di ulteriore dibattito relativamente alla proposta dei Gruppi comunista e della Sinistra indipendente di prevedere, ferma restando la non modificazione dei livelli tuttora garantiti, l'abrogazione delle disposizioni vigenti sulla partecipazione alla spesa per le prestazioni diagnostiche e di laboratorio e per l'acquisto di medicinali, con la conseguente ristrutturazione del prontuario terapeutico nazionale.

La proposta, motivata sulla base della sostenuta iniquità e degli scarsi vantaggi, in termini finanziari, dei *tickets*, e della inutilità (scarsa efficacia) di molti farmaci inclusi nel suddetto prontuario, dopo un approfondito dibattito, non è stata accolta, poichè si è ritenuto che l'adozione del principio del

mantenimento dei livelli di prestazione vigenti implica anche l'accettazione dei *tickets*, considerati ormai un normale strumento di politica sanitaria in molti Paesi industrializzati, anche perchè essi rispetto al dissennato consumismo farmaceutico assumono una forte carica di deterrente psicologico che ha dato positivi risultati anche in Italia, senza per questo presentare aspetti di iniquità, data la previsione di esonero per fasce di redditi inferiori a determinati livelli.

Quanto al prontuario terapeutico si è sottolineato come la materia sia stata disciplinata di recente e come conseguentemente sia inopportuno, oltre che incongruo in sede di Piano sanitario nazionale, apportare modifiche prima che siano verificati i risultati della normativa vigente che prevede — oltretutto — l'accentuarsi di una politica di ricerca farmacologica assistita da più ampi investimenti pubblici e programmata in sede centrale (Ministeri dell'industria e della sanità, Ministro per la ricerca scientifica, CIPE).

Proseguendo nell'esposizione dei criteri-guida del provvedimento, è bene ricordare il principio secondo cui si è vincolata l'adozione dei piani sanitari da parte delle Regioni: da un lato in termini temporali tassativi (con conseguenti « sanzioni » a livello di restrizione di taluni finanziamenti finalizzati), dall'altro per quanto riguarda i contenuti, relativamente a quelli ritenuti qualificanti, a livello di realizzazione degli obiettivi indicati dal piano nazionale, di fabbisogno e di distribuzione di personale e di servizi sanitari, di risorse finanziarie aventi vincolo di destinazione e di rapporti tra strutture sanitarie pubbliche e private.

Su quest'ultimo punto, in particolare, si è sviluppato in seno alla Commissione un ampio e vivace dibattito. Si è registrata la posizione espressa dai Gruppi comunista e della Sinistra indipendente che prevedeva, per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera e le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, la stipula di nuove convenzioni con strutture private esclusivamente per prestazioni che non possano essere efficacemente erogate dai presìdi pubblici, sancendo, ove a riguardo le strutture pubbliche non siano pienamente utilizzate, la progressiva riduzione delle anzidette convenzioni in misura corrispondente al pieno utilizzo delle stesse strutture pubbliche.

Ad integrazione di tale proposta ne era formulata un'altra tendente a disciplinare una serie di incompatibilità tra la posizione di dipendente dell'unità sanitaria locale e quella di proprietario o comproprietario o dirigente di strutture sanitarie private convenzionate.

Quanto alla prima proposta, anche per i termini in cui era formulata, la Commissione l'ha ritenuta parziale, inadeguata ed ispirata ad una logica prevalentemente penalizzatrice, anzichè lucidamente programmatoria. Ad avviso della Commissione il problema di fondo, al di là di toni inquisitori e di indiscriminate *tabulae rasae*, rimane quello di fornire un preciso quadro di programmazione entro il quale operino le strutture pubbliche secondo il criterio del pieno ed efficiente utilizzo e le strutture private che siano con le prime raccordate in modo pienamente integrato sia al fine del soddisfacimento delle richieste dell'utenza, sia al fine di acquisire adeguate garanzie circa la configurazione delle loro stesse connotazioni e dimensioni.

E tali princìpi sono stati appunto tradotti nel testo del provvedimento che viene sottoposto all'esame dell'Assemblea, da cui è stata peraltro esclusa ogni previsione relativa alle incompatibilità, materia complessa di per sè e quindi richiedente una apposita sede di collocazione, diversa da quella del Piano sanitario nazionale, in cui siano definiti anche gli altri profili attinenti alla professione sanitaria.

Altro principio fondamentale del provvedimento, accolto questo all'unanimità dalla Commissione, riguarda il riconoscimento della rilevanza attuale, ed in prospettiva, delle alte specialità e la conseguente esigenza — soddisfatta con l'articolo 6 — di definirle e di individuare le modalità di disciplina di taluni aspetti basilari quali la localizzazione, il fabbisogno quantitativo e qualitativo di personale, le interconnessioni reciproche, le risorse finanziarie, eccetera.

Un ulteriore criterio-guida adottato dalla Commissione è stato quello di inserire nel

provvedimento una serie di misure intese ad una riorganizzazione degli ospedali, escludendo quelle riguardanti ristrutturazioni edilizie, al fine di eliminare o quantomeno ridurre il fenomeno dei ricoveri ospedalieri impropri, realizzare l'ottimale utilizzo delle strutture sanitarie ed operare un riequilibrio territoriale delle stesse, attraverso la definizione di determinati parametri organizzativi e la ristrutturazione della degenza e dei servizi, nonchè prevedere i tipi di destinazione prioritaria degli spazi risultanti liberi per effetto di tale riorganizzazione.

Anche in questo caso a proposito della concreta formulazione delle disposizioni in materia il dibattito è stato appassionato e approfondito.

In particolare da parte dell'opposizione di sinistra si è sostenuto che talune delle disposizioni in questione, poi accolte dalla Commissione, possono ritenersi invasive delle competenze delle Regioni e comunque costituiscono un passo indietro rispetto agli attuali orientamenti regionali che sostengono il superamento dell'articolazione degli ospedali in divisioni, sezioni e servizi secondo i princìpi della legge di riforma ospedaliera del 1968, e la concreta attuazione, sulla base dell'articolo 17 della legge n. 833 del 1978, del principio dell'organizzazione dipartimentale unitamente a quello della stretta integrazione tra l'attività ospedaliera e le attività di assistenza sanitaria nel territorio.

