

LEGGE REGIONALE N. 10 del'11 Luglio 2002

**"NORME PER IL PIANO REGIONALE SANITARIO
PER IL TRIENNIO 2002-2004"**

IL CONSIGLIO REGIONALE

ha approvato

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

promulga

la seguente legge:

ARTICOLO 1

OGGETTO

1. La Regione Campania, in conformità alle disposizioni di cui alla legge regionale 3 novembre 1994, n.32, art.30, ed al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modifiche ed integrazioni, art. 1, comma 13, in coerenza con le previsioni del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998 - 2000, approva le norme per il Piano sanitario regionale per il triennio 2002- 2004.

ARTICOLO 2

EFFICACIA E DURATA

1. Le indicazioni contenute nella presente legge e nel Piano sanitario regionale, approvato con deliberazione di Consiglio Regionale n. 129/3 del 20 giugno 2002, hanno valore vincolante per l'attività programmatica di indirizzo ed amministrativa esercitata, nell'ambito della rispettiva sfera di competenza, dalla Giunta regionale e dalle Aziende sanitarie.

2. L'efficacia del piano 2002 - 2004 è prorogata fino all'entrata in vigore del nuovo Piano sanitario regionale che la Giunta regionale approva, quale proposta al Consiglio, entro il 30 settembre dell'ultimo anno di vigenza del precedente.

ARTICOLO 3

CONFORMITA'

1. Il Piano sanitario regionale è attuato nel rispetto della legge regionale 30 aprile 2002 n. 7.

ARTICOLO 4

FINALITÀ

1. Il Piano sanitario regionale persegue le seguenti finalità.

a) la promozione e la tutela della salute fisica, psichica e sociale, individuale e collettiva, mediante interventi rivolti alla rimozione delle cause di nocività, di disagio e di malattia;

b) l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza che, superando le disuguaglianze sociali e lo squilibrio tra domanda ed offerta di servizi sociosanitari nelle diverse aree del territorio regionale, garantiscano ai cittadini uguali opportunità di accesso alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dalle strutture pubbliche, private e del privato sociale, accreditate;

c) una più elevata efficacia e produttività delle prestazioni rese dal Servizio sanitario regionale, attraverso il miglioramento della qualità delle stesse e la razionalizzazione dell'uso delle risorse, da perseguire con misure ed atti concreti, idonei all'eliminazione di aree di spreco e di inefficienza;

d) l'umanizzazione dell'assistenza erogata attraverso interventi di riqualificazione delle strutture sanitarie, di riorganizzazione dei servizi e di valorizzazione del rapporto medico-paziente;

e) la promozione di politiche integrate per la salute attraverso la realizzazione di un coordinamento intersettoriale, programmatico ed organizzativo, per il perseguimento di strategie comuni utili ad incidere su quei determinanti della salute che esulano dalla sfera di intervento del sistema dei servizi sanitari.

ARTICOLO 5

CARTA DEL DIRITTO ALLA SALUTE

1. La Giunta regionale, entro sessanta giorni dall'approvazione della presente legge, emana la Carta del diritto alla salute del cittadino campano nella quale sono definiti i livelli essenziali di assistenza garantiti dalla Regione Campania.

ARTICOLO 6

OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI

1. Con il Piano la Regione Campania persegue i seguenti obiettivi generali:

a) la promozione di comportamenti e stili di vita in grado di favorire la salute ed in particolare:

1) la promozione di una sana alimentazione;

2) la prevenzione e la riduzione del danno derivante dall'abuso di tabacco ed alcool, nonché la promozione delle attività di recupero sociale dei tabagisti e degli alcoolisti;

3) la promozione e la tutela di una corretta attività fisica, intesa non solo come mera competizione sportiva elitaria, ma come strumento indispensabile per il raggiungimento ed il mantenimento del benessere individuale e sociale;

b) la riduzione della mortalità e morbilità per malattie dell'apparato circolatorio e neoplasie maligne;

c) la riduzione della mortalità e morbilità per diabete mellito;

d) la riduzione della mortalità e morbilità per malattie infettive prevenibili e per cirrosi epatica;

e) il rafforzamento della prevenzione nei luoghi di lavoro per la conseguente riduzione della mortalità e dell'invalidità per infortuni sul lavoro e per malattie professionali;

f) il miglioramento del contesto ambientale con riferimento alla qualità dell'aria e dell'acqua, alla prevenzione dei danni derivanti dalle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, nonché alla realizzazione di un adeguato sistema di smaltimento dei rifiuti, basato sulla loro riduzione e sulla raccolta differenziata che elimini ogni forma di nocività;

g) il rafforzamento della prevenzione degli incidenti stradali, domestici e sportivi;

h) il rafforzamento della tutela della salute nelle varie fasi della vita, fin dall'inizio, dei soggetti deboli e non autosufficienti e la riduzione della mortalità, della morbilità e dell'invalidità susseguenti a cause sociali ed a condizioni di disagio ed emarginazione;

i) la prevenzione ed il contrasto dell'uso di sostanze psicotrope;

l) la promozione di una politica che favorisca un incremento responsabile della natalità al fine di un armonico ricambio generazionale;

m) il miglioramento ed il potenziamento delle attività relative ad aree prioritarie e critiche con riguardo:

1) ai trapianti di organo;

2) alla riabilitazione;

3) alla prevenzione e alla sorveglianza delle malattie genetiche delle patologie rare e delle malformazioni;

4) all'assistenza ospedaliera al parto;

5) alla prevenzione e cura delle malattie sessualmente trasmesse e delle patologie comportamentali della coppia;

6) alla prevenzione ed alla cura dei disturbi del comportamento alimentare;

7) alla sanità pubblica veterinaria;

8) al sangue ed emocomponenti.

2. L'esplicitazione degli obiettivi generali di cui al precedente comma è contenuta nel punto 4 del Piano.

3. Per il triennio 2002-2004, nell'ambito degli obiettivi generali di cui al comma precedente sono individuati, quali obiettivi specifici, i seguenti progetti obiettivo regionali;

a) prevenzione della mortalità e delle complicanze delle malattie cardio e cerebrovascolari;

b) prevenzione delle malattie oncologiche attraverso la realizzazione di programmi di diagnosi precoci;

c) prevenzione delle malattie dismetaboliche;

d) potenziamento dell'assistenza alle malattie neurologiche;

e) sperimentazione di un sistema di monitoraggio della spesa indotta dall'attività prescrittivi in ambito distrettuale, ai sensi della legge 23 dicembre 2000, n. 388, art. 86;

- f) analisi della migrazione sanitaria interregionale e degli interventi finalizzati a ridurre l'incidenza;
- g) organizzazione di una rete diagnostico-assistenziale per i disturbi nel comportamento alimentare e per la nutrizione artificiale e dietetica;
- h) miglioramento tecnico organizzativo delle attività trasfusionali finalizzato all'autosufficienza, all'efficienza ed alla sicurezza trasfusionale;
- i) sostegno e sperimentazione di nuovi modelli socio-assistenziali intesi come integrazione economico-funzionale tra pubblico e privato.

4. La Giunta Regionale definisce, entro sessanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, nel rispetto delle previsioni del Piano, i contenuti dei progetti obiettivo di cui al comma 3 compatibili con le risorse economiche ed emana le linee di indirizzo cui le Aziende sanitarie si attengono per la realizzazione dei progetti stessi.

ARTICOLO 7

AZIONI STRATEGICHE

1. Gli obiettivi generali di cui all'art.6 sono perseguiti dalla Giunta regionale e dalle Aziende sanitarie, nell'ambito delle rispettive competenze, attraverso le azioni strategiche al cui agli articoli 8, 9, 10, 12 e 14.

