

11. Con il disegno di legge di cui al comma 1, il Governo propone annualmente al Parlamento le norme di delega ovvero di delegificazione necessarie alla compilazione di testi unici legislativi o regolamentari, con particolare riferimento alle materie interessate dalla attuazione della presente legge. In sede di prima attuazione della presente legge, il Governo è delegato ad emanare, entro il termine di sei mesi decorrenti dalla data di entrata in vigore dei decreti legislativi di cui all'art. 4, norme per la delegificazione delle materie di cui all'art. 4, comma 4, lettera c), non coperte da riserva assoluta di legge, nonché testi unici delle leggi che disciplinano i settori di cui al medesimo art. 4, comma 4, lettera c), anche attraverso le necessarie modifiche, integrazioni o abrogazioni di norme, secondo i criteri previsti dagli articoli 14 e 17 e dal presente articolo».

98G0173

#### DECRETO LEGISLATIVO 29 aprile 1998, n. 124.

**Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449.**

### IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 5, 76, 87, 117, 118 e 128 della Costituzione;

Visto l'articolo 59, commi 50 e 51, della legge 27 dicembre 1997, n. 449;

Visto il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109;

Vista la preliminare deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 3 aprile 1998;

Acquisito il parere della commissione Igiene e sanità del Senato;

Acquisito il parere della commissione Affari sociali della Camera;

Acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali;

Sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative;

Acquisito il parere della conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, unificata con la conferenza Stato-città e autonomie locali;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 24 aprile 1998;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri e del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri delle finanze, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, per la funzione pubblica e gli affari regionali e per la solidarietà sociale;

E M A N A

il seguente decreto legislativo:

#### Art. 1.

##### *Finalità e criteri generali*

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce la tutela della salute e l'accesso ai servizi alla totalità dei propri assistiti, senza distinzioni individuali o sociali. Nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza efficaci, appropriati ed uniformi posti a carico del Servizio sanitario

nazionale sono individuate le prestazioni la cui fruizione è subordinata al pagamento diretto da parte dell'assistito di una quota limitata di spesa, finalizzata a promuovere la consapevolezza del costo delle prestazioni stesse. La partecipazione è strutturata in modo da evitare l'uso inappropriato dei diversi regimi di erogazione dei servizi e delle prestazioni.

2. In armonia con i principi e le finalità del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, il presente decreto fissa i criteri, gli ambiti e le modalità di applicazione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni, nonché i criteri di esenzione dalla stessa per i singoli assistiti in relazione alla situazione economica del nucleo familiare e alle condizioni di malattia.

3. Nel rispetto del principio della sostenibilità economica della spesa associata al consumo di prestazioni sanitarie soggette a partecipazione, è riconosciuta agli assistiti l'esenzione dalla partecipazione in relazione a:

a) la situazione economica del nucleo familiare, ai sensi dell'articolo 4;

b) la presenza di specifiche condizioni di malattia, limitatamente alle prestazioni connesse, ai sensi dell'articolo 5.

4. Al fine di favorire la partecipazione a programmi di prevenzione di provata efficacia, di garantire l'accesso all'assistenza sanitaria di base, nonché di assicurare il ricorso all'assistenza ospedaliera ogniqualvolta il trattamento in regime di ricovero ordinario risulti appropriato rispetto alle specifiche condizioni di salute, sono escluse dal sistema di partecipazione al costo e, quindi, erogate senza oneri a carico dell'assistito al momento della fruizione:

a) le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni di assistenza specialistica incluse in programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva realizzati in attuazione del piano sanitario nazionale, dei piani sanitari regionali o comunque promossi o autorizzati con atti formali della regione;

b) le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni di assistenza specialistica finalizzate alla tutela della salute collettiva obbligatorie per legge o disposte a livello locale in caso di situazioni epidemiche, nonché quelle finalizzate all'avviamento al lavoro derivanti da obblighi di legge;

c) le prestazioni di medicina generale e di pediatria di libera scelta;

d) i trattamenti erogati nel corso di ricovero ospedaliero in regime ordinario, ivi inclusi i ricoveri di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie, e le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato, preventivamente erogate dalla medesima struttura, ai sensi dell'articolo 1, comma 18, della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

5. Restano altresì escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni erogate a fronte di condizioni di interesse sociale, finalizzate a:

a) la tutela della maternità, limitatamente alle prestazioni definite dal decreto del Ministro della sanità del 6 marzo 1995, pubblicato nella *Gazzetta Uffi-*

ciale n. 87 del 13 aprile 1995, da aggiornare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sentito il Consiglio superiore di sanità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome;

b) la prevenzione della diffusione dell'infezione da HIV, limitatamente all'accertamento dello stato di infezione, in favore dei soggetti appartenenti a categorie a rischio, con comportamenti a rischio o incidentalmente esposti a rischio di infezione;

c) la promozione delle donazioni di sangue, organi e tessuti, limitatamente alle prestazioni connesse all'attività di donazione;

d) la tutela dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, limitatamente alle prestazioni ivi indicate;

e) i vaccini per le vaccinazioni non obbligatorie di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, nonché quelli previsti da programmi approvati con atti formali delle regioni nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive nell'infanzia.

#### Art. 2.

##### *Prestazioni soggette al sistema di partecipazione al costo*

1. Nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza efficaci, appropriati ed uniformi, garantiti dal Servizio sanitario nazionale alla totalità dei propri assistiti, sono soggette alla partecipazione al costo le seguenti prestazioni:

a) prestazioni di assistenza farmaceutica;

b) prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;

c) prestazioni erogate in regime di ricovero diurno finalizzato ad accertamenti diagnostici e quindi con l'esclusione dei ricoveri diurni individuati nell'allegato 1;

d) prestazioni di assistenza termale;

e) prestazioni di assistenza riabilitativa extraospedaliera erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, semi-residenziale e residenziale.

2. È confermato l'attuale regime di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica. Con il decreto del Ministro della sanità di cui all'articolo 8, comma 5, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, sono ridefinite le modalità di erogazione e di distribuzione dei prodotti al fine di contenere la corrispondente spesa a carico del Servizio sanitario nazionale.

3. È confermato l'attuale regime di erogazione dei prodotti dietetici ai sensi del decreto del Ministro della sanità del 1° luglio 1982, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 217 del 9 agosto 1982. Il Ministro della sanità provvede all'aggiornamento del suddetto decreto, prevedendo la gratuità dei prodotti relativi all'allattamento dei bambini nati da madri HIV positive e ridefinendo le modalità di erogazione e di distribuzione dei prodotti dietetici, al fine di contenere la corrispondente spesa a carico del Servizio sanitario nazionale.

4. Le regioni, fermo restando quanto disposto dall'articolo 1, possono includere tra le prestazioni soggette alla partecipazione al costo quelle erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero, non seguite da ricovero, effettuabili in regime ambulatoriale senza pregiudizio del paziente e per le quali non si riscontra carattere di emergenza o urgenza. Tale ampliamento è volto a favorire la redistribuzione degli oneri da partecipazione fra gli assistiti non esenti e a promuovere il ricorso appropriato ai diversi regimi di erogazione delle prestazioni.

#### Art. 3.

##### *Modalità di partecipazione al costo delle prestazioni*

1. Le modalità di partecipazione al costo da parte degli assistiti non esenti per le prestazioni di cui all'articolo 2, comma 1, si applicano a decorrere dall'introduzione del sistema di partecipazione e di esenzione correlato alla situazione economica del nucleo familiare, ai sensi dell'articolo 4, e comunque a partire dal 1° gennaio 2000.

2. Per i farmaci collocati nella classe di cui all'articolo 8, comma 10, lettera a), della legge 24 dicembre 1993, n. 537, è dovuta una partecipazione al costo pari a 3.000 lire per ricetta, per prescrizione di una confezione, e pari a 6.000 lire per ricetta, per prescrizioni di più confezioni. Per i farmaci collocati nella classe di cui al citato articolo 8, comma 10, lettera b), è dovuta una partecipazione al costo pari al 50% del prezzo di vendita al pubblico dagli assistiti parzialmente esentati e non esentati dalla partecipazione ai sensi del successivo articolo 4. I farmaci collocati nella classe di cui al citato articolo 8, comma 10, lettera c), sono a totale carico dell'assistito. È abrogato l'articolo 1, comma 42, della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

3. Per le singole prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e per le altre prestazioni specialistiche erogate in regime ambulatoriale è dovuta una partecipazione al costo pari all'85% della corrispondente tariffa determinata dalla regione di appartenenza del soggetto erogatore, fino ad un importo massimo di spesa di 100.000 lire per singola ricetta, fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 3, della legge 25 gennaio 1990, n. 8, e successive modificazioni. Per gli assistiti che hanno diritto all'esenzione parziale ai sensi dell'articolo 4, comma 5, è dovuta una partecipazione al costo pari al 70% della corrispondente tariffa fino ad un importo massimo di spesa per singola ricetta pari a 60.000 lire. Le regioni ridefiniscono il valore del limite massimo di spesa per le ricette contenenti accorpamenti per profilo di trattamento di due o più prestazioni eventualmente definiti a livello regionale e provinciale ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del decreto del Ministro della sanità del 22 luglio 1996, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 216 del 14 settembre 1996. Al fine di procedere al graduale superamento dei limiti di prescrivibilità per ricetta di cui alla legge 25 gennaio 1990, n. 8, e successive modificazioni, di razionalizzare la spesa a carico del Servizio sanitario nazionale, di semplificare l'accesso alle prestazioni da parte degli assistiti, nonché di ridurre la spesa a loro carico e di

promuovere l'utilizzo dei percorsi diagnostici e terapeutici, il Ministro della sanità con proprio decreto, ai sensi dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, individua i criteri per la sperimentazione di forme agevolate di erogazione di pacchetti di prestazioni predefiniti a fronte di determinate condizioni cliniche, identificati sulla base dei percorsi, consentendo la prescrivibilità in un'unica ricetta di prestazioni afferenti a branche specialistiche diverse e prevedendo la ridefinizione in aumento del valore del limite massimo di spesa per ricetta.

