

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2239

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

LONGO, NATTA, GALLUZZI, D'ALEMA, DI GIULIO, BERLINGUER GIOVANNI, VENTUROLI, TRIVA, FABBRI SERONI ADRIANA, DE SABBATA, DAMICO, POCHETTI, CARUSO, MALAGUGINI, GRAMEGNA, ABBIATI DOLORES, ASTOLFI MARUZZA, BIANCHI ALFREDO, CASAPIERI QUAGLIOTTI CARMEN, CERRA, CHIOVINI CECILIA, de CARNERI, DI GIOIA, JACAZZI, LA BELLA, MENICHINO

Presentata il 12 giugno 1973

Istituzione del servizio sanitario nazionale

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Il gruppo comunista presenta il progetto di legge per l'istituzione del Servizio sanitario nazionale con l'impegno di agire, nel Parlamento e nel paese, perché questa riforma, da troppo tempo promessa dai governi e da molti anni attesa dai cittadini, possa avere un sollecito iter legislativo, nell'interesse della salute del popolo e del progresso economico-sociale dell'Italia.

I. — *Premesse.*

Il passaggio dell'attuale organizzazione sanitaria, prevalentemente basata sull'assicurazione sociale di malattia, al Servizio sanitario nazionale, deriva la sua necessità da un impegno della Costituzione, scritto oltre venticinque anni or sono e sostanzialmente inapplicato, che affermò un nuovo concetto (la salute intesa come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività) la cui validità ha trovato ampia conferma nei tempi recenti.

La recente evoluzione del quadro generale delle malattie ha confermato che soltanto un servizio pubblico, integrato nell'attività generale dello Stato in sostituzione del disordine delle deleghe attuali che spezzettano la tutela sanitaria per categorie, per eventi morbosi, per tipo di intervento, può assicurare i due scopi primari che concorrono all'affermazione del diritto alla salute: garantire cure egualitarie a tutti i cittadini, superando le attuali sperequazioni di classe e di zona; e consentire una efficace prevenzione delle malattie maggiormente diffuse.

Il primo scopo (superare i dislivelli di classe e di zona nell'accesso alle cure) è reso necessario dalla quotidiana constatazione che fin dall'assistenza prenatale e poi nel parto, e nelle cure ai neonati e lungo tutto l'arco della vita, le classi privilegiate hanno possibilità assistenziali più qualificate e più efficaci delle classi povere. Perfino nell'ambito della mutualità, che dovrebbe riequilibrare le prestazioni sanitarie, risulta che la spesa annua è mediamente per ogni mutuato di lire 61.996 in

Emilia Romagna, 60.692 nel Friuli-Venezia Giulia, lire 59.934 in Lombardia, lire 59.537 nel Trentino-Alto Adige, mentre è di lire 27.273 nel Molise, lire 35.418 in Basilicata, lire 42.313 in Abruzzo, lire 41.474 in Calabria. Ciò corrisponde alle cifre del reddito *pro capite*: si ha infatti nell'ordine (anno 1970) nelle prime quattro Regioni: lire 1.029.000, lire 967.000, lire 1.174.000, lire 843.000, mentre per le successive quattro Regioni, nell'ordine lire 480.000, lire 515.000, lire 612.000, lire 448.000.

Il secondo scopo (consentire un'efficace prevenzione) è reso necessario dalla constatazione che i mezzi profilattici specifici che hanno servito a combattere efficacemente i grandi flagelli del passato, le malattie infettive e parassitarie, non possono essere usati quando muta il quadro epidemiologico e tendono a prevalere malattie determinate non più da fattori naturali, ma da fattori prevalentemente sociali, cioè dai mutamenti introdotti dall'uomo nei rapporti con gli altri uomini e con l'ambiente naturale. Le malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie a carattere degenerativo da precoce usura dell'organismo, i traumatismi (lavoro, traffico, infortuni domestici), le malattie mentali e psicosomatiche non sono influenzate né da un tardivo intervento né da misure profilattiche come i sieri ed i vaccini, ma possono essere combattute con efficacia associando la prevenzione alla terapia ed alla riabilitazione ed agendo sul rapporto tra il soggetto ed il suo ambiente di lavoro e di vita.

II. — Estensione e frantumazione della mutualità.

Il concetto di diritto alla salute comprende ambedue queste esigenze. Tuttavia, sebbene la Costituzione sia entrata in vigore dal 1° gennaio 1948, occorre dire che la legislazione sanitaria degli anni successivi è stata indirizzata prevalentemente allo scopo di estendere il diritto alla terapia, più che il diritto alla salute, ed ha contribuito in modo positivo a garantire un minimo di cure a gran parte della popolazione; ma ha contribuito in modo negativo ad accrescere le disfunzioni dell'organizzazione sanitaria, moltiplicando i difetti della mutualità.

Occorre dire che la nascita della mutualità era stata tardiva in Italia, rispetto agli altri paesi, e che fin dall'inizio le forme di assicurazione obbligatoria rilevarono tare di rilevante gravità, per il carattere corporativo, per l'esclusione di rappresentanze democratiche dei lavoratori, dalla gestione, per la frammen-

tazione derivante dal tipo di assicurazione organizzata in istituti suddivisi per malattia o per categoria professionale.

Lo stato di caos e di *deficit* finanziario costrinse il fascismo, pur nel momento di vigilia del crollo degli eventi bellici, a decidere l'11 gennaio 1943 la fusione di tutti gli organismi mutualistici allora esistenti in una nuova istituzione (l'INAM). Già poco dopo la creazione di tale istituzione mutualistica unica, si produssero però fenomeni di auto-sottrazione, da parte di numerose mutue di categoria o aziendali, al processo di fusione che era stato deciso con la legge del 1943. Il fenomeno ebbe un seguito caotico nel dopoguerra per l'accentuarsi dei fenomeni di separazione dall'INAM di organismi mutualistici che in esso erano stati inglobati.

Su tale stato di cose si inserì la scelta e la spinta verso l'estensione della tutela mutualistica a nuove categorie professionali, favorendo con ciò un processo di allargamento della protezione sanitaria, ma sempre alla condizione della creazione continua di nuove istituzioni mutualistiche, ogni volta diverse per i livelli di prestazioni erogate e per il loro modo di organizzazione. Fin troppo evidente fu la tendenza dominante nella DC ad acquisire per questa via nuove forme di controllo politico su determinate categorie professionali.

Questo è l'elenco delle principali mutue istituite nel dopoguerra (fra parentesi la legge con cui sono state istituite ed il numero dei loro assicurati nel 1969):

Ente nazionale previdenza e assistenza lavoratori dello spettacolo (ENPALS) (legge 16 luglio 1947) (99.100 iscritti);

Cassa mutua dirigenti aziende commerciali (legge 18 ottobre 1948) (9.000 iscritti);

Cassa mutua ostetriche (ENPAO) (legge 13 aprile 1948) (18.950 iscritte);

Cassa mutua medici (ENPAM) (legge 27 ottobre 1950) (iscritti 139.200);

Cassa mutua giornalisti (INPGI) (legge 1° ottobre 1951) (iscritti 10.020);

Cassa mutua procuratori e avvocati (legge 8 gennaio 1952) (iscritti 72.700);

Cassa mutua dirigenti aziende industriali (legge 15 ottobre 1953) (iscritti 30.000);

Cassa mutua di Trento e Bolzano (legge 20 agosto 1954) (iscritti 216.222);

Federazione casse mutue coltivatori diretti (legge 22 novembre 1954) (iscritti 5.027.085);

Cassa mutua geometri (legge 24 ottobre 1955) (iscritti 13.550);

Cassa mutua farmacisti (legge 9 novembre 1956) (iscritti 29.425);

Federazione casse mutue artigiani (legge 29 dicembre 1956) (iscritti 2.443.215);

Cassa mutua veterinari (legge 15 febbraio 1958) (iscritti 30.000);

Cassa mutua ingegneri e architetti (legge 4 marzo 1958) (iscritti 11.800);

Federazione casse mutue commercianti (legge 27 novembre 1960) (iscritti 2.481.264);

Cassa mutua dottori commercialisti (legge 3 febbraio 1963) (iscritti 5.000);

Cassa mutua ragionieri e periti commerciali (legge 9 febbraio 1963) (iscritti 4.800);

Cassa mutua per il clero (legge 24 giugno 1966).

Si aggiunga che fra il 1955 e il 1969 sono stati introdotti alla tutela mutualistica i pensionati delle varie categorie.

Per mostrare come questa estensione della mutualità senza riformarla abbia corrisposto ad un preciso disegno politico, si può citare la relazione di B. Zaccagnini nel volume *La DC per una moderna politica sanitaria* (1962): « ...nell'ultimo decennio vi è stato un formidabile aumento quantitativo dell'area assistita, dell'impegno e dello sforzo finanziario, della produzione di mezzi... ma queste stesse grandi conquiste inserite in una struttura che non era fatta per sopportarle, hanno determinato uno stato di tensione critica del sistema che non può andare oltre. Io credo che abbiamo fatto bene a caricare così questo sistema preesistente, sì da fargli venire il fiato talmente grosso, che chiunque attorno, sentendone il pesante respiro, si accorga che questo problema è diventato un problema critico. Se avessimo seguito un'altra strada — cioè riformare gli istituti e le strutture, prima di addossare loro i nuovi carichi — noi avremmo fatto una cosa logica, ma saremmo ancora oggi in una fase di studio. Ad un certo momento, la realtà deve forzare, deve rompere le situazioni ».

Purtroppo questa strategia ha dato come risultato di aggravare ed estendere i mali della mutualità. Ma anche dal punto di vista quantitativo, pur essendo pervenute le assicurazioni sociali a tutelare, da 18.158.103 persone nel 1950, ben 49.547.085 nel 1971, non arrivano a garantire la tutela sanitaria di tutta la popolazione.

Infatti vi sono oggi ancora più di 5 milioni di persone (cioè circa il 10 per cento della popolazione) non tutelate da alcuna forma di assicurazione di malattia e fra di esse un numero rilevante è costituito da cittadini

che si trovano in stato di indigenza (disoccupati, invalidi, eccetera).

A questa estensione dell'area di protezione sanitaria concepita come allargamento delle prestazioni diagnostico-terapeutiche concorse anche la spinta del movimento popolare e operaio, che nel primo decennio dopo la fine della guerra non raccolse sufficientemente l'indicazione contenuta nella Costituzione, di evoluzione verso una condizione sanitaria nuova, fondata sul diritto alla salute prima che sul diritto alla cura delle malattie.

III. — *Le proposte di riforma e la programmazione economica.*

Soltanto alla fine degli anni cinquanta, mentre negli ambienti governativi si continuava per la vecchia strada, nel movimento sindacale e nei partiti della sinistra cominciò ad essere prospettata la necessità di una profonda riforma dei servizi sanitari.

Le prime proposte di creare un Servizio sanitario in Italia furono fatte dalla CGIL e dal PCI.

La Confederazione generale italiana del lavoro presentò la prima idea del Servizio sanitario nazionale nel Convegno nazionale sulla sicurezza sociale svoltosi a Roma dal 10 al 12 giugno 1959 e nel progetto di legge presentato successivamente dai parlamentari della CGIL. È di grande interesse constatare come quella prima tesi di definizione del Servizio sanitario fosse già concepita in termini che diremmo moderni e avanzati, perché indicava tale Servizio come funzione delle Regioni, province, comuni e perché ne definiva i caratteri come rivolti a realizzare un intervento sanitario unitario e globale di prevenzione-cura-riabilitazione.

Erano queste le stesse posizioni che veniva affermando il PCI in quello stesso periodo di tempo, com'è dimostrato dalle tesi sostenute nella prima battaglia parlamentare negli anni 1961-1962 su un disegno di legge ospedaliera, avversato dai comunisti come estraneo al processo di evoluzione verso il Servizio sanitario nazionale, disegno di legge che fu approvato da un solo ramo del Parlamento e che cadde per la fine della legislatura.

La prima definizione più approfondita e dettagliata dei caratteri del Servizio sanitario nazionale fu data nel convegno indetto dal PCI dal 28 febbraio al 2 marzo 1963, che fu presieduto da Luigi Longo.

Quella impostazione condusse alla definizione e presentazione del disegno di legge depositato al Senato con la prima firma del

compianto senatore Maccarrone il 12 novembre 1965.

Con questo non intendiamo certo affermare che il PCI fosse il solo a sostenere l'esigenza della istituzione di tale servizio.

Parallelamente, anche negli ambienti governativi, in rapporto con le esigenze della programmazione, si veniva facendo strada la esigenza di superare il sistema mutualistico. Questo fu l'orientamento che prevalse negli elaborati del primo programma quinquennale, che però furono subito corretti introducendo nel testo definitivo del programma formulazioni meno impegnative e spesso imprecise ed equivoche.

La prima traccia di idee riguardanti la riforma sanitaria in documenti governativi si trova nei lavori della Commissione nazionale per la programmazione economica, presieduta dal professor Pasquale Saraceno. Tale commissione, secondo quanto riferiscono Fuà e Sylos-Labini nel volume *Idee per la programmazione economica*, aveva recepito un progetto di riforma sanitaria formulato dall'Istituto PRES, con lo scopo di assicurare prestazioni sanitarie complete e gratuite a tutti i cittadini.

Come si è detto, la prima traduzione di tali idee in un progetto di programma vero e proprio ebbe, per la parte riguardante la sanità, caratteri generalmente positivi, con l'indicazione precisa del superamento della mutualità mediante l'istituzione di un Servizio sanitario nazionale.

Il testo di programma quinquennale 1966-1970 approvato dal Parlamento subì, però, significative modificazioni volte ad introdurre, incoerentemente, a fianco delle affermazioni riguardanti l'unitarietà delle prestazioni sanitarie a livello di base del servizio, il vincolo del mantenimento in vita delle mutue unificandole e procedendo alla loro « razionalizzazione ».

Ma la negazione più radicale del principio scritto nel programma della « riassunzione a livello dell'intervento sanitario di base di tutte le funzioni sanitarie in una unica struttura », doveva venire, subito dopo, dal Governo stesso con la legge ospedaliera del febbraio 1968, n. 132. Riteniamo, anzi, che debba essere precisato quanto sia sbagliata la affermazione che « la riforma sanitaria è cominciata con la legge ospedaliera ».

Al contrario, quel particolare tipo di legge ospedaliera fu utilizzato allo scopo di conservazione dell'ospedale concepito come ente autonomo, come centro di potere e come leva

importante di promozione degli interessi mercantili insediati nell'ordinamento sanitario, ed è erroneamente definita « legge Mariotti » perché fu profondamente peggiorata nell'iter governativo.

La legge ospedaliera, infatti, istituendo gli « enti ospedalieri » ed affidando ad essi la gestione di uno o più ospedali sancisce in termini più netti che per il passato la separazione degli ospedali da ogni altro presidio sanitario. Era questa una negativa caratteristica del sistema sanitario italiano sancita da numerose leggi dal 1890 al 1938; la legge del 1968 tuttavia aggravò la situazione sforzandosi di attribuire all'ente ospedaliero un preciso carattere aziendale ed assegnando (articolo 10) al suo consiglio di amministrazione compiti e poteri tipicamente imprenditoriali.

Poiché appare chiaro che l'attuazione di una reale riforma sanitaria è affidata alla eliminazione dal sistema sanitario dei meccanismi e degli incentivi che sono propri della economia di mercato, per trasformare tale sistema in un servizio, risulta altrettanto chiaro che la legge ospedaliera del 1968 si mosse nella direzione opposta.

Si consideri, anche, il significato della istituzione della « retta omnicomprensiva » come strumento per scaricare sugli utenti le spese che sarebbero indubitabilmente di pertinenza dello Stato se gli ospedali fossero un servizio pubblico e si consideri, in connessione con tutto ciò, la esplicita affermazione della legge sul mantenimento in vita del sistema dei mutui contratti dagli enti ospedalieri o dagli enti locali per il finanziamento dei nuovi ospedali, per constatare ancora una volta quanto la legge n. 132 sia antitetica rispetto ai criteri ispiratori della riforma sanitaria.

A ben vedere questa introduzione nel sistema ospedaliero della concezione tipicamente imprenditoriale privatistica, secondo cui istituisce più aziende chi ha più mezzi, è uno degli aspetti più aberranti del quadro che stiamo esaminando perché ha effettivamente, nella realtà, determinato un accrescimento del distacco fra la condizione del centro-nord e quella del meridione che, avendo enti locali ed ospedalieri meno dotati di patrimoni quale garanzia per l'ottenimento dei mutui, non ha potuto dotarsi delle strutture ospedaliere là realmente mancanti; mentre questo stesso sistema ha incentivato nell'Italia centro-settentrionale la moltiplicazione delle costruzioni ospedaliere anche dove non ve n'era oggettivamente necessità, oppure ha accresciuto la spinta a sovradimensionare gli ospedali già esistenti.

Questo stato di cose, aggiunto alle nocive conseguenze del sistema gerarchicamente classificatorio degli ospedali, il quale collega al livello di classificazione raggiunto dall'ospedale una serie di vantaggi del personale, di supposti vantaggi dell'ente ospedaliero stesso ed un malinteso prestigio dell'ente locale o dei notabili locali, ha innescato una specie di gara smodata di cui si trovano tracce in quasi ogni parte d'Italia, e che ha nocive conseguenze sui reali interessi di tutela della salute.

Inoltre la separazione della gestione ospedaliera (assieme ad altre gravi tare del sistema sanitario) ha provocato stati di sovraffollamento degli ospedali (soprattutto degli ospedali di maggiore livello), con conseguenze di rilevante gravità sull'efficienza di queste istituzioni sanitarie, di cui sembra visibilmente e gravemente diminuire le capacità di affrontare con tempestività ed efficienza tecnica adeguata i veri importanti problemi diagnostico-terapeutici, man mano che la loro attività si enfatizza e diviene pletorica.

L'Organizzazione mondiale della sanità ha pubblicato proprio recentemente il terzo volume di statistiche sanitarie mondiali. Da questo annuario apprendiamo che il tasso di spedalizzazione nel nostro paese ha subito le seguenti modifiche:

1960: 890 degenze ogni dieci mila abitanti;
1969: 1.518 degenze ogni dieci mila abitanti;

la durata media della degenza ha superato le 16 giornate, mentre in Gran Bretagna la degenza media è di 10 giorni ed il tasso di spedalizzazione di circa 1.000 ricoveri ogni 10 mila abitanti.

Si constata dunque che in 10 anni il numero dei ricoveri ospedalieri è aumentato del 70 per cento mentre la popolazione è cresciuta di poco più del 10 per cento.

Le considerazioni su cui ci siamo intrattenuti, riguardanti la legge ospedaliera, sono un elemento di grande importanza per valutare la situazione prodottasi ormai da parecchi anni e le negative conseguenze dell'atteggiamento dilatorio dei governi succedutisi, oltreché i danni rilevanti causati dalle iniziative nel frattempo mandate avanti per osteggiare il disegno generale della riforma sanitaria.

La spinta di lotta delle masse lavoratrici, contro lo stato di disordine e di inefficienza dell'ordinamento sanitario, ebbe per questa ragione momenti anche di grande acutezza, ad esempio con le ripetute manifestazioni di scio-

peri generali nella seconda metà del 1970 ed all'inizio del 1971. Il Governo dell'epoca, presieduto dall'onorevole Colombo, dovette prendere atto della forza di questa azione sindacale e della sua validità, rendendo pubblico un impegno di dare inizio alla riforma sanitaria il 15 marzo 1971, in termini abbastanza precisamente definiti e con orientamenti, benché in parte contraddittori, sostanzialmente non negativi.

Ma anche questo impegno, pur indicato in termini vincolativi, venne completamente disatteso.

A causa dello stato di grave disagio causato dalle inadempienze governative, ancora in questi tempi recenti si sono svolte manifestazioni pubbliche di marcata denuncia dello stato di crisi cui è giunto l'ordinamento sanitario (vedi ad esempio la manifestazione FIARO a Roma il 5 giugno scorso, sul livello di indebitamento delle mutue verso gli ospedali pervenuto a 2.500 miliardi) ed è di grande significato che anche iniziative di organi pubblici guidati da gruppi dirigenti espressi dal partito di maggioranza relativa indichino apertamente la causa del grave stato di dissesto e di disservizio nell'atteggiamento governativo di rifiuto di attuazione della riforma sanitaria.

La questione che emerge come la più grave è costituita dal fatto che, malgrado l'indicazione perentoria del programma quinquennale 1966-1970, malgrado la ripetizione nel programma di ciascuno dei governi degli ultimi 7 anni, dell'impegno di attuazione della riforma sanitaria, malgrado l'impegno espresso nei confronti delle centrali sindacali nel 1971, non è mai accaduto che un governo pervenisse anche solamente alla presentazione in Parlamento di un disegno di legge di istituzione del Servizio sanitario nazionale.

Anche quando alla direzione del Dicastero della sanità pervennero i Ministri appartenenti al PSI si ebbe solo notizia di elaborazione da parte loro di schemi di disegni di legge di riforma sanitaria (nei confronti dei quali noi mantenemmo tuttavia qualche riserva) e di sistematici impedimenti, ad opera della restante parte del Governo, a che i disegni di legge giungessero anche solamente all'esame del Consiglio dei ministri.

Solo recentemente, mentre il Governo Andreotti accentuava la tattica dilatoria, una energica e proficua iniziativa veniva intrapresa dalle Regioni.

Il 9 e 10 febbraio 1973 si svolgeva infatti a Roma un importante convegno indetto dagli assessori regionali alla sanità, per rendere

nota una elaborazione di proposta di riforma sanitaria da essi compiuta.

Non v'è chi non veda quale significativa importanza acquisti questo ingresso sul tormentato terreno del dibattito sulla riforma sanitaria dei più importanti nuovi organi istituzionali creati dalla Costituzione repubblicana.

Il testo delle regioni è da giudicare, secondo noi, come un importante e avanzato contributo finora offerto alla realizzazione del radicale mutamento di cui abbisogna l'ordinamento sanitario. Esso infatti raccoglie e porta a più avanzate conclusioni le formulazioni riformatrici finora espresse, soprattutto perché lumeggia giustamente il ruolo protagonista che nella riforma le regioni devono assumere.

IV. — *Conseguenze della mancata riforma sanitaria.*

Nei riguardi della riforma sanitaria, forse più che per altre riforme, si è creata una situazione paradossale: non vi è ormai chi ne contesti la necessità; esiste un'elaborazione largamente condivisa sui punti essenziali della riforma (unitarietà del servizio; integrazione di prevenzione, terapia, riabilitazione; ruolo dei poteri locali); il passaggio dalla mutualità al Servizio sanitario è considerato giusto, urgente, inevitabile. Eppure, non si fa un passo avanti in questa direzione. Mentre dieci anni fa le opposizioni erano palesi, argomentate, apertamente conservatrici ma almeno esplicite e coraggiose, oggi viene adottata la terminologia riformatrice e le ostilità si mascherano dietro i costi insostenibili, dietro la formula « prima la ripresa economica, poi le riforme ». Questa è stata, di fatto, la linea del governo Andreotti, che ha avuto gravi conseguenze sull'economia del paese e sul livello di vita di gran parte della popolazione.

Nel campo sanitario, la vacuità di questa formula e la nocività dei continui rinvii della riforma è testimoniata dalle gravi conseguenze provocate da questa politica. Tali danni possono essere così riassunti:

A. — *Danni alla salute.* Questi sono i più gravi, anche se solitamente non rientrano nelle valutazioni dei governanti e nei bilanci dello Stato, perché la società capitalistica disprezza il valore della vita umana e perché le conseguenze del disservizio sanitario pubblico vengono subite principalmente dalle classi popolari.

Esiste oggi un gran numero di malattie evitabili, curabili, in parte eradicabili, che non vengono affrontate e che causano perciò sofferenze tanto più intollerabili, in quanto la scienza ha approntato idonei rimedi.

B. — *Danni all'economia.* Ma anche ragionando in termini puramente economici, i continui rinvii della riforma sanitaria hanno causato danni ingenti. Si può anzi affermare che, capovolgendo il rapporto di causa-effetto che viene solitamente affermato, le disfunzioni e le dispersioni di mezzi causate dall'attuale organizzazione sanitaria rappresentano una delle cause delle difficoltà economiche, uno degli ostacoli alla ripresa produttiva. Ciò può essere calcolato in termini: a) di danni causati dalle morti premature di individui che hanno già raggiunto la capacità lavorativa, o per i quali la società ha comunque effettuato le spese per assicurare la nascita e la crescita; b) di costo per gli infortuni e le malattie connesse al lavoro, in termini sia di assistenza sanitaria, sia di prestazioni economiche, sia di assenze dal lavoro; c) di costi assistenziali per malattie evitabili o precocemente curabili; d) di duplicazioni e dispersioni amministrative; e) di taglie speculative che pesano sull'assistenza sanitaria.

È stato compiuto recentemente dall'ISPE, per esempio, il calcolo delle perdite finanziarie derivanti dagli infortuni e dalle malattie da lavoro: 150 milioni di giornate di lavoro perdute, mancata produzione per mille miliardi, costi aziendali per *turn-over*, spese sanitarie e assicurative, ed altri costi per un totale di 4.000 miliardi all'anno.

C. — *Danni alla cultura e alle professioni.* Si afferma spesso che la « nazionalizzazione della medicina » ne provocherebbe il decadimento qualitativo. Ma in realtà, è proprio la perpetuazione della mutualità a causare lo scadimento della professione medica, o più esattamente la dequalificazione delle attività mediche rivolte ai lavoratori ed alle famiglie bisognose e la parallela creazione di zone sanitarie privilegiate (per *confort* e per livello di cure) riservate ai gruppi abbienti. Queste « due medicine » sono viziate dal comune scopo del guadagno, che si impone come fine primario dell'attività medica e che spinge a trascurare la ricerca scientifica, senza la quale si inaridisce la conoscenza delle malattie e si rinsecchisce la preparazione culturale nelle università. Danni alla cultura ed alle professioni mediche vengono anche dallo

scarsissimo peso che hanno in Italia le attività sanitarie intermedie, insufficienti per numero e per qualifica. Infine, è da valutare il carattere diseducativo di massa che ha l'attuale organizzazione sanitaria: anziché divenire un tramite per la conoscenza scientifica dell'uomo e della natura, costituisce una fonte di disinformazione e di deformazione del costume e del modo di vita per gran parte della popolazione.