2. La specificazione dettagliata delle azioni strategiche, cui si riferiscono le Aziende sanitarie nell'elaborazione dei piani attuativi locali, è contenuta nel punto 5 del Piano.

ARTICOLO 8

SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE

1. Lo sviluppo delle funzioni regionali in materia di sistemi informativi è finalizzato a migliorare la conoscenza e l'analisi della domanda sanitaria, oltre che la conoscenza e l'analisi dell'offerta di servizi. A tal fine, sono preventivamente realizzati i seguenti interventi:

a) trasmissione delle informazioni necessarie ai diversi livelli del governo da effettuare in appositi protocolli cui si attengono tutte le strutture pubbliche e private;

b) attribuzione di incentivi allo sviluppo di sistemi informativi aziendali per migliorare la qualità delle informazioni a disposizione del Servizio sanitario regionale;

c) predisposizione di programmi a livello regionale adottati di intesa con le Aziende sanitarie locali e con i servizi specialistici competenti per l'attivazione di servizi di telemedicina;

d) realizzazione della carta sanitaria personale da rilasciare a ciascun cittadino residente nella Regione, nella quale inserire tutti i dati personali di ciascun soggetto presenti presso tutte le Asl della Regione e che contenga le informazioni essenziali relative allo stato di salute - patologie gravi, gruppo sanguigno, allergie.

2. La realizzazione degli interventi di cui al comma 1 costituisce passaggio fondamentale per lo sviluppo del sistema informativo sanitario regionale, quale insieme di strutture, strumenti ed attività, orientato:

a) alla definizione dei bisogni informativi dei diversi utilizzatori;

b) al potenziamento dei sistemi informativi sanitari aziendali e delle connessioni in rete;

c) all'integrazione tra i diversi sistemi informativi sanitari aziendali, regionali e nazionali, anche attraverso l'adozione di protocolli di raccolta ed elaborazione dati che soddisfino le esigenze locali e che siano compatibili con le necessità informative centrali;

d) alla valorizzazione e diffusione del patrimonio del sistema informativo sanitario regionale per le necessità di programmazione delle attività dei Presidi, dei Servizi sanitari e socio-sanitari, e di controllo della loro efficienza ed efficacia.

ARTICOLO 9

RIQUALIFICAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE

1. La riorganizzazione della rete territoriale si realizza attraverso:

a) la valorizzazione ed il potenziamento del ruolo centrale del Distretto nell'ambito delle politiche sanitarie;

b) la valorizzazione dell'integrazione socio-sanitaria quale condizione essenziale per il miglioramento dell'efficacia delle prestazioni erogate;

c) l'attivazione ed il potenziamento dei Dipartimenti quali strutture organizzative capaci di garantire l'unitarietà degli interventi tesi a soddisfare i bisogni dei cittadini.

2. Il reale decentramento delle attività sanitarie e socio-sanitarie sul territorio si promuove attraverso:

a) il riconoscimento al Distretto di una autonomia tecnico-gestionale ed economico finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda sanitaria;

b) il riconoscimento del Distretto quale ambito territoriale ed organizzativo dell'Azienda sanitaria per l'integrazione delle attività di assistenza sanitaria extraospedaliera con quelle sociali;

c) il riconoscimento del Distretto quale ambito della partecipazione dei cittadini e degli operatori, a tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione, al controllo ed alla valutazione dei servizi sanitari di cui al decreto legislativo n. 229/99, art. 14, comma 2 .

3. Le azioni rivolte a realizzare una integrazione tra le attività sanitarie e quelle sociali sono:

a) la definizione degli indirizzi organizzativi e l'entità delle risorse da assegnare al Distretti nei piani attuativi locali delle Aziende e sanitarie;

b) l'adozione annuale del programma delle attività territoriali per l'individuazione e la localizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari e la corretta determinazione delle risorse per l'integrazione socio-sanitaria;

c) le intese programmatiche, a livello distrettuale, tra le Direzioni generali delle Aziende sanitarie e le rappresentanze dei Comuni con obbligatoria verifica delle risorse economiche disponibili per il conseguimento dell'intesa.

4. L'individuazione ed il numero dei Dipartimenti tiene conto:

a) degli obiettivi che l'Azienda si propone di perseguire;

b) della complessità dell'Azienda;

c) della estensione dell'ambito territoriale e delle caratteristiche geomorfologiche;

d) del numero di strutture complesse presenti.

5. Per il raggiungimento delle finalità di cui ai precedenti commi, le Aziende sanitarie adottano modalità organizzative congruenti con i principi ed i criteri direttivi per il adozione dell'atto aziendale emanato dalla Giunta regionale, ai sensi del decreto legislativo 502/92, art.3, comma 1 bis, così come introdotto dal decreto legislativo n. 229/99, art.3.

ARTICOLO 10

REVISIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

1. La Giunta regionale, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, approva, quale proposta al Consiglio regionale, un nuovo Piano regionale ospedaliero per la revisione della rete ospedaliera campana e per la conseguente rideterminazione del fabbisogno regionale dei posti letto pubblici e privati. Tale revisione è finalizzata ad una più qualificata assistenza ospedaliera, ad una più efficace utilizzazione delle risorse, anche finanziarie, in relazione al bisogno della popolazione, all'attivazione di procedure di preospedalizzazione atte a ridurre i tempi di ricovero in ospedale, nonché all'adozione di misure idonee per una utilizzazione degli ospedali appropriata al ruolo che essi svolgono nella rete ospedaliera.

2. La revisione di cui al comma 1 è effettuata sulla base:

a) dell'indice dei posti letto pubblici e privati programmati dalle Aziende sanitarie in attuazione del Piano regionale ospedaliero, approvato con legge regionale 26 febbraio 1998, n.2 ;

b) della progressiva attivazione del day surgery demandata alle Aziende sanitarie, sulla base delle caratteristiche delle strutture erogatrici delle prestazioni, delle procedure chirurgiche, eseguibili in day surgery e delle modalità organizzative di tale attività, individuate dalla Giunta regionale;

c) della riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali ed in regime di ricovero secondo i criteri definiti dalla Giunta regionale per la determinazione dei tempi di attesa massimi e per la corretta gestione delle liste;

d) dell'integrazione ospedale - territorio, da realizzarsi attraverso:

1) una maggiore capacità di risposta del Distretto alla domanda di prestazioni;

2) una più appropriata risposta dell'ospedale, anche in relazione alle variazioni del quadro epidemiologico ed alle innovazioni diagnostico-assistenziali;

3) una migliore integrazione tra le due funzioni.

3. Le Aziende sanitarie locali e le Aziende ospedaliere, attraverso protocolli annuali di intesa, adottati previa acquisizione del parere di un collegio composto dai responsabili di Dipartimento, dal direttore amministrativo e da quello sanitario di ciascuna Azienda interessata, realizzano la rete dei servizi ospedalieri e territoriali, intesa quale integrazione e collegamento funzionale tra le strutture, allo scopo di assicurare al cittadino l'appropriatezza del percorso assistenziale attraverso l'erogazione delle prestazioni in forma coordinata ed adeguata alla complessità delle stesse.

