

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3771

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**DE LORENZO, BIGNARDI, MALAGODI, GIOMO, QUILLERI,
ALESI, ALESSANDRINI, ALPINO, ALTISSIMO, BADINI CON-
FALONIERI, BASLINI, BOZZI, CATELLA, COTTONE, DU-
RAND de la PENNE, FERIOLI, GEROLIMETTO, MAZZA-
RINO, PAPA, SERRENTINO**

Presentata il 16 maggio 1975

Istituzione del Servizio sanitario pubblico

ONOREVOLI COLLEGHI! — Sono ormai note a tutti le carenze esistenti nel quadro e nell'organizzazione sanitaria del paese che rendono il sistema sanitario vigente non più rispondente alle esigenze della collettività che tende al raggiungimento di un compiuto sistema di sicurezza sociale. Carenze di ordine qualitativo e quantitativo, distributivo e tecnico, aggravate dalla stagnazione dell'igiene sociale e della medicina preventiva, dall'arretratezza negli strumenti e nelle strutture sanitarie pubbliche e, infine, dall'irrazionalità e dispersione della spesa pubblica per la sanità.

Da qui la necessità sentita e riconosciuta da tutti di una riforma sanitaria generale capace, al tempo stesso, di assecondare e promuovere la crescita del paese, attuando una assistenza sanitaria intesa modernamente, avente cioè come scopo fondamentale quello di promuovere e difendere la salute come supremo bene dell'individuo e della società.

Queste nuove esigenze hanno trovato presso altri paesi socialmente avanzati totale o parziale applicazione concreta nell'estensione della protezione sanitaria a tutti indistinta-

mente i cittadini. Nel nostro paese, invece, fino ad ora esse sono rimaste un'enunciazione della Carta costituzionale, nonostante l'impegno delle varie forze politiche e sociali, ribadito costantemente nell'arco di un decennio, per la realizzazione della riforma.

Ma oltre che per ovviare alle contraddizioni del sistema vigente e soddisfare l'esigenza di crescita della società e di un nuovo modo di salvaguardare la salute del cittadino, la riforma sanitaria è necessaria ed urgente sia a causa del costo elevato, sproporzionato alle prestazioni fornite dall'attuale struttura, sia per evitare, in assenza di una legge-quadro di riforma, che le singole Regioni, aventi potestà legislativa in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, attuino ciascuna per proprio conto un nuovo sistema di protezione sanitaria, creando eventuali inammissibili sperequazioni nella tutela sanitaria dei cittadini da regione a regione. Ciò tanto più che, com'è noto, dal 1° gennaio 1975 a seguito della legge 17 agosto 1974, n. 386, è stato addossato alle Regioni il carico dell'assistenza ospedaliera come avvio, irreversibile, della riforma sanitaria.

Quando si parla dell'eccessivo costo amministrativo degli attuali interventi pubblici nel campo dell'assistenza sanitaria, il discorso cade inevitabilmente sul sistema mutualistico. Non c'è dubbio che a tale sistema deve essere dato ampio riconoscimento positivo per quello che esso è stato e ha rappresentato per lunghi anni. Esso ha consentito a sempre più larghe fasce di lavoratori e di pensionati la copertura dei rischi e delle spese di malattia, contribuendo in maniera determinante al diffondersi di una nuova coscienza sanitaria. Tuttavia, è altrettanto fuori di dubbio il fatto che tale sistema, concentrato nel momento diagnostico-terapeutico, si è gradatamente ridotto a meccanismo erogativo e ripetitivo di prescrizioni e ricette e moltiplicativo di ricoveri e interventi ospedalieri svilendo, nella maggior parte dei casi, la qualità stessa delle prestazioni sanitarie e dimostrandosi, quindi, sempre più inidoneo ad assicurare a tutti indistintamente i cittadini il conseguimento della tutela sanitaria e della promozione della salute.

Per questo è da tempo universalmente riconosciuta la necessità di dare vita ad un servizio sanitario che tenga conto della competenza regionale nella gestione della sanità e che abbia come scopo principale l'estensione a tutti i cittadini della protezione sanitaria nei tre momenti della prevenzione, cura e riabilitazione. Un servizio, comunque, che non si concretizzi in un semplice mutamento di etichette ma investa ogni settore dell'assistenza sanitaria pubblica per introdurre unicità di organismi e indirizzi ed un'assistenza efficiente e qualificata.

Il presente progetto di legge tende, appunto, alla istituzione di un siffatto servizio sanitario, avendo come presupposti:

gli orientamenti di massima della riforma sin qui espressi dalle varie commissioni di studio *ad hoc* istituite dai governi in carica negli ultimi anni;

i provvedimenti di avvio della riforma di cui alla legge 17 agosto 1974, n. 386;

i principi e i criteri ritenuti fondamentali per il rispetto dei diritti dei cittadini, per la qualificazione dell'assistenza sanitaria e per l'effettiva realizzazione della riforma.

Tra tali principi e criteri vi sono, in particolare, i seguenti:

a) uniformità ed eguaglianza delle prestazioni sanitarie. La uniformità delle prestazioni va intesa nel senso che tutti i cittadini debbono avere a loro disposizione le stesse strutture e lo stesso tipo di presidi sanitari

pubblici. L'uguaglianza, nel senso che tutti i cittadini debbono avere diritto da parte del servizio sanitario pubblico a prestazioni uguali nella qualità e nella quantità;

b) diritto di libera scelta del medico e del luogo di cura. Il rapporto di fiducia tra medico e malato, profondamente umano e coinvolgente sentimenti e situazioni complesse che sono assolutamente estranei a freddi meccanismi burocratici, è essenziale per qualunque riforma sanitaria si voglia attuare. La libertà di scelta del luogo di cura è, al tempo stesso, la logica conseguenza del diritto di libera scelta del medico, che altrimenti verrebbe vanificato, e della norma costituzionale che impone il rispetto della persona umana nella tutela della salute (articolo 32 della Costituzione);

c) libertà professionale del medico di diagnosi e cura extraospedaliera inserito nel servizio sanitario. Tale riconoscimento si rende indispensabile per qualificare la medicina e il singolo atto medico ed evitare che, di fatto, venga ad instaurarsi una medicina per le classi abbienti ed una medicina per quelle meno favorite. Inoltre, il diritto di libertà di scelta per il cittadino del medico e del luogo di cura ed il diritto di autonoma responsabilità professionale del medico di diagnosi e cura danno sostanza al rapporto di fiducia tra medico curante e paziente che, come si è già detto, deve ritenersi essenziale per qualunque riforma sanitaria si voglia attuare;

d) fiscalizzazione degli oneri per l'assistenza sanitaria. Il costo complessivo dell'assistenza sanitaria deve essere sostenuto dallo Stato e coperto con prelievo fiscale, di modo che i cittadini contribuiscano al finanziamento del servizio sanitario a seconda della propria capacità contributiva. Tale criterio è una diretta conseguenza della sostituzione del concetto di solidarietà sociale — su cui deve necessariamente poggiare l'istituzione di un servizio sanitario inteso nel senso già delineato — a quello della mutualità, proprio del sistema mutualistico che s'intende eliminare in quanto non più rispondente alle nuove esigenze e prospettive. La fiscalizzazione degli oneri, però, non può e non deve prescindere dal criterio di responsabilizzazione dell'assistito, specialmente per quello che riguarda il prelievo dei medicinali; invero, il chiamare i cittadini fruitori di certe prestazioni sanitarie ad un contributo, sia pure modesto, ha un importante valore morale, appunto di responsabilizzazione, ma è anche di remora agli sprechi, con conseguenti benefici economici per il costo del servizio;

e) autonomia giuridica degli enti ospedalieri e delle unità sanitarie locali.

L'autonomia giuridica degli enti ospedalieri va interpretata nell'ordinamento statale ed in quello regionale. Invero l'assistenza ospedaliera è collegata all'ordinamento statale ed a quello regionale secondo il principio dell'articolazione pluralistica delle istituzioni pubbliche nel contesto della « Repubblica, una e indivisibile » che « riconosce e promuove le autonomie locali » e « adegua i principi ed i metodi della sua legislazione alle esigenze dell'autonomia e del decentramento » (articolo 5 della Costituzione), nel rispetto reciproco dei propri ordinamenti e nella loro vicendevole compenetrazione come metodo democratico di sviluppo. L'autonomia giuridica di tali enti va mantenuta anche nel contesto dell'attuazione di un servizio sanitario pubblico al posto del vigente sistema, tanto più che tale autonomia è ormai chiaramente orientata verso i moderni metodi e criteri organizzativi di un servizio pubblico. Il mantenimento di essa è voluto da motivi che si potrebbero definire di natura prevalentemente giuridica e da motivi di natura prevalentemente pratica.

Tra i motivi di natura giuridica, si ricordano: la necessità di attenersi al principio del decentramento amministrativo nel sistema delle autonomie previste dalla Costituzione; la necessità di dare maggiore concretezza ed aderenza alla realtà alla programmazione nazionale e regionale; la necessità che le decisioni degli ospedali — siano essi regionali, provinciali o di zona — siano prese all'interno dei medesimi per affrontare tempestivamente le continue esigenze della complessa organizzazione ospedaliera, anche per evitare che le decisioni stesse vengano tradotte in provvedimenti concreti in tempi prolungati (come avviene, ad esempio, negli ospedali psichiatrici alle dipendenze delle province).

Tra i motivi di natura pratica si evidenzia, in particolare, il fatto che l'ospedale, anche quello di base, ha un *Hinterland* che difficilmente potrebbe corrispondere a quello proprio di una sola Unità sanitaria locale. Nell'ipotesi, ad esempio, che l'ospedale debba servire la popolazione di più Unità sanitarie locali sarebbe oltretutto assai difficile stabilire da quale di queste esso dovrebbe giuridicamente dipendere. Inoltre è da tenere presente che la funzionalità dei presidi ospedalieri non può essere fatta dipendere dalla funzionalità degli altri presidi sanitari locali, quali le Unità sanitarie locali. Perché se questi dovessero in ipotesi funzionare male

o, comunque, in maniera insoddisfacente, ne risentirebbero i servizi ospedalieri creando inammissibili vuoti nell'erogazione delle prestazioni.

Di conseguenza, il mantenimento dell'autonomia degli ospedali rappresenta sotto tutti gli aspetti la soluzione migliore nel quadro dell'istituendo servizio sanitario nell'organizzazione del quale l'ospedale deve rappresentare un valido strumento tecnico.

Le Unità sanitarie locali — per generale convincimento, dati anche alcuni esempi di organizzazione sanitaria esistenti presso altri paesi ai quali si sono ispirati da oltre un decennio gli studi delle varie commissioni di studio ufficiali appositamente istituite in tale arco di tempo — devono rappresentare lo strumento operativo di base per dare ai cittadini l'assistenza sanitaria curativa non rientrando nei compiti dell'ospedale e per svolgere compiti di prevenzione e riabilitazione, essenziali per una protezione sanitaria globale, efficace e intesa in senso moderno. Si discute se tali Unità sanitarie locali, alle quali si riconosce comunque l'autonomia tecnico-amministrativa, debbano essere organi della regione o del comune, oppure se debbano avere un'autonomia giuridico-istituzionale e, quindi, personalità giuridica propria. A nostro avviso questa ultima tesi deve ritenersi la più conveniente all'istituzione di un servizio sanitario pubblico. Tra l'altro perché, come nel caso dell'autonomia degli ospedali che noi consideriamo essenziale, l'autonomia delle Unità sanitarie locali si inquadra nel sistema costituzionale delle autonomie locali e del decentramento; evita il formarsi di rapporti burocratici e gerarchici, che non si addicono all'organizzazione dell'assistenza sanitaria; evita o quanto meno attenua ogni forma di lottizzazione politica ed ogni tentativo da parte delle forze politiche di appropriarsene come nuova forma di gestione. L'autonomia giuridica delle Unità sanitarie locali, inoltre, rappresenta il sistema migliore per limitare le strutture e gli apparati amministrativi al minimo indispensabile e privilegiare al massimo le strutture tecnico-sanitarie, nel quadro della situazione socio-economica esistente nella circoscrizione propria di ogni singola Unità sanitaria locale. L'autonomia giuridica, insomma, ci sembra che sia la condizione indispensabile per creare degli organismi, le Unità sanitarie locali, agili e capaci di penetrare a fondo e con profitto nel tessuto connettivo del paese;

f) ammissione dell'assistenza indiretta. Si ritiene indispensabile riconoscere a tutti

indistintamente i cittadini il diritto di ottenere dal servizio pubblico un rimborso medio, al posto della prestazione sanitaria diretta, dell'analogha prestazione che essi si siano procurata autonomamente a proprie spese. È evidente che in presenza di una protezione sanitaria pubblica qualificata ed efficiente al punto da soddisfare per intero le esigenze della collettività, in ogni tempo e in ogni luogo del territorio nazionale, il ricorso all'assistenza indiretta sarà pressoché sulla carta, come mero diritto del cittadino. Per converso, è altrettanto evidente che quanto più la protezione sanitaria pubblica è inefficiente e scarsamente qualificata tanto più forte sarà il ricorso dei cittadini alle prestazioni sanitarie private e, quindi, all'esercizio del diritto al rimborso di una parte almeno della spesa sostenuta per le prestazioni stesse. Ne consegue che l'ammissione del criterio dell'assistenza indiretta nell'istituendo sistema sanitario pubblico funzionerà da stimolo per un continuo miglioramento delle prestazioni sanitarie pubbliche, mentre la sua esclusione inevitabilmente porterebbe ad un sistema sanitario adagiato su *standards* minimi, privo di stimoli migliorativi e di alternative di scelte.