L'esempio più tipico di questa deformazione è l'abuso di farmaci verso il quale le industrie spingono medici e mutuatati, nel quale si manifesta una divaricazione crescente tra le esigenze terapeutiche reali e le caratteristiche della « merce » venduta. Il consumo maggiore, nella seguente tabella basata sul fatturato del 1970 e sulla classificazione internazionale per gruppi di farmaci, si ha per medicinali ad azione generica, oppure per antibiotici e chemioterapici che vengono somministrati « a tappeto » senza che spesso sia fatta neppure una diagnosi precisa; oppure per farmaci privi spesso di azione specifica come quelli appartenenti alla classe 8 (ricostituenti, antianemici, ecc.), alla classe 4 (vitamine) e 10 (epatoprotettori, digestivi, colagoghi, ecc.).

N. della classe	Fatturato in miliardi
3	Analgesici, antipiretici, anti-reumatici, tussifughi . . . 87,398
1	Antibiotici e chemioterapici . . . 87,082
7	Farmaci dell'apparato cardiocircolatorio e diuretici . . . 60,999
12	Vari 55,821
2	Ormoni 55,504
8	Ricostituenti, antianemici . . . 45,660
10	Epatoprotettori, digestivi, colagoghi 45,492
4	Vitamine 36,232
6	Anticolinergici, antispastici, antiacidi 26,507
11	Farmaci ad azione topica . . . 22,875
5	Farmaci del sistema nervoso centrale 21,510
9	Antiallergici, antiasmatici, anticinetosici 13,736

D. — *Danni alla democrazia.* L'attuale organizzazione sanitaria, anziché essere uno dei canali di espressione della volontà popolare e della partecipazione dei cittadini alla gestione dei servizi, è uno degli strumenti

di esclusione dal potere, di malgoverno e di corruzione più capillari. Agli aspetti deteriori della beneficenza, di cui la gestione DC ha annullato ogni afflato umanitario, si è aggiunto il sistema accentrato delle mutue, costruito dal fascismo e perfezionato negli ultimi decenni. La sottrazione di poteri alla collettività si accompagna alla proliferazione di interessi particolari: nei vertici delle mutue, negli Enti sempre più numerosi, nelle categorie professionali si fanno strada spinte centrifughe, forme di corruzione (ne sono un tipico esempio gli scandali dell'ONMI, e di molte cliniche universitarie), tendenze a sottrarre alla collettività la gestione delle istituzioni sanitarie.

V. — *La politica sanitaria delle classi dominanti.*

I danni che abbiamo elencato possono apparire (questa è l'immagine più diffusa) come il risultato del caos, dell'imprevidenza, dell'improvvisazione, di forze oscure e incontrollate. In verità, c'è una logica in questa follia. Ci pare da scartare ogni interpretazione schematica secondo cui un « piano del capitale » guiderebbe ogni minima scelta sanitaria e sociale con un criterio di occulta razionalità borghese: ma gli indirizzi fondamentali dell'organizzazione sanitaria corrispondono certamente agli interessi ed alle decisioni dei gruppi dominanti della società, e lo stato di salute di una popolazione è sempre il risultato dell'interazione di agenti naturali e di rapporti sociali. Si può perciò affermare che se la società italiana è in preda al « caos sanitario », questo deriva dall'impronta che essa ha avuto dalle sue classi dominanti. Questa affermazione può essere argomentata in rapporto ai seguenti fenomeni:

A. — *Le scelte economiche.* I fenomeni sanitari più gravi, come per esempio le malattie da usura precoce che si verificano nelle zone industrializzate e congestionate del Nord, e le malattie da miseria che si verificano nel Sud, come per esempio i fenomeni psicopatologici collegati all'emarginazione sociale (emigrazione, segregazione degli anziani, dell'infanzia minorata, dei malati di mente), come per esempio le intossicazioni da contaminazione dell'ambiente di lavoro e dell'ambiente esterno, non sono né fatti accidentali, né conseguenze inevitabili del progresso: risultano essere la logica conclusione di indirizzi produttivi, di localizzazioni in-

dustriali, di rapporti lavorativi ed extralavorativi determinati.

Ad un recente convegno dell'Istituto superiore di sanità (15 maggio 1973) è stato affermato, a questo proposito, che « gli organi pubblici preposti al controllo sanitario hanno avuto finora un ruolo principale: di servire passivamente gli enormi interessi economici nei rispettivi settori produttivi ». Per esempio, « come non è stato difficile convincerci a raffinare il petrolio per conto terzi — inquinando l'aria di vaste regioni in cambio di buoni profitti per gli imprenditori e di un'elemosina per pochi lavoratori — così non è difficile imporci l'importazione di grossi quantitativi di olio di colza, prodotto con largo margine di profitto dagli agrari francesi grazie alle sovvenzioni CEE, commercializzato grazie ai decreti del nostro Ministero della sanità. Così pure molto vi sarebbe da dire sull'attuale struttura dell'industria alimentare. Il discorso è molto complesso, perché non si può semplicisticamente condannare la progressiva industrializzazione nella produzione, lavorazione e distribuzione dell'alimento. Tuttavia anche qui si sono operate e si vanno operando molte scelte che hanno gravi ripercussioni sulla salute. Ad esempio, la proliferazione indiscriminata di additivi, antifermenativi, coadiuvanti tecnologici, coloranti ed aromatizzanti è funzionale agli interessi della produzione assai più che a quelli della gran massa dei consumatori. L'uso su vasta scala di mangimi medicinali con antibiotici e chemioterapici serve gli interessi dei grandi allevatori e delle industrie ad essi collegati, mentre crea gravi rischi per la salute di chi mangia le carni di animali trattati. La sfrenata propaganda basata sulle proprietà estetiche dei prodotti, e soprattutto l'esigenza di far passare per buoni degli alimenti di qualità scadente portano all'uso di ogni sorta di tecnologie fisiche e chimiche, immettendo al consumo prodotti che di alimento hanno soltanto il nome ».

B. — *Le scelte istituzionali.* I due filoni sui quali si è sviluppata per decenni l'organizzazione sanitaria di base in Italia, che sono le condotte mediche e le associazioni volontarie mutualistiche, hanno avuto una sostanziale matrice democratica nei comuni e nel movimento operaio. È vero che nei primi decenni dello Stato unitario la sanità pubblica dipendeva dal Ministero degli interni ed era collegata al concetto di polizia sanitaria: ma questo era un orientamento di tutti gli Stati, ed aveva una certa base nel-

l'esigenza di proflassi antiepidemica. È a partire dal fascismo che le istituzioni sanitarie italiane si divaricano da quelle di altri paesi, nei quali le assicurazioni sociali mantengono un'impronta più o meno democratica e crescono i poteri delle amministrazioni locali, mentre in Italia si sviluppa l'accentramento mediante la creazione di Enti verticali e per giunta inefficienti. Questa linea è stata seguita durante il predominio politico della DC, nel quadro di un ampio disegno di svuotamento della democrazia rappresentativa e della creazione di una rete capillare di centri di potere sottratti al controllo democratico.

C. — *Le scelte scientifico-culturali.* È stato scritto, giustamente, che nei primi decenni dell'unità d'Italia i medici, ed i temi sanitari, esercitarono un ruolo positivo nella cultura italiana e nella formazione di un'opinione pubblica orientata democraticamente e preparata scientificamente. « Alla fine dell'Ottocento, in periodo positivista, i medici rappresentavano una classe di punta culturalmente all'avanguardia. Era stata importantissima dal punto di vista politico la rivoluzione batteriologica. Di colpo erano balzati in primo luogo i problemi dell'igiene. Acquedotti e fognature erano diventati elementi essenziali per la salute pubblica. Intorno agli anni settanta-ottanta, nel periodo di Agostino Bertani, i medici condussero coraggiosamente grandi lotte politiche per le riforme » (Mondella). A partire dal fascismo, fu impressa una subordinazione alle direttive del regime che svuotò la medicina italiana degli indirizzi progressivi che erano lentamente maturati negli anni precedenti. È sufficiente ricordare gli incitamenti del regime ai medici perché propagandassero le campagne demografiche e gli indirizzi razzisti, nonché l'isolamento della scienza italiana dai suoi collegamenti internazionali.

Nei decenni successivi, le scelte sono state diverse. Da un lato, hanno prevalso remore tradizionali alla conoscenza ed all'intervento scientifico sugli aspetti più delicati della vita umana, come per esempio l'opposizione alla regolazione cosciente della natalità; dall'altro, sono state propagandate concezioni miracolistiche sulle possibilità che la scienza risolvesse ogni problema sanitario, senza mutamenti sociali e ambientali.

Per esempio, si è affermata per un certo periodo l'ideologia dei trapianti, cioè la tendenza a puntare alla sostituzione di organi lesi (a risanare i vivi a spese di altri, defunti

precocemente) trascurando la prevenzione. Per esempio, viene continuamente propagandata l'onnipotenza dei farmaci. Per esempio, alle tecniche inquinanti vengono contrapposte tecniche antinquinanti senza modificare le scelte produttive che causano il deterioramento ambientale. In questo modo, i cittadini passano continuamente dalla fiducia alla sfiducia totale, la cultura medica perde di prestigio e di efficacia, il rapporto scienza-società viene distorto profondamente.

VI. — *Quadro epidemiologico del paese.*

Il danno più evidente di queste scelte è documentato dallo stato sanitario del paese. L'esame di queste condizioni è indispensabile se si vuole riferire la riforma sanitaria alle sofferenze, alle necessità, alle possibilità di prevenzione e di terapia che riguardano ogni cittadino italiano, se si vuole dare concretezza e palpabilità al nuovo quadro istituzionale della protezione sanitaria. È da questo esame che il PCI fa derivare gli obiettivi di salute che costituiscono lo scopo del Servizio sanitario, e che sono elencati (non per escludere altri compiti, ma per fissare i più urgenti e cospicui) nell'articolo 5 di questo progetto.

A. — *La nocività delle condizioni di lavoro* è documentata dall'evoluzione degli infortuni negli ultimi venticinque anni. I dati sono i seguenti:

ANNO	Numero dei casi	
	Industria	Agricoltura
1946	348.772	77.216
1951	540.282	184.468
1956	862.931	270.891
1961	1.163.928	298.741
1966	1.086.092	271.115
1971	1.301.154	227.132

È da notare che gran parte degli infortuni (quelli più lievi che guariscono nella franchigia dei primi tre giorni) non sono compresi in questa rilevazione, e che i fenomeni più gravi — la precoce usura derivante dai ritmi intensi degli orari incongrui, dalla tossicità ambientale, dallo sfruttamento, non sono rilevati nelle statistiche ufficiali.

B. — *Il livello della mortalità perinatale e infantile*, come è noto, è divenuto in Italia fra i più alti di tutti i paesi sviluppati. Per la

mortalità infantile (primo anno di vita) il nostro paese era nel 1950 al tredicesimo posto fra le nazioni europee, ed è disceso ora al diciottesimo posto essendo stato superato da URSS, Cecoslovacchia, Repubblica democratica tedesca, Austria e Bulgaria, che hanno migliorato rapidamente la loro situazione in questo campo. Per la mortalità perinatale (nati morti+morti nella prima settimana di vita) l'Italia è al penultimo posto in Europa, seguita soltanto dal Portogallo. In realtà, dato che le statistiche portoghesi comprendono nei loro elevatissimi indici anche le colonie africane, fra i territori europei l'Italia è all'ultimo posto.

C. — *Le condizioni sanitarie dell'età evolutiva*, sebbene in alcuni campi siano stati realizzati dei progressi grazie alla diffusione delle vaccinazioni (per esempio poliomielite, difterite, ecc.), si sono mantenute serie per altre malattie trasmissibili (per esempio le parassitosi intestinali) e si sono per altri aspetti aggravate. Le carenze della scuola (evasione dall'obbligo, ripetenze, servizi sanitari scadenti o inesistenti), il perdurante stato di sottanutrizione di una parte dell'infanzia, la diffusione del lavoro minorile, la mancanza di aree verdi e di zone sportive causano diffusi disturbi dell'accrescimento somatico e dell'adattamento psichico. Un fenomeno insufficientemente studiato in Italia è quello degli infortuni domestici, che sono spesso dovuti a sostanze tossiche incontrollate o ad apparecchiature costruite senza adeguata protezione, e che incidono soprattutto sull'infanzia (negli USA il numero dei colpiti da questi infortuni è 5 volte superiore a quello degli incidenti stradali).

D. — *I problemi degli anziani* sono resi difficili sia dall'aumento della proporzione degli ultrasessantenni sul totale della popolazione (14,1 per cento nel 1961, in confronto al 17,5 per cento previsto nel 1981 ed al 19,3 per cento previsto nel 2001); sia dal precoce invecchiamento sul lavoro che è una delle cause del costante incremento delle pensioni di invalidità, che nel 1971 sono giunte a superare di 140 mila il numero delle pensioni di vecchiaia (un'altra causa abnorme di ciò sta nel fatto che « la scorciatoia dell'invalidità rappresenta la sola via d'uscita per i lavoratori che non hanno potuto fruire della copertura assicurativa per un sufficiente numero di anni, o per disoccupazione o per infrazioni dei loro datori di lavoro », come ha scritto A. Conigliaro); sia dal precario stato di sa-

lute e dalle difficoltà economiche (basse pensioni) di gran parte degli anziani e dei vecchi, verso i quali viene seguita una politica di emarginazione e spesso di segregazione.

E. - *La salute mentale* si va aggravando per un aumento sia reale (fattori ambientali e lavorativi che provocano nevrosi, disadattamento) sia apparente (maggiore selettività e competitività sociale, che innalza la soglia della cosiddetta « normalità ») dei fenomeni psicopatologici. Nel quadro di questi fenomeni è da rilevare: a) che l'epidemiologia delle malattie mentali ha una forte componente classista: negli USA è stato dimostrato che i ceti abbienti e le categorie professionali registrano una minore incidenza di quadri morbosi, ed in Italia è stato constatato che, per esempio in Sardegna, gli ospedali psichiatrici sono affollati da lavoratori ex emigrati; b) che l'infanzia è particolarmente colpita sia per la carenza di cure gravidiche e neonatali che causa numerosi deficit mentali evitabili, sia per la mancanza di assistenza e di attività di recupero per gli handicappati; c) che il sistema manicomiale, ed altre istituzioni segreganti, aggravano anziché attenuare le malattie mentali: la recente denuncia di esperimenti compiuti con iniezioni di LSD ed *elettroshoks* punitivi nell'ospedale di Collegno tocca il limite dei *lager* nazisti; ma anche indipendentemente da queste mostruosità la situazione generale degli ospedali psichiatrici li qualifica come « fabbriche di malati ».

F. - *La patologia del sottosviluppo*, caratterizzata da carenze nutritive, dallo sfruttamento del « lavoro nero » dei minori, dalla persistenza di malattie infettive e parassitarie eradicabili, da elevati indici di mortalità infantile, è ancora diffusa sia in alcune zone del centro-nord, sia soprattutto nel sud. A Milano, per esempio, sono stati denunciati nell'anno 1971 più casi di tifo (576) che in tutti gli Stati Uniti (471 casi). La situazione delle febbri tifoidee (salmonellosi) nei dati internazionali della morbosità per 100.000 abitanti è la seguente:

NAZIONE	Morbosità
1. - Portogallo	27
2. - Italia	19
3. - Grecia	9
4. - Jugoslavia	8
5. - Polonia	3

NAZIONE	Morbosità
6. - Cecoslovacchia	3
7. - Germania Orientale	2
8. - Romania	2
9. - Svizzera	2
10. - Ungheria	2
11. - Austria	1
12. - Germania Occidentale	1
13. - Bulgaria	0,44
14. - Finlandia	0,38
15. - Gran Bretagna	0,37
16. - Scozia	0,25
17. - Svezia	0,23
18. - USA	0,22
19. - Olanda	0,18
20. - Belgio	0,15
21. - Danimarca	0,14
22. - Norvegia	0,05

Questa « patologia del sottosviluppo » non dipende solo dall'arretratezza, ma dallo sconvolgimento dei tradizionali rapporti sociali e naturali causati dalle tendenze generali della economia. Nel campo della mortalità infantile, per esempio, le differenze regionali esistenti in Italia sono note, ma di solito si afferma che dipendono dal ritardo storico del sud rispetto al nord, e che nell'ultimo periodo si avrebbe nelle regioni meridionali un'attenuazione del dislivello dal valore nazionale.

Un esame più accurato dei dati mostra che è vero esattamente il contrario: il ritardo non è storico, bensì recente; e le differenze non si attenuano, ma si accrescono. La serie dei dati regionali per oltre un secolo, dal 1863-1866 fino al 1967-1969, mostra che cento anni fa i livelli più favorevoli di mortalità infantile si avevano in Campania, negli Abruzzi e Molise, in Sardegna; e per contro, quelli più gravi si avevano nel Veneto, in Lombardia, nell'Emilia-Romagna. Ancora all'inizio del nostro secolo (1903-1906) permane questa situazione, che solo nel periodo 1923-1933 comincia a modificarsi: i livelli migliori di quel periodo sono in Liguria, Toscana e Lazio, quelli peggiori in Puglia, Basilicata e Lombardia. Solo negli anni successivi, cioè da pochi decenni si precisa la netta differenza tra nord e sud, che raggiunge attualmente le punte più elevate. La regione a mortalità infantile più elevata è ora la Campania, dove l'indice è del 50 per mille. In pratica, ogni venti bambini nati uno muore senza aver rag-

giunto l'età del primo compleanno. Indici elevati si hanno anche in Lucania, nelle Puglie ed in altre regioni meridionali.

G. — *Il deterioramento della « salute urbana »* ed il peggioramento delle condizioni ambientali (inquinamenti dell'aria; del suolo; delle acque; degli alimenti; congestione del traffico; mancanza di verde; sedentarietà coatta della popolazione, ecc.) sono troppo note perché sia necessario esemplificarle. Meno noti sono due fenomeni che caratterizzano questi processi: a) il fatto che gli inquinamenti (o più esattamente le sostanze e le condizioni di lavoro nocive dell'attuale produzione industriale) hanno colpito prima, e colpiscono ancora in modo più intenso, le classi lavoratrici, e tendono a diffondersi ora nello spazio circostante alla fabbrica e nel tempo successivo alla produzione, verso tutti i cittadini; b) il fatto che mentre nei decenni precedenti si era avuto un graduale accrescimento della durata media della vita, ora questo progresso si è rallentato, prosegue lentamente a causa della riduzione (insufficiente, ma costante) della mortalità infantile, della maggiore sopravvivenza dei vecchi, della ridotta mortalità del sesso femminile, mentre per i maschi in età lavorativa si ha una « caduta tendenziale della durata della vita ».

VII. — *Quadro organizzativo ed economico della sanità in Italia.*

A confronto con questo quadro epidemiologico, l'organizzazione sanitaria si è sviluppata senza un'organica rispondenza ai bisogni di salute, con settori abnormemente dilatati ed altri insufficienti, con sperequazioni e lacune. Si può dire che l'organizzazione si è sviluppata per rispondere ad una domanda sanitaria apparentemente spontanea e individuale, anziché programmata e collettiva, e questo sviluppo continua ancora, quando la informatica consentirebbe di valutare e prevedere lo stato di salute complessivo della popolazione e di programmare i necessari interventi. Spesso, anziché alla domanda sanitaria (sia pure distorta) dei cittadini, i servizi sanitari si sono sviluppati in base a interessi industriali, a pressioni di gruppi di potere, a iniziative più o meno lecite di « baroni della medicina »; si è creata così una « domanda indotta », avulsa e talora perfino contrastante con i bisogni sanitari. L'esempio che, per primo, si impone a dimostrazione di questo stato di cose è relativo alla creazione di artificiali

stati di bisogno di farmaci, determinati dall'industria farmaceutica attraverso una sproorzionata attività di propaganda e di promozione delle vendite.

La Commissione parlamentare d'inchiesta anti-trust che ha operato qualche anno fa, riferisce questa valutazione raccolta nel corso dell'indagine:

« Le case farmaceutiche hanno inviato (in un anno) ai medici oltre 150 milioni di opuscoli, 18 milioni di visite di propagandisti scientifici, 120 milioni di campioni gratuiti, oltre a sostenere le spese per viaggi gratuiti organizzati per i medici, regali di viveri, apparecchi professionali ed elettrodomestici, oggetti di antiquariato, ecc. ».

Da un documento della Farmricerca sul fatturato si apprende che nel 1969, sulle 725 industrie farmaceutiche, le sole prime 36 aziende hanno speso 47,495 miliardi nella campagna promozionale impiegando 4.461 propagandisti (in sole 36 aziende).

Quando si constata che la Ravizza su un fatturato 1969 di 2 miliardi e 122 milioni ha speso 804 milioni (cioè il 38 per cento dei suoi introiti) in attività propagandistiche e promozionali e che la Scharper addirittura è giunta a impiegare il 65 per cento del suo introito (753 milioni su un fatturato di un miliardo e 152 milioni) in spese di propaganda, si tocca con mano il fatto che medici e cittadini non sono più né liberi né autonomi nella valutazione dell'impiego dei farmaci.

Quando si giunge alla conoscenza dettagliata della dimensione rilevante raggiunta, presso la maggioranza delle industrie farmaceutiche, dalle indagini sull'effetto delle qualità estrinseche dei farmaci (sapore, odore, immagine rassicurante della confezione, ecc.) sul livello delle vendite, allora si comprende per quali strade il consumismo farmaceutico è stato spinto dalle quattro prescrizioni annue per assistito (1950) alle 16 prescrizioni per anno (1970), col risultato di passare da una spesa farmaceutica mutualistica di 17 miliardi e 85 milioni (1950) ad una spesa di 482 miliardi e 400 milioni (1970).

Dato che il consumo farmaceutico è stato moltiplicato visibilmente per quattro dalla azione delle industrie farmaceutiche in questi venti anni, dobbiamo da ciò concludere che la copertura terapeutica farmacologica degli italiani si è quadruplicata? La risposta è decisamente negativa dopo le constatazioni sulla evoluzione del quadro epidemiologico dianzi esposto; anzi la risposta è che la quadruplicazione del consumo di farmaci in termini

largamente estranei al quadro nosologico del paese è divenuta un fattore di danno alla salute di rilevante entità.

Ma l'ordinamento sanitario, pur nella caotica e incoerente sua struttura attuale, è tuttavia collegato dalle caratteristiche negative che sono venute permeandolo. Così l'effetto nocivo della spinta mercantile impressa dalle industrie farmaceutiche, si sposa con le nocive deformazioni introdotte negli ospedali e soprattutto nelle cliniche universitarie da non pochi direttori, asserviti per lucro agli interessi dell'industria, come lasciano chiaramente intendere i procedimenti penali e addirittura misure di incarcerazione in atto in qualche città italiana.

Per altro verso, questo stato di incoerenza dello sviluppo dell'organizzazione sanitaria si manifesta acutamente attraverso il *deficit* di strutture ospedaliere di talune aree depresse (posti letto ospedalieri 3,3 per mille in Calabria; 1,22 per mille a Cosenza; 0,91 per mille a Benevento; 0,65 per mille ad Avellino), mentre in regioni già dotate di eccedenti strutture ospedaliere (Liguria 12,8 per mille; Veneto 12,3 per mille) si manifestano spinte di notevole virulenza per l'ulteriore accrescimento degli ospedali.

Tali spinte sono quasi sempre determinate dal colludere delle aspirazioni delle più influenti baronie sanitarie ospedaliere, con la attrazione di amministratori e di notabili locali verso il maggiore supposto prestigio di ospedali di più elevata classificazione. Per raggiungere questi obiettivi ritenuti concomitanti (e comunque estranei agli interessi della salute delle popolazioni), si inventano le più stravaganti formule di nuovi servizi ospedalieri o di nuove divisioni, per l'interesse di sottogoverno, e di distribuzione di nuovi primariati, per il convincimento che la fabbricazione di nuove inedite attività ospedaliere possa giovare alla più alta classificazione possibile all'ospedale stesso.

Il risultato complessivo di questi processi « spontanei » può essere sintetizzato dalle seguenti caratteristiche dell'organizzazione sanitaria italiana:

A. — Sebbene la Costituzione affermi che la Repubblica tutela la salute, che lo Stato deve cioè assumere una diretta responsabilità in materia, l'organizzazione sanitaria si presenta come un sistema di deleghe in bianco, che lo Stato affida ad enti incontrollati e perfino ad organismi più privati che pubblici.

Il quadro di questa anormale situazione è offerto dalle tabelle *A* e *B* allegate a questa

proposta di legge. In esse sono elencati gli enti mutualistici che a norma di legge erogano l'assistenza sanitaria a intere categorie di lavoratori, o a lavoratori di una sola azienda o a parte di lavoratori di una azienda. Si tratta di una selva di centinaia e centinaia di enti amministrati da organismi designati nei modi più disparati e incontrollati, autorizzati a riscuotere contributi, pressoché privi di controlli sui modi come decidono di spendere i propri introiti. La Corte dei conti ogni anno si occupa di un ridottissimo numero di tali enti e quasi sempre formula pesanti critiche per gli arbitrii che si verificano in numerosi di essi. Non sappiamo quante persone leggano le osservazioni della Corte dei conti; nessuno certamente, fra le persone investite di poteri appositi per controllare la vita degli enti, interviene per dare un seguito alle sue osservazioni.

Ma quand'anche ciò avvenisse, non gioverebbe a mutare il quadro istituzionale: gli enti non sono organi dello Stato di estrazione democratica; sono l'inverso di ciò, vale a dire espedienti per l'esercizio di una vastissima area del potere fuori dal controllo democratico.

Dalla lettura delle tabelle salta agli occhi che numerosi enti sono semplici doppioni che dovrebbero indirizzare la propria attività di intervento sanitario verso categorie che ne fruiscono già ad opera di altri enti.

I casi limite sono costituiti dall'ONMI, dall'ONPI, dall'ONIG e dall'ENPI che è un ente pubblico, ma è anche adibito ai controlli sull'industria e ufficialmente finanziato dalla Confindustria.