Sul punto, invece, la Commissione, sulla base dell'esperienza finora acquisita in materia e del dettato combinato delle leggi n. 833 del 1978 e n. 132 del 1968, ha preferito una formulazione che prevedesse la ristrutturazione delle degenze ospedaliere in aree funzionali omogenee che, pur articolate in divisioni, sezioni e servizi di diagnosi e cura, rappresentino un avvio all'applicazione dell'articolo 17 della anzidetta legge n. 833. Tale impostazione da un lato prende atto del fatto che finora l'organizzazione dipartimentale non si è in concreto realizzata se non per aspetti marginali e che dunque siamo ancora nella fase di avvio, dall'altro correttamente tiene conto che l'assetto organizzativo, come configurato dalla legge n. 132 del 1968, è tuttora vigente, non risultando abrogato ma solo integrato dall'articolo 17 della legge di riforma sanitaria. Pertanto è dalla legge n. 132 che bisogna partire, puntando ad un graduale superamento di talune rigidità in questa stessa legge contenute, come ad esempio quella della « dimensione » obbligatoria del potenziale numerico di letti per ricovero assegnato alle divisioni ed alle sezioni.

Infine un altro principio ritenuto fondamentale dalla maggioranza della Commissione riguarda il potere sostitutivo da parte di organi centrali rispetto ad inadempienze da parte di organi periferici, tradotto nell'articolo 8 del provvedimento.

7. *La proposta legislativa.*

Ma veniamo all'illustrazione dell'intero provvedimento, che si compone di undici articoli.

L'articolo 1 definisce innanzitutto gli obiettivi generali del piano nel triennio 1985-87, sulla base delle funzioni attribuite al Servizio sanitario nazionale dalla legge di riforma e tenuto conto della esperienza finora maturata dallo stesso servizio.

I suddetti obiettivi sono individuati nella razionalizzazione e nella equilibrata distribuzione dei servizi sanitari sul territorio nazionale, nonchè nell'incremento dell'efficienza degli stessi.

In relazione a tali obiettivi sono prescritti una serie di interventi prioritari intesi a privilegiare taluni servizi ed attività, conformemente alle indicazioni della legge n. 833 del 1978. Essi si riferiscono: all'attivazione o al potenziamento di determinati servizi di prevenzione di utilità collettiva, dei servizi di medicina di base, di igiene e sanità pubblica e di quelli specialistici, anche al fine di contenere i ricoveri ospedalieri impropri, in coerenza con le disposizioni del successivo articolo 7; al potenziamento e coordinamento dei servizi di emergenza; alla tutela delle attività sportive in senso preventivo ed infine allo sviluppo dei servizi finalizzati alla realizzazione di azioni programmate e di progetti-obiettivo.

Precisati, quindi, i concetti di azioni programmate e di progetti-obiettivo, considerati particolarmente qualificanti per il Ser-

vizio sanitario nazionale, nonchè le risorse finanziarie alle une ed agli altri rispettivamente afferenti, nell'articolo 1 si fa un'elencazione esaustiva dei tipi di attività sanitaria che, per la loro rilevanza sul piano strettamente clinico e su quello sociale e per la complessità degli interventi, si configurano come azioni programmate e progetti-obiettivo.

Si dà, poi, la possibilità alle unità sanitarie locali, nel quadro dell'azione di coordinamento svolta dalla Regione, di avvalersi, per quanto riguarda l'esplicazione di tutti gli interventi prima indicati, dell'ausilio dei più importanti organismi tecnico-scientifici nazionali in modo che il servizio sanitario a tutti i livelli abbia quei supporti indispensabili per la qualità della sua attività.

Molto opportunamente, infine, è stata prevista la possibilità per le Regioni e le Provincie di avvalersi direttamente della collaborazione dei suddetti organismi in caso di straordinaria necessità ed urgenza, onde evitare lungaggini burocratiche inutili e dannose.

L'articolo 2 riguardante il diritto alle prestazioni, come si è prima accennato, conferma la normativa vigente in materia per il prossimo triennio, prevedendo tuttavia la possibilità di modificazioni dei livelli minimi e delle loro modalità di erogazione in sede di approvazione della legge finanziaria, previa verifica annuale sulla base di una relazione al Parlamento del Ministro della sanità.

Con lo stesso articolo, inoltre, si delega il Governo a redigere un testo unico che raccolga tutta la normativa in materia, attualmente frammentata in varie leggi, anche di diverso contenuto, onde garantire una sicurezza interpretativa ed una facilità di consultazione.

L'articolo 3 disciplina le prestazioni erogabili in forma indiretta, attribuendone la competenza, sia per quanto riguarda l'individuazione che le modalità di erogazione delle stesse, alle Regioni, che sono comunque tenute a comunicare annualmente al Ministero della sanità l'ammontare delle erogazioni articolate per tipologie d'interventi. Ciò al fine di scoraggiare eventuali pratiche di « erogazioni facili » da parte delle Regioni.

Queste ultime possono, inoltre, assicurare con legge prestazioni aggiuntive di assistenza sanitaria, purchè con risorse proprie e con contabilità separata. È in pratica una conferma dell'articolo 25, ultimo comma, della legge finanziaria per il 1984.

Lo stesso articolo 3, infine, prevede la possibilità di fruire, in forma indiretta, di prestazioni assistenziali presso centri di altissima specializzazione all'estero. La competenza per l'individuazione dei casi, le modalità di fruizione e di concorso nella spesa da parte delle singole unità sanitarie locali è attribuita al Ministro della sanità con il parere del Consiglio sanitario nazionale e del Consiglio superiore di sanità.

L'articolo 4, finalizzato ad evitare inutili lungaggini burocratiche e quindi a snellire il rapporto tra i cittadini ed il servizio sanitario, consente agli stessi di ricorrere immediatamente e senza particolari formalità al Consiglio di gestione delle unità sanitarie locali nel caso di atti che in qualche modo limitano diritti degli utenti da parte di servizi dipendenti dalle stesse unità sanitarie.

Resta fermo, naturalmente, il diritto del cittadino di adire le normali vie giudiziarie.

L'articolo 5 concerne i vincoli di conformità dei Piani sanitari regionali rispetto al Piano nazionale.

Si prescrive che i Piani regionali debbano comunque prevedere disposizioni precise relative alle azioni programmate ed ai progetti-obiettivo, ai distretti di base, al fabbisogno di attrezzature e di personale dipendente e convenzionato — articolato quest'ultimo per tipi di attività sanitaria —, al volontariato, alla distribuzione sul territorio dei presidi fissi e di servizi di emergenza, in una ottica di riequilibrio e di coordinamento con servizi connessi, alle priorità di ricerca finalizzata, alla rilevazione di dati epidemiologici, statistici e finanziari, alle risorse finanziarie aventi vincolo di destinazione ed ai relativi programmi.

