

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2245

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

VENTUROLI, BARCA, DI MAURO, MASCHIELLA, TOGNONI, ZANTI TONDI CARMEN, ALBONI, ALLERA, BIAGINI, BIAMONTE, GORRERI, LA BELLA, MORELLI, MONASTERIO, MASCOLO, SULOTTO, SACCHI, ESPOSTO, SGARBI BOMPANI LUCIANA, GRAMEGNA, SKERK, JACAZZI, FLAMIGNI, LODI FAUSTINI FUSTINI ADRIANA, MAULINI, ARZILLI, PIRASTU, GUERRINI RODOLFO, NAPOLITANO LUIGI, PELLIZZARI, FREGONESE, TAGLIAFERRI

Presentata il 23 gennaio 1970

Provvedimenti per l'avvio del servizio sanitario nazionale, e per il risanamento finanziario di alcune gestioni sanitarie

ONOREVOLI COLLEGHI! — Lo stato di salute degli italiani è in grave crisi; l'ordinamento sanitario è in dissesto; la produzione farmaceutica è la più speculativa fra quelle dei paesi industrialmente sviluppati; la professione medica risulta gravemente compromessa e svalutata.

Di fronte a tale situazione la richiesta generale, pure con diversi accenti e diverse motivazioni, è quella di una profonda riforma dell'assetto sanitario.

Orbene, pare ai proponenti che il presente momento politico sia caratterizzato dall'esigenza di una scelta irrinunciabile e non rinviabile.

Il 30 ottobre 1967 il Governo, con decreto legge n. 968, stanziava 476 miliardi di lire per il cosiddetto « ripianamento di alcune gestioni dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie ».

Quella decisione dimostrava ad un tempo lo stato di dissesto dell'ordinamento sanitario e la volontà del Governo di sottoporre ad enorme sacrificio la finanza pubblica nel tentativo di superarlo senza andare a cercare le cause e pertanto senza modificare nulla.

Fummo facili profeti nel sostenere allora che l'« operazione 476 miliardi » si sarebbe risolta in un disastro, perché l'ordinamento sanitario, immutato, avrebbe ricominciato, immediatamente dopo, a riprodurre uno stato deficitario perlomeno altrettanto grave.

Due soli anni sono passati da quel periodo ed i fatti ci danno puntualmente ragione. Il Governo, mentre questa proposta di legge viene presentata, sta studiando come fare approvare dal Parlamento un nuovo provvedimento finanziario, il cui ammontare arriverebbe questa volta ad una cifra addirittura

collocata fra i 700 e gli 800 miliardi, per pagare nuovamente i debiti delle mutue.

Ciò induce ad una serie di inquietanti interrogativi. Come è possibile che lo Stato si accolli a due soli anni di distanza, l'onere di un nuovo assestamento dei bilanci mutualistici in termini quasi raddoppiati? Si può ignorare che la precedente dilapidazione di quasi 500 miliardi lungi dal risolvere una crisi degli enti mutualistici, si è addirittura accompagnata ad effettive restrizioni della protezione sanitaria com'è dimostrato, ad esempio, dalla parzialità dei rimborsi ENPAS e, per un certo periodo, dalla loro sospensione e da disagi cui sono stati sottoposti gli assicurati INAM per temporanei passaggi a forme di assistenza indiretta nel settore della medicina generica e della assistenza farmaceutica?

I presentatori della proposta di legge giudicano che una simile linea vada energicamente contrastata, impedendo l'esplicito o simulato tentativo di salvataggio delle mutue, con la indicazione di un'altra via di soluzione del problema, che, dalla crisi fallimentare degli istituti di assicurazione obbligatoria contro le malattie tragga occasione di misure per il loro superamento e per l'inizio della costituzione del servizio sanitario nazionale.

Con la presente proposta di legge sollecitiamo il Parlamento ad assumere responsabili posizioni che, respingendo le tentazioni di provvedimenti improvvisi ed autoritari, consentano di impedire un nuovo sperpero di denaro pubblico prospettando la costituzione di un ordinamento sanitario nuovo e moderno di tutela della salute dei cittadini, come è prescritto dalla Costituzione.

Quello che è in discussione, infatti, è la condizione sanitaria del paese, la cui crisi attuale rivela la sua natura e dimensione quanto più si approfondisca l'esame del nesso fra i livelli di salute e il modo di organizzazione della società.

Il primo elemento da mettere in risalto è costituito dal fatto che l'odierno ambiente in cui vive l'insieme degli uomini, viene disumanizzato dalla produzione sociale realizzata dalla legge del profitto. Ciò determina conseguenze gravi sulle condizioni di salute dei lavoratori e dell'intera collettività. È la produzione capitalistica che toglie all'uomo le condizioni del suo sviluppo e aggiunge condizioni ostili, nocive, che agiscono in via diretta e indiretta sull'individuo.

Il capitale aggredisce in via diretta gli operai con le malattie professionali e gli infortuni sul lavoro; li aggredisce altrettanto e

ancor più gravemente con le malattie che non sono classificate come professionali, ma che nascono, senza dubbio, dalle tensioni e dalle frustrazioni del lavoro; li aggredisce, infine, anche fuori dall'ambiente di lavoro con l'avvelenamento delle acque, del cibo, dell'aria e modellando le città non secondo le esigenze di vita delle collettività ma delle scelte capitalistiche.

La sede prima dove si consuma il più elevato sacrificio della salute dei cittadini è costituita dai luoghi di lavoro e dalle fabbriche. Rilevava il professor Giovanni Berlinguer in una relazione del 1967 che negli ultimi 20 anni (1946-66), si sono verificati in Italia 22.860.964 casi di infortunio o di malattia professionale con 82.557 morti, con 966.880 lavoratori resi permanentemente invalidi e miseramente indennizzati e con altri 900.000 invalidi non indennizzati.

Queste cifre impressionanti rivelano ancor più nettamente la gravità della situazione, ove si indaghi al loro interno e si scopra la dinamica degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali segna una espansione gravissima negli anni recenti e che essa va di pari passo con l'incremento della produzione affiancato ad una riduzione o ad una stasi dell'occupazione operaia.

Infatti, mentre la prima metà del ventennio 1946-66 ha registrato 8.597.256 casi di infortunio e 333.983 casi di invalidità, la seconda metà dello stesso ventennio (quella che contiene i cosiddetti anni del miracolo economico) ha registrato 14.263.708 casi di infortunio e 632.897 casi di invalidità. Gli infortuni sono dunque aumentati nel secondo decennio del 65 per cento ed i casi di invalidità del 90 per cento, cioè sono raddoppiati.

