

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XI LEGISLATURA —

Doc. VI

n. 4

REGISTRAZIONI CON RISERVA

EFFETTUATE DALLA CORTE DEI CONTI

*(articolo 26 del testo unico delle leggi sulla Corte dei conti,
approvato con regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214)*

4° ELENCO

(prima quindicina del mese di febbraio 1994)

—————
Comunicato alla Presidenza il 21 febbraio 1994
—————

Doc. VI, n. 4

*Corte dei Conti*

SEGRETARIATO GENERALE

ELENCO delle registrazioni con riserva effettuate dalla Corte dei conti nella prima quindicina del mese di febbraio 1994.

PARTE I - DECRETI

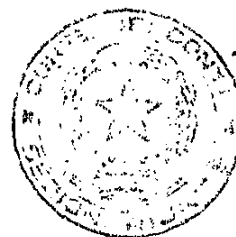
- 1) Decreto del Presidente della Repubblica del 24 dicembre 1992 concernente la definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria, nella parte relativa ai parametri capitari di finanziamento.

Allegati: Copia autentica della deliberazione delle Sezioni riunite n. 89/E del 10 febbraio 1994 e relativi atti.

PARTE II - MANDATI**NEGATIVO**

N. 89/E

Repubblica Italiana
la
Corte dei conti
in
Sezioni Riunite



nell'adunanza del 10 febbraio 1994

Visto il D.P.R. del 24 dicembre 1992 con il quale sono stati definiti i livelli uniformi di assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini a decorrere dal 1° gennaio 1993; nonchè nell'allegato 1, i parametri di finanziamento capitari, particolari e globali;

Vista la deliberazione n.116/93, della Sezione del Controllo sugli atti del Governo e delle Amministrazioni dello Stato, adottata in data 8 aprile 1993, con la quale è stato ammesso al visto e alla conseguente registrazione il D.P.R. in oggetto con esclusione dei parametri capitari di finanziamento fissati ai paragrafi 2.4, 3.4, 4.4., 5.4, 6.4 e 7 della prima parte dell'allegato 1 del decreto medesimo.

Vista la deliberazione, in data 24 novembre 1993 e comunicata dal Ministero della Sanità in data 13 gennaio 1994, con la quale il Consiglio dei Ministri ha statuito che debba aver corso il D.P.R. 24 dicembre 1992, relativo alla definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria, nella parte relativa ai parametri capitari di finanziamento (a norma dell'art.25, secondo comma, del testo unico delle leggi sull'ordinamento della Corte dei conti, approvato con r.d. n.1214 del 1934);

Vista l'ordinanza del Presidente della Corte dei conti, in data 3 febbraio 1994, con la quale sono state convocate per l'adunanza odierna le Sezioni Riunite in sede di controllo ai fini della pronuncia sulla richiesta del Governo;

Udito il relatore consigliere prof. dott. Luigi Schiavello;

Considerato che, a seguito della richiesta del Governo, spetta alle Sezioni Riunite, ai sensi del citato art. 25 del T.U. sulla Corte dei conti, valutare se sia "cessata la causa del rifiuto" di registrazione;

Esaminati gli atti e considerato che da essi non emergono elementi che inducano a modificare le valutazioni effettuate dalla Sezione del Controllo;

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Ritenuto, pertanto, che ai sensi dell'art.25, secondo comma, del T.U. sulla Corte dei conti, va ordinata la registrazione, previa apposizione del visto con riserva, del D.P.R. in oggetto per la parte esclusa dalla Sezione del Controllo, cioè per la parte relativa ai parametri capitari di finanziamento

P.Q.M.

Ordina che il D.P.R. 24 dicembre 1992 nella parte relativa ai parametri di finanziamento (paragrafi 2.4, 3.4, 4.4, 5.4, 6.4 e 7 della prima parte dell'allegato 1) sia registrato previa apposizione del visto con riserva.

Dispone che la presente deliberazione sia comunicata agli Uffici di Presidenza delle due Camere del Parlamento.

IL RELATORE

F.to: Luigi SCHIAVELLO



IL PRESIDENTE

F.to: Giuseppe CARBONE

PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE
DALLA SEGRETERIA DELLE SEZIONI RIUNITE
Roma, li

IL DIRIGENTE SUPERIORE

Gianni Jone

ATTI 89/E

SEZIONI RIUNITE

SEGRETARIA

N. 89/SR/E

RICHIESTA DI REGISTRAZIONE DEL DPR 24 DICEMBRE 92 CONCERNENTE LA DEFINIZIONE
DEI LIVELLI UNIFORMI DI ASSISTENZA SANITARIA.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI



Ministero della Sanità

SERVIZIO CENTRALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
LUNGOTEVERE RIPA, 1

46/13 GEN. 1994

Roma 13 GEN. 1994 10

Alla Corte dei Conti
Ufficio controllo sanità
via Talli
ROMA

N.º 100/scps/4.436
Risposta al Foglio del
N.º

OGGETTO:

Richiesta di registrazione con riserva del decreto del Presidente della Repubblica del 24 dicembre 1992 concernente la definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria.

In esito alla comunicazione di ammissione al visto e registrazione parziale del provvedimento in oggetto e con riferimento alla unita deliberazione adottata nella seduta del Consiglio dei Ministri del 24 novembre 1993, assunta ai sensi dell'art. 25, comma 2 del Regio Decreto 12 luglio 1934, n. 1214 e dell'art. 2, comma 3, lett. n della legge 23 agosto 1988, n. 400, si trasmette, ai fini della registrazione con riserva, il D.P.R. 24 dicembre 1992.

IL DIRIGENTE GENERALE
(dr Nicola Falcitelli)

Falcitelli

*lett. ma Viced
A*



Presidenza del Consiglio dei Ministri

- Ufficio di Segreteria del Consiglio dei Ministri -

Riunione del Consiglio dei Ministri del ...24 novembre 1993.....
sotto la presidenza del Presidente del Consiglio dei Ministri:

OMISSIS

Si approva, su proposta del Ministro della sanità;

OMISSIS

"Il Consiglio dei Ministri delibera che debba aver corso il D.P.R. 24 dicembre 1992, relativo alla definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria, nella parte relativa ai parametri capitari di finanziamento (a norma dell'articolo 25, secondo comma, del testo unico delle leggi sull'ordinamento della Corte dei conti, approvato con regio decreto n. 1214 del 1934) previo annullamento della analoga deliberazione, adottata nella riunione del 18 ottobre 1993, con riferimento alla conseguente delibera del CIPE in data 13 luglio 1993".

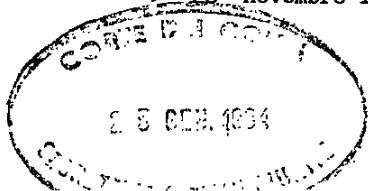
OMISSIS

IL PRESIDENTE: CIAMPI

IL SEGRETARIO: MACCANICO

Per estratto conforme al verbale delle deliberazioni del Consiglio dei Ministri.

Roma, 25 novembre 1993



CAPO DELL'UFFICIO

PER LA REGISTRAZIONE
VEDI RETRO*Il Presidente della Repubblica*

VISTO l'articolo 6, comma 1, del decreto-legge 19 settembre 1992, n. 384, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 novembre 1992, n. 438, che demanda al Governo, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, la definizione entro il 30 novembre 1992 dei livelli uniformi di assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini a decorrere dal 1° gennaio 1993;

RITENUTO che nella individuazione dei livelli di assistenza si debba tenere conto dei principi e criteri di cui all'articolo 1, comma 1, lettera g), della legge 23 ottobre 1992, n. 421;

VISTA la legge finanziaria per il 1993, in corso di pubblicazione, per quanto riguarda l'entità del fondo sanitario nazionale;

PRESO ATTO che l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano non è intervenuta nel termine fissato;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 23 dicembre 1992;

SULLA PROPOSTA del Ministro della sanità;

D E C R E T A :

Art. 1

1. I livelli uniformi di assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini a decorrere dal 1° gennaio 1993 sono definiti nell'allegato 1 che forma parte integrante del presente decreto.

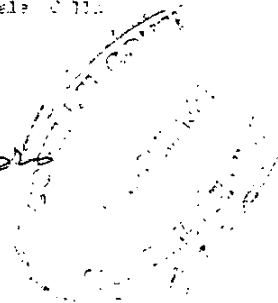
2. Le prestazioni e le attività connesse ai livelli uniformi di assistenza sono soggette ai vincoli previsti dalle disposizioni legislative vigenti.

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Dato a
ROMA Addì 24 DIC. 1992

F. De Martino

Adolfo C. Scalfaro



XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI


Si ammette al visto, in conformità della deliberazione della deliberazione della Sezione del controllo dell'8 aprile 1993, con esclusione delle disposizioni dell'allegato 1 concernenti i parametri capitari di finanziamento.

OFFICIO DEL PRESIDENTE	
1	
4	312
14/04/1993	

cu

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO VI
(D. E. L. 11/11/1988)

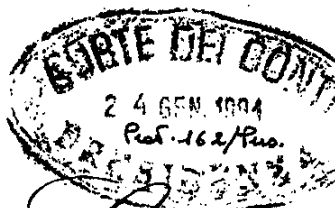
[Signature]



14

93-3-33
[Signature]

SR



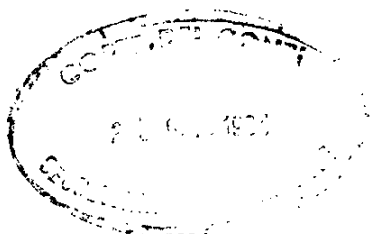
Corte dei Conti

UFFICIO CONTROLLO ATTI
MINISTERO DELLA SANITA'Al Sig. Presidente
della Corte dei contiProt. n. 55
21 GEN. 1994

Oggetto: Richiesta di registrazione con riserva del decreto del Presidente della Repubblica del 24.12.1992 concernente la definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria, nella parte relativa ai parametri capitari di finanziamento.