L'introduzione del criterio dell'assistenza indiretta, specialmente se considerata in stretto rapporto con il problema dei livelli dell'assistenza pubblica, implica necessariamente l'accoglimento di forme di mutualità spontanea, a completo carico di coloro che vorranno farvi ricorso, per integrare le prestazioni concesse dal sistema. La salute è un bene troppo prezioso perché chi vi ha interesse non vi possa dedicare più cure e più mezzi di quanti gliene possa offrire mediamente il servizio sanitario pubblico, specialmente se tale servizio non potrà (cosa certa nei primi anni di vita) soddisfare che le esigenze medie. Pertanto, nel quadro dell'istituenda riforma sanitaria ci deve essere spazio per strutture volontarie complementari dirette al soddisfacimento di maggiori esigenze, specialmente se già acquisite sotto l'imperio del regime mutualistico obbligatorio;

g) la partecipazione dei cittadini alla vita ed ai controlli dell'attività di ciascuna Unità sanitaria locale, tramite un apposito consiglio sanitario di base, composto oltre che da cittadini assistiti anche da operatori sanitari dell'Unità sanitaria locale stessa. La partecipazione dei cittadini rappresenta, se non strumentalizzata a fini politici o di parte, un'esigenza genuina di democrazia;

h) attuazione graduale della riforma. La riforma, cioè, deve essere attuata per tappe successive, prestabilite, allo scopo di ripartirne il costo in un arco di tempo relativamente breve. Le singole scadenze come la scadenza finale non debbono, però, essere rigide, ma eventualmente prorogabili. Ciò, non per mandare alle lunghe una riforma essenziale per la crescita del paese e per la stabilizzazione della democrazia, ma per fare in modo che essa si attui gradualmente e compiutamente con le risorse economiche che potranno essere effettivamente destinate allo scopo, senza pregiudicare la realizzazione di altri programmi o riforme ugualmente essenziali per il paese. Tanto più che il costo della riforma, di cui sono state fatte molte ipotesi, ha bisogno di essere riscontrato dalla realtà e la grave crisi economica che investe il paese non si sa se e quando potrà evolvere in senso positivo.

* * *

L'articolo 1 della presente iniziativa legislativa fissa i principi ed i compiti propri dell'istituendo servizio sanitario. Generalmente e nello stesso disegno di legge governativo Camera n. 3207 tale servizio viene individuato come Servizio sanitario nazionale. Date le polemiche nate circa il significato e la portata del termine « nazionale » e tenuto, altresì, conto del fatto che tale Servizio deve essere necessariamente inserito nel quadro del sistema regionale, avendo le Regioni potestà legislativa in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, si è ritenuto opportuno sostituire al termine « nazionale » quello « pubblico ». Tanto più che tale termine non contraddice minimamente il criterio di uniformità e di uguaglianza della tutela sanitaria pubblica nei riguardi di tutti i cittadini.

Tale articolo, inoltre, stabilisce i compiti del Servizio, ispirati alla globalità della tutela sanitaria e sancisce in maniera inequivocabile:

il diritto di libera scelta del medico e del luogo di cura;

il diritto all'assistenza medica, generica e specialistica, e ospedaliera in forma indiretta;

forme di assistenza volontaria gratuita agli ammalati ed ai minorati.

L'articolo 2, riguardante la struttura e le attività del Servizio sanitario pubblico, precisa che il medesimo deve intendersi costituito non solo dal complesso delle strutture

sanitarie pubbliche, ma anche da quelle private che si convenzionano, nei modi previsti, con il Servizio sanitario stesso. Tale disposizione, in sostanza, mira ad inserire le strutture sanitarie private convenzionate nel contesto del Servizio sanitario pubblico e non a porle a margine di esso, come vorrebbero (e soltanto perché si è costretti a riconoscere che c'è assoluto bisogno di esse) quanti reclamano norme « punitive » per l'assistenza sanitaria privata. Le strutture sanitarie private, non bisogna dimenticarlo, hanno avuto il merito di avere supplito e di supplire tuttora in larghe zone del nostro paese alla deficienza delle strutture sanitarie pubbliche e sono destinate ad esercitare ancora per molto tempo una funzione insostituibile di integrazione delle strutture medesime.

Il Capo II e il Capo III delineano la strutturazione del Servizio sanitario pubblico rispettivamente a livello centrale e a livello regionale, in ossequio alla ripartizione delle competenze stabilite dalla Costituzione. A livello centrale, le competenze sono ripartite tra il Ministro della sanità, affiancato o meno da altri ministri od organismi vari, il Consiglio dei ministri e l'Amministrazione sanitaria centrale (articolo 3). In sostanza, le competenze governative e dell'Amministrazione centrale mirano a soddisfare l'esigenza che sia lo Stato a formulare gli indirizzi della politica sanitaria generale, a predisporre i piani sanitari nazionali o interregionali, a fissare i livelli dei bisogni sanitari da soddisfare, a coordinare ed indirizzare le attività sanitarie rispondenti ad esigenze di carattere unitario o ad impegni internazionali e, infine, ad impartire direttive alle Regioni per attività ad esse delegate. Ciò allo scopo di rendere effettiva l'esigenza di dare a tutti indistintamente i cittadini gli stessi diritti e le stesse possibilità nel campo della tutela sanitaria.

Al Consiglio dei ministri, inoltre, viene attribuita la determinazione dei parametri relativi al riparto alle Regioni sia del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera di cui alla legge 17 agosto 1974, n. 386, sia del Fondo sanitario nazionale di cui si prevede, nell'articolo 34 della presente iniziativa, l'istituzione. Al CIPE, invece, viene affidata la verifica annuale dell'andamento della gestione del Fondo sanitario nazionale e dei livelli qualitativi e quantitativi di assistenza sanitaria assicurati sull'intero territorio nazionale.

L'articolo 4 prevede la ristrutturazione del Consiglio superiore di sanità allo scopo di trasformarlo, nel quadro della nuova orga-

nizzazione sanitaria, in un organo consultivo tecnico del Ministero della sanità e di far sì che i suoi componenti siano scelti esclusivamente in base a competenze tecnico-scientifiche.

L'articolo 5 istituisce il Consiglio centrale per il Servizio sanitario pubblico, con compiti di studio, proposte e consulenza al Ministero della sanità, tra l'altro circa gli indirizzi della politica sanitaria generale ed i livelli dei bisogni da soddisfare. Esso è composto da rappresentanti delle Regioni, dai rappresentanti dei medici di diagnosi e cura del Servizio, da altri operatori sanitari, da esperti nelle scienze mediche, giuridiche ed economico-finanziarie, da componenti del CNEL e da rappresentanti di alcuni ministeri. Esso è presieduto dal Ministro della sanità e dura in carica cinque anni.

A livello regionale ciascuna Regione organizza il servizio sanitario a mezzo dei servizi ospedalieri e delle Unità sanitarie locali. L'articolo 6 prevede l'istituzione del Consiglio regionale per il Servizio sanitario pubblico, con compiti di consulenza alla Regione. La consulenza è resa obbligatoria in occasione della formulazione degli indirizzi sanitari a livello regionale, della fissazione dei livelli di ripartizione del Fondo sanitario regionale assegnato alla Regione e degli stanziamenti, sempre a livello regionale, per l'assistenza ospedaliera. Anche nel Consiglio sanitario regionale è assicurata la partecipazione degli operatori sanitari del Servizio, di esperti nel settore sanitario e giuridico e di rappresentanti degli assistiti. Per questi ultimi è prevista l'elezione diretta da parte dei cittadini maggiorenni residenti nella Regione. L'elezione diretta, anche in considerazione della partecipazione attuata nell'ambito della scuola pubblica, si ritiene il sistema più idoneo per consentire la democratizzazione del Servizio sanitario e la conseguente responsabilizzazione dei cittadini alla formulazione e attuazione della tutela sanitaria che il Servizio sanitario pubblico è tenuto a dare.

Gli articoli dall'8 al 10 compreso riguardano i servizi e l'assistenza ospedalieri. Gli enti ospedalieri e gli altri ospedali classificati, in ossequio ai principi di fondo cui ci si è ispirati e dei quali si è già detto in precedenza, conservano la personalità giuridica e l'autonomia amministrativa e di spesa degli stanziamenti ad essi assegnati. Per quello che riguarda l'assistenza ospedaliera, nell'articolo 10 si riconosce al cittadino, il diritto di scegliere l'ospedale, o l'istituto con-

venzionato con il Servizio, in qualunque parte del territorio nazionale, indipendentemente o meno dal motivo di ricovero urgente. Poiché, tuttavia, ciascuna Regione riceve per l'amministrazione della salute finanziamenti rigidi, in base ad elementi vari tra i quali anche quello del numero dei cittadini, è indispensabile che si ponga in essere un meccanismo di compensazione di spese tra la Regione che ha in « carico » il cittadino e quella che lo ha visto ricoverato in un presidio ospedaliero trovantesi nell'ambito territoriale proprio. I criteri per regolare tali rapporti economici saranno stabiliti annualmente con decreto del Ministro della sanità, di concerto con quello del tesoro e sentito il Consiglio centrale per il Servizio sanitario pubblico.

Inoltre, al cittadino che si ricovera in un istituto ospedaliero o in una casa di cura privata che sia completamente al di fuori del Servizio sanitario pubblico è riconosciuto il diritto al rimborso di una somma di denaro nella misura corrispondente alla spesa media sostenuta dalla Regione per prestazioni analoghe in una casa di cura privata convenzionata con la Regione stessa.

Infine, si prevede che gli ospedali pubblici debbono disporre del maggior numero possibile di posti-letto in stanze singole, in parte delle quali dovrà essere consentito il ricovero dei cittadini che non intendono usufruire delle prestazioni ospedaliere offerte dal Servizio pubblico. In tale caso ai medesimi spetterà solo il rimborso della spesa nella stessa misura di cui si è detto sopra.

Gli articoli dal 12 al 20 compreso riguardano le Unità sanitarie locali e, più in particolare, la loro costituzione e natura giuridica, i loro organi e le loro strutture e compiti, nonché l'assistenza — preventiva, curativa, riabilitativa e farmaceutica — da esse erogata.

Come si è già detto illustrando i motivi di fondo che sono alla base della riforma sanitaria prevista nella presente iniziativa, la tutela sanitaria globale cui è tenuto il Servizio sanitario pubblico deve esplicarsi da un lato tramite i servizi ospedalieri, per le cure che richiedono il ricovero ospedaliero, dall'altro lato tramite organismi di base detti (in ossequio ai più comuni orientamenti dottrinari) Unità sanitarie locali, abilitate, in un determinato ambito territoriale, ad ogni forma di assistenza di tipo curativo e riabilitativo extra ospedaliera ed a prestazioni di medicina preventiva e di sanità pubblica.

Come l'ente ospedaliero, così anche l'Unità sanitaria locale viene configurata come un

organismo avente personalità giuridica pubblica e autonomia amministrativa e di spesa e, quindi, al pari dell'ospedale, come un organismo autonomo nell'ambito delle proprie competenze e nel quadro della politica sanitaria tracciata dalla Regione in cui essa gravita. Sulla opportunità e necessità di tale configurazione si è detto nella prima parte della presente relazione, alla quale si rinvia.