ARTICOLO 11

STRUMENTI DI GOVERNO DELLA SPESA SANITARIA

1. La Giunta regionale, attraverso l'emanazione di appositi regolamenti, attua le strategie di intervento per ripianare l'attuale disavanzo della spesa con riguardo alla disciplina:

- a) dei procedimenti di redazione dei budget e dei centri di responsabilità amministrativa;
- b) degli obiettivi e dei risultati, in termini quantitativamente misurabili, che si intendono raggiungere;
- c) delle risorse diverse da quelle regionali che si prevede di impiegare;
- d) dei soggetti responsabili delle singole iniziative e delle loro fasi;
- e) delle modalità per la verifica del conseguimento degli obiettivi;
- f) della localizzazione territoriale degli interventi;
- g) della durata dei modi, dei tempi di attuazione e delle funzioni di spesa relative ai singoli esercizi;
- h) dei procedimenti sul controllo della regolarità contabile.

2. Le spese per il Piano sanitario 2002-2004 trovano copertura nel bilancio pluriennale della Regione a legislazione vigente.

ARTICOLO 12

GOVERNO E CONTROLLO DELLA SPESA

1. Al fine di assicurare i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, le Aziende sanitarie improntano le attività di competenza, sia in quanto produttrici dirette di assistenza, sia in quanto acquirenti di prestazioni erogate da soggetti terzi accreditati, al principio della esclusiva finalizzazione, nell'utilizzo delle risorse, al perseguimento degli obiettivi del Piano sanitario regionale.

2. Le finalità di cui al comma 1 sono perseguite con interventi rivolti a:

a) eliminare duplicazioni strutturali ed organizzative nell'area dei servizi e delle attività di supporto, al fine di rendere effettivamente alternativo l'affidamento a terzi;

b) dimensionare la capacità produttiva in funzione dell'effettivo livello di domanda prevedibile, a seguito della definizione del Piano annuale delle prestazioni e degli accordi contrattuali, di cui al decreto legislativo n. 502/92, art.8 quinquies, così come introdotto dal decreto legislativo n. 229/99, art 8;

c) eliminare fenomeni di auto domanda, sia nell'area delle attività assistenziali, sia in quella delle attività connesse all'esercizio di funzioni a rilevanza pubblicistica;

d) individuare, con obbligo di rendicontazione separata e verifica di risultato, le risorse da destinare al miglioramento qualitativo dell'assistenza erogata dai Presidi a gestione diretta;

e) realizzare, sulla base di criteri e direttive emanate dalla Giunta regionale, un sistema di monitoraggio delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate in modo da garantirne l'efficacia e l'appropriatezza;

f) attivare modalità nella gestione degli acquisti di beni e servizi secondo i principi e criteri, definiti dalla Giunta regionale con il provvedimento di cui all'art. 9, comma 5;

g) coordinare la razionalizzazione delle risorse umane nelle Aziende ospedaliere con la realizzazione dei Dipartimenti.

3. La Giunta regionale, al fine di garantire il raggiungimento delle finalità di cui al comma 1:

a) definisce una politica tariffaria funzionale alla promozione di quelle prestazioni ed attività che, per efficacia assistenziale e costo, massimizzano il perseguimento degli obiettivi di salute del Piano sanitario regionale, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili;

b) adotta un sistema tariffario di remunerazione secondo le tipologie di struttura e di attività definite in sede di accreditamento istituzionale, ai sensi del decreto legislativo 502/92, art.8 quater, così come introdotto dal decreto legislativo 229/99, art. 8, ferme restando le competenze dello Stato in materia di determinazione dei costi standard di produzione e delle tariffe massime applicabili per le prestazioni assistenziali;

c) emana criteri e direttive per la realizzazione del sistema di monitoraggio di cui al comma 2, lettera e);

d) attiva modalità e procedure nella gestione degli acquisti di beni e servizi secondo i principi ed i criteri, definiti con l'atto di cui all'art.9, comma 5.

4. Le Aziende sanitarie si dotano, in coerenza con il quadro normativo nazionale, di adeguati strumenti di controllo finalizzati a:

a) garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa controllo di regolarità amministrativa e contabile;

b) verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati controllo di gestione;

c) valutare le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale valutazione della dirigenza;

d) valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, dei programmi e degli altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti - valutazione e controllo strategico;

e) rilevare la conformità e la finalizzazione dei comportamenti dei soggetti che, ad ogni titolo, esercitano funzioni o erogano prestazioni nell'ambito del Servizio sanitario, al perseguimento degli obiettivi fissati dal Piano sanitario regionale - controllo esterno.

ARTICOLO 13

CERTIFICAZIONE DEI BILANCI

1. Le Aziende sanitarie sottopongono i propri bilanci alla valutazione di società di certificazione di riconosciuto prestigio internazionale.

ARTICOLO 14

FORMAZIONE, QUALITÀ E RICERCA

1. Il sostegno ai processi di innovazione ed alle azioni di adeguamento ai mutamenti determinati dalla evoluzione della domanda sanitaria e dalle conoscenze scientifiche e tecnologiche si realizza attraverso:

a) la formazione specifica e continua degli operatori sanitari;

b) la promozione della qualità;

c) la valorizzazione delle risorse umane.

2. I percorsi e le azioni formative, a livello aziendale, sono elaborati in coerenza con ali obiettivi nazionali e regionali. In particolare:

a) si fondano su adeguate analisi relative al bisogno formativo delle diverse figure professionali;

b) riproducono in sede formativa le radici dei problemi e coinvolgono le responsabilità professionali chiamate a risolverli;

c) contengono parametri e indicatori capaci di verificare nel tempo l'effettiva traduzione operativa di quanto offerto;

d) si rivolgono congiuntamente a tutti i destinatari interessati se i cambiamenti ed i risultati attesi dalla formazione riguardano problemi complessi ed aree organiche di servizio.

3. Per le finalità di cui al comma 2, le Aziende sanitarie vincolano annualmente l'uno per cento del monte salari a sostegno delle iniziative di formazione ed aggiornamento degli operatori sanitari.

4. La qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini è assicurata da parte delle Aziende sanitarie attraverso.

a) la definizione della missione aziendale e della politica della qualità dell'azienda - piano qualità aziendale - coerenti con i programmi regionali;

b) l'istituzione di strutture, staff, comitati, commissioni, uffici e servizi, con particolari responsabilità nella programmazione delle attività di miglioramento della qualità;

c) l'offerta di interventi formativi a tutti gli operatori dell'Azienda sanitaria sul miglioramento della qualità;

d) l'individuazione di adeguate risorse umane, tecnologiche ed economiche per il miglioramento della qualità.

5. La gestione delle risorse umane nelle Aziende sanitarie, quale elemento strategico che influisca direttamente sulla quantità e qualità dell'assistenza, è orientato:

a) al superamento delle visioni settoriali, centrate su interessi particolari di singoli profili professionali;

b) alla responsabilizzazione individuale e di gruppo, nel caso di prestazioni integrate;

c) alla flessibilità dell'impiego;

d) all'utilizzo di sistemi premianti.

6. Per il raggiungimento degli obiettivi elencati nel comma 5, le Aziende sanitarie si attengono ai principi ed ai criteri direttivi emanati dalla Giunta regionale con il provvedimento di cui all'art. 9, comma 5.

7. E' istituita la Commissione regionale per la ricerca sanitaria, con il compito di formulare proposte per la programmazione, il coordinamento e la valutazione degli interventi nel campo della ricerca finalizzata biomedica e di quella finalizzata al miglioramento dei servizi sanitari, composta da:

a) un Dirigente dell'Area Generale di Coordinamento Piano sanitario regionale dell'Assessorato alla sanità;

- b) un Dirigente dell'Area Generale di Coordinamento - assistenza sanitaria - dell'Assessorato alla sanità;
- c) il Direttore generale dell'Agenzia Regionale Sanitaria -ARSAN;
- d) il Direttore generale dell'Agenzia Regionale per la Protezione Ambiente Campania ARPAC;
- e) un rappresentante designato dalla facoltà di medicina dell'Università Federico II di Napoli;
- f) un rappresentante designato dalla facoltà di medicina della II Università di Napoli;
- g) un rappresentante designato dall'Istituto superiore di sanità;
- h) sei esperti di cui tre designati dall'Assessore regionale alla sanità e tre dal Presidente della quinta Commissione consiliare.