4. Per ciascun episodio di ricovero diurno finalizzato ad accertamenti diagnostici, e quindi con l'esclusione di quelli individuati nell'allegato I, è dovuta una partecipazione forfetaria pari a 150.000 lire; per gli assistiti che hanno diritto all'esenzione parziale ai sensi dell'articolo 4, comma 5, tale partecipazione è pari a 75.000 lire.

5. Per le prestazioni di assistenza termale è dovuta una partecipazione al costo pari al 75% della corrispondente tariffa determinata dalla regione di appartenenza del soggetto erogatore, fino ad un massimo di spesa di 200.000 lire per prescrizione; per gli assistiti che hanno diritto all'esenzione parziale ai sensi dell'articolo 4, comma 5, il limite massimo di spesa per prescrizione è pari a 100.000 lire.

6. Per le prestazioni di assistenza riabilitativa extraospedaliera erogate in regime semi-residenziale e residenziale, è dovuta una partecipazione forfetaria, differenziata in base al costo delle diverse modalità di erogazione, fissata dalle regioni, fino ad un massimo di spesa di 80.000 lire a settimana. Per gli assistiti che hanno diritto all'esenzione parziale ai sensi dell'articolo 4, comma 5, tale limite massimo di spesa è pari a 40.000 lire. La partecipazione non può comunque essere inferiore a 20.000 lire a settimana. Per le prestazioni di assistenza riabilitativa extraospedaliera semi-residenziale e residenziale conseguenti ad episodi di ricovero in ospedale per acuti erogate in favore di soggetti direttamente inviati da ospedali per acuti la partecipazione è dovuta a decorrere dal sessantesimo giorno di assistenza. Per le prestazioni di assistenza riabilitativa extraospedaliera erogate in regime domiciliare e ambulatoriale è dovuta una partecipazione forfetaria, fissata dalle regioni fino ad un massimo di spesa di 20.000 lire per giornata; per gli assistiti che hanno diritto all'esenzione parziale ai sensi dell'articolo 4, comma 5, tale limite massimo di spesa è pari a 10.000 lire. La partecipazione non può comunque essere inferiore a 6.000 lire per giornata. Il valore massimo della partecipazione alla spesa mensile non può essere superiore a 100.000 lire e, per gli assistiti che hanno diritto all'esenzione parziale ai sensi dell'articolo 4, comma 5, a lire 60.000.

7. Per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso non seguite da ricovero, effettuabili in regime ambulatoriale senza pregiudizio del paziente e per le quali non si riscontra carattere di emergenza o urgenza le regioni possono fissare una partecipazione al costo in relazione alle prestazioni erogate, fino ad un importo massimo di 100.000 lire per accesso. Per gli assistiti che

hanno diritto all'esenzione parziale ai sensi dell'articolo 4, comma 5, tale limite massimo di spesa è pari a 60.000 lire.

8. La partecipazione al costo da parte degli assistiti non esenti, per le prestazioni di cui al comma 3, non può comunque essere inferiore a 6.000 lire per ricetta; gli importi dovuti per ricetta si arrotondano, per eccesso o per difetto, alle 500 lire.

9. Gli assistiti totalmente esenti dalla partecipazione al costo delle prestazioni, ai sensi degli articoli 4 e 5, sono tenuti comunque al pagamento di una quota fissa per ricetta pari a 3.000 lire per la prescrizione di una confezione di farmaci e di 6.000 lire per le prescrizioni di più confezioni di farmaci. Dalla data di entrata in vigore dei regolamenti di cui all'articolo 5, il limite massimo di prescrivibilità di sei pezzi, di cui al secondo periodo del comma 1 dell'articolo 9 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, si applica ai farmaci destinati al trattamento delle patologie indicate negli stessi regolamenti. Per le prescrizioni relative alle restanti tipologie di prestazioni di cui ai precedenti commi, la quota fissa per ricetta dovuta dagli assistiti totalmente esenti è pari a 6.000 lire.

10. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, le regioni disciplinano i criteri secondo i quali i direttori generali delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere determinano, entro trenta giorni dall'efficacia della disciplina regionale, il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni di cui ai commi 3 e 4 e l'erogazione della stessa. Di tale termine è data comunicazione all'assistito al momento della presentazione della domanda della prestazione, nonché idonea pubblicità a cura delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere.

11. In caso di mancata definizione da parte delle regioni dei criteri e delle modalità di cui al comma 10, il Ministro della sanità vi provvede, previa diffida, tenendo conto dell'interesse degli utenti, della realtà organizzativa delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere della regione, della media dei tempi fissati dalle regioni adempienti. I direttori generali provvedono a determinare il tempo massimo di cui al comma 10 entro trenta giorni dall'efficacia del provvedimento ministeriale. Le determinazioni del Ministro cessano di avere effetto al momento dell'esercizio dei poteri regionali di cui al comma 10.

12. Le regioni disciplinano, anche mediante l'adozione di appositi programmi, il rispetto della tempestività dell'erogazione delle predette prestazioni, con l'osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) assicurare all'assistito la effettiva possibilità di vedersi garantita l'erogazione delle prestazioni nell'ambito delle strutture pubbliche attraverso interventi di razionalizzazione della domanda, nonché interventi tesi ad aumentare i tempi di effettivo utilizzo delle apparecchiature e delle strutture, ad incrementare la capacità di offerta delle aziende eventualmente attraverso il ricorso all'attività libero-professionale intramuraria, ovvero a forme di remunerazione legate al risultato, anche ad integrazione di quanto già previsto dai vigenti

accordi nazionali di lavoro, nonché a garantire l'effettiva corresponsabilizzazione di sanitari dipendenti e convenzionati;

b) prevedere, anche sulla scorta dei risultati dell'attività di vigilanza e controllo di cui all'articolo 32, comma 9, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, idonee misure da adottarsi nei confronti del direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera in caso di reiterato mancato rispetto dei termini individuati per l'erogazione delle prestazioni ai sensi del comma 10;

c) imputare gli eventuali maggiori oneri derivanti dal ricorso all'erogazione delle prestazioni in regime di attività libero-professionale intramuraria alle risorse di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, con conseguente esclusione di ogni intervento finanziario a carico dello Stato;

d) prevedere correzioni al regime di partecipazione al costo come definito nei commi 3 e 4 secondo i criteri desumibili dal comma 13.

13. Fino all'entrata in vigore delle discipline regionali di cui al comma 12, qualora l'attesa della prestazione richiesta si prolunghi oltre il termine fissato dal direttore generale ai sensi dei commi 10 e 11, l'assistito può chiedere che la prestazione venga resa nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria, ponendo a carico dell'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e dell'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione, in misura eguale, la differenza tra la somma versata a titolo di partecipazione al costo della prestazione e l'effettivo costo di quest'ultima, sulla scorta delle tariffe vigenti. Nel caso l'assistito sia esente dalla predetta partecipazione l'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e l'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione corrispondono, in misura eguale, l'intero costo della prestazione. Agli eventuali maggiori oneri derivanti dal ricorso all'erogazione delle prestazioni in regime di attività libero-professionale intramuraria si fa fronte con le risorse di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, con conseguente esclusione di ogni intervento finanziario a carico dello Stato.

14. Il direttore generale dell'azienda sanitaria vigila sul rispetto delle disposizioni adottate in attuazione del comma 12 e di quelle del comma 13, anche al fine dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità contabile nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito.

15. L'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione.

#### Art. 4.

##### *Partecipazione al costo delle prestazioni in relazione alla situazione economica del nucleo familiare*

1. La valutazione della situazione economica rilevante ai fini della esenzione parziale o totale è effettuata con riferimento al nucleo familiare composto dal richiedente l'esenzione stessa, dai soggetti con i quali convive e da quelli considerati a suo carico a fini IRPEF secondo quanto previsto dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109. Al fine di favorire l'autonomia dell'anziano convivente, i soggetti di età superiore ai 65 anni conviventi possono scegliere di costituire un nucleo familiare autonomo e richiedere l'esenzione, totale o parziale, dalla partecipazione al costo delle prestazioni con riferimento alla propria situazione economica; in tal caso l'anziano non è incluso nel nucleo familiare come definito nel presente comma. L'anziano non può comunque costituire un nucleo familiare autonomo rispetto al coniuge non legalmente ed effettivamente separato.