Non compaiono nelle tabelle *A* e *B* altri enti che hanno personalità giuridica di diritto privato, ma che erogano cioè nondimeno attività di assistenza sanitaria e ricevono contributi di danaro pubblico.

B. — Sebbene la moderna tutela sanitaria sia basata su concezioni unitarie (indivisibilità della salute della collettività; unitarietà psicofisica dell'individuo; integrazione dei rapporti uomo-ambiente; globalità degli interventi preventivi, terapeutici e riabilitativi), l'attuale organizzazione sanitaria si fonda invece sulla frantumazione dell'uomo, suddiviso fra enti diversi secondo la categoria lavorativa, l'organo malato, la fase della malattia; sulla separazione della salute individuale da quella collettiva, dei problemi sanitari personali da quelli del risanamento ambientale; sulla netta suddivisione per enti diversi degli

interventi preventivi, terapeutici e riabilitativi.

Le citazioni dimostrative di questo assunto potrebbero essere elencate in un numero grandissimo. Le mutue dovrebbero essere gli enti di assicurazione contro il rischio di malattia, quindi di intervento sanitario contro tutte le malattie, ma già sorgono le eccezioni allorché si constata che l'intervento sanitario contro la tubercolosi spetta invece all'INPS o al Consorzio provinciale antitubercolare, che i tumori non sono integralmente coperti da assicurazione e che parimenti estranee alle attività delle mutue sono le malattie mentali.

L'attività di prevenzione intesa come individuazione delle cause morbigene e loro eradicazione è inesistente ad opera degli organismi sanitari ufficiali. Iniziative di *depistages* di massa per l'effettuazione di diagnosi precoci o per l'accertamento di stati di predisposizione si sono venute diffondendo in varie parti del paese; ma, a parte il tentativo volto a far intendere che questa sia tutta « la prevenzione » possibile, esse si sono sviluppate in modo disorganico, senza connessione con le altre attività sanitarie.

Si consideri infine il significato della diafrasi su cui particolarmente si è arenata nei successivi governi la discussione sulla riforma sanitaria. Essa riguarda la collocazione della medicina del lavoro, che, da parte di diversi esponenti governativi, si vuole mantenuta fuori dall'ordinamento sanitario e, a maggiore ragione, fuori dal futuro Servizio sanitario nazionale, lasciandola esclusivamente nelle mani del Ministero del lavoro attraverso l'ENPI, l'INAIL e l'Ispettorato del lavoro, così come desiderano le organizzazioni industriali padronali.

C. — Sebbene da molti secoli si affermi che « è meglio prevenire che curare », e sebbene da alcuni decenni (dal secolo scorso per molte malattie infettive, più recentemente per altre malattie, comprese molte forme tumorali) la prevenzione sia non solo auspicabile ma possibile, in Italia la massima parte dei mezzi finanziari, delle attrezzature, del personale è impegnato nella terapia, spesso tardiva, con il risultato che l'intervento sanitario è spesso inefficace e che viene ingigantito il ricorso alle cure più costose.

Per le altre considerazioni che si possono fare sulla prevalenza della terapia nel sistema sanitario attuale il dato sulla spesa è molto eloquente.

Da un accurato studio sulla spesa sanitaria degli enti mutualistici e degli enti locali, pub-

blicato sulla rivista *Prospettive Sanitarie e Sociali*, settembre-dicembre 1972, si può rilevare che mentre la spesa per attività sanitarie diagnostiche e terapeutiche incide per il 91,32 per cento, la spesa per attività di prevenzione incide per l'8,68 per cento sulla spesa sanitaria dell'anno 1971.

Spesa sanitaria mutualistica, escluse le indennità economiche di malattia e le spese delle mutue aziendali (sono stati presi in considerazione i consuntivi 1971 dei 7 Enti nazionali dei lavoratori dipendenti, 3 Enti nazionali dei lavoratori autonomi, 10 Enti minori per professionisti ed altri) L. 2.594.644.000.000

Spesa sanitaria comuni e province (sui consuntivi del 1968, dati ISTAT, si è applicato l'incremento medio di spesa dei tre anni precedenti) » 443.069.000.000

Ministero sanità - bilancio preventivo 1971 » 179.000.000.000

Totale L. 3.216.713.000.000

Per determinare la spesa per attività di prevenzione si è analizzata la scomposizione della spesa degli Enti locali effettuata dall'ISTAT e si è calcolato che ciò non incida più di 100 miliardi, i quali, sommati alla spesa prevista dal bilancio del Ministero della sanità, danno la somma di 279 miliardi per attività di prevenzione pari, come si è detto, all'8,68 per cento della spesa globale sanitaria.

Pare a noi che questo giudizio della rivista citata sia difettoso per eccesso nella valutazione della spesa di prevenzione, come è indirettamente dimostrato dal fatto che sui 105.092 medici che esercitano la professione solo 2.000 sono igienisti e non tutti impiegati in attività prevenzionale.

È la grave scarsità di misure di prevenzione che spinge a livelli esorbitanti la domanda sanitaria, perché il cittadino, posto in allarme dalla tangibile condizione di nocività e di danno alla salute in cui è costretto a

lavorare ed a vivere, ricorre spontaneamente ai modelli di protezione sanitaria che gli sono più accentuatamente propagandati (il farmaco, possibilmente la visita del « grande clinico », l'ospedale).

La forte pressione consumistica dell'industria farmaceutica deforma la stessa professione medica. Secondo l'INAM la media nazionale di prestazioni giornaliere dei medici generici è di 44, ma si eleva a 71 (di cui 22 domiciliari) nelle regioni del centro-nord. Ben si comprende come lo stesso congresso del sindacato dei medici generici abbia definito i propri aderenti come affetti dalla « sindrome dello scrivano ».

Da questo livello di degradazione cui è stata sospinta la professione medica, deriva la conseguenza che ogni caso appena modestamente impegnativo dal punto di vista diagnostico-terapeutico, che si presenta al medico generico, viene risolto con l'invio in ospedale. La spesa sanitaria in tal modo viene spinta a livelli esorbitanti.

D. — Sebbene la salute sia un bene essenziale dell'uomo, ed un bisogno primario della collettività, intorno alla tutela sanitaria si sono addensati interessi privati, imprese speculative, ipoteche mercantili che senza scrupolo morale, godendo di protezioni pubbliche e persino di riconoscimenti ufficiali, lucrano in modo scandaloso e violano i principi etici e spesso anche il codice penale.

Ancora una volta siamo costretti a cercare la prima dimostrazione di questa affermazione fra le pieghe dell'attività dell'industria farmaceutica.

Nel 1962 la rivista *Quattrosoldi* mise in scena deliberatamente una truffa confezionando alcune capsule con sostanza inerte, predisponendo un fascicolo dimostrativo delle qualità farmacologiche di tali capsule ed una falsa dimostrazione della sperimentazione clinica con esse effettuata; trovò subito i baroni sanitari pronti a firmare, per compenso, i fascicoli senza neppure aprirli; presentò al Ministero la richiesta di autorizzazione a produrre quel falso farmaco, ed in breve lo ottenne.

Questa fu una delle prime dimostrazioni delle truffe che l'industria farmaceutica può effettuare quando vuole. Nelle scorse settimane un professore universitario di Torino, titolare dell'Istituto di farmacologia di quella città, è stato incarcerato per un falso in atto pubblico identico a quello sopra descritto in favore di più industrie farmaceutiche realmente esistenti. A seguito di ciò il Ministero

è stato costretto a sospendere la vendita di 65 specialità medicinali.

Lo stato di cose sopra descritto aiuta a capire per quali strade l'industria farmaceutica è pervenuta a mettere in commercio farmaci inutili o nocivi, il cui superconsumo provoca danni non lievi.

Largamente noto è l'episodio dell'iniziativa INAM riguardante il proprio « prontuario terapeutico ». Una commissione di farmacologi (dei quali nessuno ha osato contestare la competenza e la correttezza) ha esaminato durante un anno e mezzo le 16.039 confezioni farmaceutiche contenute in tale prontuario ed ha proposto di suddividerle in dieci categorie secondo le loro caratteristiche (specialità risultanti da un singolo principio attivo, oppure da associazioni terapeuticamente efficaci di più principi attivi, oppure associazioni prive di efficacia terapeutica ecc., fino ad associazioni di principi attivi che possono produrre effetti dannosi non compensati dai vantaggi terapeutici). Il risultato di questo lavoro ha portato a constatare che oltre 8.000 specialità sono inutili e che almeno 564 sono dannose.

L'inflazione dei farmaci inutili è motivata dalla ricerca dell'industria farmaceutica dei modi per ottenere i più alti livelli di vendite indirizzando la produzione sempre più massicciamente verso tipi di medicinali dedicati alla supposta attenuazione della grande quantità di malesseri e di sofferenze connessi con il carattere stressante del lavoro e della vita di oggi, oppure di farmaci cosiddetti « di conforto » laddove una vera ed efficace difesa terapeutica farmacologica è inesistente.

Ma un tale tipo di offerta di farmaci, oggi largamente dominante, è divenuto il supporto principale di una politica sanitaria esplicitamente alternativa a quella che con la riforma prevede l'attribuzione di una posizione di primato alla prevenzione, e che nella unitarietà e globalità dell'intervento sanitario indica la possibilità del recupero di un'alta qualifica tecnico-scientifica all'atto medico.

Ciò è come dire che l'acquisizione di più elevati livelli culturali e scientifici nella professione medica e nelle prestazioni delle istituzioni sanitarie è ostacolata dalla diffusione sempre più larga di attività mercantili e speculative, che contrastano con la natura di servizio che le attività di tutela della salute devono avere.

È stato anche calcolato che, poste in elenco scalare tutte le retribuzioni dei dipendenti pubblici, al primo posto vi troviamo quella dei primari ospedalieri; per altro verso con-

stiamo con facilità che un notevole numero di primari o clinici sono anche proprietari o comproprietari di case di cura private, i cui obiettivi di lucro sono facilitati da un persistente filo conduttore che le congiunge all'ospedale o alla clinica universitaria.

Il florilegio degli esempi del prosperare della speculazione nel campo della sanità potrebbe continuare così a lungo che non è possibile qui proseguirlo; ma non può mancare la citazione dei casi limite rappresentati dalle istituzioni cosiddette « benefiche » di ricovero di minori handicappati (esempio più noto quello dell'istituto di Diletta Pagliuca), che badano solo ad incassare le rette pagate dal Ministero della sanità e realizzano i più bassi livelli di costo delle loro aziende di custodia, infliggendo ai loro infelici ospiti trattamenti disumani.

E infine un richiamo, per quanto sommario, deve essere qui fatto sulle libere attività di aggressione alla salute pubblica compiute dagli inquinatori dell'aria, delle acque, degli alimenti, perché si tratta anche in questo caso di precedenza concessa al lucro e alla speculazione rispetto al diritto alla salute.

Le leggi esistenti in temi di inquinamenti sono talmente permissive da lasciare il sospetto che abbiano avuto a cuore più gli interessi degli imprenditori avvelenatori che quelli della salute. Anche dopo l'applicazione della legge n. 615 (*anti-smog*) a Milano i tassi di inquinamento atmosferico sono continuati a crescere, giungendo al livello di 1,5 parti di composti solforati per milione di parti d'aria ed alla conseguenza di un rilevante aumento delle malattie polmonari. Ciò provoca ad un tempo, nel corso dell'anno, la perdita di milioni di ore lavorative; causa la corrosione del marmo e delle parti metalliche di preziosi monumenti come il Duomo di Milano e al tempo stesso determina assenze scolastiche perfino di 6-8 alunni su 10 nelle aree e nei periodi di maggiore inquinamento, e conduce a registrare che i bambini recanti malformazioni scheletriche sono, nella capitale lombarda, il 75 per cento, che è il più alto tasso registrato in metropoli fortemente industrializzate.

E. — Sebbene lo Stato spenda somme crescenti per la tutela sanitaria, fino al punto che il dissesto finanziario delle mutue e degli ospedali è fonte continua di squilibri nel bilancio, ottiene risultati calanti in termini di efficacia dei servizi e, quel che è più grave, in termini di livello di salute della popolazione. Questo è dovuto sia alla dispersione di

mezzi, sia all'incapacità di agire contro i fattori morbigeni collegati alla nocività ambientale.

Gli stati di crisi a cui sono stati ridotti numerosissimi ospedali dall'insolvenza delle mutue, ha addirittura dell'incredibile. Vi sono ospedali che hanno subito l'interruzione di ogni rapporto con fornitori, specie di generi alimentari e di medicinali per l'elevatissimo livello di indebitamento verso di essi. Non pochi amministratori ospedalieri denunciano con amarezza la consapevolezza di essere stati l'involontaria causa della rovina finanziaria e del fallimento dei loro fornitori. Sempre più frequente è il caso di ospedali che acquistano alimenti e farmaci giorno per giorno secondo le disponibilità di cassa.

L'energica protesta compiuta dalla FIARO contro il Governo è da ritenersi pertanto più che legittima, anche se invece non è da ritenersi ammissibile la forma di risposta che essa ha ritenuto di dover minacciare, cioè la serrata degli ospedali.

Ma nel ragionare di questo stato di bancarotta dell'ordinamento sanitario bisogna saper risalire alle cause di fondo che l'hanno determinato, che sono già state ampiamente esposte nel corso di questa relazione e che sono da addebitare alla linea governativa di rifiuto della riforma sanitaria e di creazione di spazi sempre più ampi alla speculazione mercantile sulla salute ed all'uso clientelare e di sottogoverno dell'ordinamento sanitario.

Il risultato di questa linea politica seguita dai governi che si sono succeduti è quello di una incessante ed esorbitante crescita della spesa sanitaria, cui fa riscontro un decadimento dei livelli di salute e della qualità delle prestazioni sanitarie.

Vi sono alcuni indici rilevatori che costituiscono anche internazionalmente i *tests* di base per giudicare il livello funzionale di un ordinamento sanitario: la crescita delle prestazioni sanitarie di più bassa qualifica (medicina generica e prestazioni farmaceutiche), l'alto tasso di spedalizzazione, la lunga durata della degenza media ospedaliera e la lunghezza eccessiva dei tempi di diagnosi, sono tutti indici rivelatori negativi e sono tutti specifici e propri del nostro ordinamento sanitario.

Perché ciò accade in Italia? Per la caparbia insistenza dei governi nel voler perseguire solo una politica di sostegno delle mutue e di protezione degli interessi mercantili e clientelari in medicina.

La riprova più esplicita di questo stato di cose è data dal fatto che gli ospedali sono

sprofondati grado a grado sempre più nella crisi, ma i governi non hanno ciò nondimeno voluto mai abbandonare la loro politica di erogazione di contributi a fondo perduto solo alle mutue, rifiutando sempre di indirizzarli direttamente agli ospedali.

Il primo scontro politico su questa questione avvenne nell'ottobre 1967 quando il Governo stanziò 467 miliardi perché le mutue pagassero i propri debiti verso gli ospedali (che oscillavano allora intorno ai 500 miliardi). Il denaro pubblico versato allora alle mutue si disperse per strade sconosciute e l'indebitamento verso gli ospedali rimase quasi immutato.

Operazioni consistenti si ripeterono successivamente altre volte, malgrado che voci sempre più energiche si levassero anche all'interno della maggioranza per denunciare l'illogicità di tali scelte.

Un'ultima volta nel 1970 furono erogati altri 500 miliardi sempre allo scopo dichiarato di ridurre l'indebitamento verso gli ospedali (giunto intanto a 1.000 miliardi). Il dibattito parlamentare in quella occasione fu rivelatore: il coro delle prese di posizione contro il sistema di prendere a pretesto i crediti degli ospedali per passare sottobanco danaro facile alle mutue, fu generale, ma il Governo mostrò col suo atteggiamento, giunto all'intolleranza e alla prepotenza verso la propria maggioranza, che la scelta di sostegno delle mutue è un cardine politico cui non era disposto a rinunciare, a prezzo anche di provocare il disse-

sto non tanto finanziario, quanto sanitario che abbiamo dinanzi sottolineato.

F. — L'esposizione del quadro organizzativo (ed economico) della sanità nel nostro Paese non sarebbe completo se non facessimo cenno allo stato di gravi squilibri che si sono venuti determinando fra regione e regione e soprattutto fra il settentrione ed il meridione.

Il discorso su tali stati di squilibri sarebbe superficiale se non risalissimo alle cause storiche, economiche e sociali.

Ci limitiamo qui tuttavia a sottolineare che la divaricazione fra le situazioni del nord e del sud del Paese è giunta a determinare una patologia propria delle regioni meridionali, come abbiamo già scritto in altra parte di questa relazione.

Ora ci interessa di mettere in evidenza che tali squilibri hanno solo la prospettiva di aggravarsi, se un radicale mutamento della stessa linea di sviluppo economico non intervenga a cambiare la condizione meridionale.

Tale condizione meridionale è fatta in primo luogo di stati di disoccupazione e sottoccupazione di gravità inammissibile, di arretratezza dell'economia e dell'agricoltura in particolare; ma anche di disgregazione sociale, di arretramento graduale delle strutture civili, di assenza di impianti igienico-sanitari e di carenza grave di strutture sanitarie.

Ci limitiamo a quest'ultimo proposito a pubblicare il quadro della distribuzione in Italia delle strutture ospedaliere pubbliche e private.

QUADRO DELLA DISTRIBUZIONE IN ITALIA DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE
PUBBLICHE E PRIVATE

VI LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

REGIONI	Ospedali generali e specializzati		Ospedali sanatoriali	
	Posti letto	% abitanti	Posti letto	% abitanti
Piemonte	27.966	6,43	3.161	0,73
Valle d'Aosta	482	4,45	—	—
Lombardia	58.434	7,06	6.929	0,84
Trentino-Alto Adige	5.617	6,71	1.446	1,73
Veneto	39.302	9,65	2.941	0,72
Friuli-Venezia Giulia	12.353	9,67	831	0,65
Liguria	17.517	9,37	979	0,52
Emilia-Romagna	29.121	7,61	2.407	0,63
Toscana	26.152	7,59	2.217	0,64
Umbria	6.041	7,71	202	0,26
Marche	12.224	8,98	967	0,71
Lazio	23.768	5,17	2.485	0,54
Abruzzi	6.706	5,57	548	0,46
Molise	890	2,66	—	—
Campania	18.172	3,53	2.425	0,47
Puglia	20.143	5,56	2.386	0,66
Basilicata	2.279	3,62	—	—
Calabria	4.701	2,28	897	0,44
Sicilia	20.678	4,25	3.038	0,62
Sardegna	5.380	3,61	1.258	0,84
CENTRO-NORD	258.977	7,45	24.565	0,71
SUD E ISOLE	78.949	4,08	10.552	0,54
ITALIA	337.926	6,24	35.117	0,65

VI LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

Ospedali neuropsichiatrici		Totale ospedali pubblici		Case di cura private		TOTALE		% posti letto privati sul totale
Posti letto	% abitanti	Posti letto	% abitanti	Posti letto	% abitanti	Posti letto	% abitanti	
9.693	2,23	30.820	9,39	5.776	1,33	45.596	10,72	12,40
—	—	482	4,45	50	0,46	532	4,91	9,40
14.689	1,77	80.052	9,67	15.197	1,83	95.249	11,50	15,96
1.795	2,14	8.858	10,58	1.997	2,39	10.855	12,97	18,40
9.185	2,26	51.428	12,63	7.792	1,92	59.220	14,55	13,16
3.285	2,57	16.469	12,89	1.217	0,95	17.686	13,84	6,88
3.721	1,99	22.217	11,88	1.923	1,03	24.140	12,91	7,97
8.298	2,17	29.826	10,41	6.833	1,79	46.659	12,20	14,64
9.958	2,89	38.327	11,12	4.323	1,06	42.650	12,38	10,14
1.177	1,50	7.420	9,47	609	0,78	8.029	10,35	7,59
2.753	2,03	15.944	11,72	2.086	1,53	18.030	13,25	11,57
4.050	0,88	30.303	6,59	14.864	3,23	45.167	9,82	32,91
2.103	1,75	9.357	7,78	1.927	1,60	11.284	9,38	17,08
—	—	890	2,66	114	0,34	1.004	3,00	11,35
7.955	1,55	28.552	5,53	12.143	2,36	40.695	7,91	29,84
1.475	0,41	24.004	6,63	6.989	1,93	30.993	8,56	22,55
—	—	2.279	3,62	1.657	2,63	3.936	6,25	42,10
1.834	0,89	7.432	3,61	3.203	1,55	10.635	5,16	30,12
6.755	1,39	30.471	6,26	5.515	1,13	35.986	7,38	15,33
2.050	1,38	8.688	5,83	2.302	1,54	10.990	7,37	20,95
68.604	1,97	352.146	10,13	62.781	1,81	414.927	11,94	15,13
22.172	1,15	111.673	5,77	33.736	1,74	145.409	7,51	23,20
90.776	1,68	463.819	8,57	96.517	1,78	560.336	10,35	17,22

Rileveremo solo che questo riferimento statistico rende evidente che le regioni meridionali e insulari dispongono di strutture ospedaliere pubbliche in misura percentualmente pari a poco più della metà di quelle del centro-nord.

Entro questo rilievo generale si collocano i casi limite per cui Gorizia fruisce di 13,74 posti letto per mille abitanti, solo negli ospedali per acuti, Savona 12,77 per mille, Verona e Vicenza 10,42 per mille, mentre Benevento ne ha l'1,96 per mille, Cosenza l'1,85 per mille, Avellino l'1,37 per mille.

Naturalmente la carenza estrema di strutture ospedaliere pubbliche apre uno spazio allo sviluppo della speculazione privata attraverso le case di cura. Si constata, quindi, che il Friuli avendo 11,88 posti letto per mille negli ospedali pubblici registra lo 0,95 posti letto privati per mille, nelle case di cura private, che posizioni analoghe hanno la Liguria, la Toscana, eccetera, mentre la Calabria ha 3,61 posti letto pubblici per mille e 1,55 posti letto privati, la Basilicata, rispettivamente, 3,62 e 2,63. All'interno di questa media vi sono come al solito i casi limite come Avellino che ha 1,37 per mille posti letto pubblici e 1,71 per mille posti letto privati. Si configura quindi in alcune regioni meridionali un sistema sanitario misto pubblico-privato in cui non è difficile supporre che la struttura pubblica serva prevalentemente di supporto alla struttura privata e ai suoi interessi speculativi.

VIII. — Esperienze e iniziative per la riforma sanitaria.

Sebbene sia il quadro epidemiologico sia quello organizzativo-economico della sanità in Italia siano di tanta gravità, e tendano a peggiorare, le prospettive sono rese meno oscure da uno dei fenomeni più significativi che caratterizzano il risveglio politico e culturale degli ultimi anni in Italia: le lotte e le realizzazioni per la riforma sanitaria. Contro i molteplici ostacoli e vincendo il rischio continuo dello scoraggiamento, da più parti si è fatta strada, non solo elaborando programmi ma cominciando a realizzarli sia pure parzialmente, nelle strette concesses dalla legislazione vigente e nella continua lotta contro le inerzie governative, l'esigenza di modificare profondamente il sistema sanitario.

Il maggiore contributo è venuto dalle classi lavoratrici, sia con la diretta esperienza di lotta per la salute negli ambienti di lavoro (che

ha portato a riconoscimenti significativi nei contratti nazionali e negli accordi aziendali), sia con la promozione di attività pubbliche per la prevenzione, sia con lo stimolo alla riforma complessiva dei servizi sanitari.

L'impegno di grandi masse di lavoratori nel dibattito, nell'elaborazione politica e nella lotta per la salute è stato in questi recenti anni di grande valore ed ha corrisposto al contributo anch'esso assai rilevante della CGIL in primo luogo, ed anche unitariamente delle tre Confederazioni sindacali, per la rivendicazione di una organica riforma sanitaria.

Anche considerando solo le iniziative sindacali più recenti, vale la pena di mettere in risalto i risultati del Convegno tenuto a Rimini dal 27 al 30 marzo 1972 dalla CGIL, dalla CISL e dalla UIL sul tema « La tutela della salute nell'ambiente di lavoro ».

Dal documento conclusivo di tale Convegno citiamo infatti quelli che paiono a noi le affermazioni più significative:

« 1) principio irrinunciabile è che la salute dei lavoratori non va monetizzata. Ciò significa, in primo luogo, che la salute va difesa non già perseguendo integrazioni salariali che lasciano immutate le condizioni di nocività e pericolosità, ma rimuovendo le cause del rischio nelle loro molteplici forme e realizzando modificazioni reali dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro;

2) l'iniziativa autonoma del sindacato in difesa della salute nell'ambiente di lavoro, deve realizzarsi con lo sviluppo dell'azione rivendicativa su tutti gli aspetti del rapporto di lavoro, direttamente ove questi si producono e attraverso gli strumenti organizzativi più adatti, come sono venuti configurandosi nelle esperienze di lotta negli ultimi anni.

Per questo è necessario evitare di affidare compiti di controllo, elaborazione, iniziativa ad organismi contrastanti con il consiglio di fabbrica, evitando quindi l'utilizzazione delle strutture sanitarie aziendali, in quanto strumenti padronali;... ».

Fra gli obiettivi da perseguire, mediante l'azione sindacale, per accelerare l'attuazione della riforma sanitaria:

« impegnarsi con un rapporto di stimolo, pressione e contrattazione autonoma con gli enti locali anche in rapporto all'attuazione delle nuove prerogative delle Regioni in materia, perché essi prefigurino fin d'ora le costituenti Unità sanitarie locali, che garantiscano l'unità degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione. In coerenza con questi fini può aversi la creazione e l'utilizzazione di centri di medicina preventiva ».

