

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3940

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**LANDI DI CHIAVENNA, ANNUNZIATA, BELLOTTI, BERTOLINI, CRAXI,
D'ALIA, DI TEODORO, GIACHETTI, MACERATINI, RAISI, TAORMINA**

Delega al Governo per l'apertura del Servizio sanitario nazionale alla concorrenza tra pubblico e privato nel finanziamento e nella produzione dei servizi ai cittadini

Presentata il 5 maggio 2003

ONOREVOLI COLLEGHI! — La proposta di legge mira alla liberalizzazione del sistema sanitario italiano, che è ancora bloccato dalla sostanziale persistenza del monopolio pubblico soprattutto nel meccanismo di finanziamento del servizio. La strada maestra seguita dalla proposta di legge è quella di accrescere il potere selettivo della domanda, introducendo per ogni cittadino la libertà di scegliere mutualità o assicurazioni sostitutive dell'iscrizione al Servizio sanitario nazionale, restando inteso che per quanti non intendano avvalersi di tale facoltà scatta automaticamente l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale stesso. Questo meccanismo va inserito all'interno di un processo federalista avanzato, in base al quale saranno le regioni (cui devono competere le funzioni di le-

gislazione, programmazione, coordinamento e controllo, lasciando allo Stato la funzione di indirizzo strategico) a raccogliere i contributi sanitari dei cittadini, per poi restituire a ciascuno un « buono salute » sufficiente a coprire il costo dell'assicurazione sociale obbligatoria, spendibile presso una compagnia di assicurazione pubblica o privata liberamente scelta. Le mutue o le assicurazioni che intendano fornire la assicurazione sociale obbligatoria dovranno preventivamente ottenere per i relativi contratti il nulla osta da parte dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali. In particolare tale verifica sarà volta ad accertare la previsione di una copertura minima identica a quella del Servizio sanitario nazionale, a prevenire pratiche quali la « scrematura del rischio » o co-

munque volte a penalizzare quanti abbiano optato per il regime privatistico. I cittadini che decidessero di dotarsi di una copertura sanitaria integrativa di quella sociale obbligatoria usufruiranno di deduzioni fiscali mirate.

Al fine di ridurre al minimo le asimmetrie informative della domanda è prevista l'adozione di un sistema organico di indicatori e la completa digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale (*network sanitario*).

Una rivoluzione di questo tipo mira ad accrescere l'apertura del sistema sanitario italiano alla concorrenza anche nella produzione dei servizi e a completare il processo di aziendalizzazione delle strutture del Servizio sanitario nazionale. Sul fronte pubblico, il passaggio fondamentale resta la completa separazione fra i soggetti erogatori dei servizi (Azienda sanitaria locale, assicurazioni, mutue) e i soggetti produttori accreditati (pubblici, privati, *non profit*), in modo da garantire l'effettiva parità degli erogatori di tutti i *provider* in concorrenza fra loro sulla base della qualità e dell'efficienza delle prestazioni erogate. In questa prospettiva si collocano le proposte di scorporare dalle ASL tutte le strutture ospedaliere, per configurarle giuridicamente come società di capitali aperte alla partecipazione di risorse di fondazioni e di privati, e di privatizzare il rapporto di lavoro del personale sanitario al fine di introdurre flessibilità, responsabilizzazione e valorizzazione delle professionalità. L'obiettivo è anche quello di ridurre il potere di conservazione dello *status quo* delle *lobby* burocratiche, che governano la sanità italiana a scapito dell'interesse generale.

L'accreditamento dei *provider* per la copertura dei livelli essenziali e dei livelli complementari di assistenza dovrà essere effettuato da soggetti terzi e indipendenti, sulla base di criteri equi, oggettivi traspa-

renti e omogenei su tutto il territorio nazionale, integrabili dalle regioni.

Le caratteristiche emergenti della nuova domanda di salute sono alla base della proposta di potenziare la funzione di *gatekeeper* del medico di medicina generale, che deve essere responsabilizzato attraverso l'assegnazione di un *budget* di spesa individuale e un sistema di incentivi e di sanzioni economiche. L'obiettivo è quello di garantire la continuità assistenziale sul territorio e di ridurre il numero delle ospedalizzazioni inappropriate.