Il Consiglio dei Ministri, nella riunione del 25.11.1993, ha risolto che debba aver corso il D.P.R. 24.12.1992 in oggetto al quale la Sezione del controllo in data 8.4.1993 ha denegato il visto con deliberazione n.116/93.

Ciò premesso, per la pronuncia di competenza delle SS.RR. ai sensi dell'art.25 del R.D. n.1214 del 1934, trasmetto alla S.V. il decreto in oggetto e la documentazione allegata per la fissazione dell'adunanza collegiale.



IL CONSIGLIERE DELEGATO

ESTREMI DEI PROVVEDIMENTI	OSSERVAZIONI DELL'UFFICIO DI CONTROLLO
------------------------------	--

Delibera CIPE
del 13.7.93
Fondo sanitario
1993 - parte
corrente e parte
in conto capitale
Prot. C.C. n.204
del 27.7.93

In risposta ad apposito rilievo di questo Ufficio codesta Amministrazione ha comunicato aver provveduto a ripartire il Fondo sanitario nazionale per il 1993 sulla base, fra l'altro, della quota capitaria globale di finanziamento stabilita dal D.P.R. 24.12.1992, che quantifica in L. 1.504.410 l'onere corrispondente ai livelli uniformi di assistenza sanitaria fissati per ciascun assistito con il D.P.R. medesimo.

In effetti, il testo del D.P.R. di cui sopra, pubblicato sulla G.U. n.153 del 2.7.1993, contiene, alla fine dell'allegato 1, parte prima, l'indicazione del "Parametro di finanziamento capitaro globale lordo: L. 1.504.510".

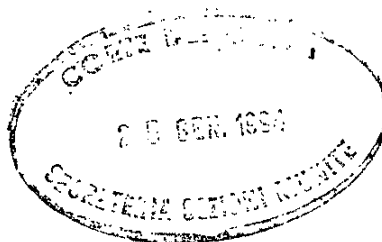
E' da osservare però che questa Corte, in esito al controllo preventivo di legittimità sul provvedimento di che trattasi, si è pronunciata (con deliberazione della Sezione del controllo n. 116/93 dell'8.4.1993, che si allega in copia) per la parziale ammissione al visto del provvedimento stesso", con esclusione proprio delle disposizioni dell'allegato 1 concernenti i

Numero di posizione	QUALITÀ DELL'ATTO	CENNO DEI RILIEVI
---------------------	-------------------	-------------------

parametri capitari di finanziamento. Di ciò è stata data testuale comunicazione al Ministero della sanità, con foglio n. 143 del 6 maggio 1993 (allegato in copia). Del resto, anche il contenuto della deliberazione appare inequivocabile nel significato di cui sopra, atteso che la pronunzia esclude dal visto la parte di ciascun paragrafo dell'allegato 1 relativa alla determinazione di tutti i parametri capitari parziali concernenti i singoli livelli di assistenza, coinvolgendo ovviamente e conseguentemente il parametro capitario globale, che altro non è se non la somma aritmetica dei singoli parametri non ammessi al visto. Quanto sopra risulta evidente anche dalla motivazione del diniego di visto, che riguarda la mancanza della norma che autorizza la determinazione unilaterale dei parametri capitari da parte dell'Amministrazione.

Tanto considerato, nel mentre si fa riserva di richiedere nelle forme previste la rettifica in Gazzetta Ufficiale dell'errore di cui sopra, si fa presente, che ad avviso dell'Ufficio, la ripartizione disposta con la delibera CIPE che si restituisce risulta viziata dal fatto di essere basata su un parametro la cui determinazione è stata ritenuta non conforme a legge per le ragioni indicate nella richiamata pronuncia n. 116/93 della Sezione del controllo di questa Corte.

Si restituiscono gli atti.



ALLEGATO 1

PARTE PRIMA

LIVELLI UNIFORMI DI ASSISTENZA SANITARIA**1. PREMESSA**

I livelli di assistenza si configurano come definizione degli obiettivi che il SSN assume di conseguire, a soddisfacimento di specifiche quote di bisogno sanitario, mediante un insieme di attività e prestazioni da porre in essere nell'ambito della quota capitaria di finanziamento. La fissazione dei livelli di assistenza assicura certezza di obiettivi sanitari nel rispetto delle compatibilità finanziarie, in un quadro pienamente rispettoso dell'autonomia organizzativa e gestionale riservata alle regioni.

In relazione a ciò i livelli di assistenza vengono di seguito definiti negli elementi sottospecificati:

- gli obiettivi che ciascuna delle fondamentali funzioni assistenziali del Servizio sanitario nazionale (macrolivello), deve conseguire, ovvero quale specifica quota di bisogno sanitario della popolazione mira a soddisfare;

- l'insieme delle attività / prestazioni connesse al conseguimento degli obiettivi definiti, da effettuare in coerenza con le scelte organizzative adottate da ciascuna regione, conformemente alle disposizioni legislative in materia;

- il parametro capitario di finanziamento fissato in coerenza con le risorse stabilite dalla legge finanziaria, in base ad un modello organizzativo teorico di riferimento.

- un insieme di indicatori specifici, elaborabili in base a dati già rilevati dai sistemi informativi attivi (SIS, SECEDAS, INAIL, etc.), per le diverse funzioni sviluppate da ciascun livello, individuati sulla base degli obiettivi via via definiti, orientati a consentire la verifica del grado di conseguimento degli obiettivi stessi e, conseguentemente, a periodiche revisioni della formulazione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria.

2. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

2.1 Obiettivo del livello è quello di promuovere la salute della popolazione nel suo complesso mediante la profilassi delle malattie infettive e diffuse; il controllo dei fattori di rischio presenti nel territorio; il controllo dei fattori di rischio collettivi ed individuali presenti negli ambienti di vita e di lavoro; la profilassi veterinaria necessaria per la tutela del patrimonio zootecnico dalle malattie infettive e diffuse e per la tutela della popolazione umana dalle antropozoonosi, e per la salvaguardia dell'ambiente; il controllo degli alimenti e delle bevande, sia di origine animale che vegetale, nei momenti di produzione, lavorazione, deposito, trasporto e distribuzione degli stessi.

2.2 Il livello è realizzato attraverso il complesso delle attività e prestazioni di prevenzione collettiva di seguito elencate.

a) Profilassi delle malattie infettive e diffuse:

- vaccinazioni secondo normativa vigente e nell'ambito di interventi e campagne di prevenzione collettiva autorizzati con atti formali dalle regioni;
- interventi di profilassi internazionale;
- controllo delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei focolai.

b) Tutela dell'ambiente fisico:

- controllo inquinamento atmosferico ed acustico;
- controllo sugli impianti di smaltimento dei rifiuti solidi urbani;
- controllo sulla detenzione e sullo smaltimento dei rifiuti speciali, tossici e nocivi;
- controllo sulla qualità delle acque destinate al consumo umano;
- controllo sulle piscine pubbliche o di uso pubblico;
- controllo delle acque di balneazione;
- controllo degli scarichi civili, produttivi e sanitari.

c) Tutela igienico-sanitaria dell'ambiente di vita e di lavoro:

- controllo delle condizioni igienico-sanitarie negli ambienti di vita collettiva;
- controllo sulle macchine, apparecchi ed impianti soggetti ad autorizzazione od omologazione;
- accertamento dell'idoneità igienica degli alloggi;
- evidenziazione di stati morbosi e delle relative complicità nelle comunità scolastiche;
- corretto inserimento scolastico di alunni disabili;
- certificazioni sanitarie, ai fini preventivi e di tutela della salute pubblica previsti da disposizioni di legge;
- visite preventive e periodiche sui lavoratori esposti a rischi tabellati, come previsto dalla normativa vigente;

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- controllo sull'effettuazione delle visite preventive e periodiche per gli altri lavoratori esposti a rischio tabellato;
- controllo ispettivo nei casi di infortuni sul lavoro mortali e gravi;
- controllo delle sostanze e dei preparati pericolosi prima dell'immissione sul mercato;
- controllo delle attività produttive che comportino la utilizzazione di biotecnologie;
- controllo delle industrie ad alto rischio di incidenti rilevanti;
- controllo delle aziende industriali ed artigiane;
- controllo delle sorgenti di radiazioni ionizzanti installate e/o utilizzate negli ambienti di lavoro, controllo dei lavoratori esposti, degli scarichi e delle matrici ambientali;
- controllo della produzione di cosmetici;
- controllo della produzione e impiego di gas tossici;
- controllo sul commercio e la vendita di presidi sanitari e di fitofarmaci;
- controllo finalizzato alla formulazione del parere preventivo sull'impatto ambientale dei piani di insediamento industriale e civile e dei progetti di nuovi impianti;
- controllo sulle attività agricole, forestali e della pesca;
- espletamento dei compiti di polizia mortuaria;
- raccolta ed elaborazione dei dati epidemiologici.

d) Sanità pubblica veterinaria:

- attuazione di piani di risanamento delle malattie pianificate (tubercolosi, brucellosi, leucosi);
- attuazione di piani di profilassi contro il carbonchio e la rabbia, limitatamente alle zone endemiche;
- attuazione dei piani di eradicazione contro la peste suina classica, la peste suina africana, la pleuropolmonite contagiosa e la brucellosi ovo-caprina;
- monitoraggio della pleuropolmonite contagiosa bovina e della peste suina classica;
- sorveglianza epidemiologica delle malattie esotiche;
- vigilanza veterinaria permanente;
- vigilanza e lotta al randagismo per il controllo della popolazione canina;
- vigilanza sulla utilizzazione degli animali da esperimento;
- vigilanza preventiva e permanente sugli impianti e concentramenti di animali, nonché sulla trasformazione e risanamento dei sottoprodotti, avanzi e rifiuti di origine animale, anche in relazione all'ambiente;
- vigilanza sui farmaci per uso veterinario;
- vigilanza sulla fecondazione artificiale e sulla riproduzione animale;
- vigilanza e controllo sulla preparazione, commercializzazione e impiego dei mangimi e degli integratori per mangimi.

e) Tutela igienico-sanitaria degli alimenti:

- controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e delle bevande;
- ricerca di residui di farmaci o sostanze farmacologicamente attive e di contaminanti ambientali negli alimenti;

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti della prima infanzia;
- campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande.