Circa l'ambito territoriale dell'Unità sanitaria locale l'articolo 12 ne fissa la corrispondenza con il territorio del comune, con il territorio di più comuni o con una parte del territorio di un comune, a seconda dell'ampiezza della circoscrizione territoriale del comune o dei comuni interessati, in conformità al principio che l'Unità sanitaria locale deve servire gruppi di popolazione tra i 100 mila ed i 200 mila abitanti residenti, salvo limiti più bassi per zone che hanno una popolazione sparsa, come ad esempio quelle montane. A stabilire il numero esatto del gruppo di popolazione da servire entro i limiti citati saranno i criteri geomorfologici e socio-economici delle zone interessate.

Gli articoli 13 e 14 stabiliscono, rispettivamente, gli organi (consiglio di amministrazione, presidente e consiglio consultivo dei sanitari) e lo statuto tipo delle Unità sanitarie locali.

Per quello che riguarda la composizione del consiglio d'amministrazione, è prevista l'elezione dei membri del consiglio stesso. Tali membri vengono eletti in parte da o dai consigli comunali interessati e in parte dal consiglio regionale, tra persone estranee ad essi allo scopo di spoliticizzare al massimo l'organo deliberante dell'Unità sanitaria locale e, nel contempo, rendere possibile l'elezione a consigliere di amministrazione di cittadini tecnicamente e professionalmente qualificati. Per ciò che concerne gli altri organi è prevista una normativa sostanzialmente simile a quella vigente per gli enti ospedalieri.

L'articolo 15 fissa la struttura funzionale tipica dell'Unità sanitaria locale ed i compiti della medesima. Tra i servizi previsti, quelli per la prevenzione, per la riabilitazione, per la cura delle malattie domiciliare e ambulatoriale, per l'igiene e sanità pubblica (quando un'attività igienico-sanitaria viene delegata dallo Stato alla Regione in cui opera l'Unità sanitaria locale) e per l'assistenza sociale. Quest'ultimo servizio rappresenta una realtà in Inghilterra al cui modello di organizzazione sanitaria pubblica si sono maggiormente ispirati gli studi di riforma

condotti negli ultimi anni nel nostro paese. Esso è diretto a dare — gratuitamente soltanto ai non abbienti — assistenza sociale alle gestanti e alle puerpere, alle madri nubili ed alle persone anziane affette da malattie croniche ed a dare indirettamente aiuti domestici alle famiglie che li chiedono a causa di malattia. In Inghilterra il servizio degli aiuti domestici viene fornito impiegando principalmente dei lavoratori domestici a tempo parziale. Gli enti sanitari delle amministrazioni locali chiedono poi alle persone assistite un rimborso nella misura che si ritiene adeguata alle loro possibilità; a coloro che dispongono di mezzi esigui il servizio stesso viene fornito gratuitamente. Nulla impedisce che qualcosa di simile si faccia in Italia se si vuole dare un senso veramente sociale alla nuova organizzazione sanitaria pubblica che tutti ritengono indispensabile. A ciò tende, appunto, quanto previsto dalla presente iniziativa che intende per il momento creare almeno i presupposti più importanti per l'attuazione di traguardi sociali nuovi allacciati direttamente o indirettamente allo stato della salute del cittadino come singolo e come membro della famiglia.

L'articolo 15, inoltre, attribuisce all'Unità sanitaria locale il compito di provvedere alla profilassi e vigilanza igienico-sanitaria, alla tutela della madre e del bambino, alla medicina scolastica, all'educazione sanitaria della collettività, all'igiene e sanità del lavoro e all'igiene e sanità delle abitazioni.

Presso ogni Unità sanitaria locale è prevista, dall'articolo 16, l'istituzione di un Consiglio sanitario di base con compiti di impulso e iniziativa circa la politica sanitaria da svolgere da parte dell'Unità sanitaria locale e di controllo circa l'attuazione di tali indirizzi. A tale Consiglio è prevista la partecipazione degli operatori sanitari dell'Unità sanitaria locale e degli assistiti, eletti questi ultimi dai cittadini maggiorenni che risiedono nella circoscrizione su cui opera l'Unità sanitaria locale. Attraverso questo organismo dovrà attuarsi la partecipazione di tutti coloro che sono interessati al migliore funzionamento dell'Unità sanitaria locale, operatori sanitari e cittadini, e, quindi, realizzarsi la democratizzazione all'interno del nuovo sistema sanitario pubblico.

Gli articoli 17, 18 e 19 riguardano rispettivamente l'assistenza sanitaria preventiva, curativa e riabilitativa. L'assistenza sanitaria preventiva costituisce senza dubbio una delle novità di maggiore rilievo dell'istituendo servizio sanitario, data l'enorme impor-

tanza che la prevenzione, disattesa dal sistema mutualistico, ha sia per la tutela della salute del singolo cittadino sia per gli interessi sanitari, sociali ed anche economici delle collettività. In considerazione di ciò si sono volute indicare in maniera specifica nel secondo comma dell'articolo 17 le attività e le malattie che l'opera di prevenzione deve in particolare riguardare. Circa l'assistenza sanitaria curativa è previsto che le prestazioni sanitarie devono essere date secondo i livelli previsti per il servizio sanitario, senza pregiudicare, però, il trattamento eventualmente più favorevole attualmente concesso dagli enti o casse mutualistiche ai propri assistiti. Questo criterio, introdotto sia pure in via transitoria (fino alla data di entrata in vigore della riforma sanitaria) e limitatamente all'assistenza ospedaliera dalla legge 17 agosto 1974, n. 386, con la quale si è dato l'avvio alla riforma sanitaria, non vuole certamente attuare una discriminazione, che del resto sarebbe in contrasto con i principi di uniformità ed uguaglianza che informano l'istituendo Servizio sanitario pubblico, ma vuole soltanto evitare che peggiori, con l'entrata in funzione del Servizio medesimo, l'assistenza curativa erogata in costanza del regime di assicurazione obbligatoria. In altre parole, si vuole evitare che per larghe fasce di lavoratori l'immissione nel Servizio sanitario pubblico possa risolversi in un trattamento sanitario peggiore. Inoltre, nell'articolo 18, in conformità ai principi di fondo informativi della presente iniziativa, è previsto il diritto di libera scelta del medico generico e del medico specialista di diagnosi e cura convenzionati nell'ambito dell'Unità sanitaria locale del comune di residenza; il diritto alla assistenza indiretta; il diritto di servirsi di uno qualunque degli ambulatori e degli eventuali altri presidi dell'Unità sanitaria locale che operano nel territorio nazionale. È prevista, inoltre, l'assistenza medico-specialistica domiciliare quando all'assistito non sia possibile uscire dalla propria abitazione.

Per quello che riguarda l'assistenza farmaceutica (articolo 20) è prevista la partecipazione dell'assistito alla spesa farmaceutica mediante un contributo fissato ogni anno dal Ministro della sanità con proprio decreto, dal quale sono esclusi soltanto coloro che si trovano in situazioni particolari.

Il contributo dovrà essere modesto in quanto la sua *ratio* è soltanto quella di scoraggiare consumi farmaceutici che non siano indispensabili. Ciò, tra l'altro, per ovviare ai gravi inconvenienti che si sono avuti in pro-

posito nel sistema mutualistico. Per i prodotti di banco è prevista una spesa a totale carico degli assistiti.

Il Capo IV del presente progetto di legge riguarda il personale addetto al Servizio sanitario pubblico che, ad eccezione di quello medico di diagnosi e cura delle Unità sanitarie locali, viene inquadrato in ruoli organici della Regione competente per territorio. Le specificazioni dei ruoli organici e la fissazione dei principi informativi dello stato giuridico del personale stesso sono fatte negli articoli 25 e 26.

Di particolare rilievo è l'articolo 27. Esso, infatti, prevede che alle esigenze del servizio ambulatoriale e domiciliare, generico e specialistico, per la diagnosi e la cura delle malattie si può provvedere soltanto con medici liberi professionisti convenzionati, in armonia con quanto detto nella prima parte della presente relazione. La libertà professionale del medico di diagnosi e cura è indispensabile per avere una medicina qualificata nel nostro paese, tanto più indispensabile in quanto entro agosto-settembre del 1976 dovrà divenire operante la libera circolazione dei medici nella CEE. Sarebbe assai grave per noi se una dequalificazione della professione medica — che fatalmente farebbe seguito ad una eventuale burocratizzazione dei medici di diagnosi e cura — richiamasse nel nostro paese numerosi medici degli altri paesi della CEE.

Il Capo V riguarda i conti consuntivi di gestione degli ospedali e delle Unità sanitarie locali, i controlli della Regione ed il regolamento per la contabilità degli ospedali e delle Unità sanitarie locali. Le norme in esso contenute sono talmente ovvie e chiare da non avere bisogno di alcuna particolare elucidazione; esse, comunque, sono tutte ispirate a criteri di massima chiarezza, semplicità e serietà.

Gli articoli dal 32 al 37 compreso (Capo VI) riguardano il finanziamento del Servizio sanitario pubblico. Nell'articolo 32 sono precisati i criteri per la fiscalizzazione della spesa necessaria per fronteggiare gli oneri globali derivanti dal funzionamento del Servizio sanitario pubblico. Nell'articolo 33 sono previste le modalità di finanziamento fino a quando sarà completata la fiscalizzazione degli oneri sociali. L'articolo 34 prevede l'istituzione del Fondo sanitario nazionale per finanziare il Servizio sanitario pubblico per tutto quanto non riguarda l'assistenza ospedaliera, per la quale, come è noto, è operante il Fondo nazionale per l'assistenza

ospedaliera, di cui alla legge 17 agosto 1974, n. 336. L'opportunità di due fondi separati, quello nazionale e quello per l'assistenza ospedaliera è suggerita, tra l'altro, dall'autonomia dei servizi ospedalieri rispetto a quelli propri dell'Unità sanitaria locale. L'istituzione del Fondo sanitario nazionale per finanziare il Servizio sanitario pubblico è ritenuta preferibile al finanziamento mediante incrementi del « Fondo comune » e del « Fondo per il finanziamento dei programmi regionali di sviluppo » di cui alla legge 16 maggio 1970, n. 281. Oltre tutto, perché con i due Fondi di cui si è detto è possibile controllare più direttamente le spese sostenute per il finanziamento del Servizio sanitario e, quindi, la gestione del Servizio stesso, evitando in partenza qualunque possibilità per le Regioni di indirizzare gli stanziamenti ricevuti per il funzionamento del Servizio sanitario verso altre attività o scopi.

La determinazione annuale degli stanziamenti per il Fondo sanitario nazionale va fatta in relazione ai livelli dei bisogni sanitari extraospedalieri da soddisfare con il Servizio sanitario pubblico, livelli che dovranno essere fissati tenendo presente sia la necessità di non peggiorare gli attuali livelli qualitativi e quantitativi dell'assistenza data attualmente ai propri assicurati dagli enti mutualistici, sia la necessità di migliorare con gradualità le prestazioni sanitarie a livello più basso portandole al livello massimo, onde soddisfare il principio generale di uniformità, su tutto il territorio nazionale, per tutti i cittadini.

La ripartizione degli stanziamenti del fondo sanitario nazionale è fatta tra le Regioni a seguito della determinazione di appositi parametri da parte del Consiglio dei ministri e dalle Regioni per le proprie Unità sanitarie locali sulla base di parametri stabiliti con legge dalle Regioni stesse, detratte le spese occorrenti per l'amministrazione del personale di ruolo e di quello convenzionato con il Servizio sanitario pubblico.