Viene infine data particolare rilevanza alla ridefinizione dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale, università e imprese soprattutto allo scopo di sviluppare la ricerca scientifica, in particolare quella biotecnologica, e di realizzare una formazione adeguata alla modernizzazione per gli operatori del settore. Il risultato atteso della proposta di legge è una riqualificazione complessiva dell'offerta di assistenza sanitaria nel nostro Paese, per accrescere la soddisfazione dei cittadini, e una razionalizzazione dei flussi di spesa, in particolare di quella privata, che per la maggior parte al momento copre servizi teoricamente già garantiti dal servizio pubblico, con grave danno per il bilancio dello Stato e per la parte più debole e bisognosa della popolazione.

La proposta di legge fa parte del gruppo di 25 proposte di legge di iniziativa popolare predisposto da « Radicali italiani », per ciascuna delle quali sono state raccolte le firme di decine di migliaia di cittadini elettori, malgrado sia stato negato agli italiani il diritto di conoscerle, come riconosciuto da 196 parlamentari di ogni schieramento politico che si sono impegnati a depositarle — pur non condividendole tutte nel merito — dopo 28 giorni di sciopero della fame attuato da Daniele Capezzone, segretario dei « Radicali italiani ».

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

(Delega al Governo).

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi recanti disposizioni modificative e integrative del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, sulla base dei principi e dei criteri direttivi previsti dall'articolo 2 della presente legge.

2. L'esercizio della delega di cui al comma 1 deve avvenire nel rispetto delle competenze trasferite alle regioni e delle singole iniziative legislative regionali in materia.

3. Sugli schemi di decreto legislativo di cui al comma 1 il Governo acquisisce il parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia, nonché della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di seguito denominato « Conferenza Stato-regioni ».

4. L'esercizio della delega di cui alla presente legge non comporta complessivamente oneri aggiuntivi per il bilancio dello Stato e delle regioni.

ART. 2.

(Principi e criteri direttivi di delega).

1. Nell'emanazione dei decreti legislativi di cui all'articolo 1, il Governo si attiene ai seguenti principi e criteri direttivi:

a) perseguire la piena realizzazione del diritto alla salute ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione;

b) completare il processo di federalismo sanitario in base al quale allo Stato compete la funzione di indirizzo strategico, che viene esercitata attraverso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, e alle regioni competono le funzioni di legislazione, di programmazione, di coordinamento e di controllo;

c) completare il processo di aziendalizzazione delle strutture del Servizio sanitario nazionale;

d) garantire ai cittadini la libertà di scelta del medico, dello specialista e della struttura ospedaliera a cui rivolgersi;

e) garantire ai cittadini la libertà di scelta tra l'iscrizione al Servizio sanitario pubblico o, alle medesime condizioni e ai medesimi costi, ad un'assicurazione o una mutua privata sulle malattie. Per i cittadini che non si avvalgono di tale facoltà scatta automaticamente l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale. I cittadini possono modificare nel tempo la loro scelta;

f) prevedere la potestà delle regioni di raccogliere i contributi sanitari dei cittadini in proporzione al reddito, finalizzati all'assegnazione di « buoni salute » uguali su tutto il territorio nazionale e sufficienti a coprire il costo dell'assicurazione sociale obbligatoria, spendibile, secondo la scelta del cittadino, presso il Servizio sanitario nazionale o una mutua o una assicurazione privata abilitata. Sia il Servizio sanitario nazionale che le mutue o le assicurazioni private sono abilitate ad acquistare servizi e prestazioni dalle strutture, pubbliche o private, che li forniscono al minor prezzo e nel modo più qualificato, efficace ed efficiente. Le regioni che non dispongono di una base imponibile sufficiente a soddisfare la domanda sanitaria possono richiedere, prima dell'inizio dell'esercizio finanziario, un'integrazione annuale di fondi allo Stato, che li stanziava in sede di legge finanziaria, in accordo con la Conferenza Stato-regioni e previa verifica attraverso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali delle condizioni di svantaggio. Le regioni interessate, entro tre mesi dalla fine dell'esercizio finanziario, sono tenute

alla presentazione al Governo di un dettagliato rapporto sulla modalità di utilizzazione dei fondi perequativi ricevuti;

g) regolamentare le caratteristiche dei contratti sostitutivi dell'assistenza pubblica, al fine di vietare pratiche indebite di scrematura del rischio o qualunque altra pratica penalizzante nei confronti degli utenti che optano per il regime privatistico;