La costituzione della Commissione di cui al comma 7 e le sue modalità di funzionamento sono definite dalla Giunta regionale entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

ARTICOLO 15

PIANIFICAZIONE ATTUATIVA

1. Il Piano sanitario regionale trova attuazione attraverso la programmazione sanitaria aziendale. L'atto in cui si esprime la programmazione sanitaria aziendale è il Piano attuativo locale.

2. La Giunta regionale:

a) indirizza la formazione dei piani attuativi locali anche attraverso l'emanazione di linee guida a carattere tecnico operativo e di schemi tipo per la redazione degli elaborati, sentita la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale di cui all'art. 20;

b) controlla la conformità dei piani attuativi alle disposizioni del Piano sanitario regionale;

c) Verifica la corrispondenza dei risultati raggiunti dalle Aziende con quelli previsti dai piani attuativi locali.

3. Il piano attuativo locale è lo strumento di programmazione attraverso il quale le Aziende sanitarie, nei limiti delle risorse disponibili e dei vincoli di pareggio di bilancio, regolano le proprie attività su base triennale nell'arco temporale di vigenza del Piano sanitario regionale.

4. Il piano attuativo, da articolarsi in programmi annuali di attività, definisce:

a) gli obiettivi di salute e quelli relativi alle aree prioritarie e critiche previsti dall'art. 6 riferiti all'ambito territoriale di pertinenza e alle proprie strutture;

b) le iniziative da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi individuati secondo le indicazioni contenute negli artt. 8, 9, 10, 12 e 14 e nel Piano;

c) gli strumenti ed i sistemi per il controllo quali-quantitativo dei risultati.

ARTICOLO 16

PROCEDURE DI PROPOSTA, ADOZIONE ED APPROVAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO LOCALE

1. Il Direttore generale dell'Azienda sanitaria, sentite le organizzazioni sindacali e il Comitato di partecipazione di cui all'art.21, approva il Piano attuativo locale ed il programma del primo anno di attività entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

2. Per gli anni successivi, il programma di attività è approvato entro il 1° gennaio;

3. Il Piano attuativo ed il programma annuale, adottati seguendo le procedure previste dalla legge regionale n.32/94, art.35, sono trasmessi, nei successivi trenta giorni, alla Giunta regionale.

4. Il Piano attuativo locale ed il programma annuale di attività dell'Azienda ospedaliera sono trasmessi, per le finalità previste dalla legge regionale n.32/94, art.35, comma 2, al Sindaco del comune capoluogo della Provincia in cui l'Azienda è situata.

5. Il Piano attuativo ed il programma annuale sono efficaci dopo l'approvazione da parte della Giunta regionale nei termini previsti dalla legge regionale n.32/94, art.35, commi 4 e 5, e dai commi che seguono.

6. La Giunta regionale verifica la conformità del Piano attuativo locale e del programma annuale con il Piano sanitario regionale. In caso di difformità, li rinvia all'Azienda con osservazioni e con obbligo di adeguamento.

7. I provvedimenti rinviati si adeguano alle osservazioni formulate dalla Giunta regionale.

8. Limitatamente ai provvedimenti di cui al comma 7, il termine di quindici giorni previsto dalla legge regionale n.32/94, art.35, comma 5, è fissato in quaranta giorni.

9. La deliberazione della Giunta regionale con la quale il Piano attuativo locale è approvato nella sua formulazione definitiva è trasmessa all'Azienda per i conseguenti provvedimenti attuativi ed è pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

ARTICOLO 17

INTERVENTI SANZIONATORI

1. Nei casi di mancata presentazione da parte delle Aziende sanitarie del Piano attuativo locale e dei piani annuali nei termini prescritti dall'art. 16, commi 1 e 2, o di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, ricorrono i gravi motivi previsti dal decreto legislativo 502/92, art. 3 bis, comma 7, così come introdotto dal decreto legislativo 229/99, art. 3.

ARTICOLO 18

RELAZIONE SANITARIA

1. Le Aziende sanitarie predispongono e trasmettono alla Giunta regionale entro il 31 gennaio di ogni anno, una relazione sanitaria contenente la sintesi dei dati e delle informazioni raccolte ed elaborate dal sistema informativo in ordine:

- a) alle condizioni di salute della popolazione;
- b) all'attività dei Distretti, dei Presidi, dei Dipartimenti e dei Servizi;
- c) alla situazione economico-finanziaria;
- d) allo stato di attuazione dei piani attuativi con la indicazione degli strumenti e dei sistemi utilizzati per la misurazione dei risultati raggiunti.

2. Entro il 30 settembre di ogni anno la Giunta regionale predisponde la relazione sanitaria regionale e la presenta al Consiglio regionale, che fa osservazioni e proposte per l'anno successivo.

3. La relazione regionale è formulata sulla base delle relazioni sanitarie delle Aziende sanitarie e contiene la verifica e la valutazione dello stato di attuazione del Piano sanitario regionale.

ARTICOLO 19

AGGIORNAMENTO DEL PIANO ATTUATIVO LOCALE

1. Entro il termine previsto dall'art. 18, comma 1, le Aziende sanitarie trasmettono alla Giunta regionale proposte di modifica dei rispettivi piani attuativi locali.

2. Le proposte di modifica sono adottate dal Direttore generale dell'Azienda sanitaria ed approvate dalla Giunta regionale con le procedure previste dall'art. 16.

ARTICOLO 20

CONFERENZA PERMANENTE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIO-SANITARIA REGIONALE

1. E' istituita la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria quale organo consultivo del Consiglio e della Giunta regionale.

2. La Conferenza esprime parere obbligatorio:

- a) sulla proposta di Piano sanitario regionale;
- b) sulle proposte di atti di rilievo regionali riguardanti l'alta integrazione socio-sanitaria;
- c) sugli atti di concertazione di rilievo regionale tra Regione e Aziende sanitarie;
- d) sugli atti di indirizzo e coordinamento emanati dalla Giunta regionale per l'elaborazione dei piani attuativi locali delle Aziende sanitarie;
- e) sulle proposte di legge e di regolamento in materia sanitaria e socio-sanitaria;
- f) sugli atti della Regione in materia di integrazione tra politiche sanitarie e politiche ambientali;
- g) sui provvedimenti della Giunta Regionale relativi alle Aziende ospedaliere, nei casi previsti dal decreto legislativo 502/92, art. 3 bis, commi 6 e 7, così come introdotto dal decreto legislativo 229/99, art. 3, fatti salvi i casi di particolare gravità ed urgenza, in presenza dei quali si prescinde dal parere.

3. La Giunta regionale ai sensi del combinato disposto dell'art.4, commi 1 e 2, e dell'art.5, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001, si avvale del concerto della Conferenza per determinare gli obiettivi, le funzioni ed i criteri di erogazione e di finanziamento delle prestazioni socio-sanitarie e del concorso della Conferenza stessa per coordinare gli interventi socio-sanitari delle Aziende sanitarie locali e dei Comuni, al fine di garantirne l'uniformità dei comportamenti e di vigilare sul rispetto delle direttive impartite.