2. L'indicatore della situazione economica è definito dalla combinazione dei redditi complessivi dei membri del nucleo familiare e dei valori dei patrimoni mobiliari ed immobiliari, corretti con il coefficiente di cui all'allegato 2. Dal calcolo del patrimonio immobiliare è esclusa la casa di abitazione. Per ogni componente del nucleo familiare di età inferiore ai sei anni o di età compresa tra sessantacinque e settantacinque anni dall'indicatore della situazione economica è detratto un ammontare pari a 5 milioni di lire; oltre settantacinque anni è detratto un ammontare pari a 7 milioni di lire. L'allegato 2 specifica le modalità di calcolo del reddito e del patrimonio.

3. L'indicatore della situazione economica equivalente, utile ai fini dell'individuazione delle soglie di cui ai commi 4 e 5, è calcolato come rapporto tra l'indicatore di cui al comma 2 e il parametro corrispondente alla specifica composizione del nucleo familiare, desunto dalla scala di equivalenza riportata all'allegato 2.

4. L'esenzione totale dalla partecipazione al costo delle prestazioni di cui all'articolo 2 è garantita qualora l'indicatore della situazione economica equivalente sia inferiore a 18 milioni di lire. Per i nuclei familiari di un solo componente il suddetto valore è elevato di 5 milioni di lire.

5. Il diritto all'esenzione parziale dalla partecipazione al costo delle prestazioni, ai sensi dell'articolo 3, è riconosciuto qualora l'indicatore della situazione economica equivalente sia inferiore a 36 milioni di lire.

6. A decorrere dal 1° gennaio 2002 le regioni possono incrementare, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, i valori soglia della situazione economica di cui ai commi 4 e 5 entro un margine del 20%.

7. Il diritto all'esenzione, totale o parziale, è riconosciuto dalle aziende unità sanitarie locali di residenza, che rilasciano per ciascun componente il nucleo familiare un documento individuale attestante il diritto stesso. A tale fine l'assistito deve presentare una dichra-

zione sostitutiva, a norma della legge 4 gennaio 1968, n. 15, e successive modificazioni, concernente le informazioni necessarie per la determinazione dell'indicatore della situazione economica equivalente. Il richiedente dichiara inoltre di avere conoscenza che, nel caso di riconoscimento del diritto, possono essere eseguiti i controlli previsti dalla normativa vigente diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati presso le banche o altri intermediari finanziari, specificando a tal fine il codice identificativo degli intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare. Si applica l'articolo 4, comma 8, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109. Il Ministero della sanità definisce i contenuti del modello uniforme relativo alla dichiarazione sostitutiva e alle altre dichiarazioni di cui al presente comma.

8. Ai fini del riconoscimento del diritto all'esenzione parziale o totale, in sede di prima dichiarazione il richiedente si impegna a comunicare eventuali modifiche della situazione economica e della composizione del nucleo familiare che comportino un cambiamento della propria posizione rispetto al diritto all'esenzione. Le regioni e le aziende unità sanitarie locali attivano sistemi, anche campionari, di accertamento della permanenza delle condizioni che danno diritto all'esenzione. Qualora si verificano modifiche della composizione del nucleo familiare o della situazione economica, è possibile richiedere un aggiornamento del calcolo della situazione economica ai fini del riconoscimento del diritto all'esenzione, totale o parziale, dalla partecipazione al costo delle prestazioni. Le regioni individuano gli organismi incaricati di valutare i singoli casi di composizione del nucleo familiare o di situazione economica, nonché le relative modifiche, di particolare complessità.

9. Fino all'introduzione del sistema di esenzione in relazione alla situazione economica del nucleo familiare, e comunque non oltre il 31 dicembre 1999, rimangono confermati i criteri di esenzione dalla partecipazione al costo in relazione al reddito definiti dalla legge 24 dicembre 1993, n. 537, come modificata dalla legge 23 dicembre 1994, n. 724, e dalla legge 28 dicembre 1995, n. 549.

#### Art. 5.

##### *Esenzione dalla partecipazione in relazione a particolari condizioni di malattia*

1. Con distinti regolamenti del Ministro della sanità da emanarsi ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono individuate, rispettivamente: *a)* le condizioni di malattia croniche o invalidanti; *b)* le malattie rare. Le condizioni e malattie di cui alle lettere *a)* e *b)* danno diritto all'esenzione dalla partecipazione per le prestazioni di assistenza sanitaria indicate dai medesimi regolamenti. Nell'individuare le condizioni di malattia, il Ministro della sanità tiene conto della gravità clinica, del grado di invalidità, nonché della onerosità della quota di partecipazione derivante dal costo del relativo trattamento.

2. I regolamenti individuano inoltre le prestazioni di assistenza sanitaria correlate a ciascuna condizione di malattia ed alle relative complicanze, per le quali è riconosciuta l'esenzione dalla partecipazione al costo, tenendo conto: *a)* della loro inclusione nei livelli essenziali di assistenza; *b)* della loro appropriatezza ai fini del monitoraggio della evoluzione della malattia e dell'efficacia per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti; *c)* della definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici. I regolamenti individuano altresì le condizioni di malattia che danno diritto all'esenzione dal pagamento della quota fissa di cui all'articolo 3, comma 9, per le prestazioni cui è necessario ricorrere con frequenza particolarmente elevata, indicate dagli stessi regolamenti.

3. L'esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza sanitaria correlate a ciascuna malattia è riconosciuta in qualsiasi regime di erogazione.

4. Sono escluse dall'esenzione le prestazioni finalizzate all'accertamento delle condizioni di malattia che danno diritto all'esenzione, ad eccezione di quelle individuate dal regolamento di cui al comma 1, lettera *b)*, per la diagnosi delle malattie rare. Sono altresì esclusi dall'esenzione i farmaci collocati nella classe di cui all'articolo 8, comma 10, lettera *b)*, della legge 24 dicembre 1993, n. 537.

5. Con il regolamento di cui al comma 1, lettera *b)*, sono altresì individuate specifiche forme di tutela garantite ai soggetti affetti da patologie rare, con particolare riguardo alla disponibilità dei farmaci orfani ed all'organizzazione dell'erogazione delle prestazioni di assistenza.

6. Le condizioni e le malattie di cui al comma 1 sono aggiornate con la procedura di cui all'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, sulla base dei risultati della ricerca applicata e delle evidenze scientifiche, nonché dello sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore delle nuove tabelle indicative delle percentuali di invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti, il Ministro della sanità provvede ad aggiornare il regolamento di cui al comma 1, lettera *a)*, inserendovi le eventuali ulteriori patologie invalidanti e le correlate prestazioni per le quali è riconosciuto il diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo. Fino all'aggiornamento del regolamento, agli assistiti di cui all'articolo 6, commi 1 e 2, del decreto del Ministro della sanità del 1° febbraio 1991, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 32 del 7 febbraio 1991, e successive modificazioni ed integrazioni, è confermata l'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni come disciplinata dallo stesso articolo 6 e dall'articolo 1, comma 3, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, nonché l'esenzione agli invalidi civili minori di anni 18 con indennità di frequenza e alle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata di cui alla legge 20 ottobre 1990, n. 302.

7. Ai soli fini dell'assistenza sanitaria, la percentuale di invalidità dei soggetti ultrasessantacinquenni è determinata in base alla presenza di difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età.

## Art. 6.

*Procedure e tempi*

1. Con uno o più regolamenti emanati entro il 31 ottobre 1998 a norma dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono definite le modalità di accertamento e di verifica della situazione economica del nucleo familiare e delle condizioni di malattia che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione o alla partecipazione in misura ridotta, nonché le misure per semplificare le procedure di prescrizione e di pagamento della quota di partecipazione, anche mediante l'utilizzazione della carta sanitaria elettronica. I regolamenti determinano i criteri per lo svolgimento dei controlli sulle esenzioni riconosciute e per il trattamento dei dati personali comunque effettuato in applicazione del presente decreto, con particolare riferimento alle modalità di utilizzazione dei dati, ai soggetti che possono accedervi e al tempo di conservazione dei dati stessi, nel rispetto delle disposizioni della legge 31 dicembre 1996, n. 675, e della legge 31 dicembre 1996, n. 676, nonché di quelle introdotte dai decreti legislativi emanati in attuazione di quest'ultima. Entro il 31 ottobre 1998, il Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza unificata, individua le regioni nelle quali avviare, a partire dal 1° novembre 1998, la sperimentazione del nuovo sistema di partecipazione al costo delle prestazioni e delle esenzioni, con riferimento sia alle procedure amministrative sia all'impatto economico. Sulla base dei risultati della sperimentazione potranno essere emanate disposizioni integrative e correttive dei regolamenti di cui al presente comma.