2.3 Indicatori di verifica

- numero dei casi di tetano per 100.000 abitanti;
- numero dei casi di tossinfezione alimentare per 100.000 abitanti;
- numero dei casi di salmonellosi per 100.000 abitanti;
- numero dei casi di epatite A per 100.000 abitanti;
- numero dei casi di infortunio sul lavoro con prognosi superiore ai tre giorni su addetti per settore di attività economica;
- numero di malattie professionali su addetti per settore di attività economica;
- numero medio dei campioni di acque di balneazione disponibili per punti di campionamento prefissati;
- numero degli allevamenti controllati per l'attuazione dei piani di eradicazione, profilassi o monitoraggio / totale degli allevamenti;
- prevalenza e incidenza di allevamenti infetti / totale degli allevamenti.

2.4 Parametro capitaro di finanziamento.

Lire 78.400.

3. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

3.1 Obiettivo della assistenza sanitaria di base è quello di promuovere la salute, mediante attività di educazione sanitaria, medicina preventiva individuale, diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello e di pronto intervento a favore dei cittadini aventi titolo, ivi compresi i soggetti in età evolutiva.

3.2 Il livello di assistenza sanitaria di base si articola nei livelli analitici di seguito elencati.

3.2.1 Il livello di Medicina generale, pediatria di libera scelta e guardia medica è costituito dal complesso delle attività e prestazioni di seguito elencate.

- visita medica ambulatoriale;
- visita medica domiciliare in caso di impossibilità dell'assistito ad accedere all'ambulatorio del medico curante;
- visita occasionale in caso di necessità in località diversa da quella di residenza;
- consulto con il medico specialista, in sede ambulatoriale o domiciliare, anche mediante l'accesso presso gli istituti di ricovero in fase di accettazione, degenza o dimissione del paziente;
- rilascio della certificazione medica obbligatoria ai sensi della vigente legislazione;
- prescrizione di farmaci e di prestazioni di assistenza integrativa;

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- richiesta di visite specialistiche, prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio ed altre prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale;
- proposta di ricovero in strutture di degenza, anche a ciclo diurno;
- proposta di invio a cure termali;
- definizione e gestione del piano di trattamento individuale domiciliare di pazienti non deambulanti ed anziani.
- visita medica ambulatoriale o domiciliare, a seguito di richieste aventi carattere di urgenza ed emergenza nell'arco delle ore notturne (20.00-08.00) e nei giorni prefestivi e festivi, con eventuale prescrizione di farmaci, proposta di ricovero o certificazione di malattia strettamente collegate all'intervento effettuato.

Vincoli

Ai sensi dell'articolo 6, commi 2 e 3 della legge 14 novembre 1992, n.438, sono tenuti al versamento di una quota fissa individuale annua nella misura di f. 85000 per l'assistenza medica di base, i soggetti che:

- a) appartengono ad un nucleo familiare costituito da un unico componente ed avente un reddito complessivo per l'anno precedente superiore a lire 30.000.000;
- b) appartengono ad un nucleo familiare costituito da due componenti ed avente un reddito complessivo per l'anno precedente superiore a lire 42.000.000;
- c) appartengono ad un nucleo familiare costituito da tre componenti ed avente un reddito complessivo per l'anno precedente superiore a lire 50.000.000;
- d) ai fini dell'obbligo di versamento della quota fissa annuale, il limite di reddito di cui alla lettera c) è aumentato di lire 5.000.000 per ciascun componente aggiuntivo del nucleo familiare.

Le modalità per l'accertamento delle condizioni di reddito dei soggetti di cui sopra e per il versamento della quota fissa annuale, sono determinate a norma dell'articolo 6, comma 4 della citata Legge 14 novembre 1992, n. 438.

3.2.2 Il livello di Assistenza Farmaceutica è costituito dalle attività di seguito elencate:

- fornitura dei farmaci, contemplati dal Prontuario terapeutico nazionale, attraverso le farmacie convenzionate o, in casi particolari previsti da specifiche normative, attraverso presidi e servizi delle U.S.L. appositamente abilitati;
- garanzia di accesso gratuito ai farmaci "salvavita", definiti da apposito elenco ufficiale;
- garanzia di accesso gratuito ai farmaci necessari per la terapia delle patologie esentate dalla partecipazione alla spesa, nelle modalità previste dalla normativa vigente.

Vincoli

A norma dell'articolo 6, comma 4 della legge 14 novembre 1992, n. 438, a decorrere dal 1° Gennaio 1993, l'assistenza farmaceutica erogabile a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale nei confronti dei soggetti di cui all'art. 3, comma 1, lettere b), c) e d) del decreto legge 25 novembre 1989, n. 382, convertito dalla legge 25 gennaio 1990, n. 8, è garantita entro un limite massimo di n. 16 ricette.

I soggetti interessati sono dotati, secondo modalità fissate dalle regioni e dalle province autonome, di contrassegni autoadesivi in numero corrispondente a quello delle ricette concesse in esenzione dal pagamento della quota fissa sulla singola prescrizione e della quota di partecipazione alla spesa farmaceutica.

Il modello dei contrassegni è definito dal Ministro della Sanità d'intesa con l'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, avendo riguardo all'esigenza di assicurare elementi di personalizzazione dei contrassegni stessi nonché dimensioni e caratteristiche di stampa idonee all'impiego dei lettori ottici automatici.

I contrassegni hanno validità annuale e non possono essere utilizzati oltre la scadenza del periodo di validità.

Per l'anno 1993 i contrassegni possono essere utilizzati fino al 31 dicembre.

I contrassegni hanno carattere strettamente personale e debbono essere utilizzati esclusivamente in favore del titolare del blocchetto stesso.

Esaurita la disponibilità dei contrassegni autoadesivi, i soggetti sopra individuati, sono tenuti a corrispondere la quota fissa sulle singole prescrizioni e la quota di partecipazione alla spesa farmaceutica nei limiti previsti dalla legislazione vigente.

Ferme restando le disposizioni vigenti in materia di indicazione della esenzione da parte del medico, ai fini del godimento dell'esenzione, le ricette debbono essere corredate di uno dei suddetti contrassegni, la cui applicazione costituisce elemento necessario per l'imputazione al Servizio Sanitario Nazionale dell'importo lordo della ricetta.

Per i successivi controlli di competenza delle unità sanitarie locali, le farmacie tramettono a queste ultime le ricette munite dei contrassegni autoadesivi in separata evidenza.

Le regioni e le province autonome possono prevedere, disciplinandone le modalità, particolari casi di deroga al limite suddetto ed individuare, in via sperimentale, modalità di applicazione del limite di cui alla legge 14 novembre 1992, n. 438 diverse da quelle sopraindicate, fermi restando gli obiettivi di contenimento della spesa indicati dalla stessa legge.

Le regioni e le province autonome, sulla base dei fabbisogni accertati, provvedono all'approvvigionamento dei contrassegni, con oneri a proprio carico, avvalendosi dei servizi dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, secondo modalità da concordare con l'Istituto medesimo sulla base di tariffe definite dalla Commissione di cui all'art. 18 della legge 13 luglio 1966, n. 559.

3.2.3 Il livello di Assistenza territoriale e domiciliare è costituito dalle attività di seguito elencate.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

-Trattamento individuale domiciliare di pazienti non deambulanti ed anziani.

3.3 Indicatori di verifica

- Numero di medici di medicina generale/popolazione di età uguale o superiore ai 14 anni;
 - Numero di medici pediatri/popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni;
 - Numero di punti di guardia medica/popolazione;
 - Numero di ore totali di attività di guardia medica/popolazione;
 - Numero di interventi domiciliari di guardia medica/popolazione.
-
- spesa media farmaceutica, al lordo del ticket, per abitante;
 - rapporto spesa farmaceutica extra-ospedaliera / spesa per medicina di base;
 - incidenza percentuale importo ticket/importo lordo;
 - Numero ricette/abitante;
 - Numero ricette esenti ticket/n° ricette totali;
 - Numero pazienti trattati a domicilio /totale assistiti

3.4 Parametro capitaro di finanziamento

; Lire 308.487

4. ASSISTENZA SPECIALISTICA SEMIRESIDENZIALE E TERRITORIALE

4.1 Obiettivo del livello è accertare e trattare in sede ambulatoriale o territoriale e semiresidenziale le condizioni morbose e le inabilità mediante interventi specialistici di tipo diagnostico, terapeutico e riabilitativo in favore dei cittadini aventi titolo, ivi compresi quelli volti alla tutela della salute materno-infantile, nonché alla prevenzione, diagnosi e terapia del disagio psichico e degli stati di tossicodipendenza.

4.2 Il livello si articola nei livelli analitici di seguito elencati.

4.2.1 Il livello di assistenza specialistica è realizzato attraverso il complesso delle attività e prestazioni di seguito elencato.

- visite, prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio, nonché le altre prestazioni specialistiche ambulatoriali previste dal Nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- attività di consultorio materno-infantile.

4.2.2 Il livello di assistenza ai tossicodipendenti è costituito da visite, prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio previste dal Nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate:

- mediante i S.E.R.T;
- in regime semiresidenziale presso le comunità terapeutiche.

4.2.3 Il livello di assistenza psichiatrica territoriale è costituito dal complesso degli interventi specialistici erogati :

- mediante i servizi territoriali psichiatrici ;
- in regime semiresidenziale.

4.2.4 Il livello di assistenza riabilitativa territoriale è costituito dal complesso delle attività di seguito elencate:

- assistenza in regime semiresidenziale in favore di disabili fisici;
- erogazione delle prestazioni di cui all'art. 26, comma 1, della legge 833 in regime ambulatoriale e semiresidenziale, anche in favore di anziani;
- assistenza protesica attraverso la garanzia di fornitura delle protesi e degli ausili tecnici inclusi nel Nomenclatore delle protesi alle categorie di soggetti aventi titolo, con i limiti e con le modalità previste dalla normativa vigente;
- erogazione alle categorie di soggetti autorizzati di prestazioni idrotermali, limitatamente al solo aspetto terapeutico, con i limiti e le modalità previste dalla normativa vigente.