h) definire entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge i livelli essenziali di assistenza garantiti attraverso l'assicurazione sociale obbligatoria, stipulata con il Servizio sanitario nazionale o con una mutua o una assicurazione privata. Tale definizione deve essere aggiornata ogni tre anni. Le regioni autonomamente determinano i criteri e le modalità per la copertura sanitaria complementare, prevedendo deduzioni fiscali per le spese sostenute dai cittadini per la stipula di assicurazioni e di mutue, le quali non possono in ogni caso fornire prestazioni già comprese nei livelli essenziali di assistenza;

i) porre a carico del Servizio sanitario nazionale il costo della copertura delle fasce più deboli della popolazione per livello di reddito e per gravità o cronicità delle malattie. Per gli altri cittadini deve essere previsto un sistema di compartecipazione alla spesa per tutte le prestazioni sanitarie, graduato in base al livello del reddito dei singoli;

l) garantire la netta separazione fra soggetti pubblici erogatori dei servizi, ovvero azienda sanitaria locale (ASL), assicurazioni o mutue, e soggetti produttori accreditati, pubblici, privati, e *non profit*. A tale fine dalle ASL sono scorporate tutte le strutture ospedaliere che devono essere configurate giuridicamente come società di capitali;

m) garantire l'effettiva parità di tutti i soggetti produttori dei servizi in concorrenza fra loro sulla base della qualità e dell'efficienza delle prestazioni erogate. I produttori accreditati sono finanziati

esclusivamente tramite i ricavi provenienti dalle prestazioni da essi erogate. Le aziende ospedaliere e i produttori privati sono remunerati attraverso un sistema tariffario prospettico. Le regioni, le Asl e le aziende ospedaliere esercitano i controlli sull'appropriatezza e sulle caratteristiche qualitative delle prestazioni remunerate a tariffa;

n) prevedere la partecipazione di risorse di fondazioni e di privati al capitale delle strutture pubbliche di produzione;

o) completare il processo di adozione della contabilità economico-industriale delle ASL e delle aziende ospedaliere;

p) definire linee guida secondo criteri equi, oggettivi e trasparenti omogenei su tutto il territorio nazionale per l'accreditamento dei soggetti a produrre prestazioni sanitarie per la copertura dei livelli essenziali e dei livelli complementari di assistenza. Tali criteri sono aggiornati ogni tre anni per l'accreditamento dei soggetti a produrre prestazioni sanitarie per il Servizio sanitario nazionale; i criteri per l'accreditamento devono essere univoci su tutto il territorio nazionale. Essi possono essere integrati, in senso migliorativo e selettivo, dalle regioni a seconda delle peculiarità del territorio, delle specializzazioni sanitarie più ricorrenti a livello locale e degli orientamenti espressi dai cittadini. L'accreditamento deve essere realizzato da soggetti terzi e indipendenti, i quali devono garantire nel tempo i controlli e le verifiche;

q) adottare un sistema organico di indicatori di attività, di spesa e di risultato al fine di monitorare costantemente e in maniera completa l'andamento della domanda e dell'offerta di salute su tutto il territorio nazionale;

r) potenziare, in collaborazione con le regioni, la digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale, realizzando un canale di informazioni sanitario nazionale e regionale in grado di fornire in tempo reale informazioni utili a operatori e a cittadini e per consentire a questi ultimi di eser-

citare effettivamente e consapevolmente la libertà di scelta;

s) prevedere una completa autonomia da parte delle regioni sui contratti di lavoro e sui costi dei farmaci, da realizzare anche attraverso una contrattazione aggiuntiva rispetto ai prezzi stabiliti a livello nazionale;

t) prevedere la privatizzazione del rapporto di lavoro del personale sanitario al fine di introdurre flessibilità, responsabilizzazione e valorizzazione delle professionalità. Devono essere introdotti sistemi di incentivazione per i medici e per la dirigenza medica sulla base delle prestazioni raggiunte. Per i direttori generali delle ASL e delle aziende ospedaliere che non raggiungono gli obiettivi prefissati in termini di efficienza di gestione e di efficacia del servizio deve essere prevista la risoluzione del rapporto di lavoro;

u) potenziare la funzione di autorizzazione delle prestazioni di secondo livello del medico di medicina generale sul territorio, responsabilizzandolo attraverso l'assegnazione di un *budget* di spesa individuale, controllato a livello regionale. Devono essere previsti incentivi e sanzioni economiche sui risultati ottenuti in termini di risparmi di spesa e di qualità dell'assistenza;