2. Nel rispetto di quanto stabilito nei suddetti regolamenti, entro il 30 giugno 1999, le regioni disciplinano:

a) le procedure per il riconoscimento, da parte delle aziende unità sanitarie locali, del diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie ai sensi degli articoli 4 e 5, o alla partecipazione in misura ridotta, ai sensi dell'articolo 4;

b) le procedure per il rilascio, da parte delle aziende unità sanitarie locali, del documento attestante il diritto all'esenzione o alla partecipazione in misura ridotta, prevedendo a tal fine anche l'avvio di sperimentazioni locali di utilizzo della carta sanitaria elettronica, di cui la lettera i) del comma 50 dell'articolo 59 della legge 27 dicembre 1997, n. 449;

c) le modalità con le quali effettuare i controlli sulle esenzioni riconosciute, anche ricorrendo ad appositi uffici consorziati di più aziende unità sanitarie locali o di altri enti eroganti prestazioni sociali agevolate, in ordine alla veridicità della situazione familiare dichiarata, nonché confrontando i dati reddituali e patrimoniali dichiarati con quelli in possesso del sistema informativo del Ministero delle finanze, sulla scorta di convenzioni stipulate con il Ministero stesso;

d) le procedure per il pagamento delle quote di partecipazione da parte degli assistiti a fronte delle prestazioni fruitive, anche mediante l'avvio di sperimentazioni di modalità innovative, ivi incluso l'utilizzo a tal fine della citata carta sanitaria elettronica;

e) le modalità di controllo sul comportamento dei singoli soggetti erogatori relativamente alla riscossione delle quote di partecipazione al costo delle prestazioni dagli assistiti ed alla relativa rendicontazione nei confronti della propria azienda unità sanitaria locale;

f) le modalità di controllo del ricorso alle prestazioni nei diversi regimi di erogazione, ivi compresi i ricoveri brevi in regime ordinario.

3. Il trattamento dei dati di cui al presente decreto è svolto nel rispetto delle disposizioni della legge 31 dicembre 1996, n. 675, e di quelle contenute nel decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, anche al fine di assicurare la perdurante efficacia del sistema dei controlli.

4. La carta sanitaria elettronica è sperimentata e introdotta nel rispetto delle garanzie previste dai decreti legislativi emanati in attuazione della legge 31 dicembre 1996, n. 676.

## Art. 7.

*Entrate da partecipazione al costo delle prestazioni*

1. Il gettito annuale corrispondente alle quote di partecipazione al costo delle prestazioni dovute dagli assistiti del Servizio sanitario nazionale ai sensi del presente decreto concorre alle disponibilità finanziarie complessive per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, nei limiti della quota a tal fine annualmente predeterminata in base: a) alla normativa nazionale in materia di partecipazione e di relative esenzioni; b) al numero di assistiti esentati dalla partecipazione in relazione sia alla situazione economica del nucleo familiare, sia a particolari condizioni di malattia; c) al ricorso alle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. A tale fine, le aziende sanitarie sono tenute a rilevare separatamente i dati relativi all'ammontare della partecipazione al costo e al numero di assistiti esenti per tipologia di esenzione riconosciuta e a trasmetterli alla regione e al Ministero della sanità. Le regioni validano i dati e comunicano alle aziende sanitarie le eventuali rettifiche da operare entro il mese successivo alla trasmissione; soltanto dopo tale periodo il Ministero della sanità provvede a utilizzare i dati.

2. Le regioni possono modificare le soglie di cui all'articolo 4, comma 6, con oneri a proprio carico e comunque con esclusione di ogni onere finanziario a carico dello Stato.

## Art. 8.

*Disposizioni finali e transitorie*

1. Sono abrogate tutte le precedenti norme in materia di partecipazione alla spesa sanitaria e di esenzione dalla stessa non esplicitamente confermate dal presente decreto. È abrogato, altresì, l'articolo 2, comma 2, della legge 28 dicembre 1995, n. 549.

2. Dalla data di entrata in vigore dei regolamenti di cui all'articolo 5, commi 1 e 6, cessano di avere efficacia, rispettivamente, le disposizioni di cui agli arti-

coli 1, 2, 3 e 4 del decreto del Ministro della sanità del 1° febbraio 1991, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 32 del 7 febbraio 1991, e successive modificazioni, e quelle di cui all'articolo 6, commi 1 e 2, dello stesso decreto.

3. Le province autonome di Trento e di Bolzano e le regioni a statuto speciale provvedono alle finalità del presente decreto nell'ambito delle proprie competenze, secondo quanto stabilito dai rispettivi ordinamenti.

4. Le disposizioni legislative collegate alla legge finanziaria per il 2000 disciplinano l'eventuale revisione delle soglie di cui all'articolo 4, commi 4 e 5, con riferimento agli esiti della prima fase di applicazione del nuovo sistema di partecipazione al costo delle prestazioni e del regime delle esenzioni.

#### Art. 9.

##### *Entrata in vigore*

1. Il presente decreto entra in vigore il 1° maggio 1998.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 29 aprile 1998

#### SCÀLFARO

PRODI, *Presidente del Consiglio dei Ministri*

BINDI, *Ministro della sanità*

VISCO, *Ministro delle finanze*

CIAMPI, *Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica*

BASSANINI, *Ministro per la funzione pubblica e gli affari regionali*

TURCO, *Ministro per la solidarietà sociale*

Visto, il Guardasigilli: FLICK

ALLEGATO 1  
(previsto dall'art. 2, comma 1)

#### CRITERI PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA, EROGATE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO, ESCLUSE NEL SISTEMA DI PARTECIPAZIONE AL COSTO DELLE PRESTAZIONI.

Sono inclusi nel sistema di partecipazione al costo delle prestazioni di cui al presente decreto tutti gli episodi di ricovero erogati in regime di ricovero diurno, ad esclusione di quelli:

1) attribuiti a DRG chirurgici;

2) comportanti l'esecuzione di procedure diagnostiche o terapeutiche invasive, che non siano erogabili anche ambulatorialmente;

3) finalizzati all'esecuzione di radioterapia e chemioterapia o quelli programmati per la terapia ed il monitoraggio dei pazienti oncologici, nonché dei pazienti affetti da altre condizioni di malattia croniche e/o invalidanti e da malattie rare previste ai sensi dell'articolo 5;

4) effettuati in ospedali di riabilitazione e in reparti di riabilitazione identificati dai codici di disciplina «56» e «28» (di cui al decreto del Ministro della sanità del 19 marzo 1988, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 81 del 7 aprile 1988);

5) attribuiti al DRG 462 (riabilitazione).

ALLEGATO 2  
(previsto dall'art. 4)

#### MODALITÀ DI CALCOLO DELLA SITUAZIONE ECONOMICA E SCALA DI EQUIVALENZA

*Modalità di calcolo dell'indicatore della situazione economica del nucleo familiare.*

L'indicatore della situazione economica del nucleo familiare si calcola combinando i redditi ed i patrimoni di tutti i componenti, calcolati secondo le modalità di seguito specificate e applicando gli eventuali fattori correttivi.

*Modalità di calcolo del reddito.*

Il reddito si calcola sommando, per ciascun componente del nucleo familiare:

a) il reddito complessivo ai fini IRPEF quale risulta dall'ultima dichiarazione presentata o, in mancanza di obbligo di presentazione della dichiarazione dei redditi, dall'ultimo certificato sostitutivo rilasciato dai datori di lavoro o da enti previdenziali. Per quanto riguarda la valutazione dei redditi agrari dovrà farsi riferimento all'apposita circolare ministeriale prevista dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109;

b) il reddito da attività finanziarie, determinato applicando il rendimento annuo dei titoli decennali del Tesoro al patrimonio mobiliare, come definito al successivo punto 2.

Il reddito del nucleo familiare si calcola sommando i redditi di ciascun componente. Da tale somma si detraggono 2,5 milioni di lire qualora il nucleo familiare risieda in abitazione in locazione. Tale importo è elevato a 3,5 milioni di lire qualora i membri del nucleo familiare non posseggano altri immobili adibiti ad uso abitativo o residenziale nel comune di residenza. Le regioni possono, analogamente, consentire la detrazione dal reddito del nucleo familiare l'ammontare delle rette pagate alle case di riposo entro il limite massimo di 2,5 milioni.



**Modalità di calcolo del patrimonio.**

Il patrimonio si calcola sommando, per ciascun componente del nucleo familiare:

a) il valore dei fabbricati e terreni edificabili ed agricoli intestati a persone fisiche diverse da imprese, quale definito ai fini ICI al 31 dicembre dell'anno precedente a quello di presentazione della domanda, indipendentemente dal periodo di possesso nel periodo di imposta considerato. Nel calcolo non è considerata la casa di abitazione del nucleo familiare; qualora la casa di abitazione appartenga alle categorie catastali A1, A8 e A9 si considera il valore per il 50%;

b) il valore del patrimonio mobiliare è calcolato sommando i valori mobiliari in senso stretto, le partecipazioni in società non quotate e gli altri cespiti patrimoniali individuali, secondo le modalità definite con circolare del Ministro delle finanze, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109.

Il valore risultante da tale somma è moltiplicato per un coefficiente, individuato in maniera differenziata a seconda che la casa di abitazione del nucleo familiare appartenga, o meno, ad uno dei componenti.

Qualora la casa di abitazione appartenga ad uno dei componenti, il coefficiente è individuato sulla base dei seguenti scaglioni di valore:

sino a lire 50 milioni, il coefficiente è pari a zero;

per la parte di valore eccedente lire 50 milioni e sino a lire 150 milioni, il coefficiente è pari al 10%;

per la parte di valore eccedente lire 150 milioni, il coefficiente è pari al 20%.

Qualora la casa di abitazione non appartenga ad uno dei componenti, il coefficiente è individuato sulla base dei seguenti scaglioni di valore:

sino a lire 100 milioni, il coefficiente è pari a zero;

per la parte di valore eccedente lire 100 milioni e sino a lire 150 milioni, il coefficiente è pari al 10%;

per la parte di valore eccedente lire 150 milioni, il coefficiente è pari al 20%.