Si impone infine alle Regioni di adottare i piani sanitari entro centoventi giorni dal-

l'entrata in vigore del presente provvedimento, non lasciando senza conseguenze, come vedremo nell'esaminare l'articolo 8, l'eventuale inadempienza.

Si tratta, come si può constatare, di un articolo di grande rilevanza che, senza entrare nel dettaglio, come è giusto, della programmazione regionale, indica le linee-guida cui quest'ultima deve attenersi affinchè siano garantite l'uniformità e l'efficienza del servizio sanitario su tutto il territorio nazionale.

L'articolo 6 stabilisce i princìpi fondamentali in materia di programmazione dei presidi e dei servizi di alta specialità al fine di evitare l'affermarsi di concezioni « localistiche » con conseguenti duplicazioni e sperpero di risorse.

L'articolo innanzitutto fornisce una precisa definizione delle alte specialità, affidando, poi, ad un decreto del Ministro della sanità, previ pareri del Consiglio sanitario nazionale e del Consiglio superiore di sanità, la predisposizione di un elenco delle stesse che comunque devono essere rapportate a bacini di utenza di larghe dimensioni, secondo i criteri del rapporto costi-benefici.

Si prescrive, poi, che con lo stesso decreto ministeriale siano fissati i requisiti minimi di personale, con relative connotazioni professionali, attrezzature e posti letto nonchè i collegamenti con altre attività specialistiche ed il bacino di utenza ed i criteri generali per l'utilizzazione razionale delle apparecchiature di più sofisticata tecnologia.

Ferma restando la competenza del Piano sanitario nazionale, e quindi il controllo parlamentare, circa il numero e l'attribuzione alle Regioni delle singole attività di alta specialità, ai Piani sanitari regionali è demandata la indicazione circa le dislocazioni territoriali di tale strutture, considerandosi, comunque, sedi preferenziali i presidi ospedalieri multizonali ed i policlinici universitari.

Dell'attribuzione o meno alle Regioni di strutture di alta specialità se ne tiene giustamente conto in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale da parte del CIPE, onde garantire l'efficiente gestione di tali strutture.

L'articolo 7, riguardante taluni aspetti della riorganizzazione della rete ospedaliera, oggetto di vivace dibattito, come si è detto, è sostanzialmente una riscrittura più ponderata, più aggiornata e completa, oltrechè inserita in una sede più propria, dell'articolo 16 della legge 22 dicembre 1984, n. 887 che conseguentemente viene abrogato.

Si sposta quindi la materia dal contingente allo strutturale, prescrivendo per i Piani sanitari regionali la conformità ad una serie di parametri tendenziali relativi alla dotazione media di posti letto, da raggiungere peraltro con gradualità, al tasso medio di specializzazione, al tasso minimo di utilizzazione dei posti letto, alla durata media della degenza.

Altri vincoli cui i Piani regionali devono conformarsi riguardano: la ristrutturazione delle degenze ospedaliere in aree funzionali omogenee, come avvio della dipartimentalizzazione, la soppressione, l'accorpamento e la trasformazione delle divisioni o sezioni autonome che hanno un tasso di utilizzazione inferiore a determinati livelli, la promozione di una migliore e più umana qualità della vita dei degenti negli ospedali.

L'articolo, poi, indica le priorità dei tipi di destinazioni degli spazi rimasti liberi per effetto della suddetta riorganizzazione: strutturazione di specifiche sezioni per lungodegenti, attività di spedalizzazione diurna, esercizio di attività professionale, miglioramento della ricettività alberghiera.

Fornite quindi precise indicazioni circa la più razionale utilizzazione del personale e dei servizi, l'articolo 7 stabilisce il principio della collaborazione programmata tra strutture pubbliche e private sulla base della individuazione del fabbisogno di convenzioni con istituzioni private e tenendo conto del rapporto costi-benefici.

L'articolo 8, come si è prima accennato, prevede la possibilità di interventi centrali in caso di inadempienze periferiche.

La finalità è di rendere concretamente operativa la programmazione a tutti i livelli evitando che eventuali comportamenti di incu-

ria o disattenzione di singole Regioni o unità sanitarie locali pregiudichino il disegno programmatorio generale. Pertanto, affinchè le prescrizioni normative in materia non si riducano a meri princìpi, sono previste determinate sanzioni. Innanzitutto, in connessione con la disposizione dell'articolo 5 che prescriveva l'approvazione dei Piani sanitari da parte delle Regioni entro centoventi giorni dalla entrata in vigore del presente provvedimento, l'articolo 8 stabilisce che è subordinata alla anzidetta approvazione l'erogazione dei fondi vincolati per le azioni programmate e per i progetti-obiettivo e dei fondi in conto capitale.

È poi previsto che il Consiglio dei ministri disponga il compimento degli atti in sostituzione dell'amministrazione regionale, in caso di persistente inattività degli organi regionali in relazione ad adempimenti da svolgersi entro termini perentori stabiliti da leggi o risultanti dalla natura degli interventi da realizzare.

Parallelamente è previsto il potere sostitutivo della Regione, sulla base del richiamato articolo 11 del decreto-legge n. 463 del 1983, convertito dalla legge n. 638 dello stesso anno, in caso di analoghe omissioni da parte delle unità sanitarie locali.

L'articolo 9 prende molto opportunamente in considerazione i programmi di sviluppo della ricerca epidemiologica, le cui linee direttive sono definite con decreto del Ministro della sanità su proposta dell'Istituto superiore di sanità, previo parere del Consiglio superiore di sanità.

Proprio al fine di una reale operatività dei programmi l'anzidetto Istituto può avvalersi della collaborazione di tutte le istituzioni pubbliche e private di settore, con conseguente possibilità di mobilità del personale impegnato in tali programmi.

L'articolo 10 contiene norme transitorie e di coordinamento. Si impone tra l'altro l'adeguamento dei piani regionali già adottati e delle conseguenti leggi regionali ai princìpi della presente legge, nonchè la definizione delle piante organiche provvisorie e definitive, prevedendosi meccanismi di riassorbimento del personale eventualmente in soprannumero.