4.2.5 Il livello di assistenza integrativa è realizzato attraverso il complesso di attività di seguito elencate.

- fornitura dei prodotti dietetici e dei presidi sanitari alle categorie di soggetti aventi titolo, con i limiti e le modalità previsti alla normativa vigente.

4.3 Indicatori di verifica

- Numero ambulatori e poliambulatori pubblici e privati/ popolazione;
- Numero medici dipendenti/popolazione;
- Numero medici privati per branca/popolazione ;
- Numero visite/prestazioni in ambulatori e poliambulatori pubblici e privati per branca /popolazione;
- Numero consultori familiari/popolazione;
- Numero donne in età feconda/consultorio;
- Numero SERT/popolazione;
- Numero Personale/SERT;
- Numero utenti/SERT;
- Numero utenti HIV positivi/SERT;
- Numero deceduti/utenti SERT;
- rapporto tra numero di casi trattati per anno in strutture semi-residenziali di riabilitazione e popolazione generale;
- spesa per termalismo / abitanti;
- spesa per assistenza protesica / abitanti.

4.4 Parametro capitaro di finanziamento.

Lire 155.930

5. ASSISTENZA OSPEDALIERA

5.1 Obiettivo della assistenza ospedaliera è quello di garantire a tutti i soggetti assistiti dal S.S.N., l'accesso ai ricoveri ospedalieri necessari per trattare: condizioni patologiche indifferibili che necessitino di interventi diagnostico-terapeutici di emergenza o di urgenza, patologie acute non gestibili in ambito ambulatoriale e/o domiciliare, nonché condizioni patologiche di lunga durata che richiedano un trattamento diagnostico-terapeutico non erogabile in forma extra-ospedaliera.

5.2 L'assistenza ospedaliera è erogata gratuitamente, secondo le seguenti modalità di accesso:

- in forma di ricovero di urgenza ed emergenza;
- in forma di ricovero ordinario programmato o di assistenza a ciclo diurno (day-hospital);
- in forma di ospedalizzazione domiciliare;
- i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati negli istituti di ricovero pubblici e nelle case di cura private nei casi e secondo le modalità espressamente previste dalle leggi dello Stato.

Il livello uniforme di assistenza ospedaliera è assicurato attraverso la erogazione di prestazioni sanitarie propriamente dette, prestazioni alberghiere e attività di informazione, così come di seguito specificato.

- visite mediche, assistenza infermieristica ed ogni atto e procedura diagnostica e terapeutica necessari per risolvere i problemi di salute del paziente degente e compatibili con il livello di dotazione tecnologica del S.S.N.;
- interventi di soccorso nei confronti di malati o infortunati in situazioni di urgenza od emergenza medica e trasporto in ospedale, coordinato da centrale operativa collegata al sistema del numero telefonico unico 118;
- condizioni di ospitalità alberghiera soddisfacenti per gli utenti, ivi compresa la garanzia di accesso alla struttura di ricovero nelle ore consentite per i familiari;
- l'informazione costante, corretta ed esauriente rivolta al paziente, in merito alle sue condizioni di salute ed al significato, ai rischi ed alle eventuali alternative rispetto alle procedure diagnostiche-terapeutiche; il libero accesso alla struttura di ricovero per il medico di medicina generale e per il pediatra di libera scelta; il rilascio da parte dei sanitari di relazioni e consigli terapeutici all'atto della dimissione;
- il controllo sistematico della qualità del servizio ospedaliero prestato, assicurato attraverso la istituzione obbligatoria nei presidi ospedalieri del nucleo operativo ospedaliero per la promozione e la valutazione della qualità tecnico-scientifica ed umana dei servizi e delle prestazioni ospedaliere, con il compito di avviare, coordinare e monitorare sistematiche attività di valutazione della qualità dell'assistenza prestata.

5.3 Indicatori di verifica

- rapporto fra posti-letto e popolazione, aggregato e distinto per discipline, classificato in pubblico, privato;
- degenza media per aree funzionali omogenee;
- tasso di utilizzazione medio per aree funzionali omogenee;
- Numero di ricoveri per mille abitanti.

5.4 Parametro capitaro di finanziamento.

(Lire 810.720

6. ASSISTENZA RESIDENZIALE SANITARIA A NON AUTOSUFFICIENTI E LUNGODEGENTI STABILIZZATI

6.1 Obiettivo del livello è promuovere, mediante trattamenti sanitari in regime residenziale, il recupero di autonomia dei soggetti non autosufficienti, il recupero e il reinserimento sociale dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope, degli anziani, nonché la prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per le patologie croniche.

6.2 Il livello si articola nei livelli analitici di seguito elencati.

6.2.1 Il livello di Assistenza psichiatrica residua (ex Osp.Psich.) è realizzato attraverso il complesso di attività di seguito elencate.

- visite mediche, assistenza infermieristica ed ogni atto e procedura diagnostica e terapeutica in favore di pazienti psichiatrici degenti in ospedali psichiatrici;

6.2.2 Il livello di Assistenza residenziale agli anziani è realizzato attraverso il complesso di attività di seguito elencate.

- assistenza sanitaria di base ad anziani degenti in strutture residenziali;

6.2.3 Il livello di Assistenza residenziale ai tossicodipendenti in comunità terapeutiche è realizzato attraverso il complesso di attività di seguito elencate.

- assistenza sanitaria riabilitativa a tossicodipendenti in comunità terapeutiche.

6.2.4 Il livello di Assistenza residenziale ai disabili psichici è erogato attraverso il complesso di attività di seguito elencate.

- assistenza sanitaria di base a disabili psichici in regime residenziale;

6.2.5 Il livello di Assistenza residenziale ai disabili fisici è erogato attraverso il complesso di attività di seguito elencate.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- assistenza sanitaria di base a disabili fisici in regime residenziale;

6.2.6 Il livello di Assistenza riabilitativa residenziale ex art.26 è erogato attraverso il complesso di attività di seguito elencate.

- assistenza riabilitativa ai disabili fisici, psichici e sensoriali in regime residenziale presso appositi centri di riabilitazione.

6.3 Indicatori di verifica

- rapporto tra numero di posti in strutture residenziali di riabilitazione e popolazione generale;
- rapporto tra numero di casi trattati per anno in strutture residenziali di riabilitazione e popolazione generale;

6.4 Parametro capitaro di finanziamento.

Lire 84.195

7. ATTIVITA' DI SUPPORTO ALLA ORGANIZZAZIONE ASSISTENZIALE

La erogazione delle prestazioni ed attività contemplate dai livelli di assistenza presuppone la organizzazione di servizi generali e di management, il cui parametro capitaro di finanziamento è di Lire 66.680.

PARAMETRO DI FINANZIAMENTO CAPITARIO GLOBALE LORDO

Lire 1.504.410

PARTE SECONDA

SOGGETTI ASSISTIBILI

I soggetti assistibili dal SSN possono essere:

- cittadini italiani
- stranieri.

A - Cittadini italiani

I cittadini italiani aventi diritto all'assistenza sanitaria erogata dal SSN sono:

a) I cittadini italiani iscritti al SSN che si trovano nelle seguenti condizioni:

1. i residenti in Italia. Ad essi sono equiparati i rifugiati politici e gli apolidi
2. i lavoratori italiani con attività di lavoro all'estero
3. i lavoratori frontalieri:
 - in paesi CEE convenzionati
 - in paesi non convenzionati
4. i dipendenti pubblici in servizio all'estero in zona di confine
5. i lavoratori italiani con sede di lavoro in Italia e residenza all'estero
6. i militari di leva
7. i detenuti

b) i cittadini italiani non iscritti al SSN che si trovano nelle seguenti condizioni:

1. i titolari di pensione italiana residenti all'estero in ambito CEE o in paesi convenzionati, che rientrano temporaneamente in Italia
2. i titolari di pensione italiana residenti in paesi non convenzionati che rientrano temporaneamente in Italia
3. emigrati che rientrano temporaneamente in Italia
4. dipendenti da Organizzazioni internazionali (FAO - NATO - ONU - OIL ecc.), da Ambasciate ed Uffici consolari o da Stati esteri (Stato della Città del Vaticano, SMOM), residenti in Italia.

c) il personale navigante marittimo e dell'aviazione civile.

B - Cittadini stranieri

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

I cittadini stranieri aventi diritto all'assistenza sanitaria erogata dal SSN, con le limitazioni e le modalità appresso indicate, sono:

a) I cittadini stranieri assistiti in base a convenzioni internazionali di sicurezza sociale:

1. provenienti da paesi CEE

- residenti nel territorio nazionale

- presenti nel territorio nazionale

2. provenienti da paesi con i quali vigono accordi bilaterali di reciprocità

- residenti nel territorio nazionale

- presenti nel territorio nazionale

b) I cittadini stranieri residenti in Italia che si trovano nelle seguenti condizioni:

1. lavoratori

- con rapporto di lavoro disciplinato dalla legge italiana

- dipendenti da Organizzazioni internazionali

2. disoccupati iscritti nelle liste di collocamento

- comunitari

- extracomunitari

3. iscritti volontariamente al SSN ai sensi della legge 29 febbraio 1980, n 33 (articolo 5)

c) I lavoratori frontalieri

1. residenti in Italia con attività di lavoro all'estero

2. residenti all'estero con attività di lavoro in Italia

d) Gli stranieri presenti in Italia

1. turisti

2. profughi

3. nomadi

4. titolari di pensione italiana

5. studenti stranieri

6. persone alla pari

e) Il personale navigante marittimo e dell'aviazione civile

In merito alle singole posizioni valgono le seguenti indicazioni

A. Cittadini italiani

a) - Cittadini italiani iscritti al SSN

1. Residenti in Italia

Rientrano in detta generale categoria:

- i cittadini con attività lavorativa.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- i cittadini iscritti al SSN ai sensi dell'articolo 63 della legge 833/78.