Data l'evidente impossibilità di citare o riprodurre tutte le prese di posizione rivendicative della riforma sanitaria da parte delle Confederazioni sindacali, ci limitiamo a fare spazio ancora alla sola citazione di un brano di una pubblicazione della Federazione lavoratori metalmeccanici (FIOM, FIM, UILM) che, oltre a trattare ampiamente le posizioni di questa organizzazione di categoria in merito all'istituzione del Servizio sanitario nazionale, definisce chiaramente le ragioni per le quali non è possibile per le organizzazioni sindacali dei lavoratori accettare la sopravvivenza di enti burocratici investiti della funzione di occuparsi della nocività degli ambienti di lavoro. Tale presa di posizione si rivela interessante per la ragione che, come è noto, gli elaborati governativi sul tema della riforma hanno sempre insistito sulla permanenza del controllo della nocività degli ambienti di lavoro nelle mani del Ministero del lavoro, attraverso l'ENPI, l'INAIL e l'Ispettorato del lavoro, anche dopo l'istituzione del Servizio sanitario nazionale. Dice infatti la FLM: « l'ENPI, creato nel secolo scorso da una associazione di industriali milanesi, è divenuto, durante il fascismo, un ente pubblico sottoposto alla vigilanza del Ministero del lavoro. Ha lo scopo di promuovere, sviluppare, diffondere la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali. Però il suo unico compito obbligatorio è quello di collaudare ascensori, ponti mobili ed altri apparecchi di sollevamento. Tutte le altre prestazioni sono erogate, non per obbligo di legge, ma solo in quanto l'ente viene incaricato su base volontaristica da parte di chi gli dà l'incarico.

L'ENPI perciò non entra nella fabbrica, se non per incarico e permesso del padrone.

Il suo bilancio annuo si aggira sui 14 miliardi di lire, una metà dei quali proviene dall'INAIL mentre l'altra metà proviene dagli imprenditori.

Pertanto:

1) l'ENPI agisce sostanzialmente, tranne un ristretto ambito tecnico ingegneristico, solo per mandato o consenso del padrone;

2) l'ENPI viene finanziato per metà dai datori di lavoro, quindi solo per larga approssimazione possiamo definirlo ente pubblico;

3) l'ENPI, per la restante metà, viene finanziato dall'INAIL grazie ai premi assicurativi introitati dall'INAIL stesso, l'ammontare dei quali è in rapporto diretto con le potenzialità sul rischio di lavoro. Tutto ciò è tanto paradossale, quanto disincentivante per l'ENPI; tanto più, infatti, l'ENPI riuscisse a

ridurre i rischi, tanto meno, tramite l'INAIL, verrebbe a incassare, perché, ridotti i rischi verrebbero a ridursi anche i premi assicurativi da corrispondere all'INAIL.

Negativo è quindi il giudizio sulla possibilità di utilizzazione di questo ente, da parte del Servizio sanitario nazionale ».

Tutti i contratti di lavoro stipulati dall'autunno 1968-1969 ad oggi recano un'ampia trattazione dei modi concordati di intervento per il controllo e l'eliminazione della nocività e del rischio di lavoro. In genere tali contratti procedono all'istituzione di strumenti di controllo (libretti sanitari, libretti di rischio, registri dei dati ambientali, registri dei dati biostatistici) investendo i consigli di fabbrica delle funzioni di controllo.

Ancor prima che questo movimento assumesse tale ampiezza, ma poi con slancio e concretezza maggiore nel rapporto diretto con le lotte dei lavoratori, iniziative anticipatrici della riforma sanitaria e sollecitazioni alla creazione del Servizio sanitario nazionale sono venute dall'esperienza dei comuni, e, per molti aspetti, delle province.

Pur nelle ristrettezze economiche ed istituzionali note, innumerevoli sono le iniziative assunte da comuni e province, tese a dare un segno nuovo all'intervento sanitario.

I governi hanno sempre teso a scoraggiare le iniziative locali a tutela dell'ambiente in generale e degli ambienti di lavoro in particolare. Si contano a migliaia le delibere dei comuni e delle province tese a potenziare i servizi di igiene, bocciate dagli organi di controllo presieduti dai prefetti.

Inoltre, alcune centinaia di sindaci furono denunciati alla magistratura nell'esercizio del loro diritto-dovere di entrare in fabbrica con i propri tecnici a controllare le condizioni igienico-sanitarie degli ambienti di lavoro.

A questi enti locali, scoraggiati e diffidati dai governi e dai loro organi periferici ad assumere iniziative a difesa dell'ambiente di vita e di lavoro, si vorrebbe fare il processo, sulla base di alcune denunce a sindaci da parte di alcuni magistrati. Noi respingiamo la tesi secondo cui i poteri locali in generale sarebbero incapaci alla difesa ecologica del territorio ed alla tutela della salute delle popolazioni.

Esempi sulle capacità degli enti locali nella tutela dell'ambiente sono stati innumerevoli, ma, e soprattutto in questi ultimi anni, con la costituzione delle regioni, gli enti locali liberati dai controlli burocratici, anche se rimangono notevoli limiti finanziari, hanno dato vita a tutta una serie di iniziative che

vanno dal controllo dell'ambiente di vita, alle *équipes* di medicina del lavoro, ai servizi di medicina scolastica e per gli anziani, alla costituzione di consorzi per queste attività fra i comuni più piccoli.

Estrarre dall'enorme numero di iniziative degli enti locali alcune citazioni esemplificative, diviene evidentemente impresa di grande difficoltà per l'elevato livello di tutte, che rende difficile la scelta; tuttavia ci attendiamo a questa indicazione citando:

le amministrazioni provinciali di Terni, Venezia, Reggio Emilia, Firenze impegnatesi nella costituzione di centri di medicina del lavoro strettamente legati alle lotte dei lavoratori per la salute e gestiti col concorso dei consigli di fabbrica;

ancora le amministrazioni provinciali di Reggio Emilia, Perugia, Parma, Arezzo, Modena, Torino, dove sono nati servizi di igiene mentale di chiaro impianto anti-manicomiale;

l'iniziativa del comune di Sesto San Giovanni del convegno del 26 maggio scorso su « l'Ente locale e l'infanzia handicappata » e le attività svolte da quel comune in questo campo da anni;

l'azione dei comuni di La Spezia, Piombino, Manfredonia e numerosi altri contro l'inquinamento derivante dalle centrali termoelettriche dell'ENEL;

e l'elenco potrebbe continuare per pagine e pagine.

Questa attività degli enti locali, solerte e innovatrice ma limitata a poche zone del paese, ha avuto nuovo slancio dopo l'entrata in vigore delle regioni a statuto normale. Queste, come già avevano fatto con molti limiti le regioni a statuto speciale, hanno potuto (sia pure nelle difficoltà create dall'insufficiente attribuzione di poteri delegati, e più ancora dal permanere delle maggiori istituzioni sanitarie fuori del loro controllo) cominciare una attività legislativa e sviluppare il coordinamento delle attività locali in campo sanitario. Anche fra le regioni, tuttavia, si sono manifestate disparità di esperienze e realizzazioni, e molte zone di passività o di interventi saltuari e marginali.

La feconda e ricca attività di un notevole numero di comuni e province, ma territorialmente limitata, come s'è detto, e ancor più limitata dall'arretratezza culturale e tecnica del nostro sistema sanitario e dall'arcaicità del quadro legislativo vigente, ha costituito tuttavia uno stimolo importante sulle regioni, appena esse entrarono in possesso dei loro poteri.

Già il 2 febbraio 1971 le regioni o almeno la grande maggioranza (13 su 20) di esse ap-

provavano a Bologna un documento che proponeva un quadro organico e avanzato di riforma sanitaria. Il 9-10 febbraio 1973 le regioni, questa volta in numero di 16 su 20, convocavano un importante convegno a Roma per la presentazione di un testo organico di proposta di riforma, sul quale abbiamo già espresso in questa relazione il nostro positivo giudizio. Si tratta, è opportuno sottolinearlo, per la contemporanea incapacità del Governo di fare altrettanto, di un testo avente già quasi completamente le caratteristiche di una proposta di legge.

Ma l'attività delle regioni non si è limitata a questo. Pur nelle gravi difficoltà imposte loro dall'angustia del decreto di trasferimento di funzioni sanitarie e dall'esplicita ostilità del Governo contro le loro iniziative, non poche regioni hanno avviato importanti realizzazioni di anticipazione della riforma sanitaria.

Si vedano al riguardo le iniziative dell'Emilia e della Lombardia di definizione dei comprensori sanitari e di finanziamento delle attività di medicina preventiva in essi avviate. Si vedano gli esempi dell'Umbria e della Sardegna di approvazione di norme legislative contro gli inquinamenti. Si vedano le leggi ospedaliere della Sicilia e del Trentino-Alto Adige, quest'ultima soprattutto, significativa per l'introduzione dell'esclusivo rapporto di lavoro a tempo pieno dei medici negli ospedali.

E si considerino le singole iniziative, come il convegno realizzato dal Friuli-Venezia Giulia sulle condizioni di salute nelle fabbriche o come la lunga e tenace azione svolta dalla Toscana contro gli inquinamenti provocati dallo stabilimento Montedison di Scarlino.

Limiti preoccupanti nell'attività delle regioni in campo sanitario, rimangono, come si è detto e sono soprattutto costituiti dall'inerzia di non poche di esse o dalla loro prevalente attività di condiscendenza verso le spinte municipalistiche alla creazione di ospedali fuori di ogni disegno programmatico.

Altre sollecitazioni alla riforma sanitaria sono venute dagli ambienti medici, dove negli organismi ufficiali (soprattutto nella FNOM) ha prevalso una linea retriva, prima di ostilità verso l'espansione delle mutue, poi (quando la mutualità doveva essere superata) di consolidamento delle assicurazioni sociali. Tuttavia, fin dagli anni sessanta sorse un movimento promosso da alcuni ordini professionali per la riforma sanitaria, ed alcune organizzazioni di categoria (gli aiuti e assistenti ospedalieri, i medici degli enti previdenziali,

per qualche aspetto i medici condotti e alcuni settori dei medici mutualistici) accettarono di collocarsi nella logica della riforma, sia pure con venature corporative.

Contemporaneamente, alcune categorie a più diretto contatto, per ragioni della loro stessa professionalità, con le sofferenze e le difficoltà della popolazione, realizzavano un collegamento fra la pratica medico-sociale e le esigenze della riforma sanitaria nel loro campo di attività: ricordiamo il contributo dato da molti igienisti all'impostazione teorica del problema e i risultati innovatori di alcune esperienze psichiatriche; malgrado la ambiguità dei rapporti fra non pochi istituti universitari di medicina del lavoro e le organizzazioni industriali padronali, va detto della proficuità di alcune iniziative della società italiana di medicina del lavoro, così come sono stati di positivo rilievo i convegni promossi da pediatri e ostetrici sulla medicina perinatale. Un ruolo notevole hanno assunto in questo quadro, malgrado si siano manifestate anche tendenze alla « negazione della medicina », i movimenti studenteschi delle facoltà mediche, che dal 1967-68 hanno posto con grande vigore l'esigenza di collegare la preparazione e l'esercizio professionale alla nuova funzione sociale dei medici.

Un positivo apprezzamento va inoltre espresso a proposito di alcune efficaci forme di collegamento dei movimenti studenteschi di medicina con iniziative operaie di difesa della salute in fabbrica, mentre per altro verso si è venuto determinando un favorevole influsso di neolaureati sulle associazioni mediche.

Altri contributi in questa stessa direzione sono venuti dalle organizzazioni sindacali del personale paramedico.

È da ricordare infine il rilevante contributo dato dal personale dell'Istituto superiore di sanità, che partendo dalla propria esperienza ha espresso, negli ultimi dieci anni, una chiara volontà di associare la riforma dell'istituto e la valorizzazione della propria attività tecnico-scientifica alla tutela della salute della popolazione.

Tale riforma dell'Istituto superiore di sanità è oggetto di una legge giunta pressoché al termine del proprio *iter* di approvazione parlamentare.

Quanto sia importante la trasformazione di tale istituto con una norma di legge che ne prepari l'inserimento del Servizio sanitario nazionale è stato dimostrato da una recente manifestazione pubblica tenuta in Roma dal personale dell'istituto, durante la quale è stato indicato in modo limpido come possa

incidere la disponibilità per il paese di un istituto di sanità moderno e democratico, nella lotta contro gli inquinamenti, contro i farmaci inutili o dannosi, contro la nocività degli ambienti di lavoro, contro l'adulterazione degli alimenti, ecc.

Queste esperienze molteplici e articolate conducono a due considerazioni comuni. Primo: ciascuna di esse è un'esperienza incompleta e precaria, poiché rischia di essere resa inefficace senza una riforma complessiva dei servizi sanitari e senza una modifica della direzione dello Stato. Secondo: il Servizio sanitario nazionale non è un'invenzione teorica, un portato di questa o quella ideologia di parte, ma è la sintesi, l'unificazione, lo sviluppo necessario di processi già in atto nella società italiana.

Questa seconda considerazione trova un ulteriore approfondimento nella constatazione che alcune scelte fondamentali che caratterizzano il Servizio sanitario sono ormai patrimonio comune di forze sociali, politiche e culturali di diversa provenienza. Queste caratteristiche possono essere così riassunte:

a) il « primato della partecipazione », cioè la democrazia sanitaria come esigenza intrinseca del servizio;

b) la modifica dei rapporti sociali e delle condizioni ambientali come necessità per un'efficace promozione della salute;

c) il ruolo del servizio come segnale di queste incongruità e come uno degli strumenti per queste modifiche;

d) la responsabilità dello Stato e il decentramento dei poteri per assicurare il primato dell'interesse pubblico (cioè della salute di ogni individuo) su quello privato (cioè di pochi individui);

e) l'unitarietà dei servizi (prevenzione, cura, riabilitazione), come condizione per la efficienza dell'intervento;

f) l'esigenza di realizzare una sostanziale uguaglianza di prestazioni e di livelli sanitari tra le diverse classi sociali e zone del paese;

g) la necessità di elevare il livello professionale, la qualificazione del personale, il contenuto tecnico-scientifico del servizio in modo che la quantità delle prestazioni non significhi un abbassamento della loro qualità.

IX. — *Significato delle esperienze internazionali.*

Queste caratteristiche che sono emerse dai movimenti per la riforma sanitaria corrispondono per altro alle più avanzate esperienze

internazionali, mentre per contro l'attuale organizzazione sanitaria italiana contrasta sempre più profondamente con tali esperienze.

È da segnalare che i punti che abbiamo elencato, acquisiti in modo autonomo nel nostro paese, hanno una precisa rispondenza nei principi dell'organizzazione mondiale della sanità.

In questo quadro, è da valutare attentamente (per trarne non già modelli da importare meccanicamente, bensì utili indicazioni per la nostra situazione sanitaria) la diversa esperienza compiuta in paesi ad analogo livello di sviluppo economico.

In linea di massima, si può dire che nei paesi industrializzati esistono tre tipi di organizzazione sanitaria e sociale: *a*) vi sono paesi capitalistici, come gli USA, nei quali la tutela sanitaria è in prevalenza a regime privato (individuale o assicurativo), e solo negli ultimi anni si è sviluppato un sistema assistenziale pubblico, ancora limitato, oppure paesi come la Francia e l'Italia, dove prevale il sistema delle assicurazioni sociali; *b*) vi sono paesi capitalistici, come l'Inghilterra ed alcuni paesi scandinavi, nei quali la sanità è considerata come un servizio pubblico, ed esiste una « socializzazione », più o meno completa, della medicina, che contrasta tuttavia con il carattere privatistico di gran parte dei rapporti economici; vi sono infine i paesi socialisti, con differenziazioni al loro interno, nei quali ad una medicina socializzata corrisponde una omogenea economia. Il confronto di queste tre esperienze ci permette non certo di « decidere quale ricalcare », dato che il servizio sanitario italiano deve corrispondere innanzitutto alle esigenze del nostro paese, alla sua storia, al suo quadro epidemiologico, alle sue risorse, ma sicuramente di avere dati comparativi di notevole utilità.

Il confronto (che qui accenniamo soltanto in base a pochi esempi) può essere fatto:

A. — Sul livello di salute. — È da notare per esempio che nel campo della mortalità infantile, che costituisce uno degli indici più significativi, l'Inghilterra e la Svezia hanno tra i livelli più favorevoli del mondo, e che fra i paesi socialisti quasi tutti (perfino Cuba, paese ancora economicamente sottosviluppato, che ha ora un indice di 27 per mille) risultano in condizioni migliori che l'Italia.

B. — Sul grado di eguaglianza sanitaria della popolazione. — Il calcolo del « campo di variazione » tra le varie regioni di alcuni

paesi del livello di mortalità infantile (cioè la misura dei dislivelli regionali) ci offre le seguenti cifre:

Italia	26,7
USA	20,5
Gran Bretagna	6,0
URSS	10,6
Cecoslovacchia	4,0

Lo studio analitico dell'ultimo mezzo secolo (cfr. *Le differenze regionali della mortalità infantile*, in « Nuovi annali di igiene e microbiologia », settembre-ottobre 1971) mostra in modo circostanziato: « 1) che la riduzione della mortalità infantile è più rapida nei paesi che predispongono (anche in diverse situazioni storico-politiche) adeguati programmi di sanità pubblica; 2) che i dislivelli si accentuano nei periodi di crisi o di tensione, come accadde in Italia nel periodo del fascismo (malgrado, o forse a causa, dell'attività dell'ONMI), negli Stati Uniti nel periodo della grande recessione, in Gran Bretagna negli anni di guerra; 3) che i dislivelli regionali (analoghe considerazioni varrebbero se venissero prese in esame altre variabili, come quelle secondo il reddito, la professione, il livello di istruzione, ecc.) vengono gradualmente superati con l'azione sanitaria pubblica, mentre permangono e si aggravano dove la medicina continua ad essere basata sulla professione privata (USA), oppure su di un'organizzazione assicurativa che mantiene i principi privatistici e che ignora la prevenzione (Italia).

C. — Sul rapporto fra spesa sanitaria e reddito nazionale. — Un calcolo effettuato per l'anno 1969 sull'incidenza delle spese sanitarie in rapporto al prodotto nazionale lordo, per alcuni paesi capitalistici maggiormente sviluppati (fonte: *Social Security Administration, USA*), dà i seguenti valori:

Canada	7,3 per cento
Stati Uniti	6,8 per cento
Svezia	6,7 per cento
Norvegia	5,9 per cento
Germania occidentale	5,7 per cento
Francia	5,7 per cento
Gran Bretagna	4,8 per cento

Queste cifre dimostrano che la minore incidenza della spesa sanitaria si ha nella Gran Bretagna, cioè nel paese che fin dal 1948 adotta un sistema di tutela della salute capillare

VI LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

ed esteso all'intera popolazione. Per converso le incidenze più elevate sono tipiche di Canada ed USA, cioè dei due paesi che, da un lato si trovano al vertice dello sviluppo economico e dall'altro lasciano ampissimo spazio alla medicina di mercato.

D. — *Sulla ripartizione della spesa sanitaria.* — La rivista *Prospettive sanitarie e sociali* ha fatto recentemente un confronto tra le spese dell'INAM e quelle del National Health Service (NHS) inglese. Le cifre sono le seguenti:

CAPITOLI DI SPESA	NHS 1970-1971	INAM 1971	Differenze % tra INAM e NHS
1. Assistenza ospedaliera	36.087	27.250	— 24,5
di cui:			
- spesa corrente	(32.371)	—	—
- investimenti	(3.716)	—	—
2. Assistenza medico-generica	4.874	10.394	+ 113,3
3. Assistenza farmaceutica	5.743	12.056	+ 109,9
4. Altra assistenza sanitaria	8.301	6.305	— 24,1
Totale assistenza sanitaria	55.005	56.005	+ 1,8
5. Spese di amministrazione	757	4.004	+ 428,9
di cui:			
- centrale (Ministero della sanità)	(363)	—	—
- locale (comuni)	(394)	—	—
TOTALE GENERALE	55.762	60.009	+ 7,6

I commenti alla tabella sono questi: « primo, nonostante l'assistenza praticata dall'INAM copra un'area notevolmente più ristretta, il nostro maggiore istituto mutualistico manifesta livelli di spesa *pro capite* decisamente superiori rispetto a quelli del NHS. Da notare che la differenza sarebbe sicuramente maggiore qualora si depurassero — come sarebbe opportuno — i dati del NHS dai costi afferenti alle prestazioni non erogate dall'INAM. Secondo, i tipi di assistenza comparativamente più cari in Italia riguardano le prestazioni meno complesse, e cioè quelle medico generiche e farmaceutiche. Per queste due voci in Italia si spende più del doppio che in Inghilterra, e ciò per ottenere prestazioni non certamente migliori. Terzo, i dati esposti mostrano un costo dell'assistenza ospedaliera più elevato presso il NHS. Quarto, rimangono l'assistenza sanitaria residua (quella classificata nella tabella come « altra ») e le « spese di amministrazione ». Per le spese d'amministrazione il confronto, come già detto, non è significativo, in quanto parte

di quelle sostenute dal NHS sono incluse nelle voci assistenziali. Tuttavia, proprio per questa constatazione la situazione italiana risulta ulteriormente peggiorata ». Nei paesi socialisti, come è noto, l'incidenza della spesa farmaceutica è ancora minore che in Inghilterra.

Altri dati comparativi potrebbero essere esposti. Nel complesso, la valutazione di queste esperienze ci consente di affermare la superiorità della medicina pubblica su quella privatistica e assicurativa; l'esigenza che la « socializzazione della medicina » avvenga per gradi, nel rispetto di tutte le acquisizioni positive e delle competenze accumulate con altri modelli organizzativi; la necessità che il conflitto fra servizio sanitario pubblico ed economia basata sul profitto privato sia risolto non già facendo ricadere sul servizio sanitario i costi di tale economia, bensì in senso opposto, cioè sollecitando, in nome della salute, le necessarie trasformazioni sociali; i limiti esistenti anche nelle esperienze dei paesi socialisti, relativamente soprattutto alla partecipazione dei lavoratori e dei citta-

dini alla gestione del servizio ed alle decisioni politico-economiche che influiscono sulla salute della collettività.

X. — *Il progetto del PCI e le altre proposte di riforma sanitaria.*

Il progetto del PCI non è certamente l'unico possibile approdo della riforma sanitaria. Vi sono altre forze rilevanti (nei partiti, nelle istituzioni, nella cultura, nelle organizzazioni popolari) che si propongono finalità analoghe, e con queste forze vi è l'esigenza di un confronto e di un incontro che può avvenire anche su soluzioni parzialmente diverse da quelle qui suggerite.

È da ricordare che, nella lunga cronistoria dei progetti di riforma sanitaria (fatta più di testi ciclostilati e distribuiti in modo più o meno clandestino in ambienti « vicini al Governo » che in sedi ufficiali) si sono successivamente affrontate varie ipotesi, da quelle che tendevano in modo esplicito ad eludere la riforma, a quelle che ne travisavano i contenuti, a quelle che ne accettavano la necessità.

Senza voler compiere un esame di tutti questi testi, è opportuno soffermarsi su quelli che hanno un'origine più recente e che sono stati perciò oggetto di discussione, in un confronto che ci auguriamo possa concludersi con utili sintesi.

Vi sono stati, da parte governativa, due testi circolanti durante il centro-destra: uno (parzialmente smentito in sede ufficiale, ma chiarito nelle linee politiche dalla relazione svolta alla direzione DC) dell'onorevole Gaspari, l'altro consegnato alle confederazioni sindacali dall'onorevole Coppo.

Sul primo progetto, risulta dalla relazione dell'onorevole Gaspari (24 gennaio 1973) che il punto più grave era quello nel quale si afferma che « la diagnosi, la terapia e la riabilitazione costituiscono i diritti sanitari del cittadino ». Scompareva quindi totalmente ogni diritto alla prevenzione delle malattie, scompare l'articolo 32 della Costituzione che non dice « lo Stato assicura la diagnosi e la cura dei cittadini malati », ma dice che lo Stato tutela la salute come diritto del cittadino e interesse della collettività. Un altro punto di estrema gravità sta nel fatto che da un punto di vista istituzionale, del Servizio sanitario nazionale restava poco più che la formula: esso veniva concepito come un coacervo di unità sanitarie locali, dotate di piena autonomia amministrativa e contabile, e quindi come una rete di enti di sottogoverno, eventualmente coordinati al livello regionale. L'intervento

organico della regione veniva ridotto ad una rara eventualità. Infine, era di notevole gravità l'espresso divieto alle regioni di estendere l'assistenza sanitaria, sia per quanto riguarda i settori assistenziali che per quanto riguarda i soggetti dell'assistenza. Il processo che è in atto in Italia, per iniziativa di forze comuniste ed anche di forze socialiste e cattoliche, per estendere nelle regioni l'assistenza sanitaria e terapeutica a categorie che ne siano parzialmente prive, come i coltivatori diretti e gli artigiani o i commercianti, e più ancora per svolgere funzioni preventive nella carenza di una legge sul Servizio sanitario nazionale, ne sarebbe stato frenato e impedito.

Sul secondo progetto, quello presentato dall'onorevole Coppo alle Confederazioni sindacali nel maggio 1973, è opportuno ricordare il documento, fortemente critico, approvato dalle Confederazioni. Tale documento, a proposito dei livelli e dei contenuti della protezione sanitaria, osserva che il progetto governativo rifiuta gravemente l'impostazione sindacale secondo cui una delle caratteristiche del Servizio sanitario nazionale deve essere la unificazione in esso di tutti gli aspetti della protezione sanitaria: prevenzione, cura e riabilitazione. In particolare per la prevenzione uno dei lati più gravi e negativi del progetto, per CGIL, CISL e UIL, sta nel fatto che non vengono affidate al Servizio sanitario nazionale le materie dell'igiene e della medicina del lavoro, dove restano ferme le attuali competenze dell'ispettorato del lavoro, dell'ENPI e dell'INAIL. Inoltre i sindacati rilevano che la prevenzione viene declassata in assistenza sanitaria preventiva e limitata a generici controlli dello stato di salute senza che venga fatto alcun accenno alla prevenzione primaria.

Forti ambiguità, se non addirittura peggioramenti rispetto alla situazione attuale vengono riscontrate nel progetto dai sindacati per quanto riguarda la cura; unica innovazione positiva viene considerata l'erogazione a domicilio dell'assistenza specialistica in caso di necessità, mentre nulla si dice — osserva il documento — circa l'abolizione degli attuali limiti e condizionamenti che oggi rendono difficile l'accesso alle prestazioni curative. Infine per la riabilitazione — afferma il documento — si parla genericamente di assistenza sanitaria riabilitativa. Oscura e insidiosa poi è considerata la formula adottata per le protesi dentarie e ottiche. Le confederazioni considerano come unico elemento positivo la soppressione degli enti ospedalieri con lo scioglimento dei relativi consigli di amministrazione. Per altro i sindacati giudicano negative la

perdurante suddivisione degli ospedali in tre diverse categorie e la collocazione che si vuol dare agli istituti a carattere scientifico, che non faranno parte del Servizio sanitario nazionale né saranno trasferiti alle regioni, a prova della frammentarietà che si vuole perpetuare nel settore della sanità.