Il Capo VII prevede: a) l'ammissione dell'assistenza volontaria da parte di enti privati e di singole persone ai malati ed ai minorati bisognosi, nelle forme e nei limiti che le Regioni dovranno stabilire; b) l'associazionismo volontario tra i medici di diagnosi e cura convenzionati con il Servizio sanitario pubblico operanti nell'ambito di una stessa Unità sanitaria locale allo scopo di incentivare centri sanitari capaci di assicurare assistenza ambulatoriale e domiciliare continua, senza intaccare il criterio di libera scelta del

medico. In Inghilterra questi centri sanitari dei medici di famiglia comprendono gruppi da tre a sei medici principali che impiegano congiuntamente il personale ausiliario. In alcune zone a tali centri o gruppi sanitari recentemente sono stati aggregati sanitari ausiliari (infermiere, levatrici e visitatrici sanitarie) dipendenti dagli uffici sanitari locali. Nulla impedisce che anche nel nostro paese, nel quadro della riforma, si provveda ad incoraggiare tali centri e, se funzionali e rispondenti alle esigenze della collettività, ad aggregare ad essi sanitari ausiliari così come avviene in Inghilterra con l'*HNS*; c) la mutualità spontanea ad integrazione delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario pubblico, a totale carico di coloro che costituiscono le associazioni mutualistiche *ad hoc*. Ciò tra l'altro per evitare che l'assistito venga a trovarsi con il Servizio sanitario pubblico in una specie di « trappola della salute », fuori della quale non vi sia alcuna possibilità di migliori prestazioni e dentro la quale tutto verrebbe ingiustificatamente livellato al basso.

L'attuazione del Servizio sanitario pubblico forma oggetto del Capo VIII, che comprende gli articoli dal 41 al 56. La piena attuazione del Servizio (che si concretizza con l'erogazione a tutta la popolazione dell'assistenza sanitaria nei modi e forme stabiliti) è prevista entro 7 anni dall'entrata in vigore della legge. Tale termine di scadenza è, però, indicativo in quanto può essere prorogato qualora le tappe fissate per l'attuazione graduale della riforma dovessero essere a loro volta rinviate per mancanza di risorse economiche da destinare alla loro realizzazione.

Le più importanti tappe della riforma previste sono le seguenti:

entro 30 giorni dall'entrata in vigore della legge: costituzione del Consiglio centrale per il Servizio sanitario pubblico; elenco dei farmaci ammessi e contributo di concorso alla spesa dell'assistito;

entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge: abolizione del limite di 180 giorni per l'assistenza sanitaria erogata dagli enti mutualistici; costituzione dei Consigli regionali per il Servizio sanitario pubblico;

un anno prima del termine previsto dal IV comma dell'articolo 12-*bis* della legge 17 agosto 1974, n. 386: statuto tipo e costituzione delle Unità sanitarie locali;

entro 60 giorni prima del termine di cui alla legge sopra citata: stipulazione del pri-

mo accordo nazionale riguardante il personale medico di diagnosi e cura delle Unità sanitarie locali;

entro 60 giorni dalla costituzione delle Unità sanitarie locali: prima istituzione dei Consigli sanitari di base;

entro il 1° luglio 1975: soppressione dell'ONMI;

dopo la costituzione delle Unità sanitarie locali e prima del termine sopra citato della legge n. 386 del 1974: scorporo dei servizi sanitari della CRI e riordinamento dell'associazione; trasferimento del patrimonio regionale dei presidi sanitari dei comuni e province e consorzi dei medesimi, degli enti e istituti pubblici a carattere nazionale o interregionale o locale erogatori di servizi di prevenzione, cura e riabilitazione non inseriti direttamente nel Servizio sanitario pubblico;

alla scadenza del termine sopra citato della legge n. 386 del 1974: erogazione da parte delle Unità sanitarie locali dell'assistenza ex mutualistica a tutti coloro che ne abbiano diritto in base alle norme vigenti; entro un anno dalla scadenza di tale termine: fornitura del libretto sanitario personale;

alla scadenza di due anni dalla data di erogazione da parte dell'Unità sanitaria locale dell'assistenza ex mutualistica: uniformazione delle prestazioni sanitarie, al livello massimo previsto, a tutti i cittadini aventi diritto alla assistenza ex mutualistica;

entro il settimo anno dall'entrata in vigore della legge: estensione dell'assistenza sanitaria a tutta la popolazione in condizioni di uniformità e uguaglianza.

L'ultimo capo, il IX, eleva il tirocinio obbligatorio previsto dalla legge di riforma ospedaliera ad anni due e concede la delega al Governo per il riordinamento degli istituti a carattere scientifico.

Uno dei problemi più importanti dell'istituzione riforma sanitaria è quello del suo costo. Negli anni passati, come è noto, sono state fatte diverse ipotesi di esso. Tra le quali quella del centro studi del Ministero della sanità, che faceva ascendere la spesa complessiva, al 1980, a miliardi 6.904 in lire 1971, e quella dell'INAM, fatta in un libro bianco dedicato alla riforma sanitaria, che faceva ascendere la spesa, sempre al 1980 (e cioè a riforma completa), a miliardi 9.178.

Indubbiamente, è difficile prevedere il costo più o meno attendibile della riforma, tra l'altro, perché è difficile prevedere quale sarà il comportamento del cittadino messo di fronte a servizi sanitari che la società pone a sua

disposizione a prezzo, all'apparenza, nullo; non è difficile, comunque, prevedere che esso sarà pur sempre elevato. E da tener presente però che si tratta di un costo che bisogna affrontare per due motivi principali: perché la riforma è indispensabile per consentire la ulteriore crescita sociale del paese; perché la non riforma avrebbe un costo altrettanto alto se non superiore alla riforma stessa, con una assistenza sanitaria per giunta ancorata al momento curativo e a beneficio dei soli assicurati.

Il criterio dell'alto costo, pertanto, va accettato ma con la garanzia che esso non ostacoli lo sviluppo economico del paese. Perché ciò sia possibile è necessario: che la riforma, come già si è detto in precedenza, venga fatta per gradi, secondo tempi di attuazione flessibili, in quanto non si può prescindere dalla disponibilità delle risorse finanziarie che di volta in volta si potranno destinare al raggiungimento delle varie tappe, nella progressione prevista dalla legge-quadro di riforma; che con tale legge si fissino gli strumenti capaci di eliminare gli sprechi, ovviare al consumismo dei farmaci e delle prestazioni ospedaliere che non siano assolutamente necessarie o che eccedano quelle indispensabili, incentivare al massimo la medicina preventiva.

Un altro problema di fondamentale importanza nel quadro della istituzione di un servizio sanitario pubblico diretto a tutelare in maniera globale ed efficiente la salute dei cittadini è quello che riguarda il personale sanitario medico e paramedico gravitante nel servizio stesso.

Per quello che riguarda il personale medico l'esigenza maggiormente sentita è quella di una urgente riforma degli studi di medicina per adeguarli sempre più alle nuove esigenze della scienza e della tecnica e della istituzione o qualificazione degli ospedali di insegnamento. La riforma della facoltà di medicina dovrà riguardare sia il corso degli studi ed i titoli accademici, sia le funzioni assistenziali inscindibili da quelle didattiche e scientifiche, tenendo presente che al vigente indirizzo che privilegia la medicina curativa deve sostituirsi un più moderno orientamento verso la medicina preventiva e quella riabilitativa che, insieme con quella curativa, costituiscono i tre momenti dell'assistenza sanitaria che il nuovo Servizio sanitario deve elargire. L'istituzione o la qualificazione degli ospedali di insegnamento servirà per affiancare ed integrare l'attività universitaria, utilizzando pienamente le risorse potenzialmente disponibili,

sia nella preparazione degli studenti sia nei successivi livelli di internato, specializzazione e aggiornamento professionale.

Per quello che riguarda il personale paramedico è di assoluta evidenza la necessità della loro larga collocazione in tutte e tre le fasi dell'assistenza (preventiva, curativa e riabilitativa) che dovrà erogare il Servizio sanitario pubblico. A tale fine dovranno essere creati gli strumenti legislativi per ovviare alla carenza quantitativa e qualitativa del personale stesso destinato ad esercitare un ruolo assai importante perché la riforma sanitaria possa dare effettivamente a tutti i cittadini un'assistenza nuova. In particolare, si dovranno creare adeguate scuole professionali per infermieri, ostetriche, puericultrici e tecnici specialisti in grado di creare personale adeguatamente preparato ai nuovi e più ampi compiti conseguenti alla realizzazione della riforma.

La presente iniziativa legislativa non contiene alcuna norma che preveda la riforma degli studi universitari di medicina e l'istituzione delle citate scuole professionali. Ciò, ovviamente, non per contraddire la necessità di tali riforme, ma semplicemente perché si ritiene che esse debbano essere realizzate con la massima tempestività e non attendere che il Parlamento discuta e approvi l'istituzione di un Servizio sanitario. Infatti, sembra più che evidente il fatto che la riuscita di qualunque riforma sanitaria che si voglia attuare nel paese dipenderà essenzialmente dalla possibilità e capacità di avere subito o al più presto possibile a disposizione gli operatori sanitari numericamente e qualitativamente adeguati alla nuova organizzazione sanitaria. In caso contrario, la riforma sarà destinata ad un pesante fallimento e servirà unicamente come moltiplicatore di spesa. Per questo, noi auspichiamo e indichiamo la necessità di provvedere a quanto sopra con la massima urgenza, mediante l'esame di autonome iniziative legislative da considerare prioritarie rispetto a quelle dirette all'istituzione di un Servizio sanitario.

Ugualmente, si ritiene che si debba lasciare fuori della legge-quadro diretta ad attuare la riforma sanitaria il problema della ricerca e della produzione farmaceutica, in quanto il medesimo potrà essere affrontato e risolto separatamente con maggiore approfondimento e cognizione di causa, tenendo tra l'altro presente che il potenziamento della ricerca farmaceutica dovrebbe essere fatto soprattutto attraverso l'istituzione del brevetto.

PROPOSTA DI LEGGE

CAPO I

SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO - PRINCIPI, COMPITI E STRUTTURA

ART. 1.

(Principi e compiti).

Il Servizio sanitario pubblico ha lo scopo di assicurare nel territorio della Repubblica la tutela della salute secondo criteri di uniformità ed uguaglianza e nel rispetto della libertà e della dignità della persona.

Al Servizio sanitario pubblico sono affidati i seguenti compiti:

la prevenzione collettiva ed individuale contro ogni rischio all'integrità della salute in ogni luogo ed in ogni età;

l'assistenza profilattica diagnostico-curativa e riabilitativa per tutte le alterazioni patologiche di qualsiasi natura fisica e psichica;

la tutela sanitaria della madre e del bambino;

la profilassi e la vigilanza igienico-sanitaria;

la profilassi e la vigilanza veterinaria;

l'educazione sanitaria della popolazione;

ogni altra forma di assistenza sociale utile per la salvaguardia della salute.

Il Servizio sanitario pubblico riconosce agli assistiti il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura; consente l'assistenza medica, generica e specialistica, e quella ospedaliera in forma indiretta, secondo le modalità stabilite dalla presente legge ed ammette forme di assistenza volontaria gratuita agli ammalati ed ai minorati, che non siano in contrasto con i suoi fini.

ART. 2.

(Struttura e attività).

Il Servizio sanitario pubblico è costituito dal complesso delle strutture sanitarie pubbliche e da quelle private convenzionate con il Servizio sanitario pubblico stesso e utilizza il complesso delle attività sanitarie che possono concorrere all'attuazione dei compiti di cui al primo comma del precedente articolo.

CAPO II

SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO
A LIVELLO CENTRALE

ART. 3.

*(Competenze del Governo
e dell'Amministrazione sanitaria centrale).*

Al Ministro della sanità compete:

sentito il Consiglio centrale per il Servizio sanitario pubblico di cui al successivo articolo 45, la formulazione degli indirizzi della politica sanitaria generale, promuovendo a tale fine attività d'indagine e attività di ricerca, studio e raccolta dei dati; sentite anche le Regioni, la predisposizione dei piani sanitari nazionali o interregionali; sentito anche il Comitato interministeriale per la programmazione economica, la fissazione dei livelli dei bisogni sanitari da soddisfare;

d'intesa con i Ministri interessati e sentite le Regioni, la funzione di coordinamento e indirizzo delle attività sanitarie e delle attività amministrative in materia sanitaria attinenti ad esigenze di carattere unitario o ad impegni derivanti dagli obblighi internazionali nei casi in cui non si provveda con legge o con atto avente valore di legge;

la disposizione del compimento di atti in sostituzione delle Regioni nel caso di inattività degli organi regionali sanitari nell'esercizio di funzioni ai medesimi delegate;

il mantenimento dei rapporti internazionali in materia sanitaria.

Al Ministero della sanità compete:

l'esercizio delle attività igienico-sanitarie non attribuite o delegate alle Regioni;

impartire le direttive in materia di vaccinazioni preventive interessanti il territorio nazionale o, comunque, il territorio di più regioni;

la gestione finanziaria del Fondo sanitario nazionale di cui al successivo articolo 34.