- gli assistiti dal SSN con oneri a carico delle istituzioni estere di paesi convenzionati.

Alle categorie suindicate sono assicurati i livelli di assistenza sanitaria indicati nell'~~Allegato~~^{parte} 1.

2. Lavoratori italiani temporaneamente all'estero per motivi di lavoro.

Durante la permanenza all'estero, l'assistenza sanitaria è garantita nei limiti, forme e modalità previsti dal DPR 31/7/80, n. 618.

In occasione di rientri temporanei sul territorio nazionale, l'assistenza sanitaria spetta come indicato al precedente punto 1 con esclusione dell'assistenza di medicina generale in forma diretta, ai sensi dell'articolo 7 della legge 526/82.

L'assistenza di medicina generale è comunque assicurata sotto forma di visite occasionali.

L'assistenza sopra indicata spetta, altresì, ai lavoratori italiani distaccati all'estero, anche nel caso che conservino la residenza anagrafica in Italia, ai sensi del DL 31/7/87, n. 317, convertito dalla legge 3/10/87, n. 398.

3. Lavoratori frontalieri (Austria, ex Jugoslavia, S. Marino, Principato di Monaco)

- in paesi della CEE e paesi convenzionati

Sono assistiti con oneri a carico degli Stati esteri di occupazione, sono iscritti negli elenchi della USL di residenza ed hanno diritto ai livelli di assistenza sanitaria indicati nell'Allegato 1.

- in paesi extra CEE (Svizzera)

Sono iscritti negli elenchi della USL di residenza come "frontalieri" ai sensi della legge 302/69 ed hanno diritto ai livelli di assistenza sanitaria indicati nell'Allegato 1. In casi particolari, le prestazioni urgenti per eventi verificatisi in Svizzera, sono rimborsate ai sensi del DPR n. 618/80.

4. Dipendenti pubblici in servizio all'estero in zona di confine

Sono assistiti ai sensi dell'articolo 3 del DPR 618/80 e con le modalità di cui al DL 2/7/82, n. 402, convertito nella legge 3/9/82, n. 627. Possono optare per l'assistenza sanitaria assicurata ai cittadini residenti nel territorio della USL limitrofa al confine.

5. Lavoratori italiani con sede di lavoro in Italia e residenza all'estero

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Va premesso che a questi lavoratori non si applicano le disposizioni di cui al DPR n. 618/80 in quanto l'attività lavorativa si svolge in Italia.

Hanno diritto ai livelli di assistenza di cui all'Allegato 1, con esclusione dell'assistenza di medicina generale in forma diretta in quanto residenti all'estero e, quindi, impossibilitati ad effettuare la scelta del medico di fiducia.

L'assistenza di medicina generale è comunque assicurata sotto forma di visite occasionali.

6. Militari di leva

I militari di leva sono assistiti a cura e a carico del Servizio sanitario militare, tranne che per le prestazioni che non possono essere assicurate dalle strutture sanitarie del Servizio stesso.

In tal caso le prestazioni sono a carico del SSN.

Durante i periodi di rientro temporaneo nel comune di residenza, l'assistenza medicina generale è assicurata in forma indiretta (visite occasionali pagate dal militare e rimborsate dal SSN).

7. Detenuti

I detenuti sono assistiti a cura e a carico del Servizio sanitario penitenziario, tranne che per le prestazioni che non possono essere assicurate dalle strutture sanitarie del Servizio stesso.

In tal caso le prestazioni sono a carico del SSN.

Durante gli eventuali periodi di rientro temporaneo nel comune di residenza, l'assistenza medicina generale è assicurata in forma indiretta (visite occasionali pagate dal detenuto e rimborsate dal SSN).

b) - Cittadini italiani non iscritti al SSN

1. Cittadini titolari di pensione italiana, residenti all'estero in ambito CEE o in paesi convenzionati che rientrano temporaneamente in Italia

Sono assistiti dalle istituzioni estere di residenza per le prestazioni urgenti per malattia, infortunio e maternità, con oneri a carico delle istituzioni estere, tramite modello E 111 e similari.

2. Cittadini titolari di pensione italiana, residenti in paesi non convenzionati che rientrano temporaneamente in Italia

Al presente la materia non è disciplinata. Per analogia, vanno assicurate le prestazioni vigenti di malattia, infortunio e maternità in relazione ad eventi insorti nel periodo di permanenza sul territorio nazionale, con oneri a carico del SSN.

3. Emigrati che rientrano temporaneamente in Italia

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Si considerano emigrati coloro che hanno lasciato il territorio italiano per motivi di lavoro all'estero e ivi abbiano fissato definitivamente la propria residenza.

Ai sensi dell'articolo 19 della legge n. 833/78 gli emigrati hanno diritto di accedere ai servizi di assistenza della USL di temporanea residenza. L'assistenza sanitaria è assicurata a carico del SSN per un periodo massimo di giorni 90 dal rientro temporaneo in Italia, limitatamente alle prestazioni urgenti ospedaliere di malattia, infortunio e maternità.

4. Cittadini italiani residenti all'estero che rientrano temporaneamente in Italia.

Hanno diritto alle prestazioni ospedaliere urgenti, con oneri a loro carico salvo che non versino in condizioni di indigenza. In quest'ultima eventualità l'onere è a carico del SSN.

5. Cittadini residenti in Italia

- dipendenti da Organizzazioni internazionali

I dipendenti da Organizzazioni internazionali sono da suddividersi in due categorie:

- Dipendenti a Statuto internazionale con rapporto disciplinato dai regolamenti delle Organizzazioni medesime

- Dipendenti a Statuto locale, con rapporto di lavoro disciplinato dalla legislazione italiana

I dipendenti a Statuto internazionale, che non sono stati esentati dal regime di sicurezza sociale italiano in base a specifici accordi internazionali, sono iscritti obbligatoriamente al SSN e sono tenuti al versamento del contributo di malattia ai sensi dell'articolo 3-bis del DL 26/11/81, n. 678, convertito dalla legge 2/1/1982, n. 12, e successive modifiche ed integrazioni. Agli stessi sono assicurati i livelli di assistenza sanitaria di cui all'articolo 1°

In caso di esenzione dal regime di sicurezza sociale italiano per effetto di specifici accordi internazionali, ai dipendenti in questione sono garantite le prestazioni ospedaliere urgenti per malattia, infortunio e maternità erogate dal SSN, con oneri a loro carico.

I dipendenti a Statuto locale sono obbligatoriamente iscritti al SSN e, di conseguenza, hanno diritto ai livelli assistenziali di cui all'articolo 1°

- Dipendenti dallo Stato della Città del Vaticano e dallo SMOM

Hanno facoltà di iscriversi al SSN ai sensi del DM 8/10/86. In tal caso hanno diritto ai livelli di assistenza sanitaria indicati nell'articolo 1°

In caso di non iscrizione al SSN, le prestazioni sono erogate a loro carico.

- Dipendenti da Ambasciate ed Uffici Consolari

In base alla Convenzione di Vienna sono esentati dal sistema di sicurezza sociale italiano, tranne che non siano dipendenti a statuto locale nel qual caso si applicano le disposizioni sopra riportate.

c) - Personale navigante e dell'aviazione civile

1. Personale di volo

Il personale di volo di cui all'articolo 732 del Codice della navigazione, in costanza di rapporto di lavoro regolato dai contratti collettivi, è sottoposto a regime di assistenza speciale ai sensi del DPR n. 620/80.

2. Personale marittimo

Il personale marittimo di cui all'articolo 2 del DPR 620/80 è sottoposto alla stessa normativa di cui al precedente punto 1. Nelle situazioni per le quali è prevista l'assistenza sanitaria da parte delle USL, il personale marittimo ha diritto alle prestazioni previste per la generalità dei cittadini.

B. CITTADINI STRANIERI

a) - Stranieri assistiti in base a convenzioni internazionali di sicurezza sociale

1. Provenienti da paesi CEE e residenti in Italia

Hanno diritto alle stesse prestazioni spettanti ai cittadini italiani sul territorio nazionale.

Limitatamente ai cittadini stranieri per i quali è previsto il pagamento a forfait (pensionati e familiari residenti in Italia di lavoratore occupato in ambito CEE) è assicurato anche il trasferimento per cure, in regime di assistenza diretta e indiretta.

2. Provenienti da paesi CEE e presenti sul territorio italiano

Hanno diritto alle stesse prestazioni indicate sui moduli comunitari rilasciati dalle istituzioni competenti, purché comprese nell'Allegato 1.
parte

3. Provenienti da Paesi con i quali vigono accordi bilaterali di reciprocità e residenti in Italia

Hanno diritto alle stesse prestazioni spettanti al cittadino italiano sul territorio nazionale.

4. Provenienti da Paesi con i quali vigono accordi bilaterali di reciprocità e presenti sul territorio italiano

Hanno diritto alle stesse prestazioni indicate sui moduli convenzionali rilasciati dalle istituzioni competenti, purché comprese nell'Allegato 1.
parte

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

5. Assistiti in base a trattati internazionali; Convenzione Europea di assistenza sociale e medica (L. 385/58) - Carta Sociale Europea (L. 929/65) - Apolidi (L. 306/62) - Rifugiati politici (L. 722/54)

I soggetti tutelati dalle convenzioni sopraindicate, provenienti dai paesi sottoscrittori e privi di risorse, economiche sufficienti:

- se residenti in Italia possono chiedere l'iscrizione al SSN senza pagamento dei contributi di malattia. In tale caso hanno diritto a tutte le prestazioni sanitarie garantite alla generalità dei cittadini sul territorio italiano.

Ai cittadini appartenenti ad uno degli Stati membri della CEE è consentito altresì il trasferimento per cure in regime di assistenza diretta e indiretta in ambito CEE.