È da segnalare, tuttavia, che esistono anche proposte di riforma sanitaria che si muovono in direzione ben diversa, che ha aspetti positivi.

Vi è alla Camera dei deputati un progetto dell'onorevole Mariotti, che coincide come linea generale col testo elaborato (e mai giunto in Consiglio dei ministri) nell'ultima fase del centro-sinistra.

Vi è inoltre, un documento programmatico delle Regioni, nel quale vengono enunciati quattro principi fondamentali:

« 1) Deve essere riaffermato il principio costituzionale della tutela della salute del cittadino come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività a cui provvedono lo Stato, le Regioni, gli enti locali attraverso il Servizio sanitario nazionale, articolato perifericamente nelle unità sanitarie locali.

2) L'obiettivo è di promuovere la salute intesa come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale del cittadino e non soltanto come assenza di malattia.

3) Per garantire il raggiungimento dell'obiettivo, scopo del Servizio sanitario nazionale e delle unità sanitarie locali è di unificare le competenze per un intervento a tutela della salute che sia globale e unitario nelle funzioni d'igiene e sanità pubblica, di prevenzione, cura e riabilitazione.

4) Deve altresì essere affermata in modo esplicito e inequivoco la competenza legislativa e amministrativa delle Regioni su tutta la materia sanitaria, fatta salva la competenza esclusiva dello Stato per le funzioni che travalicano l'interesse regionale ».

È da ricordare infine che sia il *Progetto '80*, sia il progetto di *Programma di sviluppo economico 1971-1975* contengono formulazioni e proposte in tema di politica sanitaria, tanto precise e avanzate nelle formulazioni, quanto lontane dalla volontà politica reale dei Governi, che si sono finora mossi in tutt'altra direzione.

Da un esame comparativo, necessariamente sommario, di questo insieme di proposte diverse emergono da un lato punti programmatici universalmente acquisiti, dall'altro punti di contrasto non ancora risolti.

Fra i punti acquisiti vi è lo scioglimento delle mutue, in fasi più o meno ravvicinate; l'esigenza di unitarietà del servizio; il ruolo dei poteri locali e delle Regioni; l'esigenza di un intervento pubblico nella produzione e di un severo controllo dei farmaci. Vi è anche una certa convergenza sugli obiettivi di salute, che per esempio l'onorevole Foschi (al convegno delle ACLI del 1973) ha indicato: « 1) nella diminuzione del tasso di mortalità perinatale ed infantile, nella prevenzione a livello scolastico; 2) nella tutela della salute nelle fabbriche con i connessi temi dell'infortunistica e delle tecnopatie e dei modi di partecipazione dei lavoratori al controllo delle condizioni di lavoro; 3) nell'assistenza sociale, e riabilitazione degli anziani; 4) nella determinazione del rapporto tra malattie e condizioni ambientali e conseguenti interventi ».

Fra i punti di maggiore contrasto vi è innanzitutto la reale volontà politica di procedere verso la riforma. Ma poiché questa carenza di volontà politica si maschera dietro obiezioni di merito, e poiché è anche vero che sui molti punti esistono difficoltà reali, resistenze da superare, problemi complessi da risolvere, è opportuno censire in modo sintetico questi punti controversi. Essi riguardano essenzialmente:

A. — *I tempi e le fasi di attuazione*, dietro cui non vi sono soltanto questioni di calendario, ma questioni di sostanza. È chiaro che l'attuazione completa della riforma (da noi prevista in tre anni) potrà anche richiedere un tempo maggiore, in relazione agli impegni di spesa. Ma l'importante è cominciare subito, e cominciare bene. Mentre per esempio il progetto dell'onorevole Gaspari proponeva la creazione di una federazione delle mutue per uniformare le normative ed i trattamenti assistenziali e dopo 10 anni trasferire la mutualità alle Regioni, e quello dell'onorevole Coppo di trasferire alle Regioni l'assistenza ospedaliera e poi, dopo 5 anni tutta la mutualità, per noi si tratta di invertire dette procedure in modo che l'estensione graduale delle varie forme di assistenza sanitaria a tutti i cittadini avvenga in un contesto politico in cui le Regioni abbiano il potere di trasferire, contestualmente, all'organizzazione periferica del servizio (unità sanitarie locali) tali attività di assistenza sanitaria. In sostanza, con l'entrata in vigore della legge di riforma, saranno soppressi gli enti nazionali, e le Regioni assumeranno la gestione amministrativa di tutti gli enti mutualistici ed altre istituzioni sani-

tarie che operano nella Regione, ed il personale dipendente dai vari enti, in attesa della legge che dovrà salvaguardare i diritti acquisiti previdenziali e di carriera, sarà posto in posizione di comando a disposizione delle Regioni. L'erogazione dell'assistenza continuerà ad essere svolta dai singoli enti sulla base della normativa in atto, sotto la direzione delle Regioni; ma a partire dal sesto mese il livello delle prestazioni sarà elevato per tutti gli assistiti allo *standard* INAM, il che comporta un netto miglioramento delle prestazioni per i lavoratori autonomi. Le Regioni potranno riorganizzare, sulla base dei modelli organizzativi di base (unità sanitarie locali) previsti dalla legge di riforma, l'erogazione dell'assistenza sanitaria dei singoli enti, purché ciò non comporti un abbassamento dei livelli assistenziali in atto, ma anzi assicuri il mantenimento dei livelli superiori di tutela sanitaria oggi esistenti presso taluni enti.

B. — Il calcolo della spesa e le fonti di finanziamento. Con il meccanismo da noi proposto (ben diverso sarebbe, per esempio, se si cominciasse col dilatare e incentivare ulteriormente la spesa ospedaliera), l'incremento delle uscite può essere graduato nel tempo, ed il finanziamento progressivo su base fiscale può sostituire man mano quello contributivo. Ma è opportuno aggiungere che da molte parti il rapporto spesa-riforma viene oggi valutato in modo diverso dal solito. Al convegno 1973 delle AGLI, per esempio, l'onorevole Signorile ha affermato che « il problema dei costi della riforma sanitaria va inquadrato nella tematica degli investimenti sociali come componente qualificante dello sviluppo e quindi investimenti produttivi, sia pure a diverso periodo. Si fa in sostanza una scelta di nuovo modello di sviluppo ed un discorso di politica economica generale che la crisi economica in atto ed il sostanziale esaurimento del modello tradizionale del capitalismo italiano rende indilazionabile »; e l'onorevole Foschi ha aggiunto che « quanto al costo della riforma conviene ribadire che esso è un problema di scelta di politica ed economica, da considerare in termini di programmazione dei consumi pubblici rispetto a quelli privati ed in termini di benefici complessivi per la società ». Anche sull'annosa controversia relativa alla distinzione tra farmaci essenziali e non essenziali, ed alla « partecipazione degli assistiti » al pagamento diretto dei medicinali, Rosati ha affermato che « prima di parlare di pagamento

dei farmaci di qualsiasi specie bisogna che il governo dimostri di volere e di sapere stroncare la speculazione sulla salute che oggi si realizza attraverso la produzione ed il commercio dei farmaci ». Solo a queste condizioni la questione potrebbe essere riesaminata.

C. — Il rapporto tra Stato e Regioni, fra Regioni e comuni, fra decentramento e unitarietà del servizio. Oltre alla necessità di assicurare l'uniformità delle prestazioni sanitarie su tutto il territorio nazionale, anche attraverso una norma legislativa, di riequilibrare le sperequazioni regionali e zonali, di garantire *standards* nazionali per i farmaci, gli inquinamenti, ecc., lo Stato deve attribuire gran parte dei poteri sanitari alle Regioni, e queste svolgere analoga funzione verso i comuni. Le formulazioni proposte dal nostro progetto tengono conto di queste molteplici (ed a volte, più o meno contrastanti) esigenze, e potranno essere perfezionate. Ma il fondamentale dissenso non è su questi punti, bensì sull'unitarietà del Servizio sanitario a livello regionale e locale.

Nel decreto delegato per il trasferimento delle funzioni sanitarie alle Regioni, è prevalso per decisione del Governo un criterio equivoco e ambiguo. Infatti, mentre nel primo comma dell'articolo 1 si afferma correttamente che le funzioni amministrative esercitate « dallo Stato in materia di assistenza sanitaria nelle sue fasi di intervento preventivo, curativo e riabilitativo », sono trasferite alle Regioni, nel secondo comma — sotto la parvenza di voler esemplificare, indicando che « il trasferimento predetto riguarda, tra l'altro, una serie di funzioni amministrative statali ivi specificate — in realtà, il governo delegato ha voluto circoscrivere e limitare la competenza regionale, escludendo tutta una serie di funzioni (igiene del suolo e dell'ambiente, igiene del lavoro e degli aspetti sanitari della prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, medicina sportiva, raccolta del sangue) che con il successivo articolo 6 lo Stato ha riservato a se stesso, per delegarle solo in parte alle Regioni con l'articolo 13. Gli inconvenienti di questa assurda divisione di funzioni fra Stato e Regioni si manifestano ogni giorno nella pratica dell'attività amministrativa, quando si rende necessario interpretare quali funzioni sono state effettivamente trasferite, quali trattenute e delegate. In realtà la riserva di funzioni amministrative allo Stato nel decreto delegato è tesa, anche se in modo con-

fuso ed approssimativo, a determinare, rispetto alla materia indicata all'articolo 117 della Costituzione una sorta di sub-materia riservata allo Stato, per la quale le Regioni non dovrebbero avere potestà legislativa concorrente nell'ambito dei principi generali delle leggi statali. Analoga tendenza si manifesta nelle proposte di mantenere in vita alcuni Enti nazionali, le cui funzioni centrali potrebbero essere riassorbite nel Ministero della sanità anche per valorizzare meglio il personale in attività, e le cui funzioni periferiche devono essere integrate nei vari livelli del Servizio sanitario nazionale.

D. — I compiti e la struttura delle unità sanitarie locali. Questo punto si collega al precedente. Se infatti si pone l'accento sull'unitarietà dell'intervento, sia a livello della responsabilità politico amministrativa della attività sanitaria nelle sue varie forme (igienico, preventiva, curativa e riabilitativa), sia a livello funzionale, realizzando l'interdisciplinarietà a livello dell'intervento sull'uomo e sull'ambiente, è impensabile che l'USL possa essere quasi una « federazione » di enti o istituzionali separate, e che l'ospedale possa essere uno di questi. L'USL deve essere certamente articolata secondo competenze tecniche e secondo settori di intervento (assistenza domiciliare, ambulatoriale e ospedaliera; infanzia, lavoro, anziani, ecc.), ma costituire nella sua complessità un servizio a carattere unitario.

E. — La collocazione dei medici e delle altre categorie sanitarie; il rapporto fra servizio pubblico e attività volontarie e private nel campo sanitario. In uno dei progetti del centro-destra (Gaspari) veniva esplicitamente dichiarato che il servizio sanitario deve essere un sistema misto, con un'area di medicina pubblica ed un'area di medicina « privata » ma finanziata con denaro pubblico. Respungendo questa tesi, riteniamo che sia il rapporto di lavoro dei medici (rapporto di impiego o convenzioni) sia la condizione di alcune strutture private (case di cura, farmacie, ecc.) esiga un atteggiamento realistico. Non si può pensare ad una socializzazione forzata di tutte le attività sanitarie, alcune delle quali possono avere — anche come funzioni più o meno private — un ruolo di pubblica utilità, purché siano soggette ai necessari controlli di qualità e purché venga frenato il consolidarsi di posizioni di rendita e di privilegio. Per i medici, per esempio, anche se il rapporto di impiego è apparso più idoneo a garantire sia la qualificazione

dei medici (cfr. la condizione degli ospedalieri con quella dei mutualisti), sia l'efficacia del servizio, è chiaro che vi sono fasi di transizione e passaggi obbligati che non possono essere superati che con la convinzione sia dei medici che dei cittadini. Solo elevando gli *standards* e la qualità del servizio pubblico è possibile garantire che esso riesca ad affermarsi in tutta la realtà sanitaria, superando anche le esigenze (attualmente esistenti) di mantenere gli *standards* integrativi che alcune mutue di categoria sono riuscite a raggiungere.

Diverso è il caso delle attività volontaristiche che non hanno fine di lucro (per esempio donatori di sangue), le quali devono essere anzi aiutate a svilupparsi come forma di partecipazione democratica e di solidarietà umana nel quadro del servizio sanitario.

XI. — *Il Servizio sanitario nazionale e le altre riforme.*

Il progetto di legge del PCI non pretende di offrire una soluzione compiuta ai temi della salute. Esso tiene conto infatti del ruolo essenziale che sono chiamate a svolgere le Regioni, e dei compiti dei comuni, nel completare il quadro istituzionale e operativo della protezione sanitaria. Inoltre, il progetto di legge non affronta che i punti essenziali: ciò non significa che altre questioni vengano escluse o trascurate. Al contrario: il progetto tende a mettere in moto forze nuove, a sollecitare adempimenti legislativi più ampi, a stimolare altre riforme ugualmente necessarie ed urgenti.

L'attuazione del Servizio sanitario consentirebbe infatti di creare punti di riferimento precisi per altri settori di intervento, collegati in modo diretto o indiretto ai problemi della salute che elenchiamo sommariamente.

A. — Temi sanitari e assistenziali. Vi sono numerose questioni dell'organizzazione e della politica sanitaria, come la produzione e distribuzione dei farmaci, l'assistenza e la prevenzione psichiatrica, il termalismo, la medicina scolastica, l'educazione fisica e lo sviluppo dello sport, il problema dei minori handicappati, ecc., che vengono affrontati solo nelle linee generali, o apparentemente trascurati nel progetto. Per alcuni di questi punti il PCI ha presentato o intende presentare appositi progetti di legge. Tuttavia, è da sottolineare che l'istituzione del Servizio sanitario nazionale creerà la rete operativa e stimolerà l'attività legislativa regionale (per le questioni di competenza),

porrà cioè le premesse indispensabili perché tali problemi possano essere effettivamente risolti.

Il Servizio sanitario ha inoltre chiare interconnessioni, per i problemi della maternità, e dell'infanzia, degli anziani, ecc., con la riforma dell'assistenza. Le posizioni del PCI a questo riguardo sono precisate nella proposta di legge n. 426 « Norme generali sull'assistenza e beneficenza pubbliche », presentata alla Camera il 7 luglio 1972. Un coordinamento sarà necessario, man mano che la riforma sanitaria e quella assistenziale procedono, fra le articolazioni periferiche del Servizio sanitario (Unità sanitarie locali) e la rete assistenziale.

B. — Condizioni lavorative e previdenziali. L'aggiornamento del valore e la riforma delle pensioni (agganciamento alla retribuzione media dei lavoratori, scala mobile, eccetera), come richiesto dalle Confederazioni sindacali e precisato nella proposta di legge del PCI, ha notevole influenza sulle condizioni sanitarie degli anziani, di cui l'inflazione ha ora aggravato la già precaria situazione economica, spingendola al di sotto del minimo vitale. Questo significa, tra l'altro, che molti anziani vengono costretti al ricovero ospedaliero per necessità economiche più che sanitarie, causando uno spropositato aumento dei costi di degenza e un affollamento dei letti ospedalieri. Analoghe considerazioni (con le debite differenze) valgono per il rapporto fra tutela sanitaria e miglioramento dei trattamenti previdenziali per disoccupazione, degli assegni familiari, delle indennità economiche per malattia e delle rendite per infortunio e malattia professionale.

Per il miglioramento delle condizioni di salute dei lavoratori occupati (nelle fabbriche, nelle campagne, nei servizi) si rende necessario non solo applicare ovunque le conquiste ottenute con i contratti di lavoro, ma anche legiferare in alcuni campi (lavoro a domicilio) orari, fissazione e adeguamento costante dei MAC (massime concentrazioni ammissibili di sostanze tossiche nell'ambiente di lavoro), ed in altri (lavoro minorile, per esempio) ottenere un'applicazione più rigorosa delle leggi esistenti, e soprattutto rimuovere le condizioni ambientali, culturali e sociali da cui nascono le situazioni di insalubrità nel lavoro.

C. — Problemi dell'istruzione e della ricerca. La necessità di formazione del personale para-medico può trovare soluzione sia

col Servizio sanitario, sia con la parallela riforma della scuola secondaria superiore (il progetto del PCI prevede un'integrazione di compiti fra scuola e Regioni). Per i medici, la loro qualificazione e riqualificazione è collegata alla riforma dell'università.

Per lo sviluppo della ricerca scientifica il PCI ha sottoposto a pubblica discussione un testo preliminare di proposta di legge che verrà presentata nei prossimi mesi. È chiaro che, senza attendere la totalità delle riforme, molto si può fare fin da ora in questi campi. Per la formazione dei medici per esempio, le strutture ospedaliere e quelle degli altri servizi sanitari possono essere utilmente impiegate in funzione integrativa dell'insegnamento universitario.

D. — Riforme strutturali e sviluppo della democrazia. È stato ampiamente documentato, nei precedenti capitoli della relazione, che lo stato di salute dipende in gran parte dalle condizioni economico-sociali e ambientali. Perciò la politica degli investimenti, le scelte produttive, il controllo degli inquinamenti, lo sviluppo dell'agricoltura, la trasformazione del Mezzogiorno, la politica dei trasporti, l'assetto urbanistico e territoriale che influenzano direttamente le condizioni sanitarie, devono essere orientati non in base alle esigenze del profitto e della rendita, bensì in base alle necessità di migliorare la salute della popolazione.

Anche la partecipazione democratica a queste scelte, ed alla gestione dei servizi sanitari, sono un'esigenza intrinseca alle finalità di salute che sono al centro del nostro progetto. La necessità di mutare il quadro politico del paese (dal Governo alle regioni ed agli Enti locali) e di allargare le basi della democrazia in tutta la vita nazionale si pone perciò come una premessa e una delle conseguenze dell'attuazione del Servizio sanitario nazionale.

XII. — *Illustrazione della proposta di legge.*

Abbiamo cercato di redigere il testo della proposta di legge in forma chiara e precisa, e al tempo stesso breve, concentrando in sei titoli le questioni affrontate nei 25 articoli che la compongono. Prima di passare alla presentazione delle varie parti, è opportuno fare qualche cenno sul carattere generale della proposta di legge.

Questa assolve alla duplice funzione di legge « quadro » e di legge di « riforma »; stabilisce le linee generali della politica sanitaria

da avviare e perseguire in tutto il territorio nazionale offrendo alle regioni gli indispensabili indirizzi per la piena e sollecita espressione della loro autonoma potestà legislativa in materia; innova completamente l'assetto istituzionale dell'ordinamento sanitario affidando direttamente agli organi centrali dello Stato, alle Regioni e agli enti locali territoriali il compito di provvedere alla tutela della salute dei cittadini.

I tratti salienti e caratterizzanti della proposta — che la rendono profondamente diversa da ogni altra sinora elaborata — consistono nel porre al centro delle sue finalità la realizzazione di precisi traguardi di elevazione dei livelli di salute della popolazione con la conseguente creazione di un autentico servizio sanitario pubblico, pienamente sottratto a ingerenze e condizionamenti di interessi mercantili e privatistici, democraticamente gestito a tutti i livelli.

A. — Finalità della legge e obiettivi di salute. La proposta parte dall'affermazione del diritto dell'individuo e dell'interesse della collettività alla tutela della salute intesa come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale del cittadino.

Tale affermazione non resta una generica o rituale enunciazione di principio ma viene concretizzata da una ampia indicazione degli obiettivi di salute da perseguire; dalla individuazione dei settori primari di intervento per la eliminazione delle cause morbigene; dall'esplicazione degli indirizzi generali che devono presiedere all'assolvimento di tali compiti.

Al Servizio sanitario nazionale, che deve unificare ogni competenza sanitaria e realizzare un intervento unitario e globale (articolo 2), vengono pertanto attribuiti tutti i compiti in materia di igiene, profilassi e prevenzione sia individuale e collettiva sia ambientale; di diagnosi e terapia di qualsiasi malattia o malformazione; di riabilitazione e recupero funzionale e sociale dei guariti; di rieducazione di tutti i soggetti invalidi o comunque minorati, con la garanzia dell'impiego di ogni più avanzato mezzo tecnico e scientifico e dell'eliminazione delle condizioni emarginanti, segregative o custodialistiche.

Per assicurare l'elevato grado di qualificazione degli interventi, la loro tempestività ed efficacia, vengono altresì affidati al servizio i compiti relativi alla ricerca epidemiologica e alla raccolta dei dati statistici in modo da poter costantemente disporre di ogni elemento necessario alla valutazione critica delle condi-

zioni di salute della collettività; la promozione di un'azione generalizzata di educazione sanitaria, intesa non solo come diffusione delle conoscenze tecniche e scientifiche ma soprattutto come partecipazione della popolazione all'attuazione delle finalità del servizio; il concorso alla formazione, aggiornamento, qualificazione e riqualificazione degli operatori sanitari (articolo 3).

Nel rilevante impegno per realizzare un intervento sanitario al più alto livello e in modo uniforme in ogni parte del territorio del paese emerge una delle più qualificanti diversificazioni rispetto alle proposte governative sinora conosciute che mirano invece a garantire solo uno *standards* di prestazioni a livello minimo, con la conseguente incentivazione del ricorso alle prestazioni sanitarie private.

E poiché obiettivi preminenti del Servizio sanitario nazionale sono quelli di rendere l'ambiente sempre più rispondente alle esigenze di benessere fisico e psichico dei cittadini, di aumentarne le possibilità di difesa e migliorarne lo stato di salute, vengono indicati i settori primari di intervento volti a garantire il diritto alla vita e alla salute dell'individuo soprattutto nelle fasi più delicate della sua esistenza e nei luoghi ove egli vive, opera e produce.

Acquistano così specifico rilievo le iniziative tese alla conquista della sicurezza nel lavoro, alla tutela della maternità e infanzia, alla promozione della salute nell'età evolutiva, alla tutela della salute degli anziani e della salute mentale e le proposte relative ad un programma di lotta per il superamento della patologia del sottosviluppo (piano pluriennale per il Mezzogiorno), contro la degenerazione ambientale ed ecologica e per la difesa della salute urbana (articolo 5).

B. — I compiti delle strutture istituzionali (Stato-Regioni-Enti locali). Un tale quadro articolato di molteplici obiettivi è raggiungibile solo con la più corretta e democratica ripartizione di competenze tra le diverse strutture istituzionali, garantendo in primo luogo alle Regioni la piena competenza legislativa e amministrativa (articolo 6, secondo comma) che si fonda e integra con l'attività programmatica e promozionale: predisposizione del piano sanitario regionale, promozione e coordinamento delle unità sanitarie locali ecc. (articolo 12).

Il ruolo dei comuni viene valorizzato ed esteso affidando loro — con l'esercizio delle funzioni amministrative delegate dalle Re-

gioni — l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari locali (articolo 13).

Al Parlamento va pertanto riservata la competenza legislativa solo su quelle materie che, per loro natura e portata, devono necessariamente essere regolate in modo uniformemente valido su tutto il territorio del paese: ad esempio produzione e registrazione dei farmaci, dei gas tossici, dei prodotti dietetici; gli interventi contro le epidemie ecc. (articolo 8). Su altre e rilevanti questioni in materia di igiene ambientale, profilassi, come gli inquinamenti, gli ambienti di lavoro, le vaccinazioni e le malattie infettive, il Parlamento dovrà invece dettare solo norme di principio tese ad assicurare garanzie di salute e *standards* simili nazionali; norme che le Regioni adegueranno alle esigenze delle rispettive situazioni regionali (articolo 9).

Agli organi dello Stato compete l'esercizio delle funzioni di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative regionali attinenti a esigenze di carattere unitario, da attuarsi mediante deliberazioni del Consiglio dei ministri.

Non è forse superfluo sottolineare, infine, che nella nostra proposta di legge viene eliminato tutto il caotico sistema degli «enti» e degli organi che si occupano solo o in parte di sanità, ivi compresi l'ENPI e l'INAIL, trasferendo alle Regioni — a sostanziale differenza di quanto prevedono gli elaborati ministeriali di cui siamo a conoscenza — il pieno assolvimento delle funzioni amministrative anche nel campo dell'igiene e della sicurezza nel lavoro (articolo 11).

C. — Consiglio sanitario nazionale, Consigli regionali di sanità, Comitati sanitari locali. La democraticità del Servizio sanitario nazionale non si esaurisce nel decentramento delle competenze ma va costantemente alimentata dall'apporto di organismi di promozione, iniziativa e controllo.

Centralmente, si prevede quindi la costituzione del Consiglio sanitario nazionale che, presieduto dal Ministro per la sanità e composto esclusivamente da rappresentanti delle Regioni, si configura come l'organo di consulenza del Parlamento e del Governo, di studio e verifica dello stato sanitario del paese. Spetterà dunque al Consiglio sanitario nazionale redigere una relazione annuale pubblica sull'argomento contenente, tra l'altro, l'indicazione dei livelli delle prestazioni sanitarie da assicurare in ogni parte del paese e l'aliquota delle risorse economiche da destinare al finan-

ziamento delle attrezzature e delle attività del Servizio sanitario nazionale (articolo 7).

Le Regioni, a loro volta, istituiranno i Consigli regionali di sanità chiamandone a far parte i rappresentanti dei comuni e delle province (articolo 12, punto c).

A livello locale, anche in base alle esperienze maturate nel corso del movimento di lotta per la riforma sanitaria, l'organismo che appare più idoneo ad assolvere a funzioni di consultazione dei comuni e di controllo sulla attività delle unità sanitarie locali è il Comitato sanitario locale la cui costituzione e composizione viene demandata alla legge regionale, con l'esplicita indicazione di prevedere anche più articolate e dirette forme di partecipazione dei cittadini e dei lavoratori a livello dei singoli servizi o presidi di base (articolo 15, punto 3). Nelle fabbriche, ad esempio, potrà rivelarsi molto utile l'istituzione di appositi Comitati sanitari.