Lo stesso articolo, poi, ristabilisce, molto significativamente, il principio della consultazione del Consiglio sanitario nazionale da parte del Governo nella redazione del Piano sanitario nazionale, già prevista dall'articolo 8 della legge n. 833 del 1978, lasciando per il resto inalterate le procedure fissate dall'articolo 20 del decreto-legge n. 463 del 1983, convertito dalla legge n. 638 dello stesso anno, che modificava l'articolo 53 della suddetta legge n. 833.

È parso, dunque, indispensabile il supporto consultivo di un organo largamente rappresentativo delle istanze regionali nel momento, in cui si definisce una programmazione nazionale che per diventare realmente operativa ha bisogno dell'attivo concorso delle Regioni.

Infine l'articolo 11 riguarda le disposizioni finanziarie, di cui già prima si è detto.

Si stabilisce che il Servizio sanitario è finanziato con il Fondo sanitario nazionale come determinato nella legge finanziaria per il 1985.

Al fine di un controllo pubblico sui risultati conseguiti dal Servizio sanitario, con particolare riguardo a quelli realizzati con i finanziamenti a destinazione vincolata, si prevede una relazione annuale del Ministro della sanità, che in tale sede può formulare proposte per ulteriori interventi di completamento. Rispetto a tali proposte la legge finanziaria adotta le misure più opportune in specie per adeguare i finanziamenti a destinazione vincolata, con particolare riferimento ai progetti-obiettivo.

È infine previsto che eventuali economie siano destinate ad assicurare una maggiore qualificazione ed uniformità nei livelli di assistenza sanitaria.

In conclusione, il relatore ritiene che il provvedimento, al di là di modifiche migliorative di dettaglio, sempre possibili, nel suo complesso risponde alle esigenze di programmazione sempre più vive nel Paese e sempre più attese dalle istituzioni e dagli operatori impegnati nel settore sanitario.

La Commissione ha fatto tesoro delle esperienze passate e, grazie anche alle nuove

procedure stabilite dal decreto-legge n. 463, convertito dalla legge n. 638 dello stesso anno, più volte richiamata, non si è impelagata in sterili discussioni di dettaglio o estranee ai contenuti di una programmazione.

Senza pretendere di disciplinare tutto, ciò che sarebbe stato esercizio di puro velleitarismo, la Commissione nel provvedimento ha definito, peraltro con sufficiente precisione, taluni princìpi ritenuti fondamentali ai fini programmatori, potendo trovare tutti gli aspetti tecnici, sia a livello generale che particolare un loro assetto organico nella parte dispositiva del Piano sanitario che ci si augura possa essere sottoposta quanto prima all'esame del Parlamento.

La Commissione ritiene di avere fatto un lavoro sereno ed onesto con il concorso competente ed appassionato dei componenti di tutti i gruppi politici e con il conforto del rappresentante del Governo. A tutti va rivolto un caloroso ringraziamento da parte del relatore il quale, nella consapevolezza che si tratta di un provvedimento equilibrato e indispensabile per il futuro del Servizio sanitario nazionale — atteso da tempo sulla base sia delle affermazioni di larga parte di coloro che hanno responsabilità sanitaria a livello locale, che degli studiosi dei sistemi d'organizzazione sanitaria — ne chiede alla Assemblea la più sollecita approvazione.

BOMPIANI, *relatore*

PARERI DELLA 1ª COMMISSIONE PERMANENTE

(AFFARI COSTITUZIONALI, AFFARI DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO E DELL'INTERNO, ORDINAMENTO GENERALE DELLO STATO E DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE)

(Estensore GARIBALDI)

a) **sul disegno di legge n. 195-quater.**

17 luglio 1984

La Commissione, esaminato il disegno di legge, esprime parere favorevole, con le osservazioni di seguito specificate.

Va preliminarmente chiarito, all'articolo 2, primo comma, l'ambito di applicabilità della norma così posta.

Quanto all'articolo 5, ottavo comma, la disposizione risulta alquanto generica e andrebbero pertanto precisati i casi nei quali la Regione potrà avvalersi della USL per lo svolgimento di attività di tipo socio-assistenziale al fine di evitare che in capo alle unità sanitarie locali siano imputate funzioni estranee al loro ruolo istituzionale.

La Commissione sottolinea altresì l'opportunità che, nel corso dell'esame di merito, vengano considerate le situazioni concernenti gli appartenenti alle forze di polizia.

---

b) **sul disegno di legge n. 256-bis.**

17 luglio 1984

La Commissione, esaminato il disegno di legge, esprime parere favorevole.

Sottolinea peraltro l'opportunità di evitare la sospensione totale dei finanziamenti per strutture ospedaliere in avanzato corso di costruzione, al fine di garantire almeno gli interventi necessari per evitare danni ad opere già realizzate o in corso di completamento.

---

c) **sul testo predisposto dalla Sottocommissione della Commissione di merito.**

11 aprile 1985

La Commissione, esaminato il testo unificato trasmesso dalla Commissione di merito, fa presente quanto segue:

in via generale, va sottolineato che, secondo quanto già previsto dall'articolo 53 della legge n. 833 del 1978, come modificato dall'articolo 20 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638, la legge dello Stato pone le « disposizioni precettive » relative al piano sanitario nazionale: il testo in esame non risponde a tale esigenza di fondo, disciplinando anche profili di dettaglio; va altresì rilevata l'opportunità di non delimitare temporalmente l'efficacia dell'atto legislativo solo ad un triennio, ove invece disposto dall'articolo 1;

va altresì approfondita la congruità della norma introdotta dal penultimo comma dell'articolo 1, che attribuisce agli istituti e ai dipartimenti universitari di stipulare convenzioni, anche se ad essi non è attribuita personalità giuridica;

quanto all'articolo 2, le norme introdotte dal primo comma appaiono poco coerenti con quanto disposto dal secondo com-

ma, che conferisce una ampia delega al Governo: a tal riguardo, la Commissione ricorda che l'articolo 76 della Costituzione impone l'introduzione, in seno alla legge di delegazione, di chiari principi direttivi atti a delimitare la potestà del Governo; ciò vale per la integrazione delle norme contemplate dall'articolo in oggetto (non potendosi dar luogo ad una « delega in bianco »);

con riferimento all'articolo 3, raccomanda alla Commissione di merito di puntualizzare la distinzione fra le prestazioni assistenziali da fruire presso centri di altissima specializzazione e le attività di alta specialità contemplate dal successivo articolo 6;