- se in soggiorno temporaneo in Italia: hanno diritto gratuitamente alle sole prestazioni ospedaliere urgenti di malattia, infortunio e maternità.

b) Stranieri residenti in Italia

1. Lavoratori

- con rapporto di lavoro disciplinato dalla legge italiana

Sono obbligatoriamente iscritti al SSN, con diritto ai livelli di assistenza sanitaria indicati nella ~~parte~~ ^{parte} allegato 1°.

Se si tratta di lavoratori di paesi CEE, spetta anche il trasferimento per cure, sia in forma diretta secondo regolamenti comunitari, sia in forma indiretta ai sensi del DM 3/11/89.

Se si tratta di lavoratori cittadini di paesi extra CEE, spetta il trasferimento per cure solo in forma indiretta.

- dipendenti da Organizzazioni internazionali (FAO - NATO - ONU - OIL ecc.) o da Stati esteri (Stato della Città del Vaticano - SMOM)

- se dipendenti a statuto internazionale, con rapporto di lavoro disciplinato dai regolamenti delle Organizzazioni medesime: sono iscritti obbligatoriamente al SSN e sono tenuti al versamento dei contributi di malattia ai sensi dell'articolo 3-bis del DL 26/11/81, n. 678, convertito dalla legge 2/1/1982, n. 12, e successive modifiche e integrazioni, salvo che siano esentati dal regime di sicurezza sociale italiano in base a specifici accordi internazionali. Hanno diritto ai livelli assistenziali di cui alla ^{parte} ~~parte~~ allegato 1°.

In caso di esenzione dal regime di sicurezza italiano per effetto di specifici accordi, agli stessi sono garantite le prestazioni ospedaliere urgenti per malattia, infortunio e maternità erogate dalle USL con oneri a carico degli interessati.

- se dipendenti a statuto locale, con rapporto di lavoro disciplinato dalla legislazione italiana: sono obbligatoriamente

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

iscritti al SSN e di conseguenza hanno diritto ai livelli di assistenza sanitaria di cui all'Allegato 1. Hanno altresì diritto al trasferimento per cure in forma indiretta e, se cittadini di uno Stato membro della CEE, anche in forma diretta.

- dipendenti dello Stato della Città del Vaticano e dello SMOM

Se sono residenti in Italia possono iscriversi al SSN ai sensi del DM 8/10/1986. In questo caso hanno diritto ai livelli di assistenza sanitaria di cui all'Allegato 1, nonché al trasferimento per cure in ambito comunitario se cittadini di uno Stato membro della CEE.

2. Disoccupati iscritti nelle liste di collocamento

- disoccupati comunitari

Sono equiparati ai lavoratori italiani disoccupati iscritti nelle liste di disoccupazione per quanto attiene all'assicurazione obbligatoria contro le malattie presso il SSN ed al relativo obbligo contributivo di cui all'articolo 63 della legge 833/78. Di conseguenza hanno diritto a tutte le prestazioni spettanti al cittadino italiano residente.

- disoccupati extracomunitari

Sono equiparati ai cittadini italiani non occupati iscritti nelle liste di collocamento per quanto attiene all'assistenza sanitaria erogata in Italia ed al relativo obbligo contributivo di cui all'articolo 63 della legge 833/78. La copertura assistenziale non comprende il trasferimento per cure in ambito comunitario, garantito invece al cittadino italiano.

3. Iscritti volontariamente al SSN ai sensi dell'articolo 5 della legge 33/80

Si tratta di soggetti che sono in regola con il permesso di soggiorno, sono residenti in Italia e non essendo soggetti ad alcun titolo all'obbligo contributivo per l'assicurazione di malattia, chiedono l'iscrizione facoltativa al SSN ai sensi dell'articolo 5 della legge 33/80.

Hanno diritto alle prestazioni sanitarie spettanti ai cittadini italiani unicamente sul territorio nazionale. Sono escluse le prestazioni in forma indiretta all'estero.

c) - Stranieri frontalieri

1. Residenti in Italia, con attività lavorativa all'estero

- appartenenti a paesi della CEE o convenzionati, con attività lavorativa all'estero in un paese CEE o convenzionato

Hanno diritto alle stesse prestazioni dei cittadini italiani. L'onere dell'assistenza è a carico del paese dove viene svolta l'attività lavorativa mediante rimborso a forfait o al costo. E' assicurato il trasferimento per cure sia in regime di assistenza diretta che indiretta.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

L'evento di malattia che si verifica nel territorio di occupazione è coperto direttamente dalle istituzioni locali.

Agli stessi soggetti che svolgono attività lavorativa in un paese extra CEE viene garantita l'iscrizione al SSN ai sensi della legge n. 302/69, a parità di condizioni con il frontaliere italiano.

- appartenenti a Paesi extra CEE, con attività lavorativa nei paesi confinanti con l'Italia

A questi soggetti non può essere riconosciuta l'iscrizione obbligatoria al SSN in quanto non ricadono sotto la disciplina della legge n. 302/69. La parità di diritto con i lavoratori italiani può essere riconosciuta solo per l'attività di lavoro esercitata in Italia ovvero in caso di distacco o di missione all'estero.

Hanno la facoltà di iscriversi al SSN ai sensi dell'articolo 5 della legge n. 33/80, con il diritto ai livelli assistenziali correlati a tale iscrizione garantiti sul territorio nazionale.

2. Residenti all'estero, con attività lavorativa in Italia

- appartenenti a paesi CEE o Stati convenzionati

Hanno diritto, sul territorio di residenza all'estero, all'assistenza sanitaria indicata sul modulo convenzionale.

- appartenenti a paesi extra CEE

Hanno diritto sul territorio italiano a tutte le prestazioni spettanti ai cittadini italiani, con esclusione dell'assistenza di medicina generale in forma diretta. L'assistenza di medicina generale è fornita attraverso il sistema delle visite occasionali.

d) - Stranieri presenti in Italia

Rientrano in questo raggruppamento le seguenti categorie di persone:

1. I turisti
2. I profughi
3. I nomadi
4. I titolari di pensione italiana
5. Gli studenti stranieri
6. Le persone alla pari

I turisti, i profughi e i nomadi hanno diritto unicamente alle prestazioni ospedaliere urgenti per malattia, infortunio e maternità, con oneri a loro carico in base alle rette di degenza e alle tariffe per le prestazioni ospedaliere che non richiedono ricovero, determinate annualmente dal Ministero della Sanità.

In caso di insolvenza, le USL devono rivolgersi al Ministero dell'Interno per il rimborso, tramite le competenti Prefetture.

Per i profughi in attesa di riconoscimento della qualifica, raccolti negli appositi centri predisposti dai Ministeri competenti, l'assistenza sanitaria necessaria in relazione alle

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

condizioni di salute dei profughi stessi, viene erogata dalle USL o da altre strutture sanitarie di associazioni ed enti morali, con oneri a carico del ~~Ministero~~ ^{Dipartimento} della Protezione civile.

Ai titolari di pensione italiana sono garantite gratuitamente le prestazioni urgenti per malattia, infortuni e maternità.

Per gli studenti stranieri è prevista all'atto dell'ingresso in Italia l'assicurazione obbligatoria per le prestazioni ospedaliere urgenti, mediante pagamento del premio assicurativo della apposita polizza tipo con l'INA, prevista dalla convenzione sottoscritta dai Ministeri dell'Interno e della Sanità con il medesimo Istituto assicuratore.

Qualora gli studenti assumano la residenza in Italia, possono chiedere l'iscrizione facoltativa ai sensi dell'articolo 5 della legge n. 33/80, con il versamento di un contributo ridotto.

Ai sensi dell'accordo europeo sul collocamento alla pari, approvato dal Consiglio d'Europa il 24.11.1969 e ratificato con legge n. 304/73, le persone alla pari possono essere iscritte facoltativamente al SSN ai sensi dell'articolo 5 della legge n.33/80. La domanda di iscrizione deve essere presentata, entro dieci giorni dal collocamento presso la famiglia, dal membro della famiglia che ha sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 6 della richiamata convenzione europea. Il contributo di malattia è a carico del predetto membro della famiglia.

e) Personale navigante marittimo e dell'aviazione civile

1. Personale di volo

Il personale di volo di cui all'articolo 732 del Codice della navigazione, in costanza di rapporto di lavoro regolato dai contratti collettivi, è sottoposto a regime di assistenza speciale ai sensi del DPR n. 620/80.

2. Personale marittimo

Il personale marittimo, individuato dall'articolo 2 del DPR n.620/80, è sottoposto alla stessa normativa del personale di volo.

Nelle situazioni per le quali è assistito dalle USL, ha diritto alle prestazioni previste per la generalità dei cittadini.

- Familiari a carico

Ai familiari a carico delle categorie sopraindicate, per quanto concerne l'assistenza sanitaria, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 4 del DL 2 luglio 1982, n. 402, convertito dalla legge 3/9/1982, n. 627.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI



10-5 MAR. 1993
 Roma

Ministero della Sanità

LUNGOTEVERE N. 1 - 00185 ROMA

N. 100/S.C.P. 51-3-3037

Risposta al Foglio del

N.

Al Ministero del Tesoro
 Ragioneria Centrale presso
 il Ministero della Sanità
 SEDE

OGGETTO:

DPR 24 dicembre 1992. Definizione dei livelli di assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini dal 1993.

Con riferimento alla nota n. 50 dell'11 febbraio 1993, concernente il rilievo numero 5 del 29 gennaio 1993 della Corte dei Conti in ordine al provvedimento indicato all'oggetto, si rimettono per il successivo iter le osservazioni dello scrivente servizio.

Per quanto concerne il richiamo all'osservanza delle procedure di inoltro dei provvedimenti sottoposti all'approvazione della Corte si precisa che il provvedimento, non essendo atto di competenza del Ministro della sanità, è stato inviato per conto della Presidenza del Consiglio dei Ministri alla Sezione di controllo degli atti del Governo, la quale ha, successivamente, attivato di propria iniziativa la Sezione competente al controllo degli atti del Ministero della sanità.