**Fattori correttivi.**

Per ogni componente del nucleo familiare di età inferiore ai sei anni o di età compresa fra i sessantacinque e i settantacinque anni, dall'indicatore della situazione economica è detratto un ammontare pari a 5 milioni di lire.

Per ogni componente del nucleo familiare di età superiore ai settantacinque anni, dall'indicatore della situazione economica è detratto un ammontare pari a 7 milioni di lire.

**Scala d'equivalenza.**

I parametri da utilizzare per il calcolo dell'indicatore della situazione economica equivalente sono i seguenti:

| Numero dei componenti il nucleo familiare | Parametro |
|---|-----------|
| 1   | 1.00      |
| 2   | 1.57      |
| 3   | 2.04      |
| 4   | 2.46      |
| 5   | 2.85      |

**Maggiorazioni**

|        |  |
|--------|--|
| + 0.35 | per ogni ulteriore componente  |
| + 0.2  | in caso di assenza di un coniuge e presenza di figli minori  |
| + 0.5  | per ogni componente con handicap psico-fisico permanente di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o di invalidità superiore al 66% |
| + 0.2  | per i nuclei familiari con figli minori in cui entrambi i genitori svolgono attività di lavoro o di impresa.   |

Il denominatore del rapporto che definisce l'indicatore della situazione economica equivalente è dato dal parametro corrispondente alla numerosità del nucleo familiare, eventualmente incrementato dal parametro, o parametri, correttivo.

**NOTE****AVVERTENZA:**

Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto ai sensi dell'art. 10, commi 2 e 3, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di leggi modificate o alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

**Nota al titolo:**

— Si riporta il testo del comma 50 dell'art. 59 della legge 27 dicembre 1997, n. 449 (Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica):

«50. Al fine di assicurare una maggiore equità del sistema della partecipazione alla spesa sanitaria e delle relative esenzioni, nonché di evitare l'utilizzazione impropria dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni sanitarie, il Governo è delegato ad emanare, entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentite le competenti commissioni parlamentari e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, nonché il Garante per la prote-



zione dei dati personali uno o più decreti legislativi di riordino, con decorrenza 1° maggio 1998, della partecipazione alla spesa e delle esenzioni, nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) il Servizio sanitario nazionale garantisce la tutela della salute e l'accesso ai servizi alla totalità dei cittadini senza distinzioni individuali o sociali;

b) nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, efficaci, appropriati e uniformi, posti a carico del Fondo sanitario nazionale, sono individuate, anche in rapporto a linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici, le prestazioni la cui fruizione è subordinata al pagamento diretto, da parte dell'utente, di una quota limitata di spesa;

c) sono escluse dalla partecipazione alla spesa le prestazioni rientranti in programmi, anche regionali, di prevenzione e diagnosi precoce, le prestazioni di medicina generale e di pediatria di libera scelta, i trattamenti erogati in regime di ricovero ordinario, nonché le prestazioni di cui alla lettera f);

d) l'esenzione dei cittadini dalla partecipazione alla spesa è stabilita in relazione alla sostenibilità della stessa da parte dell'utente, tenuto conto delle condizioni economiche, del nucleo familiare, dell'età dell'assistito e del bisogno di prestazioni sanitarie legate a particolari patologie;

e) la condizione economica che dà diritto all'esenzione è definita con riferimento al nucleo familiare, tenuto conto di elementi di reddito e di patrimonio determinati in base ai criteri stabiliti dai decreti legislativi previsti dal comma 51 del presente art., in relazione alla composizione qualitativa e quantitativa della famiglia, prescindendo dalla posizione del capo famiglia rispetto al lavoro e superando la discriminazione fra persone in cerca di prima occupazione e disoccupati; è prevista l'adozione di fattori correttivi volti a favorire l'autonomia dell'anziano convivente e a rafforzare la tutela dei nuclei che comprendono al loro interno individui con elevati bisogni di assistenza;

f) l'esenzione per patologie prevede la revisione delle forme morbose che danno diritto all'esenzione delle correlate prestazioni di assistenza sanitaria, farmaceutica e specialistica, ivi comprese quelle di alta specializzazione, in particolare quando trattasi di condizioni croniche e/o invalidanti; specifiche forme di tutela sono garantite alle patologie rare e ai farmaci orfani. All'attuazione delle disposizioni del decreto legislativo si provvede con regolamento del Ministro della sanità ai sensi dell'art. 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400;

g) la partecipazione alla spesa, in quanto rapportata al costo delle prestazioni erogate, è definita anche in relazione alla revisione dei sistemi tariffari di remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati;

h) la revisione della partecipazione alla spesa e del regime delle esenzioni è effettuata senza maggiori oneri complessivi a carico degli assistiti, garantendo comunque un risparmio non inferiore a lire 10 miliardi annui;

i) è promossa la responsabilità finanziaria delle regioni, delle province autonome e delle aziende sanitarie nella gestione del sistema di partecipazione alla spesa e del regime delle esenzioni, anche prevedendo l'impiego generalizzato, nell'ambito di progetti concordati con le regioni e le province autonome, di una tessera sanitaria, valida sull'intero territorio nazionale e utilizzabile nell'ambito della Rete unitaria delle pubbliche amministrazioni, di cui all'art. 2, comma 2, del decreto-legge 3 giugno 1996, n. 307, convertito dalla legge 30 luglio 1996, n. 400, nel rispetto della normativa sul trattamento dei dati personali di cui alla legge 31 dicembre 1996, n. 675, e alla legge 31 dicembre 1996, n. 676, e nel rispetto degli statuti di autonomia e delle relative norme di attuazione;

l) è assicurata, anche con la previsione di uno o più regolamenti emanati a norma dell'art. 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, la semplificazione delle procedure di prescrizione e pagamento della partecipazione, nonché di riconoscimento e verifica delle esenzioni, anche attraverso l'utilizzazione della tessera sanitaria di cui alla lettera i).

#### Note all'art. 1:

— Si riporta il testo del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109:

«Art. 1 (Prestazioni sociali agevolate). — 1. Fermo restando il diritto ad usufruire delle prestazioni e dei servizi assicurati a tutti dalla Costituzione e dalle altre disposizioni vigenti, il presente decreto individua, in via sperimentale, criteri unificati di valutazione della

situazione economica di coloro che richiedono prestazioni o servizi sociali o assistenziali non destinati alla generalità dei soggetti o comunque collegati nella misura o nel costo a determinate situazioni economiche. Ai fini di tale sperimentazione le disposizioni del presente decreto si applicano alle prestazioni o servizi sociali e assistenziali, con esclusione della integrazione al minimo, della maggiorazione sociale delle pensioni, dell'assegno e della pensione sociale e di ogni altra prestazione previdenziale, nonché della pensione e assegno di invalidità civile e delle indennità di accompagnamento e assimilate.

2. Gli enti erogatori, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, individuano, secondo le disposizioni dei rispettivi ordinamenti, le condizioni economiche richieste per l'accesso alle prestazioni agevolate, con possibilità di prevedere criteri differenziati in base alle condizioni economiche e alla composizione della famiglia, secondo le modalità di cui all'art. 3. Per particolari tipologie di prestazioni a scadenza infra-annuale, gli enti erogatori possono altresì differire, non oltre il 31 dicembre 1998, l'attuazione della disciplina. Restano fermi i criteri di individuazione delle condizioni economiche vigenti all'entrata in vigore del presente decreto, fino al termine della loro efficacia, ove previsto.

3. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro delle finanze, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, il Ministro dell'interno, il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica ed il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, sono individuate le modalità attuative, anche con riferimento agli ambiti di applicazione, del presente decreto. È fatto salvo quanto previsto dall'art. 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

Art. 2 (Criteri per la determinazione dell'indicatore della situazione economica equivalente). — 1. La valutazione della situazione economica del richiedente è determinata con riferimento al nucleo familiare composto dal richiedente medesimo, dai soggetti con i quali convive e da quelli considerati a suo carico ai fini IRPEF.

2. L'indicatore della situazione economica è definito dalla somma dei redditi, come indicato nella parte prima della tabella 1. Tale indicatore del reddito è combinato con l'indicatore della situazione economica patrimoniale nel limite massimo del venti per cento dei valori patrimoniali, come definiti nella parte seconda della tabella 1.

3. L'indicatore della situazione economica equivalente è calcolato come rapporto tra l'indicatore di cui al comma 2 e il parametro desunto dalla scala di equivalenza definita nella tabella 2.

Art. 3 (Integrazione dell'indicatore della situazione economica da parte degli enti erogatori). — 1. Gli enti erogatori, ai quali compete la fissazione dei requisiti per fruire di ciascuna prestazione, possono prevedere, ai sensi dell'art. 59, comma 52, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, accanto all'indicatore della situazione economica, modalità integrative di valutazione, con particolare riguardo al concorso delle componenti patrimoniali mobiliari ed immobiliari.

2. Per particolari prestazioni gli enti erogatori possono, ai sensi dell'art. 59, comma 52, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, assumere come unità di riferimento una composizione del nucleo familiare diversa da quella prevista dall'art. 2, comma 1. In tal caso si applica il parametro appropriato della scala d'equivalenza di cui alla tabella 2.

3. Restano ferme le disposizioni vigenti che attribuiscono alle amministrazioni dello Stato e alle regioni la competenza a determinare criteri per l'uniformità di trattamento da parte di enti erogatori da esse vigilati o comunque finanziati.