Al Consiglio dei ministri compete:

la determinazione dei parametri relativi al riparto alle Regioni del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera, in conformità a quanto stabilito dal decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386;

la determinazione dei parametri relativi al riparto alle Regioni del Fondo sanitario nazionale di cui al successivo articolo 34, su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro, sentiti il Con-

siglio centrale per il Servizio sanitario pubblico, il CIPE e la Commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 febbraio 1970, n. 281.

Il CIPE, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, sentita la Commissione interregionale di cui al secondo alinea del comma precedente, verifica annualmente l'andamento della gestione del Fondo sanitario nazionale ed i livelli qualitativi e quantitativi di assistenza sanitaria assicurati sull'intero territorio nazionale. Ove da detta verifica dovesse riscontrarsi l'insufficienza del fondo stesso, con apposito provvedimento legislativo si provvede alla revisione delle fonti di alimentazione del Fondo sanitario nazionale.

ART. 4.

(Ristrutturazione del Consiglio superiore di sanità).

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, il Governo della Repubblica è delegato ad emanare, su proposta del Ministro della sanità e previo parere di una Commissione composta da 15 senatori e da 15 deputati, in rappresentanza proporzionale dei Gruppi parlamentari, nominati dai Presidenti delle rispettive Camere su designazione dei Presidenti dei Gruppi stessi, un decreto avente valore di legge ordinaria per la ristrutturazione del Consiglio superiore di sanità, con l'osservanza dei seguenti criteri direttivi:

le attribuzioni del Consiglio saranno rideterminate con riferimento soltanto alla natura di organo consultivo tecnico del Ministero della sanità ed in funzione dei compiti propri del Servizio sanitario pubblico a livello centrale;

i componenti del Consiglio saranno scelti in relazione alle competenze tecnico-scientifiche relative ai compiti che il Consiglio deve svolgere e verranno nominati con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità.

ART. 5.

(Consiglio centrale per il Servizio sanitario pubblico).

È istituito il Consiglio centrale per il Servizio sanitario pubblico con compiti di studio, proposta e consulenza al Ministro della sanità. Esso deve essere sentito obbligatoriamente ai fini della formulazione degli indirizzi della politica sanitaria generale, della fissazione dei livelli dei bisogni sanitari da

soddisfare e della ripartizione degli stanziamenti del Fondo sanitario nazionale di cui al successivo articolo 36 e del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera di cui alla legge 17 agosto 1974, n. 386.

Il Consiglio centrale per il Servizio sanitario pubblico è nominato con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità, per la durata di un quinquennio. Esso è presieduto dal Ministro della sanità ed è composto:

da tre rappresentanti per ciascuna Regione, designati dal Consiglio regionale in modo da garantire la rappresentanza delle minoranze;

da sei rappresentanti dei medici di diagnosi e cura del Servizio sanitario pubblico, designati dalla Federazione nazionale degli Ordini dei medici;

da cinque rappresentanti degli operatori sanitari designati ciascuno, rispettivamente, dalle Federazioni nazionali degli Ordini dei biologi, dei chimici, dei farmacisti e dei veterinari, e, congiuntamente, dalle Federazioni dei collegi delle professioni paramediche;

da cinque esperti di chiara fama nel settore delle scienze mediche designati dal Ministro della sanità;

da cinque esperti in materie giuridiche ed economico-finanziarie, designati dal Presidente del Consiglio dei ministri;

da tre componenti del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro;

da un rappresentante per ciascuno dei seguenti Ministeri, scelti dai rispettivi Ministri tra i funzionari con qualifica non inferiore a dirigente generale: sanità, tesoro, bilancio e programmazione economica, lavoro e previdenza sociale, pubblica istruzione ed interno.

All'inizio di ogni quinquennio il Consiglio elegge due vicepresidenti.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario della carriera amministrativa del Ministero della sanità con qualifica di dirigente superiore.

In via transitoria si osservano, in quanto applicabili, le norme vigenti sull'ordinamento del Consiglio superiore di sanità e dei suoi uffici di segreteria.

Ai componenti del Consiglio, esclusi i rappresentanti dei Ministeri di cui al settimo alinea del secondo comma del presente articolo, compete per ciascuna adunanza un'indennità di presenza da stabilirsi, ai sensi della legge 5 giugno 1967, n. 417, con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro.

CAPO III
SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO
A LIVELLO REGIONALE

ART. 6.

(Consiglio regionale per il Servizio sanitario pubblico).

È istituito con legge regionale il Consiglio regionale per il Servizio sanitario pubblico con compiti di proposta e consulenza alla Regione in materia sanitaria. Esso deve essere sentito obbligatoriamente ai fini:

della formulazione degli indirizzi sanitari a livello regionale;

della determinazione dei livelli di ripartizione del fondo sanitario nazionale assegnato alla Regione;

degli stanziamenti assegnati alla Regione medesima per l'espletamento dell'assistenza ospedaliera e degli eventuali stanziamenti della Regione assegnati all'assistenza sanitaria.

La composizione del Consiglio è determinata dalla legge regionale e deve assicurare la partecipazione degli operatori sanitari del Servizio sanitario pubblico scelti dai rispettivi ordini professionali, di esperti nel settore sanitario ed economico-finanziario designati dal presidente della Regione e di rappresentanti di assistiti residenti nell'ambito territoriale della Regione. I rappresentanti degli assistiti debbono essere eletti direttamente dagli assistiti maggiorenni residenti nell'ambito territoriale della Regione.

I componenti del Consiglio durano in carica cinque anni.

La partecipazione al Consiglio è gratuita. Ai vari componenti di esso è corrisposto il rimborso delle spese sostenute per la partecipazione, nella misura stabilita dalla legge regionale di cui al primo comma del presente articolo.

ART. 7.

(Organizzazione del Servizio sanitario).

La Regione organizza il Servizio sanitario a mezzo dei servizi ospedalieri e delle Unità sanitarie locali.

ART. 8.

(Servizi ospedalieri).

I servizi ospedalieri sono costituiti dagli enti ospedalieri, dagli altri ospedali classificati e dagli istituti e case di cura private convenzionati ai sensi del successivo articolo 11 esistenti nel territorio della Regione.

ART. 9.

(Natura giuridica degli enti ospedalieri).

Gli enti ospedalieri e gli altri ospedali classificati conservano la personalità giuridica e l'autonomia amministrativa e di spesa nei riguardi degli stanziamenti ordinari e straordinari loro assegnati ai sensi delle norme in vigore sulla ripartizione da parte della Regione del fondo ad essa assegnato per l'assistenza ospedaliera. Ad essi si applicano, in quanto compatibili con la presente legge, le norme di cui alla legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Alle sedute del Consiglio di amministrazione dell'Ente ospedaliero partecipa con voto consultivo un rappresentante per ognuna delle Unità sanitarie locali nella cui circoscrizione l'Ente stesso opera. I rappresentanti delle Unità sanitarie locali, designati dagli organi deliberativi di esse, hanno il compito di favorire il collegamento dell'attività sanitaria dell'Ente ospedaliero con quello delle attività delle Unità sanitarie locali interessate.

ART. 10.

(Assistenza ospedaliera).

L'erogazione delle prestazioni assistenziali ospedaliere, secondo i livelli previsti per il servizio sanitario, è assicurata dalla Regione.

Il cittadino che ha bisogno delle prestazioni ospedaliere ha il diritto di scegliere l'ospedale pubblico o l'istituto e casa di cura privata convenzionati ai sensi del successivo articolo 11 in grado di ospitarlo, anche fuori dell'ambito territoriale della Regione ove ha la residenza. I rapporti economici tra le Regioni derivanti dai ricoveri ospedalieri effettuati fuori dell'ambito territoriale regionale di residenza sono regolati annualmente in base ai criteri che saranno stabiliti con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio centrale per il Servizio sanitario pubblico.

Il cittadino che si ricovera in un Istituto ospedaliero estraneo al Servizio sanitario pubblico o in una casa di cura privata sita nel territorio nazionale non convenzionata con il Servizio stesso ha diritto al rimborso della spesa per le prestazioni ospedaliere ricevute nella misura corrispondente alla spesa media sostenuta dalla Regione, per analoghe prestazioni, nelle case di cura private convenzionate ubicate nella Regione.

Gli ospedali pubblici debbono disporre del maggior numero possibile di posti-letto in stanze singole in parte dei quali è consentito il ricovero dei cittadini bisognosi di prestazioni ospedaliere che desiderano essere assistiti e curati al di fuori del Servizio sanitario pubblico. Anche in tale caso gli assistiti hanno diritto soltanto al rimborso della spesa nella misura stabilita ai sensi del comma precedente.

ART. 11.

(Convenzioni).

La Regione per l'erogazione delle prestazioni assistenziali ospedaliere da parte del Servizio sanitario pubblico stipula con idonei atti deliberativi convenzioni con le cliniche universitarie, con gli Istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico, con gli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera, con gli ospedali religiosi acattolici di cui alla legge 26 novembre 1973, n. 817, e con le case di cura private in possesso dei requisiti previsti dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132, debitamente accertati dai competenti organi regionali.

Al fine di assicurare su tutto il territorio nazionale uniformità di trattamenti, le convenzioni devono essere conformi a schemi predisposti dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, sentite le Regioni e gli organismi rappresentativi delle case di cura private, e approvati dal Consiglio dei ministri ai sensi dell'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4.

ART. 12.

*(Costituzione e natura
delle Unità sanitarie locali).*

Le Unità sanitarie locali sono costituite, nell'ambito territoriale regionale, con decreto del presidente della Regione, previa deliberazione del Consiglio regionale e sentiti i Comuni interessati.

Con il provvedimento istitutivo è delimitato l'ambito territoriale dell'attività di ciascuna unità sanitaria locale, in conformità ai seguenti principi:

gruppi di popolazione da servire compresi tra i 100 mila ed i 200 mila abitanti re-

sidenti, a seconda delle caratteristiche geomorfologiche e socioeconomiche delle varie zone. Sono consentiti limiti più bassi nelle zone con popolazione sparsa;

corrispondenza dell'ambito territoriale con il territorio del Comune, con il territorio di più Comuni o con una parte del territorio di un Comune.

L'Unità sanitaria locale acquista all'atto della sua costituzione la personalità giuridica pubblica e l'autonomia amministrativa e di spesa nei riguardi degli stanziamenti ordinari e straordinari ad essa assegnati dalla Regione ai sensi del successivo articolo 37.

ART. 13.

(Organi dell'Unità sanitaria locale).

Sono organi dell'Unità sanitaria locale il Consiglio di amministrazione, il presidente ed il Consiglio consultivo dei sanitari.

ART. 14.

(Statuto tipo delle Unità sanitarie locali).

La Regione stabilisce, con propria legge, lo Statuto tipo delle Unità sanitarie locali che si trovano nel suo ambito territoriale.

Lo statuto tipo deve prevedere:

1) circa il Consiglio di amministrazione:

a) che deve essere composto:

da nove membri eletti dal Consiglio comunale del Comune della circoscrizione dell'Unità sanitaria locale, quando la medesima è compresa nell'ambito di un Comune o di parte di esso;

da tre membri eletti da ciascun Consiglio comunale quando il Comune è incluso in una zona territoriale di Unità sanitaria locale comprendente più Comuni;

da tre membri eletti dal Consiglio regionale.

I membri eletti debbono essere scelti tra persone estranee ai Consigli che li eleggono. Le elezioni di essi debbono garantire la rappresentanza delle minoranze.

Fanno parte del Consiglio di amministrazione delle Unità sanitarie locali con voto consultivo il dirigente sanitario e quello amministrativo delle Unità sanitarie locali stesse.

Nel caso in cui la circoscrizione dell'Unità sanitaria locale corrisponde al territorio

di più Comuni, questi debbono nominare ciascuno tre membri per il Consiglio di amministrazione dell'Unità sanitaria locale stessa;

b) che deve svolgere le seguenti funzioni:

deliberare sugli adempimenti prescritti in materia sanitaria dalla Regione;

deliberare i regolamenti interni ed esterni relativi al servizio sanitario ed al servizio amministrativo;

deliberare il bilancio preventivo ed approvare il conto consuntivo di gestione dell'Unità sanitaria locale;

deliberare sui contratti che l'Unità sanitaria locale deve stipulare per lo svolgimento della sua attività;

deliberare tutti gli altri provvedimenti demandati al Consiglio di amministrazione da leggi e regolamenti.