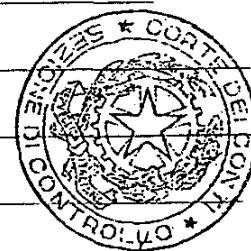
IL DIRIGENTE GENERALE
 (Dr. Nicola Flacitelli)

MINISTERO DELLA SANITÀ	
RAGIONERIA CENTRALE	
☆	☆
Div. B/C	N. 50

83-93b-

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	Deliberazione n. 116/93
	Repubblica Italiana
	La
	Corte dei conti
	in
	Sezione del controllo
	nell'adunanza dell'8 aprile 1993
	* * *
	Visto il decreto del Presidente della Repubblica in data 24 dicembre 1992 concernente la definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria a decorrere dal 1° gennaio 1993, ai sensi dell'art. 6, 1° comma, del D.L. 19 settembre 1992, n. 384 convertito nella legge 14 novembre 1992, n. 438;
	visti i rilievi dell'Ufficio di controllo sugli atti del Ministero della Sanità n. 177 in data 31 dicembre 1992 e n. 5 in data 29 gennaio 1993, e le risposte dell'Amministrazione;
	vista la relazione del Consigliere delegato al controllo sugli atti del predetto Ministero n. 111 in data 15 marzo 1993;
	vista l'ordinanza in data 30 marzo 1993 con la quale il Presidente della Corte dei conti ha deferito l'esame e la pronuncia sul visto e sulla con-



Vincenzo Altarelli

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

sequente registrazione del menzionato provvedimento alla Sezione del controllo, convocandola all'uopo per l'adunanza odierna;

vista la nota in data 31 marzo 1993, n. 9285 con la quale la Segreteria della Sezione ha comunicato l'ordinanza stessa alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Segretariato Generale, al Ministero della Sanità - Gabinetto e Servizio centrale della programmazione Sanitaria, ed al Ministero del Tesoro - Gabinetto e Ragioneria Generale dello Stato - I.G.B.;

visto l'art. 1 della legge 21 marzo 1953, n. 161;

udito il relatore Consigliere dott. Vincenzo Martelli;

non comparsi i rappresentanti delle Amministrazioni;

ritenuto in

F A T T O

Con il decreto indicato in epigrafe il Presidente della Repubblica, ai sensi dell'art. 6, comma 1°, del decreto-legge 19 settembre 1992, n. 384, convertito, con modificazioni, nella legge 14 novembre 1992, n. 438, ha definito i livelli uniformi di assistenza sanitaria da garantire a tutti i cit-

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

tadini a decorrere dal 1° gennaio 1993, disponendo contestualmente che le prestazioni e le attività connesse ai predetti livelli - per l'individuazione dei quali si afferma di aver tenuto conto dei principi e dei criteri di cui all'art. 1, comma 1°, lett. g) della legge 23 ottobre 1992, n. 421 - sono soggette ai vincoli previsti dalle disposizioni legislative vigenti. Nelle premesse del provvedimento si dà atto della circostanza che entro il 30 novembre 1992 non è stata raggiunta alcuna intesa in subjecta materia tra il Governo e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano. Del decreto all'esame costituisce parte integrante un allegato nel quale si premette che: a) "i livelli di assistenza si configurano come definizione degli obiettivi che il Servizio sanitario nazionale assume di conseguire; a soddisfacimento di specifiche quote di bisogno sanitario, mediante un insieme di attività e prestazioni da porre in essere nell'ambito della quota capitaria di finanziamento";

..... b) il parametro capitario di finanziamento viene "fissato in coerenza con le risorse stabilite dalla legge finanziaria, in base ad un modello organizzativo teorico di riferimento" - Nel successi-

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

vo articolato; sono poi previsti sei livelli uniformi attinenti all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, a quella di base, a quella specialistica semiresidenziale e territoriale, a quella ospedaliera, a quella residenziale in favore di soggetti non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati, ed alle attività di supporto alla organizzazione assistenziale. Per ognuno di essi è fissato il parametro capitaro di finanziamento rispettivamente in lire 78.400, 308.487, 155.930, 810.720, 84.195 e 66.680 - Va qui evidenziato che una delle disposizioni disciplinanti l'assistenza sanitaria di base prescrive che quella farmaceutica, in essa compresa, è garantita gratuitamente ai soggetti esenti dalla compartecipazione alla spesa sanitaria entro un limite massimo di 16 ricette.

Con foglio di rilievo n. 177 in data 31 dicembre 1992 l'Ufficio di controllo sugli atti del Ministero della Sanità ha restituito non registrato il decreto sopraindicato eccependo che il medesimo, definendo i contenuti ed i limiti dell'assistenza sanitaria finanziabili a carico del servizio Sanitario Nazionale a decorrere dal 1° gennaio 1993, sembra doversi configurare quale atto di natura re-

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

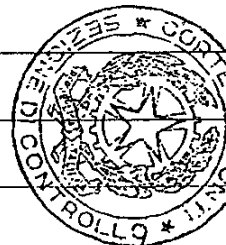
precisare che con la determinazione dei livelli
 uniformi di assistenza sanitaria e delle relative
 quote capitarie di finanziamento si pongono precet-
 ti di carattere generale alle Regioni da esprimere
 con un atto normativo; ha soggiunto che non appare
 conforme al 4° comma del ripetuto art. 6 - richie-
 dente la fissazione di un tetto massimo di spesa
 oltre il quale anche i cittadini già in regime di
 esenzione totale sono tenuti a partecipare alla
 spesa sanitaria - la disposizione che ricollega ta-
 le partecipazione al superamento di 16 ricette.
 L'Ufficio, infine, ha chiesto di conoscere in qual
 modo fosse stata superata la questione sollevata
 dai presidenti delle Regioni e delle Province auto-
 nome circa la mancanza di correlazione tra la defi-
 nizione dei livelli di assistenza e la individuazio-
 ne della quota capitaria di finanziamento corri-
 spondente".

Il Ministero della Sanità, con una lunga ed
 articolata risposta, ha controdedotto in sintesi
 che l'art. 6 della legge n. 438 del 1992 non con-
 tiene alcuna indicazione circa la natura legislati-
 va o regolamentare della potestà demandata al Go-
 verno. La norma, al contrario, presupponendo in via
 normale l'intesa di cui sopra è cenno, avrebbe im-

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

plicitamente qualificato l'emanando provvedimento come un atto generale programmatico operante nel coordinamento delle attribuzioni spettanti in materia sanitaria allo Stato ed alle Regioni, priva di effetto risultando a tal fine la circostanza che l'intesa, non prescritta obbligatoriamente, non sia in seguito intervenuta.

Circa i parametri capitari di finanziamento il suddetto Ministero ha sostenuto che la loro previsione nella legge di delega n. 421 del 1992 non preclude la loro individuazione nell'atto "de quo" in quanto gli stessi sono direttamente collegati con la definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria. In particolare, per quanto attiene alla contestazione riguardante l'applicazione del richiamato 4° comma dell'art. 6, il Ministero ha testualmente replicato che «la previsione del limite massimo di 16 ricette per la fruizione dell'assistenza farmaceutica in regime di esenzione, lungi dall'essere in contrasto con il ripetuto art. 6, comma 4° della legge 438/92, costituisce invece quel tetto massimo di spesa indicata dalla norma medesima. Infatti, prima della introduzione della disposizione, l'assistenza farmaceutica in regime di esenzione era consentita per un numero illimitato



Vincenzo de Luca

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

to di ricette.

Di fatto, la situazione era la seguente: gli esenti dal ticket sono circa 10 milioni; i suddetti esenti consumavano 230 milioni di ricette, pari ad un consumo medio di 23 ricette per cittadino; la spesa per gli esenti da ticket ammontava a 8.740 miliardi, considerando un costo medio di L. 38.000 a ricetta.

Con l'introduzione del tetto massimo di spesa - individuato, come sopra detto nella fruizione di un massimo di 16 ricette esentive - considerando sempre il costo medio di L. 38.000 per ricetta la spesa riferita ai cittadini esenti scende a 6080 miliardi.

Non è stata fornita alcuna risposta in merito alla richiesta formulata dall'Ufficio di controllo, con l'ultima parte del secondo rilievo.

Non ritenendo di poter superare in sede istruttoria l'inserito dissenso, il Consigliere delegato al controllo sugli atti del Ministero della Sanità, con relazione n. 441 in data 15 marzo 1993, ha chiesto al Presidente della Corte dei conti di definire l'esame e la pronuncia sul visto e sulla conseguente registrazione del decreto in argomento alla Sezione del controllo, all'uopo convocata per

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

l'adunanza odierna, ecc.

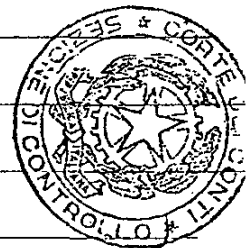
Considerato in

D I R I T T O

La soluzione delle complesse questioni esposte in narrativa comporta la disamina della normativa che, seguendo una linea non sempre coerente, ha disciplinato nel tempo la materia che ne occupa. A tale proposito viene per primo da considerare l'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, il quale, nel rispetto di taluni limiti e principi ivi indicati, autorizzava il Governo a determinare dal 1° gennaio 1992 con atto d'indirizzo e di coordinamento dell'attività amministrativa delle Regioni adottato con le forme del decreto del Presidente della Repubblica, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (i livelli uniformi di assistenza sanitaria, nonché gli standard organizzativi e di attività da utilizzare per il calcolo del parametro capitaro di ciascun livello assistenziale per l'anno 1992.

L'articolo citato non ha ricevuto attuazione alcuna.