quanto all'articolo 4 sembrerebbe opportuno far riferimento ad « atti » e non, genericamente, a « comportamenti » dei servizi dipendenti dalle unità sanitarie locali. Con riguardo a tale articolo, va riportata l'opinione espressa dal senatore Pasquino secondo il quale andrebbe istituito, nella materia in oggetto, la figura del « difensore civico », titolare di autonoma potestà di proporre osservazioni ed opposizioni;

quanto all'articolo 7, è opportuno esplicitare, in seno agli indirizzi posti dalla legge, l'esigenza di assicurare interventi equilibrati che tengano conto degli squilibri territoriali all'interno delle singole regioni;

all'articolo 8, appare irrazionale far decorrere il termine, previsto dal primo comma, dall'approvazione della legge, anzichè da quella del piano sanitario nazionale; al secondo comma andrebbe poi soppresso l'inciso « anche mediante commissari *ad acta* », non essendo tale norma coerente con la posizione di autonomia propria delle regioni;

all'articolo 10, primo comma, sembra consigliabile richiamare la formulazione dell'articolo 53, terzo comma, della legge n. 833 del 1978, anzichè fare riferimento, impropriamente, ad una « proposta » del Governo; al quarto comma, la disposizione ivi introdotta va riformulata, atteso che i rapporti tra legislazione statale e normativa regionale vanno regolati secondo i principi generali.

PARERE DELLA 5ª COMMISSIONE PERMANENTE

(PROGRAMMAZIONE ECONOMICA, BILANCIO, PARTECIPAZIONI STATALI)

sul testo predisposto dalla Sottocommissione della Commissione di merito.

(Estensore COVI)

15 maggio 1985

La Commissione, esaminato il testo unificato proposto dalla Commissione di merito, per quanto di propria competenza, esprime parere favorevole, pur osservando l'opportunità di chiarire esattamente che lo strumento della legge finanziaria deve essere utilizzato limitatamente alla disciplina degli aspetti finanziari della materia, in quanto deve essere la legge ordinaria ad integrare o a rivedere la normativa sostanziale.

La Commissione subordina il proprio parere alla condizione che l'articolo 11 risulti così formulato:

« I livelli di assistenza sanitaria e le azioni programmate sono finanziati con il fondo sanitario nazionale di cui all'articolo 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Per il triennio 1985-87, il fondo sanitario nazionale, è determinato negli importi indicati all'articolo 17 della legge 22 dicembre 1984, n. 887.

Entro il mese di luglio di ciascun anno il Ministro della sanità riferisce al Parlamento sull'andamento della spesa sanitaria e sui risultati conseguiti, con particolare riguardo a quelli realizzati con i finanziamenti a destinazione vincolata, del Servizio sanitario nazionale, formulando articolate proposte.

In relazione a tali proposte la legge finanziaria adotta le misure più opportune, segnatamente per adeguare i finanziamenti a destinazione vincolata, con particolare riguardo allo sviluppo dei progetti-obiettivo.

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

DISEGNO DI LEGGE

TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Norme in materia di pianificazione sanitaria triennale e sui livelli di assistenza sanitaria

Art 1.

(*Obiettivi generali del Piano sanitario nazionale*)

1. Sono obiettivi generali del Piano sanitario nazionale nel triennio 1985-87 la razionalizzazione, l'equilibrata distribuzione e l'incremento dell'efficienza dei servizi sanitari sul territorio nazionale.

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.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

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.

7. Per il triennio 1985-87 acquistano rilevanza di 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.

8. Per lo stesso triennio acquistano rilevanza di progetto-obiettivo, da realizzare me-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

diante 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;

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.

9. Ai fini del coordinamento delle attività di cui ai commi 7 e 8, 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.

10. 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.

11. 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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

12. Nei casi di straordinaria necessità ed urgenza o di emergenza le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano possono avvalersi direttamente delle competenze istituzionali degli organismi pubblici di cui al precedente comma 11.

Art. 2.

(*Diritto alle prestazioni*)

1. Le norme vigenti relative alle prestazioni sanitarie ed integrative erogate dal Servizio sanitario nazionale sono prorogate al 31 dicembre 1987; annualmente viene verificata l'erogazione di tali prestazioni, previa relazione del Ministro della sanità alle Commissioni permanenti della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica competenti per materia, e possono essere modificati i livelli minimi di prestazione e le loro modalità di erogazione in sede di approvazione della legge finanziaria.

2. 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 comma 1, al fine di garantire la loro uniforme applicazione in tutto il territorio nazionale.

Art. 3.

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

1. Le prestazioni di cui all'articolo 2 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.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

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 casi particolari e le modalità 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 stato sanitario del paese, l'ammontare delle erogazioni disposte in materia di assistenza indiretta suddivisa per tipologie di interventi.

7. Prestazioni aggiuntive di assistenza sanitaria, oltre i livelli minimi obbligatori, 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 dei servizi dipendenti dalle unità sanitarie locali, con cui si nega o si limita ai cittadini la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse osservazioni ed opposizioni in via ammini-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

strativa redatte in carta semplice, da presentarsi, entro 15 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 15 giorni.

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

Art. 5.

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

1. Nel quadro degli interventi diretti in via prioritaria al perseguimento degli obiettivi di cui all'articolo 1, 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 1985-87 devono comunque prevedere:

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

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 1, nonchè le misure anche poliennali di adeguamento degli organici;

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

1) per le attività di igiene e sanità pubblica, 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;

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

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 presìdi e nei servizi territoriali;

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

i) le priorità di ricerca finalizzata agli obiettivi indicati al precedente articolo 1, nonchè ad eventuali altri aspetti di tutela della salute di preminente rilievo locale, da finanziare a carico della quota di Fondo sanitario nazionale;

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

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.

2. Per il triennio 1985-87 i piani sanitari delle Regioni e delle Province autonome sono approvati entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge e possono essere annualmente aggiornati in relazione alle verifiche di attuazione.

Art. 6.

(*Presidi e servizi di alta specialità*)

1. Si definiscono di alta specialità le attività di diagnosi e cura 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.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

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. Con lo stesso decreto sono altresì definiti il bacino d'utenza per l'utilizzo di apparecchiature di alta e sofisticata tecnologia e le linee guida, elaborate dal Consiglio superiore di sanità e sottoposte a parere del Consiglio sanitario nazionale, per la razionale utilizzazione delle predette apparecchiature.