Il nostro rilievo è rivolto, però, soprattutto a dimostrare che vi è una stretta connessione tra la crescita dello sfruttamento dei lavoratori e l'aumento degli infortuni. Basterebbe, a questo scopo, sottolineare che nel decennio 1956-66 il tasso di frequenza degli infortuni è salito da 172 a 229 incidenti per 1.000 operai: ma una prova ancora più diretta è fornita dall'esame delle più recenti cifre relative all'occupazione, alla produzione e agli infortuni:

ANNO	Numero totale occupati	Numero totale infortuni
1967 . . .	19.107.000	1.555.767
1968 . . .	19.069.000	1.592.830

V LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

Questo è solo il punto di arrivo di una situazione, che, vista nella sua interezza, fornisce la prova che il quindicennio ultimo costituisce il periodo in cui il capitalismo italiano ha realizzato la più brutale appropria-

zione di plus-valore mai attuata in tutta la sua storia accompagnata inevitabilmente dal più alto prezzo pagato dalla classe operaia in termini di vita e di salute.

ANNO	Numero totale occupati	Valore del prodotto interno netto a prezzi correnti (in miliardi)	Numero infortuni	Di cui mortali
1954 . . .	19.661.000	10.153	1.055.828	3.748
1958 . . .	19.421.000	12.288	1.226.557	3.946
1961 . . .	19.657.000	17.132	1.449.790	3.998
1966 . . .	18.884.000	30.913	1.451.007	4.935
1968 . . .	19.069.000	42.887	1.592.830	4.779

Abbiamo ridotto la dimostrazione ai suoi termini più elementari: termini, alla cui evidenza è però difficile sfuggire. Una classe dominante che è riuscita ad estorcere in quindici anni una quadruplicazione del prodotto da un numero di lavoratori ridotto di mezzo milione, poteva riuscire in una simile impresa solo con una tale esasperazione dei ritmi di lavoro da provocare mezzo milione di infortuni annuali in più ed un aumento di 1.000 morti all'anno per incidenti sul lavoro.

Ma sbaglierebbe gravemente chi ritenesse che la classe operaia e le forze democratiche siano rassegnate a subire la prosecuzione di una condizione di aggressione spaventosa alla salute dei lavoratori come quella che è purtroppo normale nella media delle fabbriche italiane.

Importanti movimenti di lotta si sono già sviluppati negli anni recenti; ma la più importante battaglia su questo tema si sta combattendo proprio nel tempo in cui questa proposta di legge viene presentata al Parlamento. Le tre confederazioni dei lavoratori CGIL, CISL e UIL hanno infatti collocato la rivendicazione della riforma del sistema sanitario, come una delle più importanti dell'azione rivendicativa che è in corso da qualche mese e che è sostenuta dalla azione sindacale di molti milioni di lavoratori.

La presente proposta di legge acquista dunque un valore tutto particolare perché essa costituisce l'offerta di uno sbocco naturale ad uno dei più importanti temi su cui si svolgono le odierne grandi lotte dei lavoratori, tenuto conto che le soluzioni in essa prospettate non sono proprie di un disegno concepito e proposto unicamente dalla politica che ne è la presentatrice, ma sono

patrimonio di uno schieramento assai più vasto.

La spinta di lotta dei lavoratori non si esercita tuttavia solamente o soprattutto contro il flagello degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, per quanto grave possa essere. L'aggressione alla salute è più globale e non si realizza solo sui luoghi di lavoro, ma più in generale nella società. Anzi, oggi, parlare di malattie professionali come di un campo separato della patologia è divenuto un discorso ormai privo di senso. Le malattie che hanno la loro origine nel rapporto di produzione non possono essere solamente le 42 elencate nella legge che è ad esse specificamente dedicata, dato che nessuno pone più in dubbio che i grandi flagelli del nostro tempo moderno, le malattie degenerative o antropogene, cioè tumori, le affezioni del sistema cardio-circolatorio e quelle del sistema nervoso, trovano prevalentemente la loro origine nel rapporto di lavoro.

Le recenti misure di divieto adottate negli Stati Uniti d'America contro il DDT ed i ciclammati mettono in guardia contro la leggerezza con cui sono state diffuse nel mondo intero sostanze nuove di origine sintetica, senza la benché minima precauzione di accertamento della possibilità che esse risultino nocive alla salute dell'uomo. Questi pericoli sono condotti all'estremo limite in fabbriche, dove gli operai sono messi a permanente contatto con sostanze sconosciute, definite solamente con numeri di codice per la pretesa delle direzioni aziendali di mantenere su di esse il segreto industriale.

Significativo al riguardo è l'episodio di una fabbrica genovese, nella quale i lavoratori usano sostanze provenienti dall'estero in con-

tenitori sui quali la direzione ha fatto applicare etichette con numeri di codice sovrappo-
nendole a scritte in lingua inglese che dice-
vano: « Pericolo. Nociva conseguenza mortale
se viene a contatto con la cavità orale - in-
fiammabile - contiene petrolio distillato ».

Altrettanto e quasi più grave è la nocività
del lavoro, che non è fisicamente misurabile
in termini di tossicità, ma che discende dalle
tensioni e dalle frustrazioni derivanti dai
ritmi esasperati, dalla parcellizzazione del
processo produttivo, dai rapporti gerarchici
esistenti nella fabbrica ed in sostanza dalla
alienazione subita dal lavoratore.

Quante ulcere duodenali, quanti infarti,
quante nevrosi hanno sicuramente la loro
origine in questo aspetto della condizione
operaia su cui ora ci siamo soffermati. Sa-
rebbe sufficiente avere un vasto quadro di ri-
lievi epidemiologici relativi a determinati
ambienti e condizioni di lavoro per dare di
questa valutazione una prova scientifica. Ma
le mutue non servono a questo scopo; i me-
dici di fabbrica ancor meno, essendo pagati
dai padroni per scopi del tutto opposti, cioè
essenzialmente fiscali. E basterebbe quindi
anche questa prima elementare constatazio-
ne di incapacità e di impotenza dell'ordi-
namento sanitario, per dimostrare quanto ur-
gente sia la sua riforma.

La gravità complessiva della crisi della
nostra condizione sanitaria è dimostrata tut-
tavia dal fatto che le condizioni di nocività
che abbiamo incontrato nei luoghi di lavoro
si ritrovano pressoché uguali e motivate dalle
stesse cause anche fuori dalle fabbriche, ne-
gli aggregati abitativi, nelle città, nelle cam-
pagne.

Le cause tossiche che aggrediscono in via
diretta gli operai nella fabbrica, dilagano
anche fuori di essa colpendo la generalità dei
cittadini con l'inquinamento delle acque, del-
l'aria, dei cibi, senza che alcun intervento
pubblico si levi ad impedirlo ed anche in que-
sto sta la dimostrazione che l'attuale sistema
di produzione ha perso ogni rispetto dei va-
lori umani fino a sacrificare la salute e la
vita dei cittadini.