Art. 4 (Dichiarazione sostitutiva del richiedente). — 1. Il richiedente la prestazione deve presentare una dichiarazione sostitutiva, a norma della legge 4 gennaio 1968, n. 15, e successive modificazioni ed integrazioni, concernente le informazioni necessarie per la determinazione dell'indicatore della situazione economica equivalente.

2. Il richiedente dichiara altresì di avere conoscenza che, nel caso di corresponsione della prestazione, ai sensi del comma 8, possono essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati presso gli istituti di credito o altri intermediari finanziari, specificando a tal fine il codice identificativo degli intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare.

3. La dichiarazione di cui al comma 1 va presentata ai comuni o ai centri autorizzati di assistenza fiscale previsti dalla legge 30 dicembre 1991, n. 413, o direttamente all'amministrazione pubblica alla quale è richiesta la prima prestazione.

4. I comuni, i centri di assistenza fiscale e le amministrazioni pubbliche ai quali è presentata la dichiarazione sostitutiva rilasciano un'attestazione provvisoria, riportante il contenuto della dichiarazione e gli elementi informativi necessari per il calcolo della situazione economica.

5. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro per la solidarietà sociale, di concerto con il Ministro delle finanze e sentita l'Autorità per l'informatica nella pubblica amministrazione, sono emanate norme dirette a consentire alle amministrazioni pubbliche che erogano le prestazioni, nonché ai comuni ed ai centri autorizzati di assistenza fiscale, di rilasciare una certificazione, con validità temporaneamente limitata, attestante la situazione economica dichiarata, valevole ai fini dell'accesso a tutte le prestazioni agevolate.

6. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Ministro per la solidarietà sociale, di concerto con il Ministro delle finanze e sentita l'Autorità per l'informatica nella pubblica amministrazione, sono stabiliti i modelli-tipo e le caratteristiche informatiche della dichiarazione sostitutiva e dell'attestazione provvisoria.

7. Gli enti erogatori controllano, singolarmente o mediante un apposito servizio comune, la veridicità della situazione familiare dichiarata e confrontano i dati reddituali e patrimoniali dichiarati dai soggetti ammessi alle prestazioni con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle finanze. A tal fine possono stipulare convenzioni con il Ministero delle finanze. L'ente erogatore provvede ad ogni adempimento conseguente alla non veridicità dei dati dichiarati. Le amministrazioni possono richiedere idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati, anche al fine della correzione di errori materiali o di modesta entità.

8. Nell'ambito della direttiva annuale impartita dal Ministro delle finanze per la programmazione dell'attività d'accertamento, una quota delle verifiche assegnate alla Guardia di finanza è riservata al controllo sostanziale della posizione reddituale e patrimoniale dei nuclei familiari dei soggetti beneficiari di prestazioni, secondo criteri selettivi stabiliti dalla direttiva stessa.

**Art. 5 (Rapporto sullo stato d'attuazione della normativa).** — 1. La commissione tecnica per la spesa pubblica elabora annualmente un rapporto sullo stato d'attuazione e sugli effetti derivanti dall'applicazione dei criteri di valutazione della situazione economica disciplinati dal presente decreto. A tale fine le amministrazioni e gli enti erogatori e quelli responsabili delle attività di controllo delle dichiarazioni sostitutive dei richiedenti comunicano alla commissione le informazioni necessarie dirette ad accertare le modalità applicative, l'estensione e le caratteristiche dei beneficiari delle prestazioni e ogni altra informazione richiesta. Il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica trasmette il rapporto al Parlamento.

**Art. 6 (Disposizioni integrative e correttive).** — 1. Entro due anni dalla data di entrata in vigore del presente decreto possono essere emanate, con uno o più decreti legislativi, disposizioni integrative e correttive, nel rispetto dei principi e criteri direttivi di cui all'art. 59, comma 51, della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

2. Il trattamento dei dati di cui al presente decreto è svolto nel rispetto delle disposizioni della legge 31 dicembre 1996, n. 675, e di quelle che saranno dettate ai sensi del comma 1, anche al fine di assicurare la perdurante efficacia del sistema dei controlli.

TABELLA I

#### CRITERI UNIFICATI DI VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE REDDITUALE

##### Parte I.

La situazione economica dei soggetti appartenenti al nucleo definito dall'art. 2, comma 1, si ottiene sommando:

a) il reddito complessivo ai fini IRPEF quale risulta dall'ultima dichiarazione presentata o, in mancanza di obbligo di presentazione della dichiarazione dei redditi, dall'ultimo certificato sostitutivo rilasciato dai datori di lavoro o da enti previdenziali; per quanto riguarda la valutazione dei redditi agrari dovrà essere predisposta un'apposita circolare ministeriale;

b) il reddito delle attività finanziarie, determinato applicando il rendimento medio annuo dei titoli decennali del Tesoro al patrimonio mobiliare definito secondo i criteri di seguito elencati.

Dalla predetta somma si detraggono L. 2.500.000 qualora il nucleo familiare risieda in abitazioni in locazione. Tale importo è elevato a L. 3.500.000 qualora i membri del nucleo familiare non posseggano altri immobili adibiti ad uso abitativo o residenziale nel comune di residenza.

##### Parte II - DEFINIZIONE DEL PATRIMONIO.

a) Patrimonio immobiliare: fabbricati e terreni edificabili ed agricoli intestati a persone fisiche diverse da imprese: il valore dell'imponibile definito ai fini ICI al 31 dicembre dell'anno precedente a quello di presentazione della domanda, indipendentemente dal periodo di possesso nel periodo d'imposta considerato.

Dalla somma dei valori così determinati si detrae l'ammontare del debito residuo al 31 dicembre dell'anno precedente per mutui contratti per l'acquisto di tali immobili.

b) Patrimonio mobiliare: l'individuazione del patrimonio mobiliare è effettuata indicando in un unico ammontare complessivo l'entità più vicina tra quelle riportate negli appositi moduli predisposti dall'amministrazione. A tale fine la valutazione dell'intero patrimonio mobiliare è ottenuta sommando i valori mobiliari in senso stretto, le partecipazioni in società non quotate e gli altri cespiti patrimoniali individuali, secondo le modalità che saranno definite con successiva circolare del Ministro delle finanze, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica.

Dalla somma dei valori del patrimonio immobiliare e mobiliare, determinati come sopra, si detrae, fino a concorrenza, una franchigia riferita al patrimonio di tutto il nucleo familiare, pari a L. 50.000.000. Tale franchigia è elevata fino a L. 70.000.000 qualora il nucleo familiare risieda in un'abitazione di proprietà.

TABELLA 2

#### LA SCALA DI EQUIVALENZA

| Numero dei componenti | Parametro |
|-----------------------|-----------|
| 1                     | 1,00      |
| 2                     | 1,57      |
| 3                     | 2,04      |
| 4                     | 2,46      |
| 5                     | 2,85      |

Maggiorazione di 0,35 per ogni ulteriore componente.

Maggiorazione di 0,2 in caso di assenza del coniuge e presenza di figli minori.

Maggiorazione di 0,5 per ogni componente con handicap psico-fisico permanente di cui all'art. 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o di invalidità superiore al 66%.

Maggiorazione di 0,2 per nuclei familiari con figli minori, in cui entrambi i genitori svolgono attività di lavoro e di impresa».

— Il testo del comma 18 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, è il seguente:

«18. Le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato, preventivamente erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero stesso, sono remunerate dalla tariffa onnicomprensiva relativa al ricovero e non sono soggette alla partecipazione alla spesa da parte del cittadino. I relativi referti devono essere allegati alla cartella clinica che costituisce il diario del ricovero».

— Il decreto del Ministro della sanità 6 marzo 1995, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 87 del 13 aprile 1995, reca: «Aggiornamento del decreto ministeriale 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità responsabile».

— La legge 25 febbraio 1992, n. 210, reca: «Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati».

— Si riporta il testo del comma 34 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662:

«34. Ai fini della determinazione della quota capitaria, in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale, ai sensi dell'art. 12, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, stabilisce i pesi da attribuire ai seguenti elementi: popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni ed indicatori epidemiologici territoriali. Il CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, può vincolare quote del Fondo sanitario nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale, con priorità per i progetti sulla tutela della salute materno-infantile, della salute mentale, della salute degli anziani nonché per quelli finalizzati alla prevenzione, e in particolare alla prevenzione delle malattie ereditarie. Nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive nell'infanzia le regioni, nell'ambito delle loro disponibilità finanziarie, devono concedere gratuitamente i vaccini per le vaccinazioni non obbligatorie quali antimorbillosa, antirosolia, antiparotite e antihaemophilus influenzae e tipo B quando queste vengono richieste dai genitori con prescrizione medica. Di tale norma possono usufruire anche i bambini extracomunitari non residenti sul territorio nazionale».

*Note all'art. 2:*

— Il testo del comma 5 dell'art. 8 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, è il seguente:

«5. Nel realizzare gli obiettivi di risparmio di spesa di cui all'art. 35, comma 1, restano salvaguardate le forniture a favore di disabili. Il Ministero della sanità provvede nel termine di tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge alla revisione del nomenclatore tariffario delle protesi».