5. Il Piano sanitario nazionale stabilisce il numero e l'attribuzione alle Regioni delle strutture preposte all'esercizio delle singole attività di alta specialità, nonchè delle apparecchiature di alta e sofisticata tecnologia.

6. 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.

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

8. Al fine di garantire l'efficiente gestione dei presìdi e delle apparecchiature di cui ai

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

commi precedenti, il CIPE, in sede di riparto alle singole Regioni del Fondo sanitario nazionale sia di parte corrente sia in conto capitale, tiene conto delle loro dislocazioni facendo anche ricorso allo strumento della compensazione per la mobilità interregionale.

9. Gli elenchi di cui ai commi 2, 4 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. 7.

(*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 5, comma 1, 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 obbligatoriamente e quelli dei presidi 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, 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;

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

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 1985-87, 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 1982-84, 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 maggiore. 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 pie-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

na salvaguardia delle esigenze igieniche e terapeutiche dei presidi ospedalieri.

3. È fatto divieto, nelle Regioni e nelle Province autonome di Trento e di Bolzano 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 di Trento e di Bolzano 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.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

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 o dei progetti-obiettivo indicati al precedente articolo 1.

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 pomeridiano 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 presidi pubblici, indicano il fabbisogno di convenzioni con istituzioni private di ricovero e cura, stabilendo ambiti programmati di collaborazione in relazione alla funzione complementare ad esse affidata.

11. L'ambito programmato di collaborazione va definito tenendo conto del rapporto costi-benefici, in riferimento anche ai costi di attivazione di nuove strutture pubbliche,

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

della dislocazione territoriale delle istituzioni da convenzionare in relazione al fabbisogno assistenziale da soddisfare, e della presenza di presidi 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. 8.

(*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 subordinata 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.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 9.

(*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 1985-87.

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 dagli 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.

Art. 10.

(*Norme finali e transitorie*)

1. Il piano sanitario nazionale, redatto ai sensi dell'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dall'articolo 20 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638, è sottoposto dal Governo, sentito il Consiglio sanitario nazionale, al Parlamento ai fini della sua approvazione con atto non legislativo. 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.

2. Le Regioni e le Province autonome che nelle more dell'emanazione del Piano sanitario nazionale hanno approvato piani sanitari regionali o provinciali, sono tenute ad adeguare i piani stessi ai princìpi della

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

presente legge entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, nonchè, entro centoventi giorni dalla medesima data, ad adeguare le leggi regionali e provinciali che contengono la clausola di attesa del piano sanitario stesso.

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

4. 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.

5. 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.

Art. 11.

(*Disposizioni finanziarie*)

1. I livelli di assistenza sanitaria e le azioni programmate sono finanziati con il Fondo sanitario nazionale di cui all'articolo 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. Per il triennio 1985-87, il Fondo sanitario nazionale è determinato negli importi indicati all'articolo 17 della legge 22 dicembre 1984, n. 887.

3. Entro il mese di luglio di ciascun anno, il Ministro della sanità riferisce al Parlamento sull'andamento della spesa sanitaria e sui risultati conseguiti, con particolare ri-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

guardo a quelli realizzati con i finanziamenti a destinazione vincolata, dal Servizio sanitario nazionale, formulando adeguate e articolate proposte per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

4. In relazione a tali proposte, la legge finanziaria adotta le misure più opportune segnatamente per adeguare i finanziamenti a destinazione vincolata, con particolare riguardo allo sviluppo dei progetti-obiettivo.

5. 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 di accesso ai servizi ed alle prestazioni, al fine di conseguire maggiore qualificazione ed uniformità nei livelli di assistenza sanitaria.

DISEGNO DI LEGGE n. 195-quater

STRALCIO DI ARTICOLI DEL TESTO DEL GOVERNO E DI ARTICOLO DEL TESTO PROPOSTO DALLA 5ª COMMISSIONE

Determinazione delle priorità del piano sanitario nazionale per il triennio 1984-86 e altre disposizioni in materia sanitaria

Art. 1.

1. Nell'ambito delle finalità e degli obiettivi previsti dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono prioritari, per il triennio 1984-1986, in relazione a quanto disposto dall'articolo 53, secondo comma, della legge stessa:

1) il riequilibrio nel Paese della dotazione di strutture, di attrezzature e di personale dei servizi di assistenza sanitaria;

2) il potenziamento dei servizi poliambulatoriali che svolgono funzioni di filtro al ricovero ospedaliero;

3) il potenziamento dei servizi di utilità collettiva a indirizzo preventivo, con precedenza per:

a) la rete dei laboratori per il controllo dell'ambiente;

b) i servizi di controllo dell'igiene degli alimenti e di repressione delle sofisticazioni alimentari;

c) i servizi per la prevenzione degli infortuni e la sicurezza nei luoghi di lavoro;

4) l'attivazione e il potenziamento dei servizi di assistenza sanitaria a favore di categorie di cittadini che necessitano di particolare tutela, con precedenza per:

a) le gestanti e le nuove generazioni;

b) gli anziani;

c) gli handicappati;

d) i malati di mente;

e) i tossicodipendenti;

5) la distribuzione razionale sul territorio dei servizi di emergenza, con precedenza per:

a) i servizi di guardia territoriale e ospedaliera;

b) i servizi di pronto soccorso e di trasporto assistito degli infermi;

c) i servizi di cura intensiva e di intervento d'urgenza;

d) i servizi sanitari per la protezione civile;

6) il miglioramento della qualità degli interventi sanitari del servizio sanitario nazionale mediante:

a) il rispetto della dignità umana e della personalità dei cittadini che ricorrono al servizio sanitario;

b) il miglioramento della professionalità tecnica del personale che opera nei servizi sanitari e l'ammodernamento tecnologico delle attrezzature;

c) una maggiore attenzione agli aspetti preventivi della tutela sanitaria;

d) l'integrazione degli interventi con iniziative di educazione sanitaria.