È questa la medesima ragione per la qua-
le la speculazione immobiliare agisce indi-
sturbata e modella le città sulla base del pro-
prio profitto facendo dei ghetti-dormitori, nei
quali è sempre drasticamente negato lo spa-
zio di verde necessario perché i bambini cre-
scano sani e gli adulti difendano il proprio
stato di benessere psico-fisico.

E come definire la politica della motoriz-
zazione spinta oltre ogni limite di ragionevo-

lezza pur di favorire il monopolio dell'auto-
mobile, con la conseguenza che le città sono
rese inabitabili dalla marea di automobili
che le invade, dall'avvelenamento dell'atmo-
sfera causato dai loro tubi di scappamento e
dalla congestione e dal blocco della circola-
zione stradale, che diviene blocco dei pro-
cessi biologici dell'organismo umano ?

L'atto di accusa che rivolgiamo contro ta-
luni aspetti del modo di organizzazione di
questa società, come gravemente e insidiosamente
morbigeni, è tuttavia più globale di
quel che non appaia dai singoli rilievi.

L'allarme che vogliamo sollevare è rela-
tivo al fatto che il modo di sviluppo di que-
sta società viene sempre più alterando e per-
sino sopprimendo i rapporti inter-umani, in
termini che vengono sempre più interrom-
pendo la comunicazione profonda di ogni
uomo con gli altri uomini, mentre, per altro
verso, vengono sempre più gravemente impe-
diti i rapporti dell'uomo con la natura, cioè
con la propria stessa storia evolutiva.

Questa condizione è soprattutto determi-
nata dagli eccessi di tensione che sono con-
naturati con la sfrenata competitività che è
l'inevitabile modo di essere del sistema del
profitto. Da ciò discende la situazione di in-
sicurezza sociale che è all'origine di così
grande quantità di stati di disadattamento,
di tante crisi esistenziali, di tante carenze
familiari e affettive, cioè di tanta sofferenza
e infelicità, che in questa società viene sbriga-
tivamente etichettata come malattia men-
tale, al fine di emarginare ed escludere co-
loro che risultano disadattati a fornire gli
standards di produttività, imperativamente
pretesi dal sistema del profitto.

Non sorprenda infine che noi collochiamo
fra i fattori morbigeni ed anzi, fra i più gravi
lo stesso ordinamento sanitario. Non è un pa-
radosso, ma le stesse strutture sanitarie, per
il modo come sono venute deformandosi, sono
oggi causa di malattia o di aggravamento di
stati morbosi che, in altro ordinamento sani-
tario, sarebbero evitabili o riducibili ad affe-
zioni di modesta entità.

La prima osservazione da sollevare al ri-
guardo è costituita dal fatto che questo ordi-
namento sanitario è caratterizzato da una na-
tura assicurativa che gli fa obbligo di assi-
stere il cittadino solo se iscritto ad una mutua,
alla quale sia stato pagato il contributo assi-
curativo o se iscritto nell'elenco dei poveri
del comune e soprattutto che consenta l'ero-
gazione dell'assistenza solo quando la malat-
tia sia manifesta e conclamata, e con lo scopo

del ripristino della capacità lavorativa, condizioni, queste, che escludono le misure di prevenzione, di riabilitazione e di assistenza.

La nocività di questo ordinamento sanitario è stata recentemente rilevata anche dal responsabile dell'ufficio sanità della democrazia cristiana, che nell'articolo di fondo del *Popolo* del 22 ottobre 1969, scriveva: « La evoluzione nosologica del Paese ha portato alla ribalta il problema della lotta a quegli eventi morbosi, di natura prevalentemente degenerativa — quali le cardiopatie, i tumori, gli *ictus* — che da soli rappresentano quasi il 70 per cento della morbosità letale e che possono essere affrontati solo con sistematici e programmati interventi di medicina preventiva; ciò che non è consentito dalla logica stessa del sistema mutuo-assicurativo, che essendo basata sulla corrispondenza stessa tra rischio di malattia ed evento morboso, ha condizionato in maniera pesantemente negativa tutto lo sviluppo dei servizi di prevenzione e quindi di intervento precoce ».

Occorre dire di più: l'inefficienza dell'ordinamento sanitario fondato sulle mutue è tale da determinare un continuo aumento del tempo intercorrente fra il momento dell'insorgenza dell'evento morboso ed il momento dell'intervento sanitario.

Se dieci anni fa mediamente un assicurato delle mutue otteneva una visita specialistica quattro o cinque giorni dopo averla richiesta, oggi deve aspettare in media più di quindici giorni. I ricoveri ospedalieri ordinari sono frequentemente previsti cinquanta ed anche sessanta giorni dopo essere richiesti. Ciò significa che noi stiamo procedendo nella direzione opposta a quella richiesta dalla medicina moderna; invece di provocare il massimo anticipo dell'intervento, almeno nelle forme più elementari di prevenzione che sono gli accertamenti degli stati pre-morbosi o le diagnosi precoci, noi registriamo forme di generalizzati e crescenti ritardi degli interventi che non possono non sortire risultati che definire dannosi è certamente poco.

L'altra indubitabile ragione per la quale l'ordinamento sanitario stesso è un fattore morbigeno, sta nel fatto che esso è complice dell'industria farmaceutica nell'imporre un nocivo super-consumo di medicinali.

Qui il discorso dovrebbe allargarsi per esprimere anche un giudizio su quella autentica piaga dolente del nostro paese che è l'industria produttrice di farmaci, ma lo spazio non consente niente più che una valutazione sintetica.

La spesa farmaceutica mutualistica ha avuto nell'ultimo quindicennio la seguente dinamica:

1955	. . . . .	miliardi	42,745
1960	. . . . .	»	125,107
1964	. . . . .	»	248,400
1966	. . . . .	»	315,664
1968	. . . . .	»	431 —

Ciò significa che la spesa farmaceutica è divenuta la componente che più contribuisce a fargli evitare la spesa sanitaria e significa al tempo stesso che l'industria dei farmaci ha creato condizioni in cui riesce a rastrellare ogni anno quasi un terzo dell'intera crescente spesa sanitaria mutualistica. Le cifre elencate sopra dicono infine che se nessun intervento dello Stato sopravverrà, l'industria farmaceutica riuscirà nel 1980 a portare la sola spesa mutualistica per medicinali a 4.000 miliardi. Ciò equivale a dire che ogni riforma sanitaria sarebbe impedita perché la maggior parte delle risorse del paese destinabili al settore sanitario sarebbe assorbita dal monopolio dei farmaci, cioè sarebbe soprattutto tolta al paese da imprenditori stranieri dato che ormai quasi il 70 per cento del fatturato farmaceutico è prodotto da aziende straniere o con prevalenza di capitale straniero.