Ad esso, è seguito il decreto-legge 19 settembre 1992, n. 384, il quale all'art. 6 si limita a



Vincenzo Chiarulli

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

/	disporre sul punto che interessa che entro il 30
	novembre 1992 il Governo, d'intesa con la suddetta
	Conferenza, definisca i livelli uniformi di assi-
	stenza sanitaria e che, in mancanza di tale accor-
	do, lo stesso organo centrale provveda direttamente
	entro il 15 dicembre. Peraltro, anteriormente alla
	conversione in legge del riferito decreto-legge, in
	data 31 ottobre 1992 è stata pubblicata sul supple-
	mento ordinario alla G.U. n. 257, la legge 23 otto-
	bre 1992, n. 421, contenente delega al Governo per
	la razionalizzazione e la revisione delle discipli-
	ne in materia di sanità, di pubblico impiego, di
	previdenza e di finanza territoriale. L'art. 1, pre-
	vede che il Governo, sentita la Conferenza perma-
	nente di cui all'art. 12 della legge n. 400 del 1988,
	1988, emanando entro 90 giorni, norme d'intesa, tra l'al-
	tro, a: 1) completare il riordinamento del Servizio
	Sanitario Nazionale, riservando allo Stato
	to, anche la determinazione dei livelli uniformi di
	assistenza sanitaria, delle relative quote capitarie
	di finanziamento, secondo misure tese al riequili-
	brio territoriale e strutturale (lett. c); 2) defi-
	nire principi relativi ai livelli di assistenza sa-
	nitaria uniformi e obbligatori... espressi per le
	attività rivolte agli individui in termini di pre-

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

stazioni, stabilendo comunque l'individuazione della soglia minima di riferimento, da garantire a tutti i cittadini, e il parametro capitaro di finanziamento da assicurare alle Regioni ed alle Province autonome per l'organizzazione di detta assistenza, in coerenza con le risorse stabilite dalla legge finanziaria (lett. g). Alla legge di delega ha dato attuazione il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, pubblicato sul supplemento ordinario alla G.U. n. 305 di pari data, il quale, all'art. 20 prescrive che le sue disposizioni entrano in vigore a decorrere dal 1° gennaio 1993. Detta data, peraltro, mal si concilia, per ciò che attiene al tema in trattazione, con quanto ipotizzato dai precedenti artt. 11 e 12, in merito rispettivamente ai livelli uniformi di assistenza sanitaria ed alle quote capitarie di finanziamento. Il primo di essi, invero, sancisce, al 4° comma, che i predetti livelli - da individuare sulla base anche dei dati epidemiologici e chimici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse a disposizione - vi siano indicati nel piano sanitario nazionale. Se nonchè al comma 3° del medesimo articolo viene stabilito che il piano in questione, da adottare con le

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	<p>nuove modalità stabilite al 1° ed al 2° comma, tabe- bia come termine di riferimento bi triennio 1994- 1996 e sia approvato entro il 31 luglio 1993. Il secondo degli articoli testé menzionati è poi accon- templa che la quota capittaria di finanziamento spettante alle regioni è gravante sul Fondo Sanita- rio Nazionale da ripartire con riferimento al triennio successivo entro il 31 ottobre di ciascun anno in coerenza con le previsioni del disegno di legge finanziario per l'anno successivo e sia de- terminata sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, in relazione ai livelli uniformi di prestazioni sanitarie e con riferimento ad una serie di elementi da esso elencati. Pertanto, l'assunto dell'Amministrazione, in sede di risposta ai rilievi dell'Ufficio di con- trollo, secondo il quale un decreto del Presidente della Repubblica in discussione non può essere sta- to emanato sulla base dell'art. 1, lett. g) della legge n. 424 del 1991, è da condividere poichè le successive norme delegate interessanti la materia ivi trattata sono destinate ad operare in un tempo successivo al 1° gennaio 1993. Va a questo punto constatato che, successiva- mente alla più volte richiamata legge di delega, ma</p>
--	--

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

←
anteriormente alla pubblicazione del decreto delegato n. 503/1992, con legge 14 novembre 1992, n. 438 è stato convertito, con modificazioni, il decreto legge 19 settembre 1992, n. 384. Quest'ultima legge all'art. 6, 1° comma, testualmente afferma che "entro il 30 novembre 1992 il Governo, d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, definisce i livelli uniformi di assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini a decorrere dal 1° gennaio 1993. Ove tale intesa non intervenga, il Governo provvederà direttamente entro il 15 dicembre 1992".

La norma non richiede che il provvedimento di definizione dei livelli debba essere emanato nel rispetto della procedura da seguire per l'adozione degli atti regolamentari. Né, nel silenzio di essa, il Collegio ritiene che debba imporsi l'osservanza in virtù di considerazioni non espresse dal testo legislativo e non desumibili aliunde con l'ausilio dei consueti criteri ermeneutici. Peraltro, è da rilevare che in fattispecie non risulta evidenziato dagli atti che i rapporti tra il Governo e la Conferenza permanente siano stati improntati a quel "principio di leale collaborazione" più,

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

volte richiesto dalla Corte costituzionale (V. da ultimo la sentenza n. 109 del 24/26 marzo 1993).

Tale aspetto esula comunque dalla problematica sottoposta al giudizio di questa Sezione, la quale, in relazione ai termini della sua prospettazione, deve perciò concludere che il provvedimento de quo, ladove definisce i livelli uniformi di assistenza, non presenta alcun vizio di legittimità che lo ponga in contrasto con la norma di legge da cui trae origine.

Discorso diverso è da farsi per ciò che concerne la fissazione delle quote capitarie di finanziamento, per le quali la norma medesima non contiene alcuna previsione. Di certo, non sfugge al Collegio che i due termini di cui è parola (definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria e fissazione delle quote capitarie di finanziamento) siano tra loro logicamente collegati nel senso che, in tanto è possibile alle Regioni garantire ai primi, in quanto, e nella misura, in cui venga ad usufruire delle seconde. L'esposta considerazione, peraltro, condurrebbe a conclusioni giuridicamente inaccettabili ove con essa si intendesse affermare che la previsione legislativa secondo cui il Governo è autorizzato a definire i livelli comporta implicite

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

tamente il potere d'individuare contestualmente le quote capitarie. I. del 15 del 1992 con art. 100.

Al riguardo, occorre rammentare che le funzioni amministrative relative alla materia "assistenza sanitaria ed ospedaliera" sono state trasferite, o delegate alle Regioni dagli artt. 27, 28, 29 e 31 del D.P.R. n. 1616 del 24 luglio 1977, in attuazione dell'art. 117. Cost. e della delega conferita dall'art. 1 della legge 22 luglio 1975, n. 382. In detta materia sono state riservate allo Stato, oltre a quelle funzioni previste dall'art. 30 del citato D.P.R. che non sono state delegate, anche come già detto, la determinazione delle quote capitarie di finanziamento (art. 1 del n. 421/1992). Il Governo, quindi, in mancanza dell'investitura ipotizzata in via normale dalla legge, avrebbe potuto incidere sull'autonomia delle Regioni, solo con un atto d'indirizzo e di coordinamento (art. 4, D.P.R. n. 1616/1977 e art. 22, lettera c) legge n. 400/1988). Ma, a tale proposito non va sottaciuto che il giudice delle leggi, con costante ed uniforme giurisprudenza (v. da ultimo, la sentenza n. 45 del 28 gennaio/10 febbraio 1993), ha ritenuto che l'esercizio in via amministrativa del potere d'indirizzo e di coordinamento delle attività delle Re-

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

gioni è sottoposto all'osservanza della condizione di validità del principio di legalità sostanziale (cfr. sentenza della Corte costituzionale n. 150 del 9/29 luglio 1982 e n. 359 dell'11/18 luglio 1991) che postula l'esistenza di una apposita disposizione legislativa che determini la specifica materia relativamente alla quale l'atto d'indirizzo dovrà essere emanato. Nel caso all'esame, la mancanza di tale puntuale norma rende illegittimo il decreto contestato nel punto in cui il Governo fissa unilateralmente le quote capitarie di finanziamento.

In merito, infine, alla censura riguardante il modo in cui è stato stabilito il "tetto massimo di spesa per la fruizione dell'assistenza farmaceutica in regime di esenzione dalla quota di partecipazione alla spesa sanitaria per i soggetti esenti" (art. 6, 4° comma della legge n. 438/1992), il Collegio considera che la definizione del "tetto massimo pro-capite" per la fruizione dell'assistenza farmaceutica in regime di esenzione della quota di partecipazione alla spesa sanitaria a favore dei soggetti esenti è stata determinata per mezzo di un meccanismo che fa riferimento al numero dei bollini ("tickets") usufruibili da parte dell'assistito nel

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

corso dell'anno e non ad una somma annuale fissa spendibile in medicine.


Senonchè l'Amministrazione, basandosi sulla media statistica del costo globale sopportato nell'esercizio antecedente, è giunta alla determinazione del costo unitario per ricetta di £. 38.000: e poichè le ricette utilizzate nel corso dell'anno 1992 sono ammontate a ventitrè a testa (per i dieci milioni di individui assistiti), il tetto massimo di spesa pro-capite per l'anno in corso viene a determinarsi nella sostanza in £. 608.000 mila (38.000 x 16 ricette) a fronte di quello precedente pari a £. 874.000 (38.000 x 23 ricette).

In conclusione, il meccanismo stabilito dal Governo - che si fonda su obiettivi elementi di fatto attendibili nella loro previsione e non suscettibili di sindacato in sede di legittimità - non contrasta con il dettato legislativo pervenendo "per relationem", con l'aggancio al numero massimo di bollini utilizzabili, alla determinazione del tetto massimo di spesa indicato dall'art. 6 comma 4° della legge n. 438/1992.

P. Q. M.

ammette al visto ed alla conseguente registrazione il decreto in epigrafe con esclusione dei parametri

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

	capitari di finanziamento fissati ai paragrafi 2, 4,
	3.4, 4.4, 5.4, 6.4 e 7 della prima parte dell'Allegato al decreto medesimo.
	
	IL PRESIDENTE <i>Carbone</i>
IL RELATORE	<i>Vincenzo Altarelli</i>
	Depositato in segreteria il 26 LUG. 1993
	IL DIRIGENTE SUPERIORE DIRITTORE DELLA SEGRETARIA dott. <i>Edoardo Romani</i>
	<i>[Signature]</i>