2. Tali obiettivi sono perseguiti mediante:

a) l'istituzione dei distretti sanitari di base;

b) la definizione delle piante organiche, nonchè dell'organigramma formale dei servizi dell'unità sanitaria locale, correlata alla domanda sanitaria;

c) la specificazione formalizzata delle attribuzioni e delle responsabilità dei coordinatori, dell'ufficio di direzione e degli altri quadri intermedi dell'unità sanitaria locale, sulla base anche dei profili professionali di cui all'articolo 63 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761;

d) la organizzazione di nuclei di rilevazione dei dati necessari all'attività gestionale dell'unità sanitaria locale e per soddisfare le esigenze conoscitive e di controllo della Regione e dell'Amministrazione centrale;

e) l'adozione di tecniche di bilancio che evidenzino il rapporto costi-benefici e il grado di efficienza dei servizi;

f) la integrazione funzionale dei servizi sanitari, di competenza delle unità sanitarie locali, con i servizi sociali, di competenza degli enti locali;

g) la promozione, il coordinamento intersettoriale e il trasferimento nel servizio sanitario dei risultati della ricerca a rilievo sanitario privilegiando nei finanziamenti i temi di ricerca relativi agli obiettivi prioritario del piano sanitario nazionale.

3. Sono, altresì, da perseguire nel triennio il completamento dell'integrazione sanitaria con i Paesi della Comunità europea e la cooperazione internazionale per l'assistenza tecnica ai Paesi in via di sviluppo.

Art. 2.

1. Ai cittadini in servizio di leva o in servizio sostitutivo di quello di leva e agli allievi delle accademie e scuole militari sono assicurate, nelle località ove si trovino in ragione delle proprie condizioni di servizio o per licenza o congedo, a cura delle unità sanitarie locali e con oneri a carico delle stesse, le prestazioni sanitarie urgenti e quelle richieste dalle competenti autorità militari ad integrazione dei propri servizi e attrezzature; le altre prestazioni sanitarie sono assicurate direttamente dai servizi sanitari militari ovvero dalle unità sanitarie locali su richiesta delle competenti autorità militari, con oneri a carico di queste ultime.

2. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della difesa, previ accordi con le Regioni interessate, sono disciplinate le misure e le modalità di compensazione finanziaria tra il Ministero della difesa e le Regioni stesse.

3. A coloro che sono costretti in istituti di prevenzione o pena, le prestazioni sanitarie che non possono essere assicurate dai servizi sanitari del Ministero di grazia e giustizia sono garantite dalle unità sanitarie locali competenti, con modalità che facciano salve le esigenze della custodia, e con oneri a carico del Ministero stesso.

4. I conseguenti rapporti finanziari sono regolati sulla base di apposite convenzioni tra il Ministero di grazia e giustizia e le Regioni interessate.

5. Agli emigrati e a tutti i cittadini italiani non residenti nel territorio della Repubblica, che rientrino temporaneamente in patria, semprechè non siano assicurati presso il servizio sanitario nazionale e non godano in Italia di forme di assistenza sanitaria a carico di enti o istituti pubblici o privati di Stati esteri, le unità sanitarie locali delle località in cui si trovano assicurano, per un periodo massimo di novanta giorni dal rientro in Italia e con oneri a carico del servizio sanitario nazionale:

a) le prestazioni di assistenza medico-generica o pediatrica, limitatamente alle visite occasionali, ambulatoriali o domiciliari, e alle prestazioni dei servizi di guardia medica;

b) le prestazioni di assistenza specialistica, limitatamente a visite e ad accertamenti diagnostici nei presidi ed ambulatori pubblici;

c) le prestazioni di assistenza ospedaliera, limitatamente alle prestazioni in forma diretta nei presidi pubblici e nelle istituzioni convenzionate;

d) le prestazioni farmaceutiche, nei limiti previsti per tutti i cittadini italiani.

6. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, sono fissate le modalità per l'erogazione dell'assistenza sanitaria di cui al comma precedente, nonchè le quote di partecipazione alla spesa a carico degli interessati.

7. Decorso il termine di novanta giorni di cui al quinto comma, agli interessati sono assicurate le prestazioni urgenti con oneri a carico degli stessi.

8. I cittadini stranieri, ai quali è assicurata l'assistenza, con rimborso del costo da parte di istituzioni estere in base a trattati e accordi internazionali bilaterali o multilaterali, non sono tenuti alla partecipazione alle spese sanitarie.

9. Restano fermi i livelli assistenziali già assicurati ai soggetti di cui ai decreti del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 618 e n. 620.

10. In attuazione di quanto previsto dal terzo e dal quarto comma dell'articolo 57 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, per gli invalidi di guerra, gli invalidi del lavoro e per causa di servizi, i ciechi, i sordomuti e gli invalidi civili, il Ministro della sanità, di concerto con i Ministri del lavoro e del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore dalla presente legge, definisce con proprio decreto l'elenco dei trattamenti differenziali alle suddette categorie.

Art. 3.

1. Le unità sanitarie locali, nel termine di trenta giorni, previsto dall'articolo 50, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, devono fornire i rendiconti trimestrali ed annuali, accompagnati dai dati di struttura e di attività e specificazione dei dati finanziari, alla Regione e alla Ragioneria provinciale del Ministero del tesoro per la successiva trasmissione ai Ministeri della sanità e del tesoro tramite il sistema informativo della Ragioneria generale dello Stato. Le Regioni e le Provincie autonome di Trento e Bolzano sono tenute, negli stessi termini, a rimettere alla Ragioneria provinciale del Ministero del tesoro del capoluogo di regione i rendiconti trimestrali, relativi alle attività svolte in forma centralizzata per conto delle unità sanitarie locali.

2. Le Regioni e le Provincie autonome di Trento e Bolzano devono far pervenire ai Ministeri della sanità e del tesoro i rendiconti trimestrali riepilogativi delle unità sanitarie locali, di cui all'articolo 50, terzo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, entro il termine perentorio di sessanta giorni dalla data di scadenza del trimestre.

Art. 4.

1. Il coordinamento sanitario ed il coordinatore amministrativo dell'ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale partecipano, con voto consultivo, alle sedute dell'assemblea generale e del comitato di gestione delle unità sanitarie locali ed hanno l'obbligo di pronunciarsi su ogni affare; nei verbali delle sedute dovrà darsi atto, in caso di dissenso, del voto motivato da loro espresso.

2. Tutti gli atti di amministrazione dell'unità sanitaria locale, ad eccezione di quelli di mera esecuzione, devono essere controfirmati dal coordinatore sanitario e dal coordinatore amministrativo, i quali sono esonerati dalle conseguenti responsabilità soltanto nei casi in cui abbiano fatto constare espressamente il loro motivato dissenso.