Ma per inquietanti che possano apparire le questioni fin qui poste, ve ne è una che è di gran lunga la più grave di tutte.

Essendosi moltiplicata per dieci la spesa farmaceutica, si può asserire che si è anche attesa in misura dieci volte superiore la copertura terapeutica? La totalità degli studiosi è concorde nel negarlo. Si registra invece una « crescente estraneità », quantitativa e qualitativa, del consumo dei farmaci, dalle effettive esigenze terapeutiche. Anche nel settore dei farmaci la spinta consumistica tende a rovesciare il rapporto domanda-offerta, creando un bisogno indotto ». Aggiungeremo per parte nostra che se la determinazione di un « bisogno indotto » nei settori dei consumi normali può essere economicamente condannabile, nel settore dei farmaci essa è anche sicuramente nociva in termini fisiologici. Non è indifferente introdurre nell'organismo umano una certa quantità di sostanze chimiche di supposta efficacia medicinale o introdurre una quantità dieci volte superiore. Non esiste sostanza chimica a cui l'organismo umano sia indifferente e poiché anche in questo settore è applicabile il vecchio principio che « è la dose che fa il veleno », si può con-

cludere che la spaventosa spinta consumistica introdotta nel settore dei farmaci non può non essere foriera di effetti gravemente negativi in termini fisiologici, fino a determinare le malattie iatrogene, provocate dall'abuso o dall'uso inconsulto di farmaci.

Queste annotazioni consentono di fare giustizia anche della affermazione semplicistica e grossolana secondo la quale l'eccessivo consumo di farmaci sarebbe dovuto alla pressante richiesta fatta dai mutuatati e persino ad una sorta di cupidigia dello spreco cui sarebbero in genere inclini i cittadini nei confronti dei prodotti che vengono forniti gratuitamente.

Occorre invece denunciare come operanti al di là del lecito tutte le attività pubblicitarie e propagandistiche attuate dalle industrie farmaceutiche per realizzare la cosiddetta promozione delle vendite, che induce la introduzione delle più sfrenate spinte sui consumatori e sui medici per espandere artificiosamente il consumo dei medicinali.

Pertanto sono da condannare e da vietare le forme di persuasione occulta svolta dalle industrie farmaceutiche con pubblicazioni pseudo-specializzate e ancora più insidiosamente, con le pagine di cosiddetta informazione medica dei quotidiani di grande tiratura. Ancora più severamente da condannare sono le varie forme di pressione esercitate sui medici.

Il forzato inserimento della cosiddetta libera professione nella mutualità obbligatoria ha portato la cerchia dei medici generici a condizioni di esercizio della professione che troppe volte è divenuta pura e semplice occupazione di scritturazione di ricette di medicinali a prevalente vantaggio dell'industria farmaceutica.

Le cause della degenerazione dell'ordinamento sanitario risiedono nel fatto che la classe dirigente capitalistica l'ha assoggettato alle proprie esigenze come strumento repressivo e selettivo nei confronti della classe operaia e che le forze politiche dominanti se ne sono fatte sede di centri di potere e di influenze clientelari.

Questa valutazione di fondo appare sempre più chiara ad intere categorie mediche, e, in primo luogo, agli ospedalieri i quali si orientano in modo sempre più deciso per l'attuazione del servizio sanitario nazionale, anche come condizione della propria qualificazione professionale.

I complessi aspetti di crisi dell'ordinamento sanitario non potevano non determinare uno stato di insanabile e irreversibile dissesto finanziario, che è, come abbiamo

sottolineato all'inizio, solo la proiezione economica di un dissesto funzionale il cui prezzo sociale ed umano è, in realtà, ben più grave.

La stessa FIARO ha dovuto arrendersi all'evidenza del fatto che la crisi funzionale degli ospedali non è più trattabile con le mutue; situazione che si concretizza nel dilemma: « la sopravvivenza delle mutue è incompatibile con la sopravvivenza degli ospedali ».

Per questa ragione la federazione delle amministrazioni ospedaliere ha finito col chiedere, in forma ultimativa, l'intervento dello Stato, perché si sostituisca ad esse in tale compito, fiscalizzi la spesa ospedaliera giungendo anzi alla soppressione della retta.

Tale proposta, per essere compiutamente operante, deve necessariamente accompagnarsi con la sottrazione alle mutue dei poliambulatori e dei compiti di assistenza specialistica per utilizzarli, quanto più possibile, come filtri di selezione dei ricoveri ospedalieri.

Questa nostra posizione è stata condivisa da un vasto arco di forze politiche, soprattutto della sinistra e dallo stesso Ministro della sanità che ne ha ribadito l'esigenza più volte e ancora nel convegno nazionale della FIARO svoltosi nel dicembre 1969. La stessa cosa chiedono i sindacati.

Da queste premesse muove la nostra proposta di legge, la quale, pur nel suo carattere di misura transitoria e contingente, si colloca in un quadro di avvio all'istituzione del servizio sanitario nazionale.

Infatti, poiché è ormai acquisita come indispensabile e urgente la esigenza della sottrazione alle mutue dei compiti di assistenza ospedaliera e specialistica, la logica vuole che si trasferiscano questi compiti ai comuni o consorzi che sono stati individuati come l'articolazione terminale del servizio sanitario nazionale. Ciò comporta (o quanto meno consente) l'estensione di queste forme di assistenza a tutta la cittadinanza senza eccezione, eliminando tutte le limitazioni finora introdotte dalle mutue ed estendendo l'assistenza specialistica anche a domicilio.

A questo fine occorre delimitare i territori in cui si darà forma organizzata alla erogazione delle suddette prestazioni.

Ciò significa definire i comprensori entro cui opereranno le unità sanitarie locali, attribuendo ad essi una dimensione media di 60 mila abitanti (con punte minime e massime di 20 mila e 120 mila) così che ogni comprensorio potrà essere parte di un comu-

ne o coincidere con un comune o formarsi con la riunione in consorzi di più comuni.

Entro tali comprensori gli enti locali prenderanno nelle proprie mani la gestione di tutti i presidi sanitari di base, cioè, oltre alle loro condotte mediche, i poliambulatori mutualistici, i dispensari antitubercolari, i consultori dell'ONMI, eccetera.

Con questi atti si realizza la nascita dell'unità sanitaria locale, la quale si qualifica pertanto come il complesso dei servizi attraverso cui il comune attua il proprio compito di tutela della salute della totalità della popolazione con misure globali di prevenzione, di cura, di riabilitazione, di statistica e di educazione sanitaria.

Qui risiede, a nostro giudizio, la caratteristica più qualificante della proposta.

Il comune, entrando in possesso di tutti i presidi sanitari di base, valendosi di essi, inizia quella vasta opera di prevenzione ambientale, nei luoghi di lavoro e negli aggregati abitativi, che segua l'autentica svolta in direzione del servizio sanitario nazionale.