2) Circa il presidente del Consiglio di amministrazione:

che esso deve essere eletto dal Consiglio di amministrazione nel proprio seno;

che ha la legale rappresentanza dell'Unità sanitaria locale;

che dà esecuzione alle deliberazioni del Consiglio di amministrazione e firma gli atti che comportano impegni per l'Unità sanitaria locale.

3) Circa il Consiglio consultivo dei sanitari:

a) che esso deve essere composto:

da rappresentanti del personale medico ed equiparato in servizio di ruolo presso l'Unità sanitaria locale;

dai rappresentanti dei direttori delle farmacie dell'Unità sanitaria locale o con essa convenzionate;

dai rappresentanti dei tecnici-sanitari dell'Unità sanitaria locale;

dai rappresentanti dei medici di diagnosi e cura convenzionati con l'Unità sanitaria locale;

b) che esso è l'organo di consulenza tecnica del Consiglio di amministrazione:

che esprime parere sull'acquisto di attrezzature scientifiche di particolare importanza diagnostica e terapeutica, sulla organizzazione dei servizi sanitari dell'Unità sanitaria locale e su ogni altra questione, per quanto riguarda esclusivamente gli aspetti sanitari, che gli viene sottoposta dagli altri organi dell'Unità sanitaria locale;

c) che esso può formulare proposte per il miglioramento della efficienza dei servizi sanitari e dell'assistenza sanitaria forniti dall'Unità sanitaria locale.

ART. 15.

*(Struttura e compiti
dell'Unità sanitaria locale).*

L'Unità sanitaria locale di regola comprende:

un servizio per la prevenzione individuale e collettiva delle malattie;

un servizio ambulatoriale e domiciliare generico e specialistico per la diagnosi e la cura delle malattie, al di fuori dei servizi ospedalieri;

un servizio per la riabilitazione degli invalidi e dei minorati permanenti e temporanei;

un servizio veterinario;

un servizio ispettivo e di accertamento;

un servizio farmaceutico, tramite farmacie pubbliche e farmacie private appositamente convenzionate per la distribuzione dei farmaci ammessi per l'assistenza da parte del Servizio sanitario pubblico;

un servizio di assistenza sociale, gratuito soltanto per i non abbienti, per le gestanti e le puerpere già dimesse dai servizi ospedalieri; per le madri nubili e per le persone anziane o colpite da malattie croniche. Tale servizio, inoltre, deve essere idoneo a fornire indirettamente aiuti domestici alle famiglie che lo richiedano a causa di malattia;

un servizio di igiene e sanità pubblica quando una attività igienico-sanitaria viene delegata dall'amministrazione centrale dello Stato alla Regione nel cui ambito territoriale si trova l'Unità sanitaria locale.

L'Unità sanitaria locale, inoltre, provvede:

alla profilassi e vigilanza igienico-sanitaria;

alla tutela sanitaria della madre e del bambino;

all'igiene e medicina scolastica negli istituti d'istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado;

all'educazione sanitaria della popolazione;

all'igiene e sanità del lavoro;

all'igiene e sanità delle abitazioni.

ART. 16.

(Consiglio sanitario di base).

Presso ogni unità sanitaria locale è istituito con decreto del presidente della regione, un Consiglio sanitario di base con compiti di impulso e di iniziativa in ordine agli

indirizzi di politica sanitaria a livello locale e di controllo circa l'attuazione di tali indirizzi.

La composizione del Consiglio deve assicurare la partecipazione:

a) degli operatori sanitari dell'unità sanitaria locale scelti dal rispettivo ordine professionale della provincia in cui rientra la circoscrizione della unità sanitaria locale stessa;

b) degli assistiti, eletti direttamente dagli assistiti maggiorenni residenti nell'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale.

I componenti del Consiglio si rinnovano ogni tre anni. La partecipazione al Consiglio è gratuita.

ART. 17.

(Assistenza sanitaria preventiva).

I controlli dello stato di salute e gli accertamenti degli stati di predisposizione o delle fasi iniziali di malattia, attuati presso i presidi dell'unità sanitaria locale, su iniziativa del servizio sanitario pubblico sono gratuiti.

La Regione disciplina con propria legge le modalità di attuazione degli interventi individuali o collettivi di medicina preventiva che, comunque, devono riguardare:

le attività consultoriali prematrimoniali e matrimoniali;

le attività poliambulatoriali per la tutela e l'igiene della gravidanza;

le attività ambulatoriali ed extrambulatoriali per la tutela sanitaria dell'infanzia nel periodo neonatale e postnatale;

le attività consultoriali per l'accertamento dello stato di salute del cittadino richiesto dai pubblici uffici;

le malattie sociali e l'igiene del lavoro.

ART. 18.

(Assistenza sanitaria curativa).

L'erogazione delle prestazioni sanitarie curative gratuite, secondo i livelli previsti per il servizio sanitario, è assicurata dalla Regione nel cui ambito territoriale l'unità sanitaria locale si trova. I soggetti, assistiti attualmente dagli Enti o Casse mutue di malattia conservano, se più favorevole, il trattamento cui hanno diritto in base ai vigenti ordinamenti dei rispettivi Enti o Casse mutue.

Il cittadino ha diritto nell'ambito dell'unità sanitaria locale del Comune di residenza alla libera scelta del medico generico e del medico specialista di diagnosi e cura convenzionati con il Servizio sanitario pubblico.

È ammessa l'assistenza medica, sia generica che specialistica, in forma indiretta nei confronti di tutti gli assistibili. In tale caso, colui che vi ha fatto ricorso ha diritto al rimborso di una quota non inferiore alla spesa media sostenuta dalla Regione per analoghe prestazioni da parte dei medici convenzionati con il Servizio sanitario.

L'assistenza medico-specialistica è prestata di norma presso gli ambulatori dell'unità sanitaria locale e presso gli ambulatori convenzionati ai sensi del successivo articolo 27. Tale assistenza è prestata, gratuitamente, a domicilio nel caso di impossibilità dell'assistito di recarsi presso i suddetti ambulatori.

Il cittadino che intende servirsi degli ambulatori delle unità sanitarie locali ha diritto di essere assistito in uno qualunque degli ambulatori e degli altri presidi sanitari che fanno parte delle unità sanitarie locali che operano nel territorio nazionale. Quando l'unità sanitaria locale cui il cittadino si rivolge si trova in Regione diversa da quella di residenza i rapporti economici tra le Regioni interessate derivanti dalle prestazioni sanitarie erogate sono regolati annualmente in base ai criteri che saranno stabiliti con il decreto del Ministro della sanità di cui al secondo comma dell'articolo 10 della presente legge.

ART. 19.

(Assistenza sanitaria riabilitativa).

L'assistenza sanitaria riabilitativa ambulatoriale ed extrambulatoriale diretta al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche e psichiche è assicurata dalla Regione ed erogata dalle unità sanitarie locali direttamente, tramite i propri servizi e centri di recupero, e indirettamente, tramite istituzioni terapeutiche, in possesso dei prescritti requisiti, appositamente convenzionate con il Servizio sanitario pubblico, ai sensi del precedente articolo 11.

Per la prevenzione delle tossicosi da sostanze stupefacenti o psicotrope e da alcool e per la diagnosi di tali forme morbose, la cura e la riabilitazione dei soggetti affetti da esse possono essere istituiti, con decreto del presidente della Regione previa deliberazione della Giunta regionale, centri aventi le finalità innanzi indicate.

ART. 20.

(Assistenza farmaceutica).

La Regione, per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica da parte del Servizio sanitario pubblico stipula con idonei atti deliberativi convenzioni con i titolari di farmacie private. Al fine di assicurare su tutto il territorio nazionale uniformità di trattamenti, le convenzioni devono essere conformi a schemi predisposti dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, sentite le Regioni ed una rappresentanza dei titolari di farmacie private, e approvati dal Consiglio dei ministri ai sensi dell'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4.

Le farmacie ed i dispensari farmaceutici comunali sono trasferiti al patrimonio della Regione, previa corresponsione ai Comuni di quanto previsto dall'articolo 110 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, con decreto del presidente della Regione, previa deliberazione della Giunta regionale. Con lo stesso decreto, tali farmacie sono assegnate, con autonomia di gestione, alle unità sanitarie locali competenti per territorio ed il loro personale è trasferito nei ruoli regionali di cui al successivo articolo 26.

Il diritto di prelazione in ordine alle farmacie vacanti o di nuova istituzione, previsto dall'articolo 9 della legge 2 aprile 1968, n. 475, in favore dei Comuni e degli ospedali è esercitato dalla Regione con assegnazione delle stesse alle unità sanitarie locali nel modo previsto dal secondo comma del presente articolo.

Gli assistiti che si avvalgono dell'assistenza farmaceutica del Servizio sanitario pubblico possono ottenere dalle farmacie pubbliche e da quelle private convenzionate, dietro presentazione di ricetta compilata dal medico curante, i farmaci ammessi per l'assistenza del Servizio sanitario pubblico da un elenco formulato e aggiornato annualmente con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio centrale per il Servizio sanitario pubblico. In tale elenco non possono essere iscritti i prodotti da banco.

Gli assistiti partecipano alla spesa farmaceutica mediante un contributo fissato annualmente con lo stesso decreto del Ministro della sanità di cui al comma precedente. Con lo stesso decreto saranno stabilite le categorie di assistiti eventualmente da esonerare dalla corresponsione del contributo. Comunque,

sono esonerati dal contributo i titolari di pensione sociale, i disoccupati che non beneficino dei trattamenti previsti dall'articolo 8 della legge 5 novembre 1968, n. 1115, dall'articolo 1 della legge 2 febbraio 1970, n. 12, e dall'articolo 25 della legge 2 agosto 1972, n. 457, nonché i familiari degli appartenenti alle predette categorie in quanto non assistibili a diverso titolo.

ART. 21.

(Ospedali psichiatrici).

Gli ospedali psichiatrici sono equiparati nella organizzazione del Servizio sanitario pubblico, agli ospedali specializzati.

Ad essi si applicano, in quanto compatibili, le norme contenute nella presente legge riguardanti gli enti ospedalieri.

ART. 22.

(Laboratori provinciali di igiene e profilassi).

I laboratori provinciali di igiene e profilassi sono trasferiti alla Regione. Questa, con propria legge, provvederà alla loro ristrutturazione in conformità ai compiti propri del Servizio sanitario pubblico, affidandone l'amministrazione alle unità sanitarie locali nelle cui circoscrizioni territoriali essi hanno sede.

ART. 23.

(Funzioni in materia di igiene e sanità pubblica).

Le funzioni in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria già attribuite ai medici e veterinari provinciali ed agli ufficiali sanitari e veterinari comunali o consortili sono esercitate dalle Unità sanitarie locali secondo le disposizioni vigenti che le regolano, in quanto compatibili con quelle previste dalla presente legge.

Quando in materia di igiene e sanità pubblica si rendano necessari interventi del Ministro della sanità, del presidente della Regione o del sindaco con efficacia estesa rispettivamente su tutto o gran parte del territorio nazionale, sul territorio regionale o su quello comunale, le predette autorità possono avvalersi dei servizi delle Unità sanitarie locali competenti per territorio.

CAPO IV

PERSONALE ADDETTO
AL SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO

ART. 24.

(Inquadramento del personale).

Tutto il personale degli enti ospedalieri ed il personale delle Unità sanitarie locali ad eccezione di quello medico di diagnosi e cura sono inquadrati in ruoli organici della Regione competente per territorio.

Alla loro amministrazione provvede direttamente la Regione.

I personali di cui al primo comma del presente articolo dipendono, dal punto di vista funzionale, rispettivamente dagli enti ospedalieri e dalle Unità sanitarie locali.

ART. 25.

(Ruoli organici, stato giuridico e trattamento economico del personale degli enti ospedalieri).

La Regione, con propria legge, previa consultazione dei rispettivi Consigli di amministrazione, stabilisce i ruoli organici del personale degli enti ospedalieri distinti in:

- ruolo del personale medico con funzioni di diagnosi e cura;
- ruolo del personale tecnico-sanitario;
- ruolo del personale amministrativo;
- ruolo del personale ausiliario.

Per lo stato giuridico e per la disciplina del rapporto di lavoro, relativa al trattamento economico ed agli altri istituti normativi di carattere economico, si applicano le disposizioni della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e dei relativi decreti delegati e successive modificazioni.