Riteniamo che da questo insieme di proposte emerga un'articolazione del Servizio che, evitando ogni suggestione di falso o apparente «democraticismo», tenda costantemente ad alimentare il rapporto tra popolazione e comuni; e rendere gli Enti locali sempre più partecipi delle scelte di politica sanitaria regionale; ad investire le Regioni della problematica nazionale di politica sanitaria: a stimolare, in sostanza, un proficuo sistema di rapporti tra i vari organi del Servizio sanitario nazionale, tra questi e la popolazione e le forze sociali che la rappresentano, in primo luogo le organizzazioni sindacali.

D. — Strutture organizzative del Servizio sanitario nazionale. Sulle strutture organizzative del Servizio sanitario nazionale, in particolare sulla definizione della natura giuridica dell'Unità sanitaria locale, si è sviluppato un dibattito che si è prolungato per circa un decennio e che a noi è parso, in molti casi, artificioso e dilatorio, viziato dall'interferenza di interessi estranei alla difesa della salute e alla sua logica organizzativa. Noi non possiamo che riconfermare la posizione sempre sostenuta e che indica nelle unità sanitarie locali il complesso dei servizi sanitari che i comuni, in forma singola o associata, direttamente gestiscono, con esclusione di qualsiasi soluzione volta alla creazione di enti od aziende.

Le Regioni, nell'emanare le norme per la costituzione delle Unità sanitarie locali, sono tenute a rispettare questo generale principio avendo cura di stabilire, tra l'altro, che il bilancio dell'Unità sanitaria locale va iscritto,

con gestione distinta, nel bilancio comunale o consortile.

Accogliendo spinte e proposte che già provengono da numerose Regioni ed a conferma dell'indispensabilità dell'inserimento dell'attività sanitaria nel complesso delle competenze dei Comuni, i compiti sanitari potranno essere unificati con quelli assistenziali dando luogo all'istituzione di una sola Unità locale di base, coordinata con le restanti attività sociali.

Permane tuttavia l'esigenza di servizi o presidi di più elevata qualificazione o destinati a servire più Unità sanitarie locali (livello intermedio); la loro istituzione sarà concordata con i comuni interessati che li gestiranno con la partecipazione della provincia (articoli 14, 15 e 17).

Per quanto riguarda gli ospedali, si sancisce la soppressione degli enti ospedalieri e la loro classificazione, stabilendo che tutti gli istituti di ricovero e cura (comprese le cliniche universitarie) sono regolamentati da norme legislative della Regione secondo principi che assicurino a tali istituti natura e funzioni di servizi organicamente collegati con gli altri presidi sanitari dell'Unità sanitaria locale e del Servizio sanitario nazionale. A questo fine, l'ospedale sarà di norma inserito nei servizi dell'Unità sanitaria locale; gli ospedali operanti in ambiti territoriali più vasti dell'Unità sanitaria locale potranno essere gestiti da organismi espressi dagli Enti locali interessati.

In ogni caso, dovrà essere impresso il massimo impulso alla ristrutturazione dei servizi e alla qualificazione degli operatori ospedalieri mediante l'istituzione dei dipartimenti e la promozione del lavoro di *équipes*.

La legislazione regionale dovrà, entro breve tempo, sostituire la legge ospedaliera del 1968 di cui è prevista la decadenza (articolo 18).

Nella nostra proposta, infine, viene dato ampio rilievo all'Istituto superiore di sanità, all'espansione e qualificazione delle sue attività al fine di metterlo in grado di assolvere alla nuova funzione di organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale, avente tra l'altro, il compito di predisporre il programma annuale della ricerca scientifica, biomedica e farmacologica. Al fine di disporre, anche a livello locale, di più elevati presidi scientifici, l'Istituto funziona in stretto collegamento con le Regioni e gli organi di base del Servizio, pervenendo all'integrazione delle sue attività con quelle svolte dai laboratori provinciali di igiene e profilassi (articolo 19).

E. — *Personale medico, paramedico e amministrativo*. La collocazione e il ruolo del personale non può che essere coerente con le esigenze della più elevata qualificazione del Servizio e della sua sottrazione a condizionamenti mercantili; è contemporaneamente garantito il pieno rispetto dei diritti del personale e la valorizzazione delle funzioni svolte.

Si propone pertanto che a livello regionale venga istituito un ruolo organico unico per tutto il personale, da assumere per pubblico concorso e a rapporto di impiego a tempo pieno, contrattualmente regolato da un accordo nazionale stipulato tra le rappresentanze Confederali e le Regioni. Come fattore di formazione e qualificazione professionale, sarà agevolata la mobilità degli operatori sanitari da uno all'altro servizio dell'Unità sanitaria locale e il passaggio da una ad altra Unità sanitaria locale; saranno altresì attuate, a livello periferico, forme di incentivazione del lavoro medico di gruppo.

Per quanto riguarda i medici, è prevista la possibilità di ricoprire i posti di organico mediante il ricorso a convenzioni, salvo alcune esclusioni. Il rapporto di dipendenza dal Servizio esclude comunque l'esercizio delle attività libero-professionali; in tal modo sarà evitata ogni forma di commistione tra esigenze pubbliche del Servizio e interessi di natura privatistica (articolo 20).

F. — *Attività volontaria e privata*. Mentre le attività delle associazioni del volontariato dovranno essere favorite e utilizzate dalle Regioni per le esigenze del Servizio sanitario, si ritiene indispensabile che gli istituti di ricovero e cura a carattere privato siano regolati da un'apposita normativa regionale che ne garantisca caratteristiche funzionali tali da assicurare l'erogazione di prestazioni sanitarie non inferiori a quelle erogate dalle istituzioni pubbliche del Servizio.

Il ricorso ad eventuali convenzioni tra il Servizio e le istituzioni private potrà avvenire solo in caso di necessità e comunque in base a criteri stabiliti dalle Regioni. Si intende in tal modo garantire che la iniziativa privata in questo campo possa esprimersi solo quando sia in grado di assicurare elevati livelli dei servizi e delle prestazioni sanitarie e non soltanto attrezzature « alberghiere », più o meno confortevoli (articolo 21).

G. — *Produzione, distribuzione e controllo dei farmaci*. La nostra proposta di legge affronta anche il problema di una radicale trasformazione dell'attuale regime di produ-

zione dei farmaci incompatibile sia con la loro funzione sociale sia con gli obiettivi e la natura del Servizio.

Ciò che a nostro parere si impone è un regime di produzione dei farmaci che, attraverso l'opera di una azienda dello Stato, si trasformi sino a divenire esclusivamente pubblica, garantendo che gli indirizzi della produzione farmaceutica siano dettati da un piano nazionale della ricerca scientifica, biomedica e farmacologica raccordato con gli obiettivi di salute del Servizio.

Vanno decisamente respinte le proposte che si limitano a prevedere la riduzione del numero dei farmaci che il Servizio dovrà erogare gratuitamente; l'adozione di una tale misura porterebbe allo scadimento delle prestazioni del Servizio e incrementerebbe la spinta all'acquisto diretto dei farmaci da parte dei cittadini, senza offrire alcuna garanzia circa la loro utilità ed efficacia. I soli beneficiari di tale operazione sarebbero le industrie farmaceutiche.

È invece indispensabile, in base a nuove norme di registrazione, esaminare tutte le licenze di fabbricazione di medicinali attualmente esistenti, al fine di eliminare la pleora delle specialità inutili o dannose.

Anche la rete distributiva dei farmaci dovrà progressivamente pubblicizzarsi attribuendo ampi poteri di intervento sul mercato alla Azienda di stato produttrice — che dovrebbe divenire la unica fornitrice del Servizio sanitario nazionale — e mediante l'istituzione di farmacie pubbliche e di punti di distribuzione ad opera delle Unità sanitarie locali.

Il contemporaneo intervento sulla produzione e distribuzione consentirà di ridurre sensibilmente il prezzo dei farmaci; a ciò può concorrere il divieto della pubblicità, della propaganda e di qualsiasi mezzo di promozione delle vendite, poiché la necessaria informazione bio-medica e farmacologica dovrà essere attuata dal Servizio sanitario nazionale (articolo 22).

H. — *Finanziamento del Servizio sanitario nazionale.* Sembra generalmente acquisito che il finanziamento del Servizio sarà assicurato dalle entrate dello Stato sostitutive dei contributi assicurativi versati agli istituti mutualistici. Ma l'elemento caratterizzante di una corretta « fiscalizzazione » è la precisazione

delle fonti fiscali cui lo Stato dovrà attingere e che noi indichiamo in una addizionale progressiva sulla imposta unica sui redditi sulle persone fisiche e sulle imprese, affinché i cittadini siano chiamati a contribuire in base alle loro effettive disponibilità.

La « fiscalizzazione » degli oneri assicurativi di malattia ripetutamente annunciata dal Governo, e reclamata anche dal grande padronato, rischia di trasformarsi in una operazione antiriformatrice e antipopolare perché diversamente finalizzata e priva della indicazione delle nuove fonti di entrata che finirebbero con l'identificarsi in un aggravio dei prelievi fiscali sui redditi percepiti dai lavoratori dipendenti.

Appare inoltre opportuno fare affluire i mezzi di finanziamento del Servizio in un apposito Fondo sanitario nazionale, da ripartire tra le Regioni. Queste, a loro volta, provvederanno alla ripartizione di tali fondi ai comuni che, in forma singola o associata, gestiscono una o più Unità sanitaria locale (articoli 24 e 25).

I. — *Tempi di attuazione e fasi intermedie.* Le fasi intermedie di attuazione della riforma sono state attentamente vagliate al fine di renderle omogenee — nei modi e nei tempi — con le caratteristiche che si vogliono imprimere al Servizio ed evitare l'avvio di processi deformanti.

I primi atti della riforma sono da noi indicati nella istituzione delle Unità sanitarie locali, con immediata attribuzione ad esse di tutti i compiti di prevenzione. Contemporaneamente vanno soppressi gli istituti mutualistici, disponendo lo scioglimento degli organi e dei servizi nazionali e il passaggio delle loro strutture locali sotto la direzione della Regione.

Come seconda fase, si prevede che tutte le prestazioni sanitarie, ivi comprese quelle erogate ai lavoratori autonomi, vengano unificate ai livelli assicurati dall'INAM; infine, all'inizio del quarto anno, tutte le strutture mutualistiche locali sono soppresse o riformate o trasferite al Servizio; gli *standards* delle prestazioni sono ragguagliati ai livelli fissati dalle Regioni in base alla normativa nazionale di principio e gli interventi sanitari così definiti sono erogati gratuitamente, ed in condizioni di uniformità ed eguaglianza a tutti i cittadini, senza eccezione (articolo 23).

PROPOSTA DI LEGGE

TITOLO I

FINALITÀ DELLA LEGGE E DISPOSIZIONI GENERALI

ART. 1.

La tutela della salute intesa come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale del cittadino, è fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività.

Ad essa provvedono gli organi centrali dello Stato, le Regioni e gli enti locali territoriali.

Il complesso delle attività e delle strutture destinate alla realizzazione di tale compito costituisce il Servizio sanitario nazionale.

ART. 2.

Il Servizio sanitario nazionale unifica tutte le competenze sanitarie, per un intervento a tutela della salute che sia globale e unitario nelle sue funzioni di igiene, di prevenzione, di cura e di riabilitazione, ordinato ad ogni livello in strutture unitarie e globali amministrate con la partecipazione dei cittadini, per realizzare una tutela uniforme per tutte le categorie e le classi sociali e per tutto il territorio nazionale.

ART. 3.

Il Servizio sanitario nazionale ha i seguenti compiti:

1) la definizione delle norme di igiene generale e l'attuazione dei servizi e delle misure di igiene individuale e ambientale, di lotta contro gli infortuni e le tecnopatie, oltreché di profilassi individuale e collettiva, al fine di rendere l'ambiente corrispondente alle esigenze della salute fisica e psichica, nonché di aumentare le difese del cittadino per accrescerne e migliorarne lo stato di salute;

2) l'attuazione dei servizi di medicina preventiva individuale, per prevenire il manifestarsi delle malattie e per assicurare in ogni caso una diagnosi precoce ed un intervento sanitario tempestivo;

3) l'attuazione dei servizi per la diagnosi e la terapia di qualsiasi malattia o malfor-

mazione, con l'impiego di ogni più avanzato mezzo tecnico e scientifico e senza alcuna limitazione, né per ciò che riguarda gli interventi medico-generici o specialistici o il ricovero in ospedale, né per ciò che riguarda i mezzi terapeutici allo stesso grado in ogni parte del territorio della Repubblica;

4) l'erogazione dei servizi di riabilitazione e di recupero funzionale e sociale dei guariti, mediante adeguata assistenza ed eventualmente il soggiorno in località climatiche o termali, con appositi servizi;

5) l'attuazione dei servizi di rieducazione di tutti i soggetti invalidi o comunque minorati per qualunque causa, in modo da consentire loro la ripresa di un'attività lavorativa corrispondente alle nuove condizioni fisiche e psichiche realizzate con l'opera di recupero, rimuovendo, in ogni caso, qualunque misura di emarginazione o di segregazione nei loro confronti;

6) la valutazione medico-legale dei danni alla salute derivanti da qualunque causa, in termini riferiti tanto alla riduzione della capacità di guadagno, quanto alla situazione sociale ed economica;

7) attuazione dei servizi veterinari per la tutela della sanità animale e del patrimonio zootecnico; esecuzione dei piani di profilassi contro le malattie infettive ed infestive degli animali, delle altre malattie economicamente importanti e delle zoonosi; igiene zootecnica e propaganda sanitaria agli allevatori; vigilanza e controllo dell'alimentazione e riproduzione degli animali da allevamento; ispezione e vigilanza delle carni, dei prodotti ittici e degli altri prodotti di origine animale dalla produzione al consumo;

8) la conoscenza della situazione sanitaria del paese mediante una sistematica ricerca epidemiologica e la raccolta di tutti i dati statistici comunque connessi con i compiti del Servizio desumendo da tale complesso di elementi una costante valutazione critica delle condizioni di salute della collettività ed un contributo al superamento delle cause ambientali, sociali e biologiche di malattia;

9) la promozione di una azione generalizzata di educazione sanitaria e prevenzionale, intesa come diffusione della conoscenza delle questioni scientifiche e tecniche riguardanti la tutela della salute e come partecipazione degli utenti all'attuazione di tutti i compiti del servizio stesso;

10) contribuire in tutte le sue articolazioni alla formazione, nelle università e nelle altre scuole, di operatori sanitari che siano consapevoli delle scelte di politica sanitaria e

facciano sempre parte della collettività nella quale agiscono; che siano inseriti in ruoli diversificati da logiche funzionali e non gerarchiche; che acquisiscano la specializzazione più moderna e insieme la più ampia polivalenza concretamente attuabile, come condizione perché tutto il personale possa recepire le iniziative di aggiornamento, qualificazione e riqualificazione.

ART. 4.

Tutte le prestazioni e gli interventi del Servizio sanitario nazionale sono gratuiti per tutti i cittadini senza eccezione.

ART. 5.

Gli obiettivi primari di salute che il Servizio sanitario nazionale deve attuare, al fine di identificare ed eliminare le cause di malattia e di infortunio, sono i seguenti:

1) la garanzia della sicurezza del lavoro, modificando con la partecipazione diretta dei lavoratori interessati e delle loro organizzazioni le condizioni ambientali e di lavoro pregiudizievoli alla salute del lavoratore e assicurando nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro la presenza dei necessari servizi;

2) la tutela della maternità e dell'infanzia, per assicurare la rapida riduzione del tasso di mortalità infantile e di tutta la patologia perinatale, con efficaci e completi interventi di prevenzione, oltreché di assistenza sanitaria, psico-pedagogica e sociale, al fine di consentire scelte consapevoli di procreazione e le migliori condizioni di maternità nonché ai bambini lo stato più idoneo di sviluppo fisico e psichico;

3) la promozione della salute nell'età evolutiva, assicurando un adeguato intervento nell'ambiente familiare e di vita del fanciullo e garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola per l'infanzia, con lo scopo di realizzare gli interventi che meglio assicurino l'evoluzione psico-fisica del fanciullo in rapporto con lo sviluppo dell'età, precludendo ogni intervento emarginante nei confronti dei soggetti handicappati;

4) la tutela della salute degli anziani, per assicurare con adeguati interventi di prevenzione, oltreché di assistenza, il mantenimento del più elevato possibile stato di benessere psico-fisico contribuendo a rimuovere le condizioni oggi esistenti di esclusione sociale degli anziani;

5) la tutela della salute mentale, mediante l'eliminazione delle condizioni di segregazione o di contenzione o di custodia dei sofferenti di disturbi del comportamento, prevedendo l'utilizzazione dei servizi degli ospedali generali per i ricoveri indispensabili in fase di acuzie e realizzando la reintegrazione sociale dei soggetti sofferenti di disturbi mentali, mediante strutture decentrate e flessibili dislocate nel territorio ed inserite in un complesso organico di interventi indirizzati a rimuovere le cause sociali delle malattie mentali;

6) il superamento delle condizioni di arretratezza sanitaria e della patologia del sottosviluppo e della miseria, particolarmente diffusa nelle regioni meridionali, mediante un programma pluriennale, per il Mezzogiorno, correlato al programma nazionale, indirizzato al rapido accesso alle tecniche sanitarie più sviluppate oltreché al sollecito e idoneo sviluppo dei servizi igienico-sanitari in ogni parte del territorio meridionale-insulare;

7) la tutela della salute urbana, mediante interventi contro i danni provocati dalle più elevate concentrazioni di popolazione nelle città, cooperando ai programmi di risanamento urbanistico, intervenendo nella realizzazione di radicali riforme nelle condizioni del traffico, promuovendo, in generale, misure di tutela igienica delle città, fondata sull'intervento attivo dei comuni e degli organi di rappresentanza popolare dei quartieri urbani;

8) la lotta contro il deterioramento ambientale, con un programma pluriennale rivolto alla identificazione e alla eliminazione delle cause degli inquinamenti dell'atmosfera, delle acque, del suolo e degli alimenti.

TITOLO II

I COMPITI

DELLE STRUTTURE ISTITUZIONALI (STATO - REGIONI - ENTI LOCALI)

ART. 6.

La funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative in materia di sanità delle Regioni a statuto ordinario che attingono alle esigenze di carattere unitario, anche con riferimento agli obiettivi del programma economico nazionale e agli impegni derivanti dagli obblighi internazionali, spetta allo Stato e viene esercitata, fuori dei casi

di cui si provveda con legge o con atto avente forza di legge, mediante deliberazioni del consiglio dei ministri, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, d'intesa con il Ministro o i Ministri competenti, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

La competenza legislativa e le funzioni amministrative spettano alle Regioni su tutta la materia sanitaria, salvo quando disposto dai successivi articoli 8 e 9.

ART. 7.

Il Consiglio sanitario nazionale, presieduto dal Ministro della sanità, è composto da tre rappresentanti per ogni Regione, eletti dal consiglio regionale, con il sistema del voto limitato.

Il Consiglio sanitario nazionale ha funzioni di promozione, di iniziativa ed è organo di consulenza del Parlamento e del Governo.

In particolare il Consiglio sanitario nazionale:

1) discute lo stato sanitario del Paese e redige una relazione annuale pubblica sull'argomento, con finalità anche programmatiche, al fine di indicare elementi correttivi degli squilibri esistenti fra le diverse regioni e gli obiettivi da perseguire per l'attuazione dei compiti indicati ai precedenti articoli 2, 3 e 5. La relazione dovrà tra l'altro:

a) indicare i livelli di prestazioni sanitarie da assicurare in ogni parte del territorio della Repubblica e gli obiettivi di costruzione delle attrezzature sanitarie occorrenti per assicurare l'erogazione di tali livelli di prestazioni;

b) indicare l'aliquota di risorse economiche del Paese da destinare al finanziamento delle attrezzature e delle attività del Servizio sanitario nazionale, suggerendo le quote di ripartizione del Fondo sanitario nazionale in spese correnti e spese per investimenti, oltreché i parametri di ripartizione di tali quote del Fondo sanitario nazionale fra le Regioni, le quali, sulla base di tale riparto e dell'obbligo di erogazione dei livelli di prestazioni di cui alla precedente lettera a) redigendo i propri piani sanitari regionali;

c) prospettare le attività di studio, di inchiesta e di ricerca scientifica, riguardanti la tutela della salute, l'assistenza sanitaria e l'organizzazione dei servizi.

La relazione dovrà essere trasmessa al Parlamento e al Governo, entro il 31 marzo di ogni anno;

2) propone i limiti massimi di nocività ammissibili negli ambienti di lavoro, negli ambienti abitativi e nell'ambiente esterno;

3) esamina le relazioni di attività dell'Istituto superiore di sanità, con particolare riferimento ai programmi di ricerca scientifica correlati ai compiti del Servizio sanitario nazionale e con riferimento alle attività di produzione dei farmaci.

Per l'espletamento delle proprie attività il Consiglio sanitario nazionale si avvale del personale del Ministero della sanità e dell'Istituto superiore di sanità.

Il Consiglio sanitario nazionale può deliberare la costituzione di gruppi di esperti a carattere consultivo per l'espletamento dei propri compiti.

Il Consiglio superiore di sanità è soppresso.

Con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Consiglio dei ministri, saranno emanate le norme relative ai livelli di prestazioni sanitarie da assicurare in ogni parte del territorio nazionale, nonché i limiti massimi di nocività ammissibili negli ambienti di lavoro, negli ambienti abitativi e nell'ambiente esterno, in base alle proposte del Consiglio sanitario nazionale.

ART. 8.

Il Parlamento della Repubblica detta norme in ordine:

1) alla profilassi internazionale sanitaria: marittima, aerea, di confine e di polizia mortuaria;

2) agli interventi contro le epidemie;

3) alla produzione e la registrazione dei farmaci e dei componenti chimici usati in medicina nonché delle sostanze stupefacenti e psicotrope;

4) alla produzione e la registrazione dei prodotti dietetici, degli alimenti per la prima infanzia e la cosmesi;

5) alla produzione e la registrazione dei gas tossici;

6) alla produzione dell'energia elettrica di origine convenzionale e nucleare;

7) al prelievo di parti di cadavere e il trapianto di organi;

8) all'omologazione, per fini prevenzionali, di macchine, impianti, attrezzature e mezzi personali di protezione.

Le funzioni amministrative periferiche relative alla legislazione di cui al comma pre-

cedente sono esercitate dalle Regioni ai sensi dell'articolo 117, ultimo comma, della Costituzione.

ART. 9.

Il Parlamento della Repubblica detta norme di principio, tese ad assicurare condizioni e garanzie di salute, *standards* minimi, nonché norme penali valide per tutto il territorio nazionale, particolarmente in materia di:

- 1) inquinamento atmosferico, delle acque, del suolo;
- 2) tutela igienica degli alimenti e delle bevande;
- 3) igiene e sicurezza in ambienti e occasioni di lavoro;
- 4) vaccinazione e malattie infettive.

Le Regioni legiferano nell'ambito delle norme nazionali di cui al precedente comma, con l'osservanza dei seguenti principi:

I) adeguare la normativa alle esigenze delle singole situazioni regionali;

II) coordinare l'intervento sanitario con gli interventi negli altri settori economico-sociali di competenza delle Regioni;

III) unificare l'organizzazione sanitaria su base territoriale e funzionale.

ART. 10.

Le leggi regionali, nell'ambito dei principi fissati dalla presente legge, sostituiscono la legislazione vigente in materia sanitaria.

Il decreto del Presidente della Repubblica 2 gennaio 1972, n. 4, è abrogato.

ART. 11.

Fermo restando il trasferimento alle Regioni delle funzioni amministrative effettuato ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 2 gennaio 1972, n. 4, tutte le altre, esercitate dagli organi nazionali e periferici dello Stato, dagli istituti sanitari, dagli enti mutuo-assicurativi, dagli enti nazionali, dagli enti ospedalieri e dalle aziende termali, nelle materie di cui alla presente legge, sono trasferite alle Regioni per il rispettivo territorio, salvo quanto stabilito dall'articolo 13.

Le competenze delle Regioni a statuto speciale sono adeguate per l'esercizio, anche da parte loro, di tutti i poteri di cui al precedente comma.

Con legge dello Stato sono definite le modalità di estinzione, a spese del bilancio dello Stato, della situazione debitoria delle istituzioni mutualistiche.

ART. 12.

La Regione:

a) predispone nell'ambito del programma economico regionale, il piano sanitario, il quale fissa gli obiettivi di politica sanitaria da attuare e determina la ripartizione qualitativa e quantitativa dei diversi presidi sanitari. Il piano sanitario regionale è definito mediante la preventiva consultazione degli enti locali, dei comitati sanitari locali di cui all'articolo 15, terzo comma, e delle organizzazioni sociali;

b) promuove, d'intesa con i comuni interessati, la costituzione delle unità sanitarie locali di cui al successivo articolo 14 e ne indirizza e coordina le attività;

c) istituisce il consiglio regionale di sanità, con compiti consultivi, di promozione e di iniziativa, di cui devono far parte i rappresentanti dei comuni e delle province;

d) organizza l'osservatorio epidemiologico regionale e l'anagrafe sanitaria;

e) assicura la formazione del personale sanitario e tecnico non laureato e cura l'adeguamento della formazione professionale del personale laureato alle esigenze dei servizi;

f) promuove l'adeguamento della rete distributiva dei medicinali, mediante l'istituzione di farmacie pubbliche e di punti di distribuzione ad opera delle unità sanitarie locali, in tutte le località in cui non sia altrimenti assicurata la disponibilità immediata dei farmaci occorrenti alle popolazioni;

g) favorisce e utilizza per le esigenze del Servizio sanitario nazionale, l'attività delle associazioni del volontariato con fini di intervento, di soccorso e di assistenza sanitaria aventi strutture e rappresentanze democratiche;

h) attua ogni altra misura necessaria alla realizzazione dei compiti del servizio sanitario.

ART. 13.