Anzi, entrando in possesso dei compiti di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica, il comune potrà cominciare a realizzare la saldatura fra prevenzione e terapia, che è uno dei fondamenti della riforma.

Naturalmente l'ente locale che comincia, per primo (secondo la nostra proposta), a svolgere le funzioni del servizio sanitario nazionale, deve essere dotato di tutti i poteri indispensabili a tale scopo. Il comune riceve già oggi dalla legge comunale provinciale e dal testo unico delle leggi sanitarie certe attribuzioni e certi poteri in materia di sanità pubblica. Ma occorre che sia chiaro che quando parliamo di medicina preventiva non ci riferiamo alle misure di igiene classica, bensì facciamo riferimento all'introduzione di quel complesso di controlli, di divieti, limiti e vincoli che, soli, possono estirpare le cause di nocività ambientale cui ci siamo ampiamente riferiti in questa relazione.

A tale scopo occorre prevedere l'allargamento dei poteri dei comuni e soprattutto è necessario dare forme alla partecipazione organizzata di base alla gestione delle unità sanitarie locali.

Ciò è previsto dalla nostra proposta con la istituzione dei comitati sanitari locali, come organi che concorrano con i comuni alla gestione della unità sanitaria locale.

La complessa materia della programmazione delle strutture sanitarie e della definizione dei programmi di azione sanitaria, è

appena sommariamente risolta dato che la presente proposta di legge non ha la pretesa di essere il testo legislativo di istituzione del servizio sanitario nazionale.

Ciò comporta che la struttura della unione sanitaria locale non viene ancora dettagliatamente definita. Si dice solamente, in questo testo di proposta di legge, che essa dovrà almeno essere dotata di un ambulatorio ogni 3.000-5.000 abitanti e di un poliambulatorio ogni 10.000-20.000 abitanti. Ciò può introduttivamente contenere un accenno alla istituzione dei « medici residenti », organizzati in una formula che talvolta è stata definita la « sezione » della unione sanitaria locale.

Quello che importa è che subito vengano create forme nuove di organizzazione sanitaria al livello di comuni o di consorzi di comuni, partendo dalla definizione dei compiti da attuare, piuttosto che da una dettagliata definizione delle strutture.

Va soprattutto considerato che la definizione delle strutture è di pertinenza delle regioni e che solo in seguito, in un tempo più lontano, converrà tradurre in organica forma le esperienze realizzate nelle diverse parti del paese, in modo che le regioni possano servirsi nell'autonomo esercizio della loro potestà in materia sanitaria.

Ancor più delicata è la materia della definizione del rapporto professionale dei medici con la unione sanitaria locale. Noi crediamo che debbano essere introdotte le forme di più ampia incentivazione possibile all'attuazione del servizio medico a tempo pieno, che potrebbe essere obbligatorio per tutti i servizi di medicina preventiva, di educazione sanitaria, di rieducazione funzionale, ed essere facoltativa per i servizi diagnostico-terapeutico. Essendo prevedibile che i presidi sanitari di base si rivelino insufficienti nella prima fase di costituzione del servizio sanitario nazionale, si può giungere all'autorizzazione da parte delle unioni sanitarie locali di servizi di ambulatori specialistici privati, pagandone l'affitto ed assumendone le spese di gestione, ma per il solo periodo (che deve essere il più possibile breve) occorrente alla costruzione di tutti i presidi sanitari di base occorrenti alle unioni sanitarie locali.

Essendo previste le elezioni degli organi della regione a statuto ordinario nella primavera del 1970, tutte le competenze demandate dalla proposta di legge alle regioni, dovrebbero essere attuate in un tempo ragionevolmente breve. Tuttavia per non far soffrire di

nocivi ritardi l'attuazione del complesso di misure previste dalla proposta, è stabilito che fino al momento in cui le regioni non saranno in funzione i loro compiti, in questa materia, saranno assolti dai comitati regionali di programmazione ospedaliera opportunamente integrati.

I presentatori della presente proposta di legge hanno voluto che questo carattere di transitorietà fosse ben chiaro riferendolo solo ad una prima fase di attuazione del servizio sanitario nazionale.

Ciò ha comportato la rinuncia momentanea ad introdurre, ad esempio, norme di materia ospedaliera ed in tema di produzione e distribuzione dei farmaci. Ciò non significa che i proponenti non abbiano valutazioni ben precise al riguardo.

In materia di ospedali, pare ai presentatori che la decisione cui si debba pervenire nella fase immediatamente successiva a quella cui si riferisce la presente proposta, non possa non essere quella della completa integrazione dell'ospedale di zona nell'unione sanitaria locale, per la grave nocività della separazione oggi esistente tra ospedali e servizi sanitari di base.

I primi interventi volti a correggere le più gravi conseguenze di tale separazione sono previsti dalla presente proposta di legge. Ad esempio si fa obbligo alla unione sanitaria locale di stabilire il coordinamento organico di tutti i presidi esistenti nel suo comprensorio, incluso l'ospedale di zone, ed introducendo nel comitato sanitario locale una rappresentanza dell'ente ospedaliero, appunto perché tale coordinamento assuma forme organiche e permanenti.

È anche stabilito che le spese per l'assistenza ospedaliera prestata siano pagate dal comune in termini non obbligatoriamente riferiti al numero e alla durata delle degenze e depurati degli oneri di costruzione, ampliamenti, dotazioni di attrezzature eccetera, i quali sono di pertinenza dello Stato. Questa disposizione favorirà l'abolizione della retta

ospedaliera, togliendo agli ospedali il carattere di azienda economica; avvicinandoli di più alla natura fondamentale del loro servizio, offrendo inoltre concrete possibilità alla unione sanitaria locale di influire sulla politica ospedaliera.

Il finanziamento di questo complesso di misure è assicurato con l'istituzione del fondo sanitario nazionale, alimentato inizialmente dalle aliquote dei contributi mutualistici corrispondenti all'onere delle assistenze ospedaliere specialistiche, dai versamenti dei comuni rapportati al loro precedente obbligo di assistere gli iscritti degli elenchi dei poveri e completato dal contributo dello Stato.

La proposta prevede inoltre la modifica delle fonti di alimentazione del fondo sanitario nazionale, per portarlo dal 1° gennaio 1972 ad intero carico dello Stato.

Ciò comporta la riduzione dei contributi mutualistici trattenuti sui salari dei lavoratori, per rapportarli ai soli oneri di assistenza medica generica e farmaceutica che rimarranno temporaneamente di competenza delle mutue.

Per evitare che l'operazione di riduzione degli oneri mutualistici si traduca nel solo sgravio per i datori di lavoro, cioè in una misura di falsa fiscalizzazione, si è previsto che le fonti di entrata siano ricavate da un accrescimento delle aliquote a carico di alti redditi in termini tali da sostituire l'entrata contributiva con una entrata fiscale.