4. La Conferenza approva annualmente un documento di valutazione sullo stato dell'organizzazione e dell'efficacia dei servizi sanitari e socio-assistenziali che è trasmesso alla Giunta regionale ed al Consiglio regionale, i quali fanno osservazioni e adottano provvedimenti consequenziali in caso di relazione che denoti un andamento negativo dell'azione amministrativa.

5. La Conferenza è presieduta dall'Assessore regionale alla sanità ed ha la seguente composizione:

- a) l'Assessore regionale ai rapporti con il sistema delle autonomie;
- b) l'Assessore regionale alle politiche sociali;
- c) l'Assessore regionale all'ambiente;
- d) il Presidente della quinta Commissione consiliare;
- e) il Sindaco del Comune, nel caso in cui l'ambito territoriale dell'Azienda sanitaria è coincidente;
- f) i Presidenti dei Comitati di rappresentanza delle Conferenze dei Sindaci, di cui alla legge regionale n.32/94, art.20, nei casi in cui l'ambito territoriale dell'Azienda sanitaria comprenda più Comuni;
- g) tre rappresentanti dell'Associazione Nazionale Comuni Italiani -ANCI- su designazione dell'Associazione;
- h) un rappresentante dell'Unione Regionale Province Italiane -URPI- su designazione dell'Associazione.
- i) i Presidi delle facoltà di medicina e chirurgia dell'Università Federico II e della II Università di Napoli;
- l) il Direttore generale dell'ARSAN;
- m) il Direttore generale dell'ARPAC.
- n) un Dirigente dell'Area Generale di Coordinamento - Piano sanitario regionale dell'Assessorato Regionale alla sanità;
- o) un Dirigente dell'Area Generale di Coordinamento - assistenza sanitaria dell'Assessorato regionale alla sanità;
- p) tre esperti designati dall'Assessore regionale alla sanità.
- q) l'assessore regionale al bilancio.

6. Ai fini dell'espressione del parere nelle materie di cui alla lettera b), e) ed f) del comma 2, la Conferenza è integrata dai Presidenti delle Province.

7. Ai fini dell'espressione del parere sui provvedimenti di cui alla lettera g) del comma 2, la Conferenza è integrata dal Sindaco del Comune capoluogo in cui è ubicata l'Azienda ospedaliera.

8. La costituzione della Conferenza e le sue modalità di funzionamento sono definite dalla Giunta regionale entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

ARTICOLO 21

IL COMITATO DI PARTECIPAZIONE

1. Le Aziende sanitarie locali, su proposta delle Associazioni di tutela dei diritti del cittadino e del volontariato presenti nell'ambito territoriale aziendale e d'intesa con le medesime, istituiscono il Comitato di partecipazione per la verifica ed il controllo del funzionamento delle strutture e dei servizi sanitari e socio-sanitari, ai sensi del decreto legislativo 502/92, art. 14, e successive modifiche ed integrazioni, e ne disciplinano il funzionamento.

2. Il Comitato di partecipazione dell'Azienda sanitaria locale esercita le sue funzioni anche nei confronti dell'Azienda o delle Aziende ospedaliere ubicate nel territorio. In tali casi, la costituzione ed il regolamento del Comitato sono definiti d'intesa anche con l'Azienda ospedaliera o con le Aziende ospedaliere interessate.

3. Il Comitato di partecipazione ha funzione consultiva e presenta istanze e proposte; esso riceve la documentazione relativa al funzionamento dei Servizi e delle Strutture, secondo le procedure definite nel regolamento e collabora con le Aziende sanitarie per l'individuazione delle modalità di raccolta e di analisi dei segnali di disservizio.

4. I componenti del Comitato di partecipazione non hanno diritto ad alcun compenso, salvo il rimborso di eventuali spese giustificate e documentate.

5. Il Comitato ha diritto ad un budget, definito sulla base del programma annuale di attività dal Direttore generale dell'Azienda sanitaria locale, d'intesa con l'Azienda o le Aziende ospedaliere che insistono nell'ambito territoriale e che concorrono alla spesa.

6. Il Direttore generale dell'Azienda sanitaria locale mette a disposizione del Comitato una sede con la strumentazione necessaria minima.

ARTICOLO 22

NORMA FINANZIARIA

1. Al finanziamento del Piano sanitario si provvede:

- a) con le risorse corrispondenti alle quote assegnate alla Regione che risultano dal riparto dei fondi destinati al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, ai sensi della legge n.388 del 23 dicembre 2000, art. 83, comma 1;
- b) con le entrate derivanti dalla mobilità sanitaria interregionale;
- c) con gli stanziamenti iscritti nel bilancio regionale finanziati con risorse proprie della Regione;

d) con gli stanziamenti specificamente iscritti nel bilancio regionale derivanti da assegnazioni dello Stato a destinazione vincolata;

e) con le risorse derivanti dagli avanzi di amministrazione delle Aziende sanitarie, secondo i criteri definiti dalla Giunta regionale;

f) con le risorse derivanti da alienazioni patrimoniali delle Aziende sanitarie;

g) con le entrate dirette delle Aziende sanitarie.

ARTICOLO 23

DICHIARAZIONE DI URGENZA

1. La presente legge è dichiarata urgente, ai sensi e per gli effetti degli artt.43 e 45 dello Statuto, ed entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

La presente Legge Regionale sarà pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

E' fatto obbligo, a chiunque spetti, di osservarla e di farla osservare come Legge della Regione Campania.

11 Luglio 2002

Bassolino

Legge Regionale "Norme per il piano regionale sanitario per il triennio 2002-2004"

Avvertenza:

Il Testo della legge viene pubblicato con le note redatte dal Servizio 02 del Settore Legislativo, al solo scopo di facilitarne la lettura (D.P.G.R.C. n. 10328 del 21 giugno 1996).

Note all'art.1

La legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 che detta norme in materia di "D.Lgs. 30/12/92, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni. Riordino del Servizio Sanitario Regionale", all'art. 30 così recita: "I Piani Regionali - 1. Il piano sanitario regionale è lo strumento di programmazione complessiva di settore con il quale il Consiglio Regionale, in adeguamento al piano sanitario nazionale, nell'ambito della programmazione regionale e delle relative politiche generali di bilancio, definisce gli obiettivi e le linee di governo del servizio sanitario regionale. Il Piano Sanitario Regionale detta inoltre norme di indirizzo per la organizzazione dipartimentale delle aziende sanitarie.

2. Il piano sanitario regionale ha durata triennale ed è approvato dal Consiglio Regionale su proposta della Giunta Regionale entro il 31 dicembre dell'anno antecedente al triennio al quale si riferisce la programmazione.

3. Il piano sanitario regionale, sulla base di una rilevazione sistematica dei dati relativi alle strutture sanitarie pubbliche e private presenti sul territorio regionale nonché di una stima del fabbisogno di servizi sanitari necessari a soddisfare la domanda di salute emergente dalla popolazione residente, definisce per il triennio di riferimento:

a. le priorità di intervento ai fini del riequilibrio territoriale dei presidi e servizi sanitari, nonché ai fini di un miglioramento della qualità delle prestazioni e dell'accessibilità alle stesse da parte dei cittadini, anche per il superamento di condizioni critiche evidenziate dagli indicatori epidemiologici;

b. i livelli di assistenza, da assicurare in condizioni uniformi sul territorio regionale, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i soggetti assistibili, rapportata al volume delle risorse disponibili;

c. le risorse finanziarie necessarie ad assicurare per ciascun anno del triennio i livelli di assistenza;

d. i vincoli finanziari relativi a ciascun macrolivello di assistenza;

e. gli standard generali di dotazione, sulla base dei profili organizzativi e funzionali delle aziende e dei criteri per l'accreditamento delle strutture sanitarie di cui all'art. 28, comma 7, della presente legge;

f. gli indicatori di verifica della qualità delle prestazioni e dell'efficienza dei servizi delle aziende;

g. gli ambiti entro i quali le istituzioni sanitarie private operano in maniera integrata con le aziende regionali;

h. i progetti obiettivo da realizzare tramite l'integrazione operativa ed il coordinamento funzionale dei servizi di competenza delle aziende;

i. le azioni programmate di rilievo regionale.