ART. 26.

(Ruoli organici, stato giuridico e trattamento economico del personale delle Unità sanitarie locali).

La Regione, con la legge di cui al primo comma dell'articolo precedente, stabilisce i ruoli organici del personale delle Unità sanitarie locali distinti in:

- ruolo del personale medico ed equiparato che non esercita funzioni di diagnosi e cura;

ruolo del personale tecnico-sanitario;
ruolo del personale amministrativo;
ruolo del personale ausiliario;
ruolo del personale veterinario per la profilassi e la vigilanza veterinaria.

I ruoli sono ordinati su qualifiche in relazione alle mansioni per esse stabilite ed al titolo di studio prescritto.

Lo stato giuridico del personale di cui al comma precedente è disciplinato dalla legge regionale in base ai seguenti principi:

l'assunzione ha luogo mediante pubblico concorso per esami o per titoli ed esami:

l'appartenenza ai ruoli organici di cui al presente articolo è incompatibile con altri rapporti di impiego o di lavoro presso enti pubblici e privati e con l'esercizio della libera attività professionale;

il dipendente, previo consenso della Regione di appartenenza, può essere trasferito, per le esigenze di servizi analoghi a quelli cui appartiene, ad altra Regione favorevole al trasferimento stesso. In tale caso egli ha diritto all'inquadramento in ruolo con valutazione per intero dell'anzianità di servizio.

È fatto divieto di assumere personale non di ruolo, con qualunque denominazione, per le esigenze delle Unità sanitarie locali.

Il rapporto di lavoro del personale di cui al presente articolo, per quanto attiene al trattamento economico ed agli altri istituti normativi di carattere economico, è disciplinato mediante accordi nazionali stipulati tra le organizzazioni sindacali di categoria, assistite per il personale sanitario dalle rappresentanze delle rispettive Federazioni degli ordini o dei Collegi sanitari e la rappresentanza delle Regioni, con la partecipazione dei Ministri della sanità, del lavoro e previdenza sociale e del tesoro.

Gli accordi nazionali di cui al comma precedente hanno efficacia triennale.

ART. 27.

(Personale medico di diagnosi e cura della Unità sanitaria locale).

Alle esigenze del servizio ambulatoriale e domiciliare generico e specialistico per la diagnosi e la cura delle malattie proprie della Unità sanitaria locale si provvede unicamente con medici liberi professionisti convenzionati. Il convenzionamento è fatto tramite la Regione nel cui ambito territoriale si trova l'Unità sanitaria locale interessata.

Allo scopo di assicurare su tutto il territorio nazionale uniformità di trattamento.

le convenzioni devono essere conformi agli accordi nazionali stipulati tra l'Organizzazione nazionale rappresentativa delle categorie mediche e la rappresentanza delle Regioni, con la partecipazione dei Ministri della sanità, del lavoro e previdenza sociale e del tesoro.

Gli accordi nazionali di cui al comma precedente hanno efficacia triennale. Essi, tra l'altro, devono stabilire il numero massimo di assistiti che ogni medico convenzionato può avere ed il tipo di trattamento normativo ed economico ad esso spettante. Per i medici specialisti gli accordi nazionali debbono stabilire il numero massimo di prestazioni o di orario compatibile con la libera professione.

Per ciascun medico è ammesso un solo rapporto convenzionale ed è consentito l'esercizio della libera professione.

CAPO V

CONTI CONSUNTIVI DI GESTIONE, CONTROLLI DELLA REGIONE E REGOLAMENTO DI CONTABILITÀ

ART. 28.

*(Conto consuntivo di gestione
dell'Ente ospedaliero).*

Il conto consuntivo di gestione di ogni singolo Ente ospedaliero e quello in forma consolidata per tutti gli ospedali operanti nell'ambito regionale sono allegati al bilancio della Regione e sono soggetti all'approvazione ed ai controlli propri del bilancio regionale.

Il conto consuntivo deve contenere una compiuta dimostrazione oltre che dei risultati finanziari, di quelli economici e patrimoniali delle gestioni.

ART. 29.

*(Conto consuntivo di gestione
dell'Unità sanitaria locale).*

Il conto consuntivo di gestione di ogni singola Unità sanitaria locale e quelli in forma consolidata per tutte le Unità sanitarie locali operanti nell'ambito regionale sono allegati al bilancio della Regione e sono soggetti alla approvazione ed ai controlli propri del bilancio regionale.

Il conto consuntivo deve contenere una compiuta dimostrazione, oltre che dei risultati finanziari, di quelli economici e patrimoniali delle gestioni.

ART. 30.

(Controlli della Regione).

La Regione, con propria legge, provvede alla istituzione di un servizio ispettivo allo scopo di controllare il regolare funzionamento dei servizi ospedalieri, delle Unità sanitarie locali trovantisi nel suo ambito territoriale e dell'assistenza farmaceutica nel quadro dell'assistenza del Servizio sanitario pubblico.

Gli organi di controllo ispettivo, qualora sorga fondato sospetto di abusi, possono disporre opportuni accertamenti.

Il presidente della Regione presenta annualmente al Consiglio regionale una relazione sullo stato di efficienza tecnico-funzionale e sugli aspetti economici delle gestioni degli Enti ospedalieri e di quelle delle Unità sanitarie locali, con allegata la situazione degli impegni assunti sulle quote del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera del Fondo sanitario nazionale assegnate alla Regione.

La relazione di cui al comma precedente, corredata di tutti i dati statistici e finanziari deve essere trasmessa alla Presidenza del Consiglio dei ministri ed ai Ministeri della sanità, del lavoro e previdenza sociale e del tesoro tramite il Commissario di Governo, al fine di consentire l'esercizio dell'attività di indirizzo e coordinamento.

ART. 31.

(Regolamento per la contabilità delle Unità sanitarie locali e degli Enti ospedalieri).

Prima della scadenza del termine di cui al quarto comma dell'articolo 12-bis della legge 17 agosto 1974, n. 386, con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro del tesoro, di concerto con quello della sanità, sarà emanato un regolamento per coordinare la contabilità delle Unità sanitarie locali e degli Enti ospedalieri al fine di assicurare l'uniformità della classificazione delle entrate e delle spese, in modo da consentire l'aggregazione in sede regionale e nazionale dei relativi dati, la distinzione tra spese correnti e spese in conto capitale e la possibilità di impiego di mezzi automatizzati di registrazione, elaborazione e comunicazione di dati.

CAPO VI

FINANZIAMENTO
DEL SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO

ART. 32.

(Fiscalizzazione della spesa).

Entro tre anni dalla data di entrata in vigore della presente legge il Governo della Repubblica, sentita una Commissione composta da 15 deputati e 15 senatori designati dai Presidenti delle rispettive Assemblee, è delegato ad emanare uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per stabilire il prelievo fiscale necessario per far fronte agli oneri globali derivanti dal funzionamento del Servizio sanitario pubblico in sostituzione dell'attuale sistema contributivo, con l'osservanza dei seguenti criteri direttivi:

il prelievo fiscale deve attuarsi mediante l'aumento dell'aliquota attuale dell'imposta progressiva sul reddito delle persone fisiche, oppure mediante l'istituzione di una sovrimposta sul reddito delle persone fisiche o di una addizionale sulle imposte dirette;

l'imposta, la sovrimposta o l'addizionale deve essere fissata con carattere di generalità e deve essere graduata secondo la capacità contributiva dei soggetti, a norma dell'articolo 53 della Costituzione;

il prelievo fiscale deve essere strettamente correlato con le esigenze del Servizio sanitario pubblico.

ART. 33.

(Finanziamento del Servizio sanitario pubblico fino alla completa fiscalizzazione degli oneri sociali).

Sino alla data dalla quale sarà attuata la fiscalizzazione degli oneri per l'assistenza sanitaria ai sensi dell'articolo 18, ultimo comma, della legge 9 ottobre 1971, n. 825, al finanziamento del Servizio sanitario pubblico si provvede:

- 1) fino alla liquidazione degli Enti mutualistici e delle gestioni autonome dei servizi di assistenza sanitaria degli Enti di previdenza, con i contributi obbligatori di malattia versati agli Enti e gestioni medesimi;
- 2) con le eventuali addizionali ai contributi di cui al precedente alinea, da ap-

provarsi con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro del tesoro, di concerto con i Ministri della sanità e del lavoro e previdenza sociale, per fare fronte al fabbisogno del Servizio sanitario pubblico ed al ripianamento delle passività degli Enti mutualistici e delle gestioni autonome dei servizi di assistenza sanitaria degli Enti di previdenza soppressi;

3) con i contributi di responsabilizzazione degli assistiti;

4) con il consolidamento annuale delle somme per l'assistenza sanitaria iscritte nello stato di previsione della spesa dei Ministeri e degli Enti pubblici per l'anno 1975 o per gli anni successivi ove lo stanziamento sia di importo superiore;

5) con lo stanziamento iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità relativo al Fondo nazionale ospedaliero costituito ai sensi dell'articolo 33 della legge 12 febbraio 1968, n. 132;

6) con l'apporto degli Enti locali corrispondente alla spesa relativa al personale già addetto ai propri uffici sanitari e trasferito al Servizio sanitario pubblico ai sensi della presente legge.

ART. 34.

(Istituzione del Fondo sanitario nazionale).

A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità è istituito un capitolo denominato « Fondo sanitario nazionale » destinato al finanziamento della spesa per il funzionamento del Servizio sanitario pubblico e per il rinnovo ed adeguamento delle attrezzature sanitarie, fatta eccezione per la spesa relativa all'assistenza ospedaliera cui si provvede con il Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera di cui all'articolo 14 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386. Il Fondo sanitario nazionale è distinto in due parti, rispettivamente per la spesa corrente e per quella in conto capitale.

Il Fondo sanitario nazionale fino alla data dalla quale sarà attuata la fiscalizzazione degli oneri è alimentato con i contributi e con le somme di denaro indicati nel precedente articolo. Con la piena fiscalizzazione degli oneri, i contributi saranno sostituiti dal prelievo fiscale.

ART. 35.

(Determinazione annuale degli stanziamenti per il Fondo sanitario nazionale).

La determinazione annuale degli stanziamenti per il Fondo sanitario nazionale è effettuata con la legge di approvazione del bilancio dello Stato, sulla base dei livelli dei bisogni sanitari extraospedalieri da soddisfare attraverso il Servizio sanitario pubblico fissati dal Ministro della sanità ai sensi del primo alinea del primo comma del precedente articolo 3.

Per la fissazione dei livelli dei bisogni sanitari di cui al comma precedente deve essere tenuta presente l'esigenza:

di non peggiorare dal punto di vista qualitativo e quantitativo le prestazioni attualmente date dai vari enti mutualistici e dalle gestioni autonome dei servizi di assistenza sanitaria degli enti previdenziali ai propri assicurati al momento della liquidazione degli enti e delle gestioni medesimi;

di migliorare gradualmente le prestazioni sanitarie a livello più basso date attualmente da alcuni enti mutualistici o gestioni autonome sino a raggiungere il livello massimo delle prestazioni sanitarie del Servizio sanitario pubblico, in condizione di uniformità su tutto il territorio nazionale e per tutti i cittadini.

ART. 36.

(Ripartizione degli stanziamenti del Fondo sanitario nazionale tra le Regioni).

La determinazione dei parametri relativi al riparto alle Regioni del Fondo sanitario nazionale è fatta, ai sensi del secondo alinea del terzo comma del precedente articolo 3, con deliberazione del Consiglio dei ministri.

I parametri, distinti per le spese correnti e per quelle in conto capitale, devono essere determinati numericamente per le singole Regioni in base agli elementi demografici, igienico-sanitari, socio-economici, all'ampiezza del territorio regionale, al reddito, alla mobilità anche stagionale della popolazione ed allo stato delle strutture sanitarie, attrezzature e servizi.

Il Ministro della sanità trasferisce con proprio decreto, di concerto con il Ministro del tesoro, le quote da assegnare alle Regioni.

Una parte delle somme afferite al Fondo sanitario nazionale, in misura non superiore al 5 per cento, è annualmente riservata per interventi straordinari in casi di emergenza.

ART. 37.

(Stanziamenti del Fondo sanitario nazionale assegnati alle Regioni).