È infine prevista l'erogazione da parte dello Stato di un contributo per il pagamento dei debiti delle mutue verso gli ospedali, con l'accorgimento che tale pagamento sia fatto in via diretta dal fondo sanitario nazionale.

L'urgenza di questo complesso di misure suggerite dalla presente proposta di legge ci sembra raccomandarsi da sé, per la gravità cui è pervenuta la situazione di crisi dell'ordinamento sanitario del paese. Per questa ragione i presentatori della proposta di legge confidano che il Parlamento voglia sollecitamente procedere alla sua approvazione.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

La Repubblica provvede alla difesa attiva della salute dei cittadini mediante l'istituzione del servizio sanitario nazionale, il quale provvede alla profilassi e alla prevenzione individuale e ambientale, all'erogazione delle prestazioni diagnostico-terapeutiche, di riadattamento e di recupero funzionale, nonché di educazione e di statistica sanitaria.

Alle prestazioni del servizio sanitario nazionale hanno gratuitamente diritto tutti i cittadini indipendentemente dalla località di residenza e gli stranieri temporaneamente residenti nel territorio della Repubblica.

Il servizio sanitario nazionale elabora ed attua un programma rivolto a creare le condizioni perché in ogni parte del territorio nazionale ed a favore di tutti i cittadini, senza distinzione, siano disponibili le prestazioni di cui al primo comma del presente articolo, al medesimo livello, che deve essere il più elevato consentito dal progresso scientifico e tecnico.

Ai compiti indicati nei commi precedenti provvedono il Ministero della sanità, le regioni, le province ed i comuni, questi ultimi eventualmente riuniti in consorzio.

Dai comuni o dai consorzi intercomunali dipendono le unità sanitarie locali, quali complessi dei servizi occorrenti alla erogazione globale e unitaria delle prestazioni di cui al primo comma del presente articolo, comprendendo in tali servizi un ospedale di zona e garantendo che la gestione delle unità sanitarie locali sia assicurata dagli enti locali suddetti con il concorso di organi di rappresentanza popolare.

Il finanziamento del servizio sanitario nazionale è posto a carico dello Stato che vi provvede con il contributo dei cittadini in proporzione delle rispettive capacità contributive.

L'attuazione del servizio sanitario nazionale è realizzata gradualmente. Le disposizioni della presente legge si riferiscono alla prima fase di tale attuazione.

ART. 2.

A partire dal 1° luglio 1970 i comuni o consorzi di comuni, di cui alla presente legge, provvedono alla erogazione in via diretta e

gratuita a tutti i cittadini, senza limiti temporali o di altra natura e secondo le acquisizioni della scienza medica:

- 1) dell'assistenza ospedaliera;
- 2) dell'assistenza specialistica ambulatoriale e domiciliare;
- 3) della tutela di prevenzione e di profilassi, assicurando un preminente sviluppo:
 - a) dell'azione di prevenzione rivolta contro la nocività dei luoghi di lavoro e dei processi produttivi;
 - b) delle attività di prevenzione riguardanti la maternità, l'infanzia, la popolazione anziana ed i servizi di igiene mentale;
 - c) delle iniziative rivolte al risanamento della nocività ambientale degli aggregati abitativi, specie per quanto riguarda gli inquinamenti dell'atmosfera, delle acque, del terreno, degli alimenti ed i fattori morbigeni derivanti dal modo di sviluppo urbanistico, dal traffico urbano, dai trasporti in genere e dalla inadeguatezza delle attrezzature igieniche.

Dal 1° luglio 1970 cessano gli obblighi degli istituti ed enti, per l'assicurazione contro le malattie, di erogazione ai propri assicurati dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

ART. 3.

Entro il 30 giugno 1970 tutti gli ambulatori, i poliambulatori e le altre attrezzature sanitarie di base appartenenti agli istituti ed enti per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, tutti i consultori e le attrezzature sanitarie di base dell'ONMI, nonché tutti i presidi sanitari di base appartenenti ad altri organi pubblici, passano in gestione ai comuni o consorzi di comuni.

ART. 4.

Le regioni, al fine della elaborazione dei piani dei servizi sanitari regionali, di cui al successivo articolo 9, entro sei mesi dalle elezioni dei consigli regionali previa consultazione delle province, dei comuni e dei comitati sanitari locali di cui al successivo articolo 7, dispongono la ripartizione del territorio della Repubblica in comprensori di dimensioni medie di circa 60 mila abitanti, salvo limiti inferiori fino a 20 mila abitanti nelle zone con popolazione sparsa e limiti superiori fino a 120 mila abitanti nei centri urbani, secondo i caratteri socio-economici di

ciascuno di essi, coerentemente con le ipotesi di assetto territoriale già predisposte e tenendo conto degli indirizzi di massima deliberati dal comitato nazionale per la programmazione sanitaria di cui all'articolo 13 della presente legge.

ART. 5.

In tutti i casi in cui i comprensori di cui al precedente articolo, comprendono i territori di più comuni, questi si uniscono in consorzi, in base alle leggi approvate al riguardo dalla regione. Qualora essi non provvedano, la costituzione del consorzio è promossa dalla regione.

ART. 6.

Entro gli stessi termini di tempo previsti dal precedente articolo 4, in ciascun comprensorio è istituita « l'unità sanitaria locale », intendendo con tale denominazione il complesso di servizi necessari per la riunione in una unica e globale funzione sanitaria, di tutti i compiti di prevenzione, diagnostico-terapeutici e di riadattamento e recupero funzionale, nonché di educazione e di statistica sanitaria occorrenti alla attuazione della tutela della salute della totalità della popolazione.

ART. 7.

In ciascun comprensorio è costituito dal comune o dal consorzio di comuni il « Comitato sanitario locale » formato:

1) di nove rappresentanti dei lavoratori dipendenti designati dalle organizzazioni sindacali più rappresentative;

2) di cinque rappresentanti dei lavoratori autonomi. Nei comuni o consorzi di comuni in cui è presente la Cassa mutua comunale dei coltivatori diretti, il consiglio di amministrazione di questa designa la rappresentanza di tale categoria, assicurando la presenza delle minoranze. Nei comuni o consorzi di comuni in cui sono presenti gruppi consistenti di artigiani e di commercianti appartenenti alle casse mutue provinciali di tali categorie, i consigli di amministrazione di queste designano le rappresentanze delle categorie assicurando la presenza delle minoranze;

3) di tre rappresentanti dell'ente o degli enti ospedalieri esistenti nell'ambito del

comprensorio, prescelti fra i membri nominati dagli enti locali, assicurando la rappresentanza delle minoranze.

ART. 8.