4. All'aggiornamento e/o alla modifica del piano sanitario regionale provvede il Consiglio Regionale, su conforme proposta della Giunta Regionale.

5. Per il triennio 1994-96 il piano sanitario regionale è approvato entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, recependo i livelli uniformi di assistenza di cui all'art. 6 della presente legge.

Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, recante norme in materia di: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n.421"

All'art.1, comma 13, così recita: "Il Piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano i Piani sanitari regionali, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali, ai sensi dell'articolo 2, comma 2-bis, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal Servizio sanitario nazionale."

Nota all'art.3

La legge regionale 30 aprile 2002, n.7 detta norme in materia di: "Ordinamento contabile della Regione Campania, articolo 34, comma 1, decreto legislativo 28 marzo 2000, n.76"

Nota all'art.6

La legge 23 dicembre 2000, n.388, recante norme in materia di: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2001). "all'art.86, così recita:"

1. Ciascuna regione individua, entro il 30 giugno 2001, nell'ambito del proprio territorio, uno o più distretti, ai quali assegnare, in via sperimentale, in accordo con l'azienda sanitaria interessata, la dotazione finanziaria di cui al presente articolo.

2. La regione assegna al distretto una dotazione finanziaria virtuale, calcolata sulla base del numero di abitanti moltiplicato per la parte della quota capitolata concernente le spese per prestazioni farmaceutiche, specialistiche, ospedaliere e residenziali, che si presumono indotte dall'attività prescrittiva dei medici di medicina generale nonché dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali e convenzionati e dei medici di continuità assistenziale.

3. La regione comunica ai Ministeri della sanità e del tesoro, del bilancio e della programmazione economica la metodologia ed i criteri utilizzati per l'individuazione della quota di spesa indotta di cui al comma 2.

4. La sperimentazione è costantemente seguita da un comitato di monitoraggio, composto da un rappresentante regionale, dal responsabile del distretto e da un rappresentante di ciascuna delle cinque categorie mediche interessate nominato dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livelli aziendale. Il comitato procede trimestralmente alla verifica delle spese indotte dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta, dagli specialisti ambulatoriali e convenzionati e dai medici di continuità assistenziale, e trasmette, entro trenta giorni dalla verifica, ai Ministeri della sanità e del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, alla regione e all'azienda unità sanitaria locale competente, una relazione sull'andamento della spesa rilevata e sulla compatibilità tra la proiezione di spesa e la dotazione finanziaria complessiva annua.

5. La sperimentazione ha durata di dodici mesi, con decorrenza dalla data individuata dalla regione e resa nota a tutti i soggetti interessati anche tramite le organizzazioni sindacali. A conclusione della sperimentazione la regione destina il 60 per cento delle minori spese indotte dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta, dagli specialisti ambulatoriali e convenzionati e dai medici di continuità assistenziale rispetto alla dotazione finanziaria complessiva individuata anche con riferimento ai valori di spesa coerenti con gli obiettivi di cui all'accordo Governo-Regioni, all'erogazione di servizi per i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali e convenzionati e i medici di continuità assistenziale con esclusione di incentivi di carattere pecuniario. Qualora le spese siano superiori alla dotazione finanziaria complessiva, la regione e l'azienda unità sanitaria locale competente ne verificano le cause ed attivano, in caso di accertamento di comportamenti irregolari, le misure previste dagli accordi collettivi nazionali e regionali, fatto salvo il procedimento disciplinare di cui al regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n.221"

Note all'art. 9

Il Decreto legislativo n. 299/99, recante: "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n.419" all'art.14, comma 2, così recita:

"Il Decreto legislativo n.502/92, art.3, comma 1 bis) così recita: "Modificazioni all'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

(1) Sostituisce il comma 1, art. 3, d.lg. 30 dicembre 1992, n. 502.

(2) Abroga i commi 2; 4; 5, lettere a), b), c), d), e), f); 6, quarto, quinto, settimo, dodicesimo, tredicesimo e quattordicesimo periodo; 7 primo, secondo, terzo, quarto, ottavo limitatamente alle parole "e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza", nono periodo; 8 e 13, primo, secondo, terzo, dodicesimo, tredicesimo, quattordicesimo periodo dell'art.3, d.lg. 30 dicembre 1992, n. 502. (3) Aggiunge gli artt. da 3-bis a 3-octies al d.lg. 30 dicembre 1992, n. 502.

Il citato decreto legislativo n.229/99. all'art.3 così recita: "Modificazioni all'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"

(1) Sostituisce il comma 1, art. 3, d.lg. 30 dicembre 1992, n. 502 (2) Abroga i commi 2; 4; 5, lettere a), b), c), d), e), f); 6, quarto, quinto, settimo, dodicesimo, tredicesimo e quattordicesimo periodo; 7 primo, secondo, terzo, quarto, ottavo limitatamente alle parole "e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle

materie di competenza”, nono periodo; 8 e 13, primo, secondo, terzo, dodicesimo, tredicesimo, quattordicesimo periodo dell’art.3, d.lg. 30 dicembre 1992, n. 502.

(3) Aggiunge gli artt. da 3-bis a 3-octies al d.lg. 30 dicembre 1992, n. 502

Nota all’art.10

La legge regionale 26 febbraio 1998, n.2 detta norme in materia di: “Piano regionale ospedaliero per il triennio 1997/1999”

Nota all’art. 12

Il citato decreto legislativo n. 502/92, all’art. 8 quinquies, così recita: “Accordi contrattuali.

1. Le regioni, [entro sessanta giorni dall’entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni], definiscono l’ambito di applicazione degli accordi contrattuali ed individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti:

a) individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;

b) indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l’indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale;

c) determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità ed alla rete dei servizi di emergenza;

d) criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura (1).

2. In attuazione di quanto previsto dal comma 1, la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano:

a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;

b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell’ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;

c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;

d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell’accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d);

e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall’articolo 8- (1) Le parole in parentesi quadra avrebbero dovuto essere le seguenti: «Entro il 30 settembre 1999» ossia sessanta giorni dall’entrata in vigore del d.lg. 19 giugno 1999, n. 229 di modifica del presente decreto.

(2) Articolo aggiunto dall’art. 8, d.lg. 19 giugno 1999, n. 229

“Il citato decreto legislativo n. 229/99, all’art. 8, così recita: “Modificazioni all’articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

1. (Omissis) (1).

2. (Omissis) (2).

3. Sono fatti salvi i provvedimenti in corso, attuativi dell’art. 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. Sono abrogati i commi 5, 6, 7 e 9 dell’articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

4. (Omissis) (3).

(1) Sostituisce i commi 1 e 1-bis dell’art. 8, d.lg. 30 dicembre 1992, n. 502

(2) Modifica il comma 8 dell’art. 8, d.lg. 30 dicembre 1992, n.502.

(3) Aggiunge gli artt. da 8-bis a 8-octies al d.lg. 30 dicembre 1992, n. 502.

Il citato decreto legislativo n.502/92, all’art. 8 quater così recita: “Art. 8-quater.