Tutte le funzioni amministrative di interesse esclusivamente locale relative ai compiti e alle finalità del Servizio sanitario nazionale, attualmente esercitate da enti od istituti pubblici, o loro consorzi, sono attribuite ai comuni che le esercitano tramite le unità sanitarie locali.

È fatta eccezione per le funzioni esercitate dalla provincia per delega della Regione, con particolare riguardo alla gestione dei laboratori di igiene e profilassi.

Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, la legislazione regionale detta norme per il trasferimento ai comuni, con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali, delle attrezzature e del personale già appartenenti agli enti di cui al comma precedente, per lo svolgimento delle funzioni locali del Servizio sanitario nazionale.

I comuni, contestualmente alla istituzione delle unità sanitarie locali di cui agli articoli seguenti provvedono a modificare in conformità, la organizzazione dei servizi sanitari comunali, i relativi regolamenti, compreso quello del personale e le piante organiche in vigore per tali servizi.

TITOLO III

LE STRUTTURE ORGANIZZATIVE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

ART. 14.

L'unità sanitaria locale è il complesso dei servizi del comune o di più comuni associati, necessari per l'attuazione dei compiti del Servizio sanitario nazionale di cui agli articoli 2, 3 e 5 della presente legge, a livello locale.

Quando l'unità sanitaria locale serve la popolazione di più comuni, essi la gestiscono in forma associata o di comunità montana od a mezzo di associazioni consortili.

Quando in un comune sono comprese più unità sanitarie locali, queste vengono gestite dal comune con la partecipazione degli organi decentrati di amministrazione.

ART. 15.

La legge regionale fissa norme per:

1) la costituzione e la gestione della unità sanitaria locale che deve essere espressione del comune o della associazione di più comuni, con garanzie di presenza delle minoranze. Il bilancio dell'unità sanitaria locale è iscritto con gestione distinta nel bilancio comunale e consortile;

2) la organizzazione e gestione di servizi o presidi di livello intermedio destinati ad una pluralità di unità sanitarie locali fermo il principio dell'intesa con i comuni interessati e, in tali casi, con la intesa e la partecipa-

zione della provincia competente per territorio;

3) la costituzione dei comitati sanitari locali, con funzioni di consultazione obbligatoria da parte dei comuni singoli o associati e di controllo delle attività dell'unità sanitaria locale. Il comitato sanitario locale deve comprendere in ogni caso le rappresentanze dei lavoratori dipendenti e autonomi e deve essere costituito in modo da assicurare la partecipazione dei cittadini, nelle forme che saranno ritenute opportune, a livello dei servizi di base;

4) assicurare una organizzazione interna dell'unità sanitaria locale corrispondente alla esigenza di garantire ad ogni livello la globalità e l'unitarietà del servizio assieme con il suo decentramento, con il contributo ad ogni livello degli organi di partecipazione dei cittadini.

ART. 16.

I patrimoni degli enti attualmente preposti alla erogazione di prestazioni sanitarie, di cui al precedente articolo 11, sono trasferiti alle Regioni. La legge regionale determina l'assegnazione in uso dei patrimoni funzionali.

ART. 17.

La legge regionale può unificare a livello delle unità locali di base i compiti sanitari e quelli relativi ai servizi sociali assistenziali, e deve comunque garantire, particolarmente ai fini indicati nei punti 2), 3), 4) e 5) dell'articolo 5 il necessario coordinamento degli interventi sanitari e di quelli assistenziali e sociali.

È consentito ai comuni e alle province di promuovere, assumendone gli oneri, ampliamenti della tutela sanitaria, nel rispetto degli indirizzi di politica sanitaria regionale.

ART. 18.

Gli Enti ospedalieri sono sciolti. Gli organi di amministrazione restano in carica per l'ordinaria amministrazione fino alla costituzione delle unità sanitarie locali o degli organi di gestione di cui al successivo punto 4) per gli ospedali che operano in un ambito territoriale più vasto.

Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Regione, con propria legge, disciplina i servizi ospedalieri con l'osservanza dei seguenti principi:

1) ogni istituto pubblico di ricovero e cura ivi compresi gli istituti a carattere scien-

tifico, riconosciuti ai sensi dell'articolo 1 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, costituisce un presidio del servizio sanitario della Regione, anche se svolge altre attività oltre quelle diagnostico-terapeutiche. Sono scorporate dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza le residue attività di tipo ospedaliero non ancora riconosciute in Enti ospedalieri autonomi, e le attività di ricovero psichiatrico;

2) i patrimoni degli enti ospedalieri e di ogni altro istituto pubblico di ricovero e cura, sono attribuiti alla Regione. La legge regionale determina l'assegnazione in uso dei patrimoni funzionali;

3) è abrogata la classificazione degli ospedali. Le caratteristiche di ciascun ospedale sono definite dal piano sanitario regionale;

4) l'ospedale fa parte, di norma, dei servizi dell'unità sanitaria locale. Nelle zone di alta densità demografica l'ospedale può servire più unità sanitarie locali. La gestione dell'ospedale non può essere separata da quella degli altri servizi sanitari che costituiscono l'unità sanitaria locale. La legge regionale può prevedere che il compito di gestire le strutture ospedaliere o specialistiche che operano in ambiti territoriali più vasti dell'unità sanitaria locale, venga affidato ad organismi di gestione che siano espressione di tutti gli Enti locali interessati. La legge regionale stabilisce i controlli su questi organismi di gestione;

5) ogni ospedale o altro istituto pubblico di ricovero e cura si articola in dipartimenti con lo scopo di superare, in forme più funzionali, la ripartizione in divisioni di specialità, di dare forma organica al collegamento dell'ospedale con presidi sanitari esterni, di sostituire all'attuale scala gerarchica del personale una esclusiva distinzione di funzioni, di organizzare il lavoro ospedaliero sulla base delle *équipes* e di assicurare al dipartimento stesso una direzione di carattere collegiale e democratico.

La legge 12 febbraio 1968, n. 132, è abrogata alla scadenza del sesto mese successivo alla entrata in vigore della presente legge.

Art. 19.

L'Istituto superiore di sanità è l'organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale. Esso è organizzato in laboratori con lo scopo di procedere alle attività di ricerca

scientifica e di controllo sanitario che favoriscano l'attuazione dei compiti indicati negli articoli 3 e 5 della presente legge.

L'Istituto superiore di sanità predispone il programma annuale della ricerca scientifica bio-medica e farmacologica rapportata ai compiti del Servizio sanitario nazionale. A tal fine il suo comitato amministrativo è affiancato da un comitato scientifico composto dalle rappresentanze designate dai ricercatori dell'Istituto superiore di sanità e da personalità scientifiche esterne all'istituto, designate dal Ministro della sanità, su proposta del consiglio sanitario nazionale.

Il programma annuale della ricerca scientifica è attuato dall'Istituto superiore di sanità in collaborazione con le istituzioni pubbliche di ricerca scientifica biologica, medica e farmacologica.

L'integrazione tecnico-scientifica dell'attività dell'Istituto superiore di sanità con quella dei laboratori provinciali di igiene e profilassi e degli altri istituti di ricerca e di controllo sanitario che operano nel campo dell'igiene pubblica, realizza il collegamento del personale e delle strutture della ricerca scientifica sanitaria con le regioni, con le province, con i comuni singoli ed associati, con le unità sanitarie locali e con i loro servizi, al fine di attuare la disponibilità dei più elevati presidi scientifici e di controllo sanitario per la soluzione dei problemi sanitari e prevenzionali di base.

TITOLO IV

I MEZZI DI ATTUAZIONE DEI COMPITI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

ART. 20.

La Regione, con propria legge stabilisce il ruolo organico del personale addetto al Servizio sanitario.

Il ruolo organico unico si suddivide in:

- I) ruolo del personale medico e qualifiche equiparate (ingegneri, biologi, chimici, ecc.);
- II) ruolo del personale tecnico-sanitario;
- III) ruolo del personale amministrativo;
- IV) ruolo del personale ausiliario.

La legge regionale fissa i criteri per la definizione degli organici delle Unità sanitarie locali, i quali sono deliberati dai comuni singoli o associati che hanno la responsabi-

lità della gestione dell'unità sanitaria locale stessa.

La medesima legge regionale determina le modalità di assegnazione del personale del ruolo organico regionale ai servizi dell'Unità sanitaria locale o delle articolazioni intermedie del Servizio sanitario.

Il personale dipende, sotto il profilo funzionale e disciplinare, dagli organi di gestione delle Unità sanitarie locali o delle articolazioni intermedie del servizio.

Il rapporto di lavoro del personale a rapporto di impiego o convenzionato è stabilito con accordo nazionale unico per tutte le categorie professionali impiegate nel Servizio sanitario nazionale, concordato fra le rappresentanze delle Confederazioni sindacali dei lavoratori più rappresentative e le rappresentanze delle Regioni.

Il personale del Servizio sanitario è assunto a rapporto d'impiego a tempo pieno incompatibile con qualsiasi altro rapporto d'impiego o di lavoro e con l'esercizio delle attività libero-professionali.

Il Servizio sanitario nazionale può avvalersi di personale medico a rapporto convenzionato. Le convenzioni dovranno essere prive di caratteri e di meccanismi di incentivazione mercantile e dovranno valorizzare la formazione e l'aggiornamento professionale dei medici oltreché il lavoro di gruppo.

Il rapporto di lavoro convenzionato non può essere ammesso per posti di organico riguardanti le attività direzionali del servizio sanitario ad ogni livello né la medicina preventiva né le attività ospedaliere o specialistiche ambulatoriali.

Il Servizio sanitario attua misure di incentivazione del lavoro medico di gruppo per ogni area di popolazione compresa fra 5.000 e 7.000 abitanti.

Ai posti di organico del Servizio sanitario nazionale si accede per pubblico concorso bandito dalle singole Regioni secondo le modalità che verranno definite con legge dello Stato.

ART. 21.

Nei confronti degli istituti di ricovero e cura di carattere privato, la Regione interviene con propria normativa:

1) per definire le caratteristiche funzionali cui debbono corrispondere tali istituti onde assicurare l'erogazione di livelli di prestazioni sanitarie non inferiori a quelle erogate dalle istituzioni pubbliche del servizio sanitario;

2) per stabilire i criteri cui devono ispirarsi le eventuali convenzioni tra il servizio sanitario e tali istituzioni private, da stipularsi solo in caso di necessità e comunque con l'osservanza di norme relative al loro personale e alle loro attrezzature, tali da garantire l'erogazione di prestazioni sanitarie non inferiori a quelle erogate dalle istituzioni pubbliche del servizio sanitario;

3) per stabilire forme di controllo adeguato su di esse.

ART. 22.

La produzione dei medicinali non deve essere regolata da criteri incompatibili con gli obiettivi del Servizio sanitario nazionale e con la funzione sociale del farmaco.

A tale scopo, entro un anno dall'approvazione della presente legge, saranno definite dallo Stato:

1) le fasi di transizione al regime di produzione pubblica dei farmaci, da realizzarsi attraverso una azienda dello Stato, dotata di capacità di intervento sul mercato e nella produzione ed avente altresì la funzione di unica fornitrice del Servizio sanitario nazionale;

2) le misure di sviluppo della ricerca scientifica farmacologica rapportata agli obiettivi di salute di cui ai precedenti articoli 3 e 5;

3) la revisione delle norme di registrazione dei farmaci collegata con il riesame di tutte le licenze di fabbricazione di medicinali attualmente esistenti, con lo scopo di mantenere vigenti le sole licenze relative a specialità farmaceutiche di comprovata efficacia terapeutica e prive di effetti collaterali nocivi che non compensano i vantaggi curativi;

4) l'introduzione di norme di divieto della pubblicità, della propaganda e di qualsiasi mezzo di promozione delle vendite dei farmaci, con contemporanea istituzione di mezzi di informazione bio-medica e farmacologica, a disposizione degli operatori sanitari, ad esclusiva opera del Servizio sanitario nazionale.

TITOLO V

I TEMPI DI ATTUAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

ART. 23.

La realizzazione del Servizio sanitario nazionale si attua attraverso le seguenti fasi:

1) istituzione delle Unità sanitarie locali su tutto il territorio della Repubblica, entro

sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, ed immediata attribuzione ad esse, appena costituite, dei compiti di prevenzione che sono propri del Servizio sanitario nazionale;

2) istituzione del Consiglio sanitario nazionale entro trenta giorni dalla approvazione della presente legge;

3) all'atto dell'entrata in vigore della presente legge tutti gli istituti mutuo-assicurativi e gli altri enti nazionali comunque preposti all'erogazione di prestazioni sanitarie o antinfortunistiche di cui alla tabella A, sono sciolti: le funzioni e le strutture sanitarie degli istituti e degli enti di cui alla tabella B sono trasferiti alle Regioni. Le Regioni subentrano alle istituzioni ed agli enti di cui al precedente comma nei rapporti mutualistici e nell'erogazione delle prestazioni, servendosi, per questo fine, delle attuali strutture regionali, provinciali e locali degli enti sciolti, o le cui funzioni sanitarie o antinfortunistiche sono state trasferite;

4) entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge i livelli delle prestazioni sanitarie dovute ai lavoratori autonomi ed alle altre categorie che fruiscono di prestazioni sanitarie incomplete oltreché ai disoccupati e ai non abbienti assistiti dai comuni, vengono elevati agli stessi *standards* attualmente assicurati dall'INAM. Restano salvi i livelli di prestazioni superiori;

5) entro 12 mesi dall'entrata in vigore della presente legge, con uno o più decreti del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità, conforme al parere fornito da una Commissione di dieci deputati e dieci senatori, saranno compiuti tutti gli atti necessari per il passaggio alle Regioni e agli enti locali, secondo le rispettive competenze, dei beni mobili ed immobili, nonché del personale, appartenenti agli istituti mutuo-assicurativi e degli enti nazionali che per la disposizione di cui al punto 3) sono stati sciolti o le cui funzioni sanitarie sono state trasferite. I decreti garantiranno la salvaguardia delle condizioni giuridiche ed economiche del personale trasferito;

6) sono inoltre trasferite alle Regioni, all'atto dell'entrata in vigore della presente legge, tutte le funzioni di prevenzione tecnica ed antinfortunistica e di vigilanza igienico-sanitaria degli Ispettorati del lavoro e le funzioni della Croce rossa italiana, tranne quelle regolate da convenzioni internazionali.

I compiti di erogazione delle prestazioni economiche e previdenziali precedentemente erogate dagli enti soppressi, passano all'INPS.

Il personale addetto alle attività trasferite viene comandato presso le Unità sanitarie locali o presso le altre articolazioni del Servizio sanitario nazionale fino al suo inquadramento nei ruoli organici regionali;

7) alla scadenza di sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sono sciolte le istituzioni sanitarie pubbliche locali, quali i centri di medicina sociale e i consorzi provinciali antitubercolari. Con la stessa procedura di cui al punto 5) sarà disposto il trasferimento ai comuni o ai livelli intermedi regionali delle funzioni, delle attrezzature e del personale di tali istituzioni;

8) entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge le Regioni provvedono ad abolire ogni limite temporale nell'erogazione dell'assistenza sanitaria;

9) entro tre anni dall'entrata in vigore della presente legge le Regioni sopprimeranno o adegueranno le strutture regionali, provinciali e locali degli istituti mutuo-assicurativi e degli enti nazionali di cui al precedente punto 3), alle esigenze ed all'organizzazione del Servizio sanitario nazionale; disporranno le modificazioni delle prestazioni necessarie per assicurare il rispetto degli articoli 2, 3 e 5 della presente legge e procederanno alla estensione a tutti i cittadini senza eccezione, delle prestazioni sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione, senza limiti di durata ed in condizioni di uniformità e di uguaglianza.

TITOLO VI

FINANZIAMENTO

ART. 24.

Per l'attuazione del Servizio sanitario nazionale, e sino a quando la legislazione per la finanza regionale e locale non disporrà diversamente, è istituito, nel bilancio dello Stato, in appositi capitoli distinti per le spese correnti e per le spese di investimento, il Fondo sanitario nazionale.

Con la legge di bilancio, e sulla base dei criteri e parametri, deliberati dal Consiglio sanitario nazionale di cui all'articolo 7 il Fondo sanitario nazionale viene ripartito fra le Regioni.

La legge di approvazione del bilancio regionale — sulla base dei criteri e dei parametri deliberati dal Consiglio regionale di sanità di cui alla lettera c) dell'articolo 12 — determina

la ripartizione tra i comuni che, singolarmente o in forma associata, sono responsabili della gestione di una o più Unità sanitarie locali. La ripartizione dei fondi, disposta dalla Regione, tiene conto anche delle eventuali articolazioni intermedie del Servizio e si fonda su criteri che tendono ad uniformare le prestazioni sanitarie su tutto il territorio.

ART. 25.

Nel primo anno dall'entrata in vigore della presente legge, il Fondo sanitario nazionale è costituito:

1) da tutte le risorse relative agli enti ed istituti di cui è prevista la soppressione o di cui viene scorporata l'attività sanitaria, limitatamente, in questi casi, alla quota riguardante tale attività;

2) dal contributo dello Stato nella misura occorrente ad integrare i fondi di cui al precedente punto 1), fino alla copertura di tutto il fabbisogno finanziario del Servizio sanitario nazionale.

Nei due anni successivi sono progressivamente ridotti i contributi di assicurazione di malattia di cui al punto 1) del precedente comma ed è proporzionalmente aumentato il contributo dello Stato.

A partire dal quarto anno il finanziamento del Servizio sanitario nazionale è esclusivamente assicurato dallo Stato.

Il contributo statale al Fondo sanitario nazionale a partire dal primo anno di applicazione della presente legge è assicurato dalle entrate fiscali dello Stato, attraverso una addizionale progressiva sull'imposta unica sui redditi, sulle persone fisiche e sulle persone giuridiche.

TABELLA A

Istituti, Enti e organismi di cui si deve procedere allo scioglimento:

1) Istituto nazionale assicurazione malattie (INAM);

2) Le mutue autonome delle seguenti Aziende:

Società Montecatini di Spinetta Marengo (Alessandria);

Società Valenzana gas (Alessandria);

Società italiana gas (Alessandria);

Azienda municipalizzata gas (Ancona);

Cotonificio Legler - Stabilimento di Ponte San Pietro (Bergamo);

Spa Manifattura lane Marzotto e figli (Brescia);

Azienda autonoma comunale del gas (Catania);

Azienda municipale del gas (Cuneo);

Società del gas (Ferrara);

Società Montecatini (NOBEL) stabilimento di Carmignano e Laboratorio di ricerche in Signa;

Società Italgas - Esercizio Toscana gas (Firenze);

Azienda municipalizzata gas e acquedotto - Cesena (Forlì);

Azienda municipalizzata gas e acquedotto (Forlì);

Spa Mobil Oil Italiana (Genova);

Azienda gas (Livorno);

Officina gas (Lucca);

Officina gas (Mantova);

Officina gas (Massa);

Officina gas (Carrara);

Ditta Châtillon s.a. italiana fibre tessili artificiali (Milano);

Spa Redaelli Giuseppe e F.lio (impiegati) Milano;

Società Montecatini (Milano);

Acciaierie e ferriere lombarde Falck (impiegati) Milano;

Società Edison (operai) Milano;

Società Edison (impiegati) Milano;

Traflerie e laminati di metalli (Milano);

Società esercizi telefonici (SET) Napoli;

Manifatture cotoniere meridionali (Napoli);

Società Mobil Oil (Napoli);

Azienda comunale del gas (Padova);

Cartiera di Carmignano (Padova);

Società italiana gas - Officina di Este;

Terme demaniali Salsomaggiore (impiegati) Parma;

Terme demaniali Salsomaggiore (operai) Parma;

Aziende municipalizzate del gas (Pesaro);

Società Montecatini - Stabilimenti di Bussi e Piano d'Orta di Bolognano (Pescara);

Società FIAT Sezione officine di Marina di Pisa;

Officine gas - esercizio di Faenza (Ravenna);

Officine gas (Reggio Emilia);

Società italiana gas - Esercizio Romana gas (Roma);

Società telefonica tirrena (TETI) Roma;

Società italiana gas - impianti di Rovigo;

Società italiana gas - impianti di Adria;

Società italiana gas - impianti di Lendinara;

Società TELVE - esercizio di Rovigo;

Società italiana gas - aziende municipalizzate (Salerno);

Società Terni - servizi elettrici Papigno (Terni);

Società Interamma (Terni);

Officina gas (Terni);

Società FIAT (Torino);

Società TIMO (Torino);

ITET (Torino);

Cartiere Burgo (Torino);

Azienda comunale gas (Udine);

Aeronautica Macchi (Varese);

SIAI Marchetti (Sesto Calende);

Cotonificio Cantoni - Busto Arsizio (Varese);

Ditta Ercole Comerio - Castellanza (Varese);

Società SAVA - Porto Marghera (Venezia);

Cartiera italiana - Serravalle Sesia (Vercelli);

Spa Lane Rossi Schio e Società macchine industrie tessili SMIT (impiegati) Vicenza;

Spa Lane Rossi Schio e Società macchine industrie tessili SMIT (operai) Vicenza;

Ditta Manifattura Lane G. Marzotto e figli (Valdagno) operai;

Ditta Manifatture Lane G. Marzotto e figli (Valdagno) impiegati;

Società italiana gas - Officina di Bassano del Grappa.

3) I seguenti organismi nazionali autonomi:

Cassa Mutua Dipendenti Ente Nazionale Energia Elettrica (ENEL);

Cassa mutua nazionale paritetica contro le malattie, a favore degli impiegati occupati presso le società esercenti linee aeree regolari;

Cassa mutua nazionale contro le malattie a favore degli operai appartenenti alla gente dell'aria;

Cassa mutua nazionale di malattia per i lavoratori addetti ai giornali quotidiani;

4) le seguenti Casse fra i lavoratori dei porti:

Cassa di Previdenza per i lavoratori del porto di Savona;

Cassa generale per la mutualità dei lavoratori portuali di Genova;

Mutua malattia dei lavoratori portuali di Venezia;

5) Le seguenti Casse di soccorso e di malattia per il personale delle aziende ferrotranviarie e di navigazione interna:

Ditta Jacono Pasquale - autoservizio urbano di Agrigento;

Filovie urbane di Alessandria (ARFEA);

Azienda trasporti municipalizzata autofiloviaria di Ancona ATMA;

Società la Ferroviaria italiana di Arezzo;

Società Ferrovie Adriatico - Appennino - Ascoli Piceno;

Società Ferroviaria Irpina - Avellino;

Società Anonima Italiana delle Ferrovie del Sud Est di Bari;

Servizio Urbano Autoflotranviario di Bari (SAER);

Società Italsud eredi F. Biga - autolinee urbane - Bari;

Società Anonima ferrotranviaria Bari-Barletta-Roma;

Società per la Ferrovia delle Dolomiti - Cortina d'Ampezzo;

Società Italiana strade ferrate - Benevento-Cancello-Napoli - Roma;

Ditta Cesare Ventura - Autoservizi urbani - Benevento;

Società per la Ferrovia Elettrica della Val Brembana - Bergamo;

Ferrovia Valle Seriana - Bergamo;

Azienda municipalizzata Funicolare e tranvie elettriche (Bergamo);

Impresa Sebina di Navigazione Lovere (Bergamo);

Società tranvie elettriche intercomunali (STEI) Bergamo;

Società Busti - Navigazione sul Lago di Iseo - Bergamo;

Azienda tranviaria municipale (ATM) Bologna;

Società Santerno - Ferrovia Massalombarda - Imola-Casteldedro;

Azienda Provinciale Trasporti - Bologna;

Società Atesina Servizi Automobilistici (SASA) Bolzano;

Spa Ferrovie elettriche Lana-Merano-Lana d'Adige (Bolzano);

Società Anonima Ferrovia elettrica del Renon (Bolzano);

Società tranvie elettriche bresciane - Brescia;

Società Nazionale di Ferrovie e tranvie - Brescia;

Azienda Servizi municipalizzati del comune di Brescia - sezione filovie;

Società Anonima Ferrovie-Rezzato-Vobarno-Brescia;

Navigazione sul lago di Garda - Desenzano;

Società Anonima tranvie della Sardegna - Cagliari;

Società Anonima per le Ferrovie Meridionali Sarde - Iglesias;

Autoservizi Urbani di Caltanissetta (SIAN);

Ferrovia Circumetnea - Catania;

Società Catanese trasporti (SCAT) Catania;

Società Anonima tranvia Automotofunicolare - Catanzaro;

Ferrovia elettrica Adriatico-Sangritana-Lanciano (Chieti);

S.A. Ferrovie-Funivie-Tranvie-Automobili-Pinerolo (Cuneo);