I programmi di attività sanitaria sono deliberati dalla regione, previa consultazione delle province, dei comuni o consorzi di comuni e dei comitati sanitari locali.

Nell'ambito di tali programmi e dei relativi stanziamenti di spesa, il comitato sanitario locale concorre col comune o col consorzio di comuni alla direzione dell'attività della unità sanitaria locale.

Gli atti economici, amministrativi e contabili relativi all'attività dell'unità sanitaria locale sono eseguiti dal comune, il quale cura che nell'ambito della sua contabilità generale sia tenuta separata la contabilità dell'unità sanitaria locale.

Il concorso fra il comune o consorzio di comuni e il comitato sanitario locale, nella direzione dell'attività dell'unità sanitaria locale, si effettua mediante il diritto di proposta del Comitato sanitario locale per le decisioni delle scelte di indirizzo del servizio e mediante l'obbligo degli organi comunali o consortili di concertare con il Comitato sanitario locale le principali deliberazioni riguardanti la gestione.

Ove necessario ai fini del concerto possono essere convocate sedute congiunte del consiglio comunale o consortile e del rispettivo Comitato sanitario locale.

Il comune o consorzio di comuni può compiere tutti gli atti necessari per esercitare i poteri di accertamento, di vigilanza, di controllo, presso qualunque privato o ente, privato o pubblico, ai fini della tutela della salute dei singoli e della collettività ed ha altresì il potere di adottare e imporre i provvedimenti e le misure a tale scopo necessarie.

I Comitati sanitari locali relativi a più comprensori appartenenti allo stesso comune possono coordinare la propria attività.

Il comune o consorzio di comuni, di concerto col Comitato sanitario locale, nell'ambito delle disposizioni della regione, definisce gli organi di direzione tecnica dell'unità sanitaria locale, garantendo che essi realizzino il coordinamento dell'attività di tutti i presidi sanitari, compreso l'ospedale di zona.

ART. 9.

Il programma di utilizzazione e di costruzione di tutti i presidi sanitari di base, occorrenti all'unità sanitaria locale per l'attuazio-

ne dei compiti fissati dall'articolo 2 della presente legge è proposto di concerto dal comune e dal Comitato sanitario locale, coadiuvati dall'ufficiale sanitario del comune o del consorzio di comuni.

La rete dei presidi sanitari dell'unità sanitaria locale è costituita da almeno un ambulatorio per una popolazione dai 3.000 ai 5.000 abitanti, e da almeno un poliambulatorio per una popolazione dai 10.000 ai 20.000 abitanti.

La regione coordina e armonizza i programmi proposti da ciascun comune o consorzio di comuni, relativi a ciascun comprensorio, per deliberare il piano dei servizi sanitari di base delle unità sanitarie locali.

ART. 10.

Per i servizi dell'unità sanitaria locale, il comune o consorzio di comuni, nell'ambito degli indirizzi della regione, definisce, su proposta del Comitato sanitario locale, la pianta organica del personale ed il rapporto di prestazione professionale degli operatori sanitari.

Ogni comprensorio deve essere dotato di almeno un ufficiale sanitario che, in nessun caso, può essere un medico condotto, ed al quale è vietato l'esercizio dell'attività professionale della medicina curativa a favore di privati.

Le deliberazioni relative alla pianta organica e al rapporto professionale degli operatori sanitari devono assicurare che almeno un quarto del numero totale dei medici utilizzati dalla unità sanitaria locale, nella prima fase di attuazione, deve prestare la propria opera a tempo pieno, con divieto dell'esercizio della attività professionale a favore di privati.

Le deliberazioni relative alla pianta organica ed al rapporto professionale degli operatori sanitari e del personale tecnico della unità sanitaria locale prevedono la prioritaria utilizzazione del personale precedentemente appartenente agli istituti di assicurazione obbligatoria contro le malattie, garantendo ad esso il mantenimento del trattamento economico e del rapporto di impiego precedente.

ART. 11.

Per l'attuazione dei compiti previsti dall'articolo 2 della presente legge dal 1° luglio 1970 è istituito presso il Ministero della sa-

nità il « Fondo sanitario nazionale ». Esso è alimentato nel secondo semestre 1970:

1) dal versamento da parte di tutti gli istituti ed enti di assicurazione obbligatoria di malattia, di una somma pari alla metà della spesa sostenuta da ciascuno di essi per le prestazioni di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica, nell'anno 1969, aumentata nella misura necessaria per adeguarla alla crescita dei costi dell'assistenza ospedaliera e specialistica;

2) dal versamento da parte di tutti i comuni di una somma pari alla metà della spesa sostenuta per le prestazioni di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica a favore degli iscritti negli elenchi dei poveri, nell'anno 1969, aumentata nella misura necessaria per adeguarla alla crescita dei costi dell'assistenza ospedaliera e specialistica;

3) dal contributo dello Stato, da iscriversi nel bilancio del Ministero della sanità, nella misura che sarà proposta dal Comitato nazionale di programmazione sanitaria di cui all'articolo 13 della presente legge e deliberata dal Consiglio dei ministri, per integrare i versamenti di cui ai precedenti punti 1) e 2), fino a coprire l'intero onere di spesa derivante dall'applicazione della presente legge nel secondo semestre 1970.

Esso è alimentato nell'anno 1971:

1) dal versamento da parte di tutti gli istituti ed enti di assicurazione obbligatoria di malattia di una somma pari a quella versata nel precedente secondo semestre dell'anno 1970, aumentata nella misura necessaria per adeguarla alla crescita dei costi dell'assistenza ospedaliera e specialistica;

2) dal versamento da parte di tutti i comuni di una somma pari a quella sostenuta nell'anno 1969 per le prestazioni di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica a favore degli iscritti negli elenchi dei poveri, aumentata nella misura necessaria per adeguarla alla crescita di costi dell'assistenza ospedaliera e specialistica;

3) dal contributo dello Stato, da iscriversi nel bilancio del Ministero della sanità, nella misura che sarà proposta dal Comitato nazionale di programmazione sanitaria di cui all'articolo 13 della presente legge e deliberata dal Consiglio dei ministri, per integrare i versamenti di cui ai precedenti punti 1) e 2), fino a coprire l'intero onere di spesa derivante dall'applicazione della presente legge, nell'anno 1971.

Esso è alimentato a partire dall'anno 1972 dall'esclusivo contributo dello Stato, da iscri-

versi nel bilancio del Ministero della sanità, nella misura che sarà proposta anno per anno dal Comitato nazionale di programmazione sanitaria di cui all'articolo 13 della presente legge e deliberata dal Consiglio dei ministri per coprire l'intero onere di spesa derivante dall'applicazione della presente legge.