Accreditamento istituzionale. 1. L’accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza

ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. Al fine di individuare i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale, la regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa di cui all'articolo 9. La regione provvede al rilascio dell'accreditamento ai professionisti, nonché a tutte le strutture pubbliche ed equiparate che soddisfano le condizioni di cui al primo periodo del presente comma, alle strutture private non lucrative di cui all'articolo 1, comma 18, e alle strutture private lucrative.

2. La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies requisiti ulteriori costituiscono presupposto per l'accreditamento e vincolo per la definizione delle prestazioni previste nei programmi di attività delle strutture accreditate, così come definiti dall'articolo 8-quinquies.

3. Con atto di indirizzo e coordinamento emanato, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, [entro centottanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni], sentiti l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, il Consiglio superiore di sanità, e, limitatamente all'accreditamento dei professionisti, la Federazione Nazionale dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, sono definiti i criteri generali uniformi per:

a) la definizione dei requisiti ulteriori per l'esercizio delle attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture sanitarie e dei professionisti, nonché la verifica periodica di tali attività ;

b) la valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno e alla funzionalità della programmazione regionale, inclusa la determinazione dei limiti entro i quali sia possibile accreditare quantità di prestazioni in eccesso rispetto al fabbisogno programmato, in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate;

c) le procedure ed i termini per l'accreditamento delle strutture che ne facciano richiesta, ivi compresa la possibilità di un riesame dell'istanza, in caso di esito negativo e di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente nonché la verifica periodica dei requisiti ulteriori e le procedure da adottarsi in caso di verifica negativa (1).

4. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:

a) garantire l'eguaglianza fra tutte le strutture relativamente ai requisiti ulteriori richiesti per il rilascio dell'accreditamento e per la sua verifica periodica;

b) garantire il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale comunque impegnato in tutte le strutture;

c) assicurare che tutte le strutture accreditate garantiscano dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate per quantità, qualità e funzionalità in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili ed alle necessità assistenziali degli utilizzatori dei servizi;

d) garantire che tutte le strutture accreditate assicurino adeguate condizioni di organizzazione interna, con specifico riferimento alla dotazione quantitativa e alla qualificazione professionale del personale effettivamente impiegato;

e) prevedere la partecipazione della struttura a programmi di accreditamento professionale tra pari;

f) prevedere la partecipazione degli operatori a programmi di valutazione sistematica e continuativa dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e della loro qualità, interni alla struttura e interaziendali;

g) prevedere l'accettazione del sistema di controlli esterni sulla appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate, definito dalla regione ai sensi dell'articolo 8-octies;

h) prevedere forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi alla verifica dell'attività svolta e alla formulazione di proposte rispetto all'accessibilità dei servizi offerti, nonché l'adozione e l'utilizzazione sistematica della carta dei servizi per la comunicazione con i cittadini, inclusa la diffusione degli esiti dei programmi di valutazione di cui alle lettere e) ed f);

i) disciplinare l'esternalizzazione dei servizi sanitari direttamente connessi all'assistenza al paziente, prevedendola esclusivamente verso soggetti accreditati in applicazione dei medesimi criteri o di criteri comunque equivalenti a quelli adottati per i servizi interni alla struttura, secondo quanto previsto dal medesimo atto di indirizzo e coordinamento;

l) indicare i requisiti specifici per l'accreditamento di funzioni di particolare rilevanza, in relazione alla complessità organizzativa e funzionale della struttura, alla competenza e alla esperienza del personale richieste, alle dotazioni tecnologiche necessarie o in relazione all'attuazione degli obiettivi prioritari definiti dalla programmazione nazionale;

m) definire criteri per la selezione degli indicatori relativi all'attività svolta ed ai suoi risultati finali dalle strutture e dalle funzioni accreditate, in base alle evidenze scientifiche disponibili;

n) definire i termini per l'adozione dei provvedimenti attuativi regionali e per l'adeguamento organizzativo delle strutture già autorizzate;

o) indicare i requisiti per l'accreditamento istituzionale dei professionisti, anche in relazione alla specifica esperienza professionale maturata e ai crediti formativi acquisiti nell'ambito del programma di formazione continua di cui all'articolo 16-ter;

p) individuare l'organizzazione dipartimentale minima e le unità operative e le altre strutture complesse delle aziende di cui agli articoli 3 e 4, in base alla consistenza delle risorse umane,

tecnologiche e finanziarie, al grado di autonomia finanziaria e alla complessità dell'organizzazione interna;

q) prevedere l'estensione delle norme di cui al presente comma alle attività e alle strutture socio-sanitarie, ove compatibili.

5. Entro sessanta giorni dalla data entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni definiscono, in conformità ai criteri generali uniformi ivi previsti, i requisiti per l'accreditamento, nonché il procedimento per la loro verifica, prevedendo, per quanto riguarda l'accreditamento dei professionisti, adeguate forme di partecipazione degli Ordini e dei Collegi professionali interessati.

6. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni avviano il processo di accreditamento delle strutture temporaneamente accreditate ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, e delle altre già operanti.

7. Nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l'accreditamento può essere concesso, in via provvisoria, per il tempo necessario alla verifica del volume di attività svolto e della qualità dei suoi risultati. L'eventuale verifica negativa comporta la sospensione automatica dell'accreditamento temporaneamente concesso.

8. In presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies, sono tenute a porre a carico del Servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale. In caso di superamento di tale limite, ed in assenza di uno specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell'articolo 13, si procede, con le modalità di cui all'articolo 28, commi 9 e seguenti della legge 23 dicembre 1998, n. 448, alla revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso, in misura proporzionale al concorso a tale superamento apportato dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture private non lucrative e dalle strutture private lucrative (2).

(1) Le parole in parentesi quadra avrebbero dovuto essere le seguenti: <<Entro il 31 gennaio 2000>> ossia centottanta giorni dall'entrata in vigore del d.lg. 19 giugno 1999, n. 229 di modifica del presente decreto.

Nota all'art.16

La legge regionale n.32/94 già citata, all'art.35 così recita: " Vigilanza e controllo regionale sugli atti delle Aziende - 1. La Giunta regionale esercita la vigilanza ed il controllo sull'attività delle aziende mediante:

a. la permanente attività ispettiva svolta dai propri servizi ispettivi anche ai sensi del comma 2 dell'art. 10 del D.Lgs. 502/92⁽¹³⁾ e successive modifiche ed integrazioni;

b. il controllo preventivo, mediante approvazione degli atti del direttore generale inerenti:

1. lo statuto ed i regolamenti;

2. i piani attuativi del piano sanitario regionale;

3. il bilancio pluriennale di previsione;

4. il bilancio preventivo economico annuale;

5. il conto consuntivo;

6. la destinazione dell'eventuale avanzo di esercizio nonché le modalità di copertura degli eventuali disavanzi;

7. le convenzioni con l'Università;

8. gli atti previsti dall'art. 4, comma 8, della Legge 412/91.

2. Gli atti di cui al precedente comma, limitatamente ai numeri 2, 3 e 4, sono inviati preventivamente ai sensi dell'art. 21 della presente legge al sindaco o al comitato di rappresentanza della conferenza dei sindaci che esprime le proprie osservazioni entro i termini di 15 giorni dalla trasmissione. Alla scadenza del suddetto termine gli atti sono comunque sottoposti all'approvazione della Giunta Regionale.

3. Gli atti di cui ai numeri 3, 4, 5 e 6 del precedente comma devono essere inviati alla Giunta Regionale corredati del parere del collegio dei revisori.

4. Tutti gli atti di cui al precedente comma 1 si intendono approvati dalla Giunta Regionale, decorso il termine di 40 giorni dal loro ricevimento. Tale termine può essere interrotto una sola volta a seguito di chiarimenti o elementi integrativi richiesti dalla Giunta Regionale.

5. I chiarimenti e gli elementi integrativi di cui al comma precedente devono pervenire, a pena di decadenza, entro i successivi 15 giorni e da tale data decorre nuovamente il termine di 20 giorni.

6. Gli atti del direttore generale non soggetti al controllo preventivo della Giunta Regionale sono efficaci trascorsi 10 giorni dalla pubblicazione nell'albo della sede dell'azienda.

7. Nei casi previsti dalla nominativa vigente la Giunta Regionale esercita il controllo sostitutivo mediante la nomina di commissari per l'adozione degli atti.

Nota all'art.17

Il decreto legislativo n.502/92, già citato, all'art.3 bis, comma 7, così recita: "7. Quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione; in tali casi la regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. Il sindaco o la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2bis, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla regione di revocare il direttore generale, o di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto. Quando i procedimenti di valutazione e di revoca di cui al comma 6 e al presente comma riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis è integrata con il sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda.

8. Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile. La regione disciplina le cause di risoluzione del rapporto con il direttore amministrativo e il direttore sanitario. Il trattamento economico del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore 7. Quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione; in tali casi la regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. Il sindaco o la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere,

la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla regione di revocare il direttore generale, o di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto. Quando i procedimenti di valutazione e di revoca di cui al comma 6 e al presente comma riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis è integrata con il sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda."

Il decreto legislativo n.229/99, già citato, all'art.3, così recita:

"Modificazioni all'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502."

(1) Sostituisce il comma 1, art. 3, d.lg. 30 dicembre 1992, n. 502. (2) Abroga i commi 2; 4; 5, lettere a), b), c), d), e), f); 6, quarto, quinto, settimo, dodicesimo, tredicesimo e quattordicesimo periodo; 7 primo, secondo, terzo, quarto, ottavo limitatamente alle parole "e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza", nono periodo; 8 e 13, primo, secondo, terzo, dodicesimo, tredicesimo, quattordicesimo periodo dell'art.3, d.lg. 30 dicembre 1992, n. 502. (3) Aggiunge gli artt. da 3bis a 3octies al d.lg. 30 dicembre 1992,n.502

Note all'art.20

Il decreto legislativo n.502/92 già citato all'art.3 bis, commi 6 e 7 così recita: "6. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 5 e, sentito il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2bis, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine. La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale, salvo quanto disposto dal comma 7.

7. Quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione; in tali casi la regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere

nei casi di particolare gravità e urgenza. Il sindaco o la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla regione di revocare il direttore generale, o di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto. Quando i procedimenti di valutazione e di revoca di cui al comma 6 e al presente comma riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis è integrata con il sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda.

L'art.3 del decreto legislativo n.229/99 è stato già citato.

Nota all'art.21

Il citato decreto legislativo n.502/92, all'art.14 così recita:

"Diritti dei cittadini. "1. Al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale il Ministro della sanità definisce con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché dell'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. A tal fine il Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e con il Ministro degli affari sociali, può avvalersi anche della collaborazione delle università, del Consiglio nazionale delle ricerche, delle organizzazioni rappresentative degli utenti e degli operatori del Servizio sanitario nazionale nonché delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti (1). 2. Le regioni utilizzano il suddetto sistema di indicatori per la verifica, anche sotto il profilo sociologico, dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini, per la programmazione regionale, per la definizione degli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie. Le regioni promuovono inoltre consultazioni con i cittadini e le loro organizzazioni anche sindacali ed in particolare con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi. Tali soggetti dovranno comunque essere sentiti nelle fasi dell'impostazione della programmazione e verifica dei risultati conseguiti e ogniqualvolta siano in discussione provvedimenti su tali materie. Per le finalità del presente articolo, le regioni prevedono forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale. Le regioni determinano altresì le modalità della presenza nelle strutture degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, anche attraverso la previsione di organismi di consultazione degli stessi presso le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere (2). 3. Il Ministro della sanità, in sede di presentazione della relazione sullo stato sanitario del Paese, riferisce in merito alla tutela dei diritti dei cittadini con riferimento all'attuazione degli indicatori di qualità. 4. Al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere provvedono ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe, sulle modalità di accesso ai servizi. Le aziende individuano inoltre modalità di raccolta ed analisi dei segnali di disservizio, in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale ed il direttore generale dell'azienda ospedaliera convocano, almeno una volta l'anno, apposita conferenza dei servizi quale strumento per verificare l'andamento dei servizi anche in relazione all'attuazione degli indicatori di qualità di cui al primo comma, e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni. Qualora il direttore generale non provveda, la conferenza viene convocata dalla regione.

5. Il direttore sanitario e il dirigente sanitario del servizio, a richiesta degli assistiti, adottano le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza. Al fine di garantire la tutela del cittadino avverso gli atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa, redatti in carta semplice, da presentarsi entro quindici giorni, dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui intende osservare od opporsi, da parte dell'interessato, dei suoi parenti o affini, degli organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la regione competente, al direttore generale dell'unità sanitaria locale o dell'azienda che decide in via definitiva o comunque provvede entro quindici giorni, sentito il direttore sanitario. La presentazione delle anzidette osservazioni ed opposizioni non impedisce né preclude la proposizione di impugnativa in via giurisdizionale. 6. Al fine di favorire l'esercizio del diritto di libera scelta del medico e del presidio di cura, il Ministero della sanità cura la pubblicazione dell'elenco di tutte le istituzioni pubbliche e private che erogano prestazioni di alta specialità, con l'indicazione delle apparecchiature di alta tecnologia in dotazione nonché delle tariffe praticate per le prestazioni più rilevanti. La prima pubblicazione è effettuata entro il 31 dicembre 1993 (1).

7. è favorita la presenza e l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti. A tal fine le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere stipulano con tali organismi, senza oneri a carico del Fondo sanitario regionale, accordi o protocolli che stabiliscano gli ambiti e le modalità della collaborazione, fermo restando il diritto alla riservatezza comunque garantito al cittadino e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori sanitari; le aziende e gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti concordano programmi comuni per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini. I

rapporti tra aziende ed organismi di volontariato che esplicano funzioni di servizio o di assistenza gratuita all'interno delle strutture sono regolati sulla base di quanto previsto dalla legge n. 266/91 e dalle leggi regionali attuative (1).

8. Le regioni, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere promuovono iniziative di formazione e di aggiornamento del personale adibito al contatto con il pubblico sui temi inerenti la tutela dei diritti dei cittadini, da realizzare anche con il concorso e la collaborazione delle rappresentanze professionali e sindacali. (1) Comma così sostituito dall'art. 15, d.lg. 7 dicembre 1993, n. 517.

(2) Comma così modificato dall'art. 12, d.lg. 19 giugno 1999, n. 229.

Nota all'art.22

La citata legge n.388/2000, al comma 1) dell'art.83, così recita: "La lettera g) del comma 1 dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n.133, è abrogata: Con decorrenza dal 1° gennaio 2001, il vincolo di destinazione delle risorse destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, previsto dall'articolo 8, comma 1., del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n.56, è soppresso. Ciascuna regione è tenuta, per il triennio 2001_2003, a destinare al finanziamento della spesa sanitaria regionale risorse non inferiori alle quote che risultano dal riparto dei fondi destinati per ciascun anno al finanziamento del Servizio sanitario nazionale.