— Il decreto del Ministro della sanità 1° luglio 1982, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 217 del 9 agosto 1982, reca: «Assistenza sanitaria integrativa relativa ai prodotti dietetici».

*Note all'art. 3:*

— Si riporta il testo del comma 10 dell'art. 8 della legge 24 dicembre 1993, n. 537:

«10. Entro il 31 dicembre 1993, la Commissione unica del farmaco di cui all'art. 7 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, procede alla riclassificazione delle specialità medicinali e dei preparati galenici di cui al comma 9 del presente art., collocando i medesimi in una delle seguenti classi:

- a) farmaci essenziali e farmaci per malattie croniche;
- b) farmaci, diversi da quelli di cui alla lettera a), di rilevante interesse terapeutico;
- c) altri farmaci privi delle caratteristiche indicate alle lettere a) e b)».

— Si riporta il testo del comma 42 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662:

«42. Entro il 15 febbraio 1997 la Commissione unica del farmaco procede alla prima individuazione dei medicinali attualmente classificati nella classe c), di cui all'art. 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, i quali, per particolari motivi terapeutici, a decorrere dal 1° marzo 1997, sono erogabili, a totale carico del Servizio sanitario nazionale, nel limite di spesa di lire 100 miliardi per anno, agli assistiti appartenenti a nuclei familiari in possesso di un reddito annuo lordo non superiore a lire 19 milioni. Ai fini dell'accertamento del reddito si applica la normativa vigente in materia di autocertificazione, con obbligo di controlli da parte delle aziende sanitarie locali. L'elenco dei medicinali erogabili ai sensi del presente comma viene aggiornato periodicamente dalla Commissione unica del farmaco. L'onere derivante dall'attuazione del presente comma resta a carico del Servizio sanitario nazionale nell'ambito del tetto di spesa previsto per l'assistenza farmaceutica.

— Il testo del comma 3 dell'art. 1 della legge 25 gennaio 1990, n. 8, è il seguente:

«3. Le prescrizioni di prestazioni relative a branche specialistiche diverse devono essere formulate su ricette distinte. In ogni ricetta possono essere prescritte fino ad un massimo di otto prestazioni della medesima branca. Fanno eccezione le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione incluse nel decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 150 del 14 settembre 1996, e successive modificazioni ed integrazioni, che recano l'indicazione del ciclo, per le quali ciascuna ricetta può contenere fino a tre cicli fatte salve le specifiche patologie che sono individuate con apposito decreto del Ministro della sanità, previo parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia».

— Il decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 216 del 14 settembre 1996, reca: «Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe».

— Per il testo del comma 50 dell'art. 59 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, v. nelle note al titolo.

— Il testo del comma 1 dell'art. 9 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, è il seguente:

«1. La prescrizione di specialità medicinali e di prodotti generici con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale è limitata al numero massimo di due pezzi per ricetta, fatta eccezione per i prodotti a base di antibiotici in confezione monodose e per i medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi, per i quali si applica la disposizione di cui all'art. 2, comma 3, del decreto-legge 30 ottobre 1987, n. 443, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 dicembre 1987, n. 531. Fino al 31 marzo 1995 per i farmaci indicati dagli articoli 1, 2 e 4 del decreto del Ministro della sanità 1° febbraio 1991, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 32 del 7 febbraio 1991, e successive modificazioni ed integrazioni, a favore dei soggetti affetti dalle forme morbose di cui agli stessi articoli e per i farmaci a base di interferone a favore dei soggetti affetti da epatite cronica, la prescrizione è limitata ad un numero massimo di sei pezzi per ricetta».

— Si riporta il testo del comma 9 dell'art. 32 della legge 27 dicembre 1997, n. 449:

«9. Le regioni, le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere assicurano l'attività di vigilanza e controllo sull'uso corretto ed efficace delle risorse. In particolare:

a) raccolgono ed analizzano sistematicamente i dati concernenti le attività ospedaliere e le attività relative agli altri livelli di assistenza ed i relativi costi e adottano tempestivamente azioni correttive nei casi di ingiustificato scostamento dai valori standard nazionali o locali. Le attività ospedaliere sono oggetto di specifiche azioni di monitoraggio e valutazione sotto i profili della qualità, dell'appropriatezza, della accessibilità e del costo. A tali fini sono promossi interventi di formazione degli operatori regionali e locali dedicati all'attività di controllo esterno e l'impiego di protocolli quali strumenti sistematici di valutazione dell'appropriatezza del ricorso ai ricoveri ospedalieri;

b) le aziende unità sanitarie locali esercitano funzioni di indirizzo e coordinamento dell'attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta supportando i sanitari nell'individuazione di linee di intervento appropriate al fine di ottenere il migliore rapporto costo-beneficio tra le opzioni eventualmente disponibili e fornendo indicazioni per l'uniforme applicazione in ambito locale dei percorsi diagnostici e terapeutici di cui all'art. 1, comma 28, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, che sono adottati dal Ministro della sanità entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, a partire dalle più comuni patologie cronico-degenerative. A tal fine possono avvalersi di appositi uffici di livello dirigenziale. Il Ministro della sanità riferisce al Parlamento sull'adozione dei percorsi diagnostici e terapeutici nell'ambito della Relazione sullo stato sanitario del Paese, di cui all'art. 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

c) al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse per l'acquisto di beni e servizi, l'osservatorio centrale di cui all'art. 1, comma 30, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, avvalendosi dei dati forniti dalle regioni, dalle aziende unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere, compie indagini e fornisce indicazioni sull'andamento dei prezzi e sulle modalità di acquisto utili ad orientare le decisioni a livello locale».

— Il testo dell'art. 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è il seguente:

«Art. 13. — 1. Le regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi di cui all'art. 1, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitario di finanziamento di cui al medesimo art. 1, nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato.

2. Per provvedere agli oneri di cui al comma precedente le regioni hanno facoltà, ad integrazione delle misure già previste dall'art. 29 della legge 28 febbraio 1986, n. 41, di prevedere la riduzione dei limiti massimi di spesa per gli esenti previsti dai livelli di assistenza, l'aumento della quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prestazioni sanitarie, fatto salvo l'esonero totale per i farmaci salva-vita, nonché variazioni in aumento dei contributi e dei tributi regionali secondo le disposizioni di cui all'art. 1, comma 1, lettera i), della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

3. Le regioni, nell'ambito della propria disciplina organizzativa dei servizi e della valutazione parametrica dell'evoluzione della domanda delle specifiche prestazioni, possono prevedere forme di partecipazione alla spesa per eventuali altre prestazioni da porre a carico dei cittadini, con esclusione dei soggetti a qualsiasi titolo esenti, nel rispetto dei principi del presente decreto».

#### Note all'art. 4:

— La legge 4 gennaio 1968, n. 15, reca: «Norme sulla documentazione amministrativa e sulla legalizzazione e autenticazione di firme».

— Per il testo dell'art. 4 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, v. nelle note all'art. 1.

— Il testo vigente dei commi da 14 a 17 dell'art. 8 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, è il seguente:

«14. I farmaci collocati nella classe di cui al comma 10, lettera a), sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale con la corresponsione, da parte dell'assistito, di una quota fissa per ricetta di lire 3.000 per prescrizioni di una confezione e di lire 6.000 per prescrizioni di più confezioni. Per i farmaci collocati nella classe di cui al comma 10, lettera b), è dovuta una partecipazione alla spesa da parte dell'assistito nella misura del 50 per cento del prezzo di vendita al pubblico. I farmaci collocati nella classe di cui al comma 10, lettera c), sono a totale carico dell'assistito.

15. Tutti i cittadini sono soggetti al pagamento delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle altre prestazioni specialistiche, ivi comprese le prestazioni di fisioterapia e le cure termali, fino all'importo massimo di lire 70.000 per ricetta, con assunzione a carico del Servizio sanitario nazionale degli importi eccedenti tale limite.

16. A decorrere dal 1° gennaio 1995 sono esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria di cui ai commi 14 e 15 i cittadini di età inferiore a sei anni e di età superiore a sessantacinque anni, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo riferito all'anno precedente non superiore a lire 70 milioni. A decorrere dal 1° gennaio 1996 sono altresì esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria di cui ai commi 14 e 15 i portatori di patologie neoplastiche maligne, i pazienti in attesa di trapianti di organi, nonché i titolari di pensioni sociali ed i familiari a carico di questi ultimi. A partire dalla stessa data sono inoltre esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria di cui ai commi 14 e 15 i disoccupati ed i loro familiari a carico, nonché i titolari di pensioni al minimo di età superiore a sessant'anni ed i loro familiari a carico, purché appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore a lire 16 milioni, incrementato fino a lire 22 milioni in presenza del coniuge ed in ragione di un ulteriore milione di lire per ogni figlio a carico. Le esenzioni connesse ai livelli di reddito operano su dichiarazione dell'interessato o di un suo familiare da apporre sul retro della ricetta. I soggetti affetti dalle forme morbose e le categorie previste dal decreto del Ministro della sanità 1° febbraio 1991, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 32 del 7 febbraio 1991, e successive modificazioni ed integrazioni, sono esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria di cui ai commi 14 e 15 limitatamente alle prestazioni individuate dallo stesso decreto.