- Società tranvie provinciali cremonesi - Cremona;
- Filiale di Cremona della Società Elettrica Bresciana per le filovie urbane - Cremona;
- Ditta Aquino - Servizi automobilistici - Cosenza (ASAC);
- Navigazione sul Lago di Como - Como;
- Società funicolare Como-Brunate-Como;
- Società trazione elettrica Comense « A. Volta » (STECAV) Como;
- Società Ferrovie Adriatico - Appennino - Chieti;
- Ferrovia Suzzara-Ferrara-Ferrara;
- Azienda trasporti autofiloviari municipali (ATAM) Ferrara;
- Gestione governativa Ferrovie Padane - Ferrara;
- Azienda municipalizzata tranvie-autofilovie (ATAF) Firenze;
- Società Cooperativa Autotrasporti Urbani, Interurbani, Turistici - Foggia (SCAVIT);
- Ferrovia Garganica San Severo-Rodi-Peschici della s.a. Ferrovie e tranvie del Mezzogiorno - San Severo - Foggia;
- Filovia extraurbana Rimini-Riccione-Rimini (Forli);
- Società trasporti elettrici Liguri (STEL) Imperia;
- Azienda municipalizzata acquedotto e trasporti (AMAT) Imperia;
- Compagnia Imprese Nazionali turistiche Italia - Africa (CINTIA) Genova;
- S.A. Unione Italiana tranvie elettriche (UITE) Genova;
- Ferrovia Genova-Casella-Genova;
- Azienda trasporti Automobilistici (ATA) Gorizia;
- Azienda municipalizzata filotranviaria (FITRAM) La Spezia;
- Autolinee urbane della Ditta Angelica Perilli - Lecce;
- Azienda trasporti autofiloviari municipali - Livorno;
- Società tranvia Lucca-Pescia (Lucca);
- Società anonima tranvia Alta Versilia - Querceta (Lucca);
- Consorzio interprovinciale della ferrovia Mantova-Peschiera (Mantova);
- Tranvia Bresvia Carpenedolo-Mantova;
- Azienda provinciale autoservizi (APAM) Mantova;
- Società Anonima tranvie Siciliane (SATS) Messina;
- Azienda tranviaria municipale (ATM) Milano;
- Società Anonima delle Ferrovie Nord - Milano;
- Società Anonima trazione e imprese elettriche - Milano;
- Società Anonima autolinee Briantee (SAAB) Monza;
- Azienda municipalizzata del comune di Modena;
- Società Emiliana Ferrovie-tranvie-automobili (SEFTA) Modena;
- Azienda tranvie provinciali - Napoli;
- ATAN - Napoli;
- Società anonima Ferrovie del Vomero adde-
detta al servizio delle funicolari Montesanto e Chiaia, Napoli;
- Società anonima esercizio pubblici servizi (SEPSA) esercente la ferrovia Napoli-Pozzuoli-Torregaveta detta Cumana, Napoli;
- Società per Azioni Funicolare Centrale (SAFUCE) Napoli;
- Ferrovia Napoli-Piedimonte d'Alife, Napoli;
- Ferrovia circumvesuviana gestita dalla Spa Strade Ferrate Secondarie Meridionali, Napoli;
- Società Anonima Ferroviaria e Funicolare Vesuviana (SAI) Resina (Napoli);
- Navigazione del Lago Maggiore della Gestione governativa, Verbania (Novara);
- Spa Servizi Urbani Novaresi (SUN) Novara;
- Società Subalpina di Imprese Ferroviarie esercente la ferrovia Domodossola-Confini svizzero, Verbania (Novara);
- Autofilotranvie Urbane, gestite dall'Azienda comunale autofilotranviaria, Padova;
- Ferrovia Padova-Piazzola sul Brenta-Carmignano, Padova;
- Società Veneta per Costruzioni ed Esercizi di ferrovie secondarie italiane, Padova;
- Società A. Industria Autobus (SAIA) adde-
detta agli autoservizi urbani, Palermo;
- Società Anonima Siciliana Trasporti (SAST) Palermo;
- Azienda Tranvie elettriche Parmensi, Parma;

Azienda Municipalizzata Elettricità, Trasporti, Acque e Gas (AMETAG) Parma;

Società per le Ferrovie Adriatico-Appennino addetta alla Ferrovia Voghera-Vazi, Voghera (Pavia);

Azienda Municipalizzata Tranvie e Filovie Urbane di Pavia;

Ferrovia Spoleto-Norcia gestita dalla Società Subalpina di imprese ferroviarie, Spoleto (Perugia);

Autoservizi Urbani di Perugia esercitati dalla Società Autoservizi Canestrelli, Perugia;

Società Anonima Esercizi Riuniti (SAER) addetta alle filovie di Perugia, Perugia;

Società Italiana strade ferrate del Mediterraneo addetta alla Ferrovia Centrale Umbra, Perugia;

Società Anonima Ferrovie Elettriche Abruzzesi esercente la Ferrovia Penne-Pescara-Pineta di Pescara, Pescara;

Società Italiana di Ferrovie e tranvie (SIFT) Piacenza;

Azienda Trasporti Urbani Municipalizzati (ATUM) Pisa;

Azienda Trasporti Interurbani Provinciali (ATIP) Pisa;

Azienda Consorziale Interprovinciale Trasporti del Consorzio Ferrotranviario Pisa-Livorno, Pisa;

Ferrovia Pracchia-San Marcello Pistoiese gestita dalla Società Ferrovie Alto Pistoiese, Pistoia;

Autoservizi urbani di Ravenna esercitati dalla Spa SITA Ravenna;

Azienda Municipale Autobus (AMA) Reggio Calabria;

Consorzio Cooperativo delle Ferrovie Reggiane, Reggio Emilia;

ATAC Roma;

STEFER Roma;

Società Romana per le Ferrovie del Nord-Roma, addetta al Servizio della Ferrovia Roma-Civita Castellana-Viterbo, Roma;

Società Autolinee Marzano (SAM) addetta agli autoservizi urbani di Ostia Lido, Roma;

Ferrovie Calabro-Lucane gestite dalla Società Italiana per le Strade Ferrate del Mediterraneo, Roma;

Società Autonoma per le Ferrovie Complementari Sarde, Roma;

Società Meridionale Trasporti (SOMETRA) esercente le tranvie e filovie provinciali di Salerno, Salerno;

Società Anonima Strade Ferrate Sarde, con sede sociale a Genova e direzione di esercizio a Sassari;

Azienda Autotranviaria di Sassari (organizzazione « Pani ») esercente le autolinee urbane, Sassari;

Società Anonima Funivia Savona-San Giuseppe, Savona;

SITA addetta alla Tranvia Savona-Vado, Savona;

SITA autolinee Urbane - Siena - Azienda Municipalizzata Autoservizi Senesi (AMAS) Siena;

Società Anonima Ferrovia Alta Valtellina esercente la ferrovia Sondrio-Tirano, Tirano (Sondrio);

Società Tranvie e Autobus (STAT) Taranto;

Società Tranvie elettriche (SOTRET) Terni;

Società Ferrovia Torino-Nord esercente le Ferrovie Torino-Ceres, Torino;

Società Anonima Tranvie Interprovinciali Piemontesi (SATIP) (Torino);

Azienda Tranvie Municipali (ATM) Torino;

Spa Torinese Tranvie Intercomunali (SATTI) Torino;

Ditta individuale « Autoindustriale » di Vigo Giovanni esercente la Filovia extraurbana Torino-Pino-Chieri, Torino;

Società Anonima Siciliana Trasporti (SAST) addetta alle Filovie urbane di Trapani, Trapani;

Spa Ferrovia Elettrica Trento-Malè, Trento;

Tranvie dell'Azienda Comunale Elettricità Gas Acqua e Tranvie di Trieste (ACEGAT) Trieste;

Società Anonima delle Piccole Ferrovie di Trieste, Trieste;

Società Tranvie del Friuli, Udine;

Tranvia extraurbana Udine-San Daniele, gestita dall'amministrazione provinciale di Udine;

Autoservizi Urbani gestiti direttamente dal Comune, Udine;

Società Varesina di Imprese di Trasporto, Varese;

Autolinee Urbane di Busto Arsizio esercitata dalla Società Autoservizi Bustesi « Attilio Rimoldi » Varese;

Azienda Comunale per la navigazione interna Lagunare (ACNIL) Venezia;

Società Filovie di Mestre, Mestre (Venezia);

Spa Aziende Trasporti Autoferrotranviari (ATA) Biella (Vercelli);

Azienda Municipalizzata Trasporti di Verona esercente le tranvie urbane, Verona;

Ferrovie e tranvie della provincia di Verona gestita dalla SAER, Verona;

Azienda Autofilovie Municipalizzate, Vicenza;

Società Ferrovie e Tranvie Vicentine, Vicenza;

Azienda Autoguidovie Italiane (AGI) Piacenza;

Società Automobilistica Atesina, Trento;

Consorzio per la Filovia Torino-Rivoli, Torino;

Società SIPPIC, Capri (Napoli);

Azienda Municipalizzata Autofilotranvie Carrarese, Massa Carrara;

Filovia Ancona-Falconara, Ancona;

6) Le seguenti Casse di Soccorso per il personale degli autoservizi extraurbani:

Ditta F.lli Lumia - Agrigento;

Ditta Licata Giuseppe - Agrigento;

Società STAT Casale Monferrato - Alessandria;

Società Trasporti f.lli Bucci, Senigallia (Ancona);

Società Automobilistica f.lli Bucci (SABO) Ostra (Ancona);

Ditta Guido Reni - Ancona;

Società Automobilistica Umbro-Marchigiana (SAUM) Fabriano (Ancona);

Società Autoservizi Gran Paradiso, Aosta;

Impresa Noleggio Automezzi Autoservizi (INAA) Arezzo;

Società trasporti Automobilistici Offida (STAO) Ascoli Piceno;

Società SEGAI - Avellino;

Società AGITA Azienda Generale Industria Trasporti Automobilistici - Avellino;

Soc. ASITA Azienda Sociale Irpina Trasporti Automobilistici, Avellino;

Soc. Ferrotranviaria, Bari;

Soc. STEA Autolinee, Bari;

Ditta Impresa Sante Scarcia, Bari;

Soc. fratelli Marozzi Autoservizi, Bari;

Soc. Nuova Italsud, Bari;

Ditta Scoppio Paolo, Bitonto (Bari);

Soc. Autoservizi Giovanni Buzzatti e F.lli, Agordo (Belluno);

Soc. Carnia e Cadore, Cortina d'Ampezzo (Belluno);

Soc. Autoservizi Interprovinciali (SAI) Treviglio (Bergamo);

Soc. Autoservizi Margiotta, Bergamo;

Soc. Visinoli e Fagioli, Bergamo;

Soc. Automobilistica VETA, Bologna;

Soc. Giuliani Dino, Bologna;

Soc. An. Automobilistica Trasporti Italia (SATIB), Bologna;

Soc. Automobilistica Dolomiti (SAD), Bolzano;

Ditta Moretto Cosimo, Brindisi;

Soc. An. Trasporti Automobilistici Sardi (SATAS), Cagliari;

Soc. ALAVIT, Caltanissetta;

Spa Trasporti Automobilistici Molisani (SATAM), Campobasso;

Soc. Autotrasporti Interregionali (SAI), Campobasso;

Ditta Petteruti Tommaso, Sessa Aurunca (Caserta);

Soc. FACEM, Capua (Caserta);

Soc. Esercizio Linee Automobilistiche (SELAC), Caserta;

Ditta Salvatore Buda, Giarre (Catania);

Ditta Alfio Buda, Giarre (Catania);

Soc. Etna Trasporti, Catania;

Soc. Zapalà e Torrisi, Acireale (Catania);

Soc. Trasporti Automobilistici Vicinesi (STAV), Catania;

Soc. Pittera Modica e Chea, Catania;

Ditta Saverio Bilotta, Nicastro (Catanzaro);

Soc. f.lli Romano, Strongoli (Catanzaro);

Ditta Nicoletti Luigi, Catanzaro;

Soc. Autotrasporti Maiella, Chieti;

Società f.lli Cerella, Vasto (Chieti);

Soc. Autoservizi Tessitore (SAT), Vasto (Chieti);

Soc. Donato di Fonzo e f.lli, Vasto (Chieti);

Soc. Autovie Lariane Vall'Intelvesi, Como;

VI LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

Soc. Servizi Automobilistici Lecchesi (SAL), Lecco (Como);
 Autoservizi Salvatore Dell'Oca, Como;
 Soc. Autoservizi Baradello, Como;
 Ditta Smurra Stanislao, Rossano Calabro (Cosenza);
 Ditta Scura Gennaro, Corigliano Calabro (Cosenza);
 Soc. Esercizi Automobilistici in concessione (SEAC), Cosenza;
 Autoservizi Ionici (SAI), Trebisacce (Cosenza);
 Ditta Preite Guerino, Castiglione Cosentino (Cosenza);
 Soc. An. Servizi Tirreno-Ionio (ASTJ), Castrovillari (Cosenza);
 Ditta Geloso - Autolinee, Cortemilia (Cuneo);
 Soc. Automobilistica Perosa Alte Valli (SAPVA), Pinerolo (Cuneo);
 Soc. Az. Ing. Scelfo (SAIS), Enna;
 Soc. Italiana Autoservizi Mediterranei in Concessione (SIAMIC), Ferrara;
 Soc. Eredi Sarasino Ezio, Bondeno (Ferrara);
 Soc. Compagnia Autolinee Tiberine (CAT), Firenze;
 Soc. Cortonese Autoservizi, Firenze;
 Impresa Servizi Pubblici Automobilistici f.lli Lazzi, Firenze;
 Soc. Cooperativa Trasporti Pratesi (CAP), Prato (Firenze);
 Soc. SITA, Firenze;
 Soc. Scarcia Autolinee, Foggia;
 Soc. SACSА, Sora (Frosinone);
 Soc. Autoservizi Forletta e Polsinelli, Sora (Frosinone);
 F.lli Cialone, Ferentino (Frosinone);
 Soc. Alicar, Sora (Frosinone);
 Soc. Scolari Sciutti, Genova;
 Soc. An. Autoservizi Liguri Piemontesi ALPI, Rossiglione (Genova);
 Soc. Autolinee Spagnoli, Sestri Levante (Genova);
 Soc. Concessionaria Autolinee Liguri (SCAL), Rapallo (Genova);
 Soc. Fiumana Bella, Chiavari (Genova);
 Soc. Parodi e Daglio, Genova Voltri;

Soc. Autoservizi Liguri (Lazzi) SAL, Genova;
 Soc. Cooperativa « La Gradese », Grado (Gorizia);
 Soc. Ing. Ribì e C., Gorizia;
 Soc. Bonetti Otto, Monfalcone (Gorizia);
 Soc. RAMA, Grosseto;
 Soc. Nicola Viani e C., Imperia;
 Soc. An. Autoservizi Liguri - Imperia (SAAL), Imperia;
 Soc. Ing. Pacilli e C., L'Aquila;
 Soc. Brun e Caprini, Sarzana (La Spezia);
 Impresa Autolinee Eredi Giovanni Purificato, Formia (Latina);
 Soc. Autoservizi Tulli, Sezze (Latina);
 Soc. Azienda Trasporti Automobili, Latina;
 Ditta Lorenze (SAE), Portoferraio (Livorno);
 Soc. Fiumana Bella » (SAGA), Castelnuovo Garfagnana (Lucca);
 Autoservizi Giuseppe Tambellini, Lucca;
 Soc. Automobilistica (SAPS), Sant'Angelo in Pontano (Macerata);
 Soc. Az. Tranviaria Intercomunale Civitanova Porto (ATAG), Civitanova Marche (Macerata);
 Soc. V. Perogio e C., Macerata;
 Soc. Industria Automobilistica Trasporti (SIATA), Barcellona (Messina);
 Soc. SILA Autovie Sud Milano, Milano;
 Soc. Generale Esercizi Automobili (SGEA), Milano;
 Soc. Trasporti Automobilistici Regionali (STAR), Lodi (Milano);
 Soc. Autostrade Trasporti, Milano;
 Soc. Veronelli, Lainate (Milano);
 Soc. Autoservizi Grattoni, Milano;
 Soc. Trasporti Automobilistici Lodigiani (TAL), Milano;
 Soc. Italiana Servizi Automobilistici, Lodi (Milano);
 Soc. Autolinee Sestesi (SAS) Sesto San Giovanni (Milano);
 Soc. Esercizio Trasporti Automobilistici (ETA), Milano;
 Soc. Autolinee Rimoldi, Milano;
 Soc. Impresa Autoservizi extraurbani Peregò, Milano;

- Soc. Autotrasporti Villa Franco, Milano;
 Soc. Autoservizi Boccato e C., Milano;
 Soc. Valenti Primo e C., Carpi (Modena);
 Soc. Eredi Montorsi, Modena;
 Soc. f.lli Barozzi e f.lli Sirotti, Spilamburgo (Modena);
 Soc. Impresa Macchia, Modena;
 Soc. Esercizio Linee Trasporti Interregionali (ELTI), Napoli;
 Ditta Matteo Cutolo, Resina (Napoli);
 Soc. G. Guardascione e C.; Bacoli (Napoli);
 Società Aziende Riunite Autopullman (ARAN), Napoli;
 Servizio Automobilistico Mondragone, Mondragone (Napoli);
 Soc. Partenopea Trasporti, Napoli;
 Impresa Pubblica Utilitaria Italiana Azionaria (IUPIA), Napoli;
 Soc. An. Trasporti (SAT), Napoli;
 Compagnia Esercizi Trasporti Automobilistici (CETA), Napoli;
 Ditta Giordano Enrico, Castellammare di Stabia (Napoli);
 Ditta Eredi Falconi Marino, San Sebastiano al Vesuvio (Napoli);
 Ditta f.lli Carrella, Palma Campania (Napoli);
 Impresa f.lli Elia, Quaglione (Napoli);
 Soc. Servizio Autolinee (SEA), Quagliano (Napoli);
 DLitta f.lli Tortora, Acerra (Napoli);
 Soc. Autolinee Verbania, Verbania Intra (Novara);
 Soc. Fantanello e Baranzelli, Cressa (Novara);
 Soc. « La Verbania », Verbania (Novara);
 Soc. Moalli, Domodossola (Novara);
 Autolinee Novaresi Interregionali (ANI), Novara;
 Impresa Autoservizi Pubblici di Ugo Stefanelli (SIAMIC), Padova;
 Ditta Ing. Luigi Cecala (ITACO), Palermo;
 Ditta Restivo Salvatore, Palermo;
 Azionaria Sicula Trasporti (AST), Palermo;
 Soc. Impresa Siciliana Trasporti Automobilistici (ISTA), Palermo;
- Soc. Riunite Trasporti, Parma (SORIT);
 Ditta Autovie Giovanni Noli, Voghera (Pavia);
 Soc. Autoservizi Perugia (ASP), Perugia;
 Soc. Autolinee f.lli Bucci, Pesaro;
 Soc. Bucci e Piccioni, Pesaro;
 Soc. SAICEM, Pescara;
 Soc. Rossi e Ambrosini e C., Pescara;
 Soc. Emiliana Autoservizi (SEA), Piacenza;
 Società Az. Cooperativa Autotrasporti (SACA), Pistoia;
 Soc. f.lli Di Raimondo, Modica (Ragusa);
 Soc. Sarasini Zefferino, Lugo (Ravenna);
 Soc. Autoservizi Torelli, Reggio Emilia;
 Soc. Reggiana Servizi Automobilistici (SARSA), Reggio Emilia;
 Soc. Lupi e Galanti e C., Poggio Mirteto (Rieti);
 Soc. Cicolana (SAC), Rieti;
 Soc. An. Automobili Umbro-Romana-Abruzzese (SAURA), Rieti;
 Soc. Servizio Automobilistico Sabino (SAS), Rieti;
 Spa Trasporti automobilistici (ATAR), Roma;
 Soc. Ferrovia Mandela-Subiaco (Roma);
 Soc. Autoservizi Vari (SAV), Roma;
 Soc. Turismo e Autolinee (STEAR), Roma;
 Soc. Compagnia Italiana Autoservizi Turistici (CIAT), Roma;
 Soc. Autoservizi Zeppieri, Roma;
 Soc. Autoservizi Sublacensi, Roma;
 Soc. Autolinee, Roma;
 Soc. f.lli Salvati appaltatrice servizi della STEFER, Roma;
 Istituto Nazionale Trasporti, Roma;
 Soc. Crusciani e C., Monterotondo (Roma);
 Soc. Vergati Vincenzo e C., Civitavecchia (Roma);
 Società Autoservizi, Palombara Sabina (Roma);
 Soc. Autolinee Salernitane (SAS), Cava dei Tirreni (Salerno);
 SCIA Società per azioni, Sassari;
 Società Briano Astengo, Savona;

Ditta f.lli Golino, Palazzolo Acreide (Siracusa);

Ditta Emanuele Giuseppe Golino, Siracusa;

Soc. Autoservizi Pachino (SAP), Pachino (Siracusa);

Soc. Autolinee Tarantine (SAT), Taranto;

Soc. Romanelli e Compagni, Teramo;

Soc. ALPA, Ivrea (Torino);

Ditta Giovanni Soffetti, Torino;

Soc. SADEM, Torino;

Soc. f.lli Salvo Di Salvo e C.; Marsala (Trapani);

Soc. Ferrovia Rovereto-Riva, Riva (Trento);

Autoservizi Vittorio Sergas, Trieste;

Soc. Aziende Riunite Autoservizi (SARA) Trieste;

Soc. ASTAR - Trieste;

Soc. « La Carsica » Autoservizi - Trieste;

Soc. Servizi Automobilistici Periferici (SAP) Trieste;

Soc. SAITA - Udine;

Soc. Gen. Esercizi Automob. Azienda Friulana (SGEA) Udine;

Soc. Collavini Attilio - Udine;

Soc. Trasporti Orientali Verbano (SATOV) Bardello (Varese);

Soc. AIR - Pulmann, Gallarate (Varese);

Soc. Autoservizi Giuliani, Laudi e C.; Varese;

Soc. Autoservizi FAP, San Donà di Piave (Venezia);

Soc. Autoservizi Brusutti Gino, San Donà di Piave (Venezia);

Autoservizi Valpantena (SAV) Verona;

Soc. Igino Garbini - Viterbo;

7) Le Casse Mutue Provinciali di malattia di Trento e di Bolzano;

8) Cassa Mutua integrativa per i dipendenti della RAI-TV;

9) Le seguenti Casse Marittime per gli infortuni sul lavoro e le malattie:

Cassa Marittima Meridionale per gli infortuni sul lavoro e le malattie - Napoli;

Cassa Marittima Tirrena per gli infortuni sul lavoro e le malattie - Genova;

Cassa Marittima Adriatica per gli infortuni sul lavoro e le malattie - Trieste;

10) I seguenti Fondi di assistenza sanitaria per i dirigenti di aziende industriali e per i dirigenti di aziende commerciali e di trasporto e spedizione;

Fondo di assistenza sanitaria per i dirigenti di aziende industriali;

Fondo di assistenza sanitaria per i dirigenti di aziende commerciali e di trasporto e spedizione;

11) Le seguenti organizzazioni mutualistiche autonome di dipendenti da Enti Locali:

Mutua autonoma Amministrazione Provinciale di Milano;

Mutua autonoma Pio Istituto Santa Corona di Pietra Ligure;

Ospedale Civile Santa Maria del Parto di Feltre;

Istituti Ospedalieri e di Ricovero della Città di Crema;

Ospedale di Sant'Anna ed Uniti LL. PP. di Como e Camerlata;

Ospedale di Circolo di Varese;

Amministrazione Ospedali ed Opere Pie Riunite di San Remo;

Arcispedale S. Anna di Ferrara;

Ospedale Maria Vittoria di Torino;

Istituto di Beneficenza EPPI di Portomaggiore;

Ospedale S. Matteo di Pavia;

Ospedali Psichiatrici di Torino;

Ospedale Fatebenefratelli e Fatebenesorelle Ciceri Agnesi di Milano;

Ospedale Maggiore della Carità di Novara;

Ospedale Civile di Legnano;

Ospedale Maggiore di Lodi;

Istituti Ospedalieri Carlo Poma di Mantova;

Istituti Ospedalieri di Milano;

Ospedale di Circolo di Busto Arsizio;

- | | |
|---|--|
| <p>Ospedale Santo Spirito di Casale Monferato;</p> <p>Istituti Ospedalieri di Cremona;</p> <p>Ospedale Civile di Gorizia;</p> <p>Ospedale di Circolo di Lecco;</p> <p>Opere Pie Ospedaliere di Alessandria;</p> <p>Ospedale degli infermi di Biella;</p> <p>Amministrazione Ospedali Civili di Brescia;</p> <p>Ospedali Riuniti di Parma;</p> <p>Ospedale Maggiore S. Giovanni di Torino;</p> <p>Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano;</p> <p>Ospedale Civile di Adria;</p> <p>Ospedale Civile Santa Croce di Cuneo;</p> <p>Ospedale San Gerardo dei Tintori del Circolo di Monza;</p> <p>Ospedale Infantile Cesare Arrigo di Alessandria;</p> <p>12) Casse Mutue di malattia per i coltivatori diretti;</p> | <p>13) Casse Mutue di malattia per gli artigiani;</p> <p>14) Casse Mutue di malattia per gli esercenti attività commerciali;</p> <p>15) Ente Nazionale di assistenza per agenti e rappresentanti di commercio (ENASARCO);</p> <p>16) Opera Nazionale Invalidi di Guerra (ONIG);</p> <p>17) Opera Nazionale Pensionati d'Italia (ONPI);</p> <p>18) Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia (ONMI);</p> <p>19) Istituto Nazionale di Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL);</p> <p>20) Ente Nazionale Prevenzione Infortuni (ENPI);</p> <p>21) Ente autonomo gestione aziende termali (EAGAT);</p> <p>22) Associazione Nazionale Controllo della Combustione (ANCC).</p> |
|---|--|

TABELLA B

Istituti, Enti ed organismi dei quali l'attività sanitaria o di prevenzione antinfortunistica deve essere trasferita al Servizio sanitario nazionale:

- 1) Ente Nazionale di Previdenza e di Assistenza per gli impiegati dell'agricoltura (ENPAIA);
- 2) Ente Nazionale di Previdenza e di Assistenza per i lavoratori dello Spettacolo (ENPALS);
- 3) Istituto Nazionale di Previdenza dei Giornalisti Italiani (INPGI);
- 4) Ente Nazionale di Previdenza e di Assistenza per i dipendenti statali (ENPAS);
- 5) Istituto Nazionale di Assistenza per i dipendenti da Enti Locali (INADEL);
- 6) Ente Nazionale di Previdenza per i dipendenti da enti di diritto pubblico (ENPDEP);
- 7) I seguenti enti dei professionisti e degli artisti:
Ente Nazionale di Previdenza e di Assistenza Medici;

Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Ostetriche;

Ente Nazionale di Previdenza e di Assistenza Farmacisti;

Ente Nazionale di Previdenza e di Assistenza Veterinari;

Cassa Nazionale di Previdenza e di Assistenza Avvocati e Procuratori;

Cassa Nazionale per il Notariato;

Cassa Nazionale di Previdenza e di Assistenza Geometri;

Cassa Nazionale di Previdenza e di Assistenza Ingegneri, Architetti;

Cassa Nazionale di Previdenza e di Assistenza Dottori Commercialisti;

Cassa Nazionale di Previdenza e di Assistenza Ragionieri e Periti Commerciali;

Casse Nazionali di Previdenza e di Assistenza per Pittori, Scultori, Musicisti, Scrittori, Autori drammatici;

8) Istituto Nazionale della Previdenza sociale;

9) Ispettorato del lavoro.