Gli stanziamenti del Fondo sanitario nazionale assegnati alle Regioni sono iscritti in appositi capitoli del bilancio regionale rispettivamente per le spese correnti e per quelle in conto capitale.

Dagli stanziamenti relativi alla parte corrente di cui al comma precedente le Regioni provvedono ad accantonare le somme necessarie per l'amministrazione del personale di ruolo e di quello convenzionato del Servizio sanitario pubblico a diretto carico delle Regioni. Le somme che residuano da tali accantonamenti sono ripartite tra le Unità sanitarie locali rientranti nell'ambito territoriale regionale in base a parametri numericamente determinati con legge regionale tenendo conto dei livelli di assistenza stabiliti al livello centrale del Servizio sanitario pubblico.

Le quote spettanti alle singole Unità sanitarie locali sono trasferite alle medesime con provvedimento del presidente della Regione nel cui ambito territoriale esse rientrano.

CAPO VII

ASSISTENZA ED ASSOCIAZIONISMO VOLONTARI — MUTUALITÀ SPONTANEA

ART. 38.

(Assistenza volontaria).

È ammessa la collaborazione nell'ambito dei servizi ospedalieri e di quelli delle Unità sanitarie locali, di associazioni ed enti privati e di singole persone diretta a dare gratuitamente assistenza volontaria agli ammalati ed ai minorati. Le forme ed i limiti di tale assistenza volontaria saranno stabiliti dalle singole Regioni con proprio provvedimento legislativo.

ART. 39.

(Associazionismo volontario).

È consentito l'associazionismo volontario tra i medici di diagnosi e cura convenzionati con il Servizio sanitario pubblico, operanti

nell'ambito di una stessa Unità sanitaria locale, diretto a costituire centri sanitari assicuranti un'assistenza ambulatoriale e domiciliare continua, diurna e notturna, organizzati in modo che ogni assistito rimanga sotto la responsabilità del medico convenzionato prescelto.

ART. 40.

(Mutualità spontanea).

È consentita la costituzione di associazioni mutualistiche aventi la finalità di erogare prestazioni integrative rispetto a quelle del Servizio sanitario pubblico, con oneri a totale carico dei soggetti iscritti alle associazioni medesime.

CAPO VIII

ATTUAZIONE

DEL SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO

ART. 41.

*(Piena attuazione
del Servizio sanitario pubblico).*

La piena attuazione del Servizio sanitario pubblico si intende raggiunta dal momento in cui esso eroga a tutta la popolazione presente nel territorio nazionale l'assistenza sanitaria secondo le modalità previste nella presente legge e nelle leggi regionali che regolano la materia.

La piena attuazione del Servizio sanitario pubblico deve essere fatta entro 7 anni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Tale termine di scadenza può essere prorogato qualora l'attuazione graduale del Servizio sanitario pubblico come prevista dai successivi articoli non potrà essere rispettata per mancanza od insufficienza dei fondi da destinare ad essa.

ART. 42.

*(Costituzione del Consiglio centrale
per il Servizio sanitario pubblico).*

Entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge è costituito il Consiglio centrale per il Servizio sanitario pubblico di cui all'articolo 5 della presente legge.

ART. 43.

*(Elenco dei farmaci ammessi
e concorso alla spesa dell'assistito).*

Entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro della sanità emana il decreto di cui al comma quarto dell'articolo 20 della presente legge.

Il contributo di concorso dell'assistito alla spesa farmaceutica è riscosso direttamente dalle farmacie ed è portato in detrazione delle somme dovute agli enti o casse di malattia e, quando entreranno in funzione, dalle Unità sanitarie locali.

Il corrispondente importo è versato dagli enti o casse mutue e, quando entreranno in funzione, dalle Unità sanitarie locali alla Tesoreria centrale dello Stato per alimentare il Fondo sanitario nazionale di cui all'articolo 33 della presente legge.

ART. 44.

(Abolizione del limite di 180 giorni per l'assistenza sanitaria erogata dagli enti mutualistici).

A decorrere dal novantesimo giorno successivo a quello della data di entrata in vigore della presente legge è abolito il limite di 180 giorni per l'assistenza sanitaria erogata dagli enti mutualistici.

ART. 45.

(Costituzione dei Consigli regionali per il Servizio sanitario pubblico).

Entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge ciascuna Regione è tenuta a costituire il Consiglio regionale per il Servizio sanitario pubblico di cui al precedente articolo 6.

ART. 46.

(Statuto tipo e costituzione delle Unità sanitarie locali).

La legge regionale di cui al primo comma del precedente articolo 14 dovrà essere emanata almeno un anno prima del termine previsto dal quarto comma dell'articolo 12-bis della legge 17 agosto 1974, n. 386.

Le Unità sanitarie locali dovranno essere costituite, nei modi indicati nel precedente articolo 12, almeno 60 giorni prima del termine previsto dalla legge citata nel comma precedente. Alla scadenza di tale termine esse dovranno essere in grado di erogare le prestazioni cui sono tenute.

ART. 47.

(Stipulazione del primo accordo nazionale riguardante il personale medico di diagnosi e cura dell'Unità sanitaria locale).

Il primo accordo nazionale per le convenzioni riguardanti il personale medico di diagnosi e cura dell'Unità sanitaria locale dovrà essere stipulato almeno 60 giorni prima del termine previsto dalla legge citata nel primo comma del precedente articolo.

ART. 48.

(Prima istituzione del Consiglio sanitario di base).

Il Consiglio sanitario di base di cui al precedente articolo 16 deve essere istituito per la prima volta entro 60 giorni dalla costituzione dell'Unità sanitaria locale.

ART. 49.

(Soppressione dell'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia-ONMI).

Con decreto del Presidente della Repubblica da emanarsi entro il 1° luglio 1975, previa delibera del Consiglio dei ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del lavoro e previdenza sociale e del tesoro, è sciolto il Consiglio di amministrazione dell'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia-ONMI. Con il medesimo decreto è nominato un commissario straordinario per la temporanea gestione dell'ente stesso fino alla completa costituzione delle Unità sanitarie locali.

Dopo la costituzione delle Unità sanitarie locali con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro e sentito il Consiglio centrale per il Servizio sanitario pubblico, sono trasferiti al patrimonio pubblico, nel cui ambito sono ubicati, i beni mobili ed immobili appartenenti all'ente predetto e destinati ai servizi sanitari ed alle

attività assistenziali, ed al patrimonio dello Stato i beni non trasferiti alle Regioni.

Con decreto del Presidente della Regione, da emanarsi entro 30 giorni dalla pubblicazione del decreto di cui al comma precedente, i beni mobili ed immobili dell'ONMI trasferiti alle Regioni sono assegnati in uso alle Unità sanitarie locali.

Con il decreto di cui al secondo comma del presente articolo il personale dell'ONMI è trasferito alle Regioni nelle quali presta servizio per essere inquadrato nei ruoli regionali, ad eccezione di un contingente stabilito con lo stesso decreto da assegnare al Ministero della sanità e ad altre pubbliche amministrazioni. A tale personale si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni contenute nel successivo articolo 52.

ART. 50.

(Scorporo dei servizi sanitari della Croce rossa italiana e riordinamento dell'associazione).

Dopo la costituzione delle Unità sanitarie locali e prima del termine di cui al quarto comma dell'articolo 12-*bis* della legge 17 agosto 1974, n. 386, con decreto del Ministro della sanità sentito il Consiglio centrale per il Servizio sanitario pubblico, verranno trasferiti alla Regione i servizi di assistenza sanitaria svolti dalla Croce rossa italiana e non connessi direttamente alle finalità risultanti dalla legge istitutiva dell'associazione e dalle vigenti convenzioni internazionali, i beni mobili ed immobili destinati ai predetti servizi ed il personale adibito ai servizi scorporati.

Entro 60 giorni dalla pubblicazione del decreto di cui al comma precedente il Governo della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della difesa, sentita una Commissione parlamentare formata da 15 senatori e 15 deputati nominati rispettivamente dal Presidente del Senato e dal Presidente della Camera dei deputati, è delegato ad emanare uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per il riordinamento dell'associazione della Croce rossa italiana con l'osservanza dei seguenti criteri:

1) l'organizzazione ed i compiti della Croce rossa italiana devono essere rideterminati in conformità del principio volontaristico dell'associazione;

2) deve essere riconosciuta la funzione civica e sociale delle libere associazioni di volontariato operanti nel settore dell'assistenza privata a fini di soccorso, nonché delle

loro federazioni nazionali o regionali, con previsione di norme disciplinatrici della collaborazione operativa dei predetti organismi con il Servizio sanitario pubblico.

ART. 51.

*(Trasferimento dei presidi sanitari
e dei loro beni).*

Con il decreto del Presidente della Regione di cui all'articolo 12 della presente legge i beni mobili ed immobili, le attrezzature e gli impianti destinati all'assistenza sanitaria ed ai servizi igienico-sanitari appartenenti ai Comuni, alle Province ed ai loro Consorzi sono trasferiti al patrimonio regionale ed assegnati in uso alle Unità sanitarie locali.

Con decreto del Ministro della sanità o con decreto del presidente della Regione, rispettivamente per gli enti ed istituti pubblici a carattere nazionale o interregionale e per gli enti ed istituti pubblici a carattere locale erogatori di servizi di prevenzione, cura e riabilitazione dei quali la presente legge non prevede l'inserimento diretto o tramite convenzioni nel Servizio sanitario pubblico, da emanarsi dopo la costituzione delle Unità sanitarie locali e prima della scadenza del termine di cui al quarto comma dell'articolo 12-bis della legge 17 agosto 1974, n. 386, sarà attuato il trasferimento al patrimonio regionale e l'assegnazione in uso alle Unità sanitarie locali dei presidi sanitari e dei beni di tali enti ed istituti.

Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri del lavoro e previdenza sociale e del tesoro, sentito il Consiglio centrale per il Servizio sanitario pubblico, da emanarsi 60 giorni prima del compimento del biennio di cui al quarto comma dell'articolo 12-bis della legge 17 agosto 1974, n. 386, i beni mobili ed immobili, relative pertinenze e servizi, appartenenti agli enti ed alle gestioni previsti dal medesimo articolo 12-bis sono trasferiti al patrimonio della Regione ove sono ubicati. Con decreto del presidente della Regione, da emanarsi entro 60 giorni dalla pubblicazione del decreto interministeriale di cui sopra, i suddetti beni trasferiti alle Regioni sono assegnati in uso alle Unità sanitarie locali.

All'atto dell'estinzione degli enti e gestioni di cui al comma precedente i beni residui e le sedi centrali dei medesimi enti sono trasferiti al patrimonio dello Stato ed utilizzati per le necessità del Servizio sanitario pubblico e delle amministrazioni centrali dello Stato.

ART. 52.

(Trasferimento del personale).

Per l'assolvimento dei compiti del Servizio sanitario pubblico le Regioni sono tenute ad utilizzare il personale degli enti le cui attribuzioni confluiscono nel servizio sanitario stesso.

Il personale dipendente degli enti indicati nel primo comma del precedente articolo e addetto in modo stabile ai servizi, attrezzature ed impianti trasferiti al patrimonio regionale; il personale dipendente dagli enti, organismi ed istituti pubblici indicati nel secondo comma del precedente articolo e addetto in modo stabile ai presidi sanitari di essi trasferiti alla Regione e, infine, il personale dipendente dagli enti e gestioni indicati nel terzo comma del precedente articolo, assegnato alle sedi ed uffici periferici degli enti medesimi e addetto ai servizi di assistenza sanitaria, sono messi, rispettivamente con gli stessi decreti con i quali sono trasferiti i presidi sanitari ed i beni dei loro enti di appartenenza, a disposizione della Regione nella quale prestano servizio, per essere inquadrati nei ruoli regionali previsti dall'articolo 26 della presente legge.

Il personale proveniente da enti e gestioni soppressi il quale risulti eccedente rispetto al fabbisogno di personale del Servizio sanitario pubblico verrà trasferito presso altre amministrazioni pubbliche, con decreto del Ministro del lavoro e previdenza sociale, di concerto con il Ministro del tesoro e con quello del dicastero interessato.

Qualora all'atto del trasferimento del personale di cui al secondo comma non sia stata ancora emanata dalla Regione interessata la legge per la creazione dei ruoli organici di cui al precedente articolo 26, il personale stesso si considera in posizione di comando e conserva a tutti gli effetti le posizioni giuridiche