3. Il coordinatore amministrativo non può in nessun caso confrofirmare atti di impegno di spesa eccedente gli stanziamenti di bilancio.

4. In caso di assenza o di impedimento del coordinatore sanitario o del coordinatore amministrativo, le funzioni di cui al presente articolo sono svolte dal sanitario e dal funzionario amministrativo di più elevato livello e con maggiore anzianità.

5. Le relazioni del collegio dei revisori sulla gestione amministrativo-contabile devono riguardare, oltrechè gli aspetti della regolarità giuridico-amministrativa e contabile, anche l'esame dei risultati della complessa gestione con specifico riferimento alle esigenze di rigore e di efficacia della spesa sanitaria.

Art. 5.

1. Alla realizzazione dei servizi previsti come prioritari dall'articolo 1 della presen-

te legge, si provvede con l'applicazione degli istituti di cui agli articoli 6, 14 e 16 dell'accordo di lavoro del personale delle unità sanitarie locali emanato con decreto del Presidente della Repubblica 25 giugno 1983, n. 348, e con l'impiego del personale ospedaliero attualmente in servizio nelle divisioni e sezioni autonome di cui al comma successivo, anche in deroga alle disposizioni di cui all'articolo 39 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761.

2. Tutte le divisioni ospedaliere e le sezioni autonome di specialità con dotazione di posti-letto inferiore rispettivamente a 50 o 30, per le quali nel periodo dal 1° ottobre 1982 al 30 settembre 1983 è riscontrato un tasso di utilizzazione medio dei posti-letto inferiore al 50 per cento, sono, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, trasformate in sezioni e aggregate ad altre divisioni possibilmente affini dello stesso o di altro ospedale, ovvero soppresse salvo deroga, per particolari esigenze assistenziali riconosciute dalla Regione, concessa con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

3. Nei predetti casi di soppressione non è consentito procedere a convenzionamenti con istituzioni private in sostituzione delle divisioni o sezioni soppresse.

4. Le strutture e le dotazioni strumentali delle divisioni o sezioni soppresse sono utilizzate in via prioritaria per l'istituzione o il potenziamento dei servizi indicati al primo comma e possono essere anche destinate all'istituzione o potenziamento di sale separate per il ricovero di paganti in proprio ai sensi dell'articolo 35 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761.

5. I posti di organico esuberanti a seguito delle trasformazioni o soppressioni di cui al secondo comma sono portati in detrazione dalle piante organiche delle unità sanitarie locali.

6. Il personale non utilizzato ai sensi del primo comma è trasferito ad altro posto di corrispondente profilo e posizione funzionale vacante presso la propria o altra unità sanitaria locale della Regione o Provincia autonoma con l'osservanza delle procedure previste dagli articoli 39, 40 e 41 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, e in mancanza è utilizzato in soprannumero riassorbibile.

7. L'istituzione o l'ampliamento di servizi delle unità sanitarie locali deve essere autorizzata dalla Regione o Provincia autonoma.

8. Per l'esercizio delle proprie competenze nelle attività di tipo socio-assistenziale gli enti locali e le Regioni possono avvalersi in tutto o in parte delle unità sanitarie locali, facendosi completamente carico del relativo funzionamento.

9. Non possono essere posti a carico del Fondo sanitario nazionale oneri per le attività socio-assistenziali di cui al comma precedente. Le unità sanitarie locali tengono separata contabilità per le funzioni di tipo socio-assistenziale ad esse delegate.

10. Sulla pertinenza della spesa alla competenza sanitaria o socio-assistenziale si esprimono, con le modalità di cui all'articolo 30, secondo comma, il coordinatore sanitario ed il coordinatore amministrativo.

Art. 6.

Il Ministro della sanità, con propri decreti, da emanarsi, sentito il Consiglio sanitario nazionale, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, definisce:

a) l'elenco dei trattamenti differenziali, secondo quanto previsto dal terzo e quarto comma dell'articolo 57 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, per gli invalidi di guerra, invalidi del lavoro e per cause di servizio, i ciechi, i sordomuti e gli invalidi civili;

b) il prontuario unico nazionale delle prestazioni diagnostico-strumentali e di laboratorio da effettuarsi nelle strutture pubbliche;

c) le misure in materia di prestazioni integrative erogate dal servizio sanitario nazionale e previste dal decreto-legge 25 gennaio 1982, n. 16, convertito in legge dalla legge 25 marzo 1982, n. 98;

d) i limiti e le modalità, ai sensi del decreto-legge di cui al punto *c*), per l'erogazione delle prestazioni ortopediche e protesiche, nonchè le forme morbose per le quali sono concedibili i prodotti dietetici.

DISEGNO DI LEGGE n. 256-bis

STRALCIO DI ARTICOLO DEL TESTO APPROVATO DALLA CAMERA DEI DEPUTATI

Norme transitorie in materia di strutture ospedaliere

Articolo unico.

1. Fino all'approvazione del piano sanitario nazionale sono sospesi i finanziamenti destinati all'ampliamento delle strutture edilizie ospedaliere nelle regioni che hanno una dotazione superiore ai sei posti letto per mille abitanti con esclusione di quelli destinati al riequilibrio territoriale, nonchè ai servizi di pronto soccorso e di emergenza secondo le disposizioni del comma 3.

2. Per le strutture ospedaliere in corso di costruzione, quali che siano le amministrazioni pubbliche finanziatrici, la prosecuzione dei lavori e la erogazione dei relativi finanziamenti è legata alla loro compatibilità con la realizzazione degli obiettivi stabiliti nei provvedimenti di cui al comma 3.

3. Le regioni definiscono, anche con provvedimenti a stralcio dei rispettivi piani sanitari regionali, misure che prevedano in particolare il riequilibrio territoriale, il ridimensionamento, l'accorpamento e la riconversione, sulla base delle esigenze territoriali, degli ospedali, loro divisioni, sezioni e servizi, per i quali l'indice di utilizzazione dei posti letto è inferiore al cinquanta per cento. In particolare le regioni che hanno una dotazione di posti letto superiore di un terzo a quella indicata nel comma 1 definiscono, con lo stesso provvedimento, misure di riconversione programmata di parte dei presìdi ospedalieri in altre strutture sanitarie, secondo le esigenze territoriali, anche con riferimento all'obiettivo della riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero. Tali misure di riconversione devono concludersi, sulla base degli obiettivi fissati, entro il 31 dicembre 1986.