16-bis. Sono altresì esenti le prestazioni diagnostiche e terapeutiche, comprese le vaccinazioni di comprovata efficacia, di cui all'ultimo periodo del comma 3 dell'art. 5 della legge 29 dicembre

1990, n. 407, come sostituito dal comma 16-*quinqies* del presente articolo, e all'art. 5 del citato decreto del Ministro della sanità 1° febbraio 1991.

16-ter. Per l'assistenza farmaceutica l'esenzione opera esclusivamente per i farmaci collocati nella classe di cui al comma 10, lettera b). Per l'assistenza farmaceutica e per le prestazioni di cui al comma 15 i cittadini esenti, con esclusione degli invalidi di guerra titolari di pensione diretta vitalizia, dei grandi invalidi per servizio, degli invalidi civili al 100 per cento e dei grandi invalidi del lavoro, sono tenuti comunque al pagamento di una quota fissa per ricetta di lire 3.000 per prescrizioni di una confezione e di lire 6.000 per prescrizioni di più confezioni nonché per prescrizioni relative alle prestazioni di cui al comma 15.

16-quater. I direttori generali e i commissari straordinari delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere dispongono verifiche sulla regolarità delle prescrizioni, in regime di esenzione, dei medici convenzionati e dipendenti del Servizio sanitario nazionale, inoltre attivano attraverso gli organi preposti controlli sulla veridicità delle dichiarazioni di esenzione apposte sul retro delle ricette previste dal comma 16. In caso di violazioni delle disposizioni di cui al presente articolo si applicano le sanzioni previste dal codice penale.

17. È abrogata ogni disposizione precedente relativa al pagamento della quota fissa sulle singole prestazioni farmaceutiche e sulle singole ricette relative alle altre prestazioni sanitarie. Sono altresì abrogati i commi 2, 3, 4, 5 e 6 dell'art. 6 del decreto-legge 19 settembre 1992, n. 384, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 novembre 1992, n. 438».

#### Note all'art. 5:

— Il testo dell'art. 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400, è il seguente:

«Art. 17. — 1. Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, sentito il parere del Consiglio di Stato che deve pronunciarsi entro novanta giorni dalla richiesta, possono essere emanati regolamenti per disciplinare:

- a) l'esecuzione delle leggi e dei decreti legislativi;
- b) l'attuazione e l'integrazione delle leggi e dei decreti legislativi recanti norme di principio, esclusi quelli relativi a materie riservate alla competenza regionale;
- c) le materie in cui manchi la disciplina da parte di leggi o di atti aventi forza di legge, sempre che non si tratti di materie comunque riservate alla legge;
- d) l'organizzazione ed il funzionamento delle amministrazioni pubbliche secondo le disposizioni dettate dalla legge.

2. Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, sentito il Consiglio di Stato, sono emanati i regolamenti per la disciplina delle materie, non coperte da riserva assoluta di legge prevista dalla Costituzione, per le quali le leggi della Repubblica, autorizzando l'esercizio della potestà regolamentare del Governo, determinano le norme generali regolatrici della materia e dispongono l'abrogazione delle norme vigenti, con effetto dall'entrata in vigore delle norme regolamentari.

3. Con decreto ministeriale possono essere adottati regolamenti nelle materie di competenza del Ministro o di autorità subordinate al Ministro, quando la legge espressamente conferisca tale potere. Tali regolamenti, per materie di competenza di più Ministri, possono essere adottati con decreti interministeriali, ferma restando la necessità di apposita autorizzazione da parte della legge. I regolamenti ministeriali ed interministeriali non possono dettare norme contrarie a quelle dei regolamenti emanati dal Governo. Essi debbono essere comunicati al Presidente del Consiglio dei Ministri prima della loro emanazione.

4. I regolamenti di cui al comma 1 ed i regolamenti ministeriali ed interministeriali, che devono recare la denominazione di "regolamento", sono adottati previo parere del Consiglio di Stato, sottoposti al visto ed alla registrazione della Corte dei conti e pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale*.

4-bis. L'organizzazione e la disciplina degli uffici dei Ministeri sono determinate, con regolamenti emanati ai sensi del comma 2, su proposta del Ministro competente d'intesa con il Presidente del Consiglio dei Ministri e con il Ministro del tesoro, nel rispetto dei principi posti dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, con i contenuti e con l'osservanza dei criteri che seguono:

- a) riordino degli uffici di diretta collaborazione con i Ministri ed i Sottosegretari di Stato, stabilendo che tali uffici hanno esclusive competenze di supporto dell'organo di direzione politica e di raccordo tra questo e l'amministrazione;

b) individuazione degli uffici di livello dirigenziale generale, centrali e periferici, mediante diversificazione tra strutture con funzioni finali e con funzioni strumentali e loro organizzazione per funzioni omogenee e secondo criteri di flessibilità eliminando le duplicazioni funzionali;

c) previsione di strumenti di verifica periodica dell'organizzazione e dei risultati;

d) indicazione e revisione periodica della consistenza delle piante organiche;

e) previsione di decreti ministeriali di natura non regolamentare per la definizione dei compiti delle unità dirigenziali nell'ambito degli uffici dirigenziali generali».

— Per il testo del comma 10 dell'art. 8 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, v. nelle note all'art. 3.

— Il decreto del Ministro della sanità 1° febbraio 1991, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 32 del 7 febbraio 1991, reca: «Rideterminazione delle forme morbose che danno diritto all'esenzione dalla spesa sanitaria».

— L'art. 1, comma 3, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, modifica il comma 16 dell'art. 8 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, riportato nelle note all'art. 4.

— Il testo dell'art. 15 della legge 20 ottobre 1990, n. 302, recante: «Norme a favore delle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata», è il seguente:

«Art. 15. — 1. I cittadini italiani che abbiano subito ferite o lesioni in conseguenza degli atti di cui all'art. 1 sono esenti dal pagamento di ticket per ogni tipo di prestazione sanitaria conseguente agli eventi di cui alla presente legge.

2. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della sanità stabilisce con proprio decreto, da emanarsi di concerto con il Ministro dell'interno, le modalità di attuazione dell'esenzione di cui al comma 1».

#### Note all'art. 6:

— Per il testo dell'art. 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400, vedi nelle note all'art. 5.

— La legge 31 dicembre 1976, n. 675, reca: «Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali».

— La legge 31 dicembre 1996, n. 676, reca: «Delega al Governo in materia di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali».

— Per il testo del comma 50 dell'art. 59 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, v. nelle note al titolo.

— Per il testo del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, v. nelle note all'art. 1.

#### Note all'art. 8:

— Il testo del comma 2 dell'art. 2 della legge 28 dicembre 1995, n. 549, è il seguente:

«2. Le somme derivanti dalla partecipazione alla spesa per le prestazioni di pronto soccorso ospedaliero e day hospital diagnostico, facoltativamente disposte dalle regioni e dalle province autonome, non concorrono al finanziamento della quota capitaria rapportata ai livelli uniformi di assistenza di cui al Piano sanitario nazionale, approvato ai sensi dell'art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni. Conseguentemente per ciascun anno a decorrere dal 1996 la quota capitaria è rideterminata al netto delle predette somme».

— Il decreto del Ministro della sanità 1° febbraio 1991, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 32 del 7 febbraio 1991, reca: «Rideterminazione delle forme morbose che danno diritto all'esenzione dalla spesa sanitaria».

#### Nota all'allegato 1:

— Il decreto del Ministro della sanità 19 marzo 1988, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 81 del 7 aprile 1988, reca: «Nuovi modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle unità sanitarie locali».

#### Nota all'allegato 2:

— Per il testo del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, v. nelle note all'art. 1.

98G0180

## DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 6 marzo 1998.

### Nomina di alcuni componenti del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro.

#### IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Vista la legge 30 dicembre 1986, n. 936, recante norme sul Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro ed in particolare l'art. 7;

Visto il proprio decreto in data 23 maggio 1995, con il quale sono stati chiamati a far parte del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro i rappresentanti delle categorie produttive di beni e servizi nei settori pubblico e privato;

Considerato che, a seguito delle dimissioni del dottor Marco D'Alberti, del decesso della dott.ssa Donatella Turtura, designati dalla Confederazione generale italiana del lavoro in rappresentanza dei lavoratori dipendenti, settore trasporti e dirigenti e quadri intermedi, nonché delle dimissioni del dott. Smolizza, designato dalla Confederazione italiana sindacati lavoratori in rappresentanza dei lavoratori dipendenti, settore pubblica amministrazione, occorre provvedere alla nomina, in loro sostituzione, rispettivamente del sig. Luciano De Gaspari, del dott. Filippo Panarello e del prof. Giorgio Alessandrini, designati dalle predette organizzazioni;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella seduta del 20 febbraio 1998;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri;

#### Decreta:

Il sig. Luciano De Gaspari, il dott. Filippo Panarello e il prof. Giorgio Alessandrini sono nominati componenti del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro in rappresentanza dei lavoratori dipendenti, rispettivamente, settore trasporti, dirigenti e quadri intermedi e pubblica amministrazione.

Il presente decreto sarà trasmesso alla Corte dei conti per la registrazione.

Dato a Roma, addì 6 marzo 1998

SCÀLFARO

PRODI, *Presidente del Consiglio dei Ministri*

Registrato alla Corte dei conti il 10 aprile 1998  
Registro n. 1 Presidenza, foglio n. 180

98A3543