Le aliquote percentuali sulle retribuzioni dei lavoratori, per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie sono gradualmente ridotte, con decreto del Ministro del lavoro negli anni 1971 e 1972 in misura corrispondente alla graduale riduzione dell'onere di spesa degli istituti mutualistici prevista dalla presente legge relativamente alla cessazione del loro obbligo di erogare agli assicurati le prestazioni di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica.

La copertura degli oneri a carico dello Stato, previsti dal presente articolo, è assicurata in attesa della riforma tributaria con le seguenti misure:

1) maggiorazione dell'imposta di ricchezza mobile per i redditi di categoria *A*, mediante l'aumento dell'aliquota dal 27 per cento al 32 per cento;

2) maggiorazione dell'imposta di ricchezza mobile per i redditi di categoria *B*, mediante:

l'aumento dell'aliquota dal 20 per cento al 23 per cento per gli imponibili compresi fra 5 e 10 milioni;

l'aumento della aliquota dal 22 per cento al 26 per cento per gli imponibili compresi fra 10 e 50 milioni;

l'aumento della aliquota dal 23 per cento al 28 per cento per gli imponibili compresi fra 50 e 100 milioni;

l'aumento dell'aliquota dal 24 per cento al 32 per cento per gli imponibili superiori a 100 milioni;

3) maggiorazione dell'imposta di ricchezza mobile per i redditi di categoria *C 1* mediante l'aumento dell'aliquota nella misura del 5 per cento per gli imponibili superiori a 5 milioni;

4) maggiorazione dell'imposta complementare mediante aumento dell'aliquota nella misura del 10 per cento per gli imponibili superiori a 8 milioni;

5) maggiorazione dell'imposta sulle società, mediante aumento dell'aliquota sul patrimonio dallo 0,7 per cento all'1 per cento ed aumento dell'aliquota sul reddito dal 15 per cento al 20 per cento;

6) riduzione dal 1° gennaio 1972, nella misura del 10 per cento della quota parte del-

l'addizionale ECA sull'imposta di ricchezza mobile, che lo Stato ridistribuisce ai comuni, in relazione alla cessazione del loro obbligo di erogare le prestazioni di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica agli iscritti negli elenchi dei poveri;

7) dai residui attivi delle gestioni economiche degli istituti ed enti di assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Lo Stato provvede inoltre al versamento *una tantum* al Fondo sanitario nazionale del contributo straordinario di lire 250.000 milioni per l'estinzione dei debiti degli istituti mutualistici verso gli ospedali. I relativi pagamenti vengono effettuati in modo diretto dal Fondo sanitario nazionale alle amministrazioni ospedaliere.

All'onere derivante dall'erogazione del contributo straordinario di cui al precedente comma si provvede con le disponibilità del fondo costituito con l'articolo 7 del decreto-legge 23 gennaio 1958, n. 8, convertito nella legge 23 febbraio 1958, n. 84.

ART. 12.

La ripartizione del Fondo sanitario nazionale di cui all'articolo 11 della presente legge viene effettuato su base regionale dal Comitato nazionale di programmazione sanitaria, di cui all'articolo 13 della presente legge, di concerto con le regioni.

Ogni comune o consorzio di comuni riceve dalla regione le somme occorrenti per la copertura degli oneri derivanti dall'attuazione dei compiti fissati dal precedente articolo 2.

Per le prestazioni di assistenza ospedaliera alla totalità della popolazione, il comune o il consorzio di comuni rimborsa all'ospedale o agli ospedali, le sole spese relative agli oneri di degenza, diagnosi, cura e riabilitazione senza obbligo di riferimento al numero e alla durata delle degenze. Tutte le spese di costruzioni, miglioramenti, di dotazione di attrezzature sanitarie e tutte le altre, comunque non concernenti gli oneri di prestazioni sanitarie, sono a carico dello Stato.

NORME TRANSITORIE

ART. 13.

In attesa che sia costituito l'organo dirigente del servizio sanitario nazionale, il Comitato nazionale per la programmazione

ospedaliera, costituito con l'articolo 28 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, all'entrata in vigore della presente legge, assume la denominazione di « Comitato nazionale per la programmazione sanitaria » ed è integrato nella sua composizione con la nomina, mediante decreto del Ministro della sanità:

1) di altri sei rappresentanti designati dalle confederazioni generali dei lavoratori, più rappresentative;

2) di quattro rappresentanti dei lavoratori autonomi, designati dalle rispettive associazioni;

3) di due rappresentanti dei medici specialisti ambulatoriali designati dalle rispettive associazioni;

4) di quattro ufficiali sanitari designati dalla associazione di categoria;

5) di altri sei rappresentanti dell'associazione dei comuni d'Italia;

ART. 14.

Il Comitato nazionale di programmazione sanitaria, in attuazione dei compiti previsti dagli articoli 4, 11 e 12 della presente legge, delibera nel pieno rispetto dei poteri delle regioni, gli indirizzi di massima cui deve improntarsi la programmazione sanitaria in ciascuna regione, gestisce il Fondo sanitario nazionale, controlla le attività ed i bilanci degli istituti di assicurazione obbligatoria contro le malattie, garantendo che nessuna loro attività si svolga in termini contrastanti con gli indirizzi della programmazione sanitaria e che i residui attivi delle loro gestioni economiche siano versati al Fondo sanitario nazionale.

ART. 15.

Fino a quando non saranno costituite le regioni a statuto ordinario, i Comitati regionali per la programmazione ospedaliera istituiti con l'articolo 62 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, assumono la denominazione di « Comitati regionali per la programmazione sanitaria » e sono integrati nella loro composizione, con la nomina, mediante decreto del Ministro della sanità, di:

1) un sindaco ogni 500 mila abitanti nelle regioni con popolazione superiore a quattro milioni;

un sindaco ogni 350 mila abitanti nelle regioni con popolazione fra due e quattro milioni;

un sindaco ogni 200 mila abitanti nelle altre regioni, comprendendo in tali numeri le rappresentanze dei sindaci, o dei loro delegati, già presenti nei comitati regionali di programmazione ospedaliera e facendo designare i restanti dalla Associazione nazionale dei comuni d'Italia;

2) altri sei rappresentanti designati dalle organizzazioni sindacali dei lavoratori più rappresentative;

3) tre ufficiali sanitari dei comuni, designati dall'associazione di categoria.

I comitati regionali per la programmazione sanitaria svolgono i compiti attribuiti alle regioni dalla presente legge, fino a quando non saranno costituite le regioni a statuto ordinario. I termini di tempo prescritti per l'attuazione dei compiti indicati dal precedente articolo 4, sono di sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge.

ART. 16.

Fino a quando le regioni non avranno stabilito le norme per la costituzione dei consorzi intercomunali, previsti dall'articolo 5 della presente legge, la loro costituzione sarà attuata a norma dell'articolo 33 del testo unico delle leggi sanitarie 27 luglio 1934, n. 1265.