v) prevedere entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge l'attivazione di tutti i distretti sul territorio nazionale, al fine di potenziare la rete integrata di servizi territoriali, garantire la continuità assistenziale e ridurre il numero di ospedalizzazioni inappropriate. Deve essere previsto, in particolare, lo sviluppo dell'assistenza domiciliare anche per la terapia del dolore e le cure palliative e delle strutture residenziali e semi-residenziali per le persone anziane e per gli ammalati che non possono essere gestiti domiciliarmente;

z) prevedere per le ASL e le aziende ospedaliere la possibilità di ricorrere a strumenti finanziari avanzati per sostenere le spese di ristrutturazione edilizia e

di ammodernamento del patrimonio tecnologico;

aa) razionalizzare la spesa farmaceutica introducendo il sistema dei prezzi di riferimento che fissi il massimo rimborso per i prodotti con valore terapeutico equivalente. Il prezzo di riferimento non si applica ai prodotti ospedalieri o a quelli classificati come innovativi per i quali è prevista la totale rimborsabilità da parte del Servizio sanitario nazionale. La differenza fra il rimborso e il prezzo di vendita del prodotto è a carico dei cittadini. Le spese per i farmaci sono rimborsate nei limiti del prezzo di riferimento dai fondi malattia e dalle assicurazioni o dalle mutue private con varie forme di copertura a seconda del tipo di polizza stipulata. Le regioni possono definire mini-prontuari farmaceutici regionali in aggiunta a quello nazionale, al fine di tenere conto delle peculiarità, anche epidemiologiche, del territorio e degli orientamenti espressi dai cittadini;

bb) garantire il collegamento delle strategie sanitarie nazionali con le strategie adottate dall'Unione europea, in particolare dal Programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008), di cui alla decisione n. 1786/2002/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 settembre 2002;

cc) potenziare il ruolo di indirizzo, di controllo e di rapporti con l'utenza dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

ART. 3.

(Testo unico).

1. Entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Governo è delegato ad adottare un decreto legislativo recante il testo unico delle leggi e degli atti aventi forza di legge concernenti l'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario nazionale.

2. Il decreto legislativo di cui al comma 1 è emanato previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, dell'Agen-

zia per i servizi sanitari regionali e della Conferenza Stato-regioni.

ART. 4.

(Ridefinizione del rapporto fra Servizio sanitario nazionale, università e imprese).

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, un decreto legislativo volto a ridefinire i rapporti tra Servizio sanitario nazionale e università, attenendosi ai seguenti principi e criteri direttivi:

a) rafforzare i processi di collaborazione tra università e Servizio sanitario nazionale, e tra questi e il mondo delle imprese industriali, introducendo incentivi alla realizzazione di centri di eccellenza nelle vicinanze dei grandi insediamenti industriali, garantendo alle università il contributo e l'esperienza delle imprese, superando gli ostacoli normativi alla mobilità dei ricercatori fra università, centri pubblici di ricerca e aziende e offrendo incentivi allo sfruttamento commerciale dei risultati delle ricerche introducendo incentivi finanziari mirati, nazionali e regionali;

b) promuovere lo sviluppo della ricerca scientifica assicurando una rigorosa salvaguardia del regime brevettuale e recependo nella legislazione nazionale la normativa comunitaria in materia di biotecnologie;

c) sviluppare una chiara azione di coordinamento della ricerca biomedica secondo un preciso piano strategico, superando una logica divisionale, anche attraverso l'istituzione di un'agenzia nazionale per la ricerca biomedica. Deve essere prevista un'azione di coordinamento con i Paesi membri e non membri dell'Unione europea, volta a realizzare un sistema europeo integrato di ricerca biomedica;

d) assicurare, nel quadro della programmazione sanitaria nazionale e regio-

nale, lo svolgimento delle attività assistenziali funzionali alle esigenze della didattica e della ricerca;

e) assicurare la coerenza fra l'attività assistenziale e le esigenze della ricerca e della formazione mediche. La formazione deve adeguarsi ai rapidi cambiamenti in atto nella domanda di salute e alle concrete necessità operative della pratica terapeutica quotidiana.

PAGINA BIANCA

€ 0,26



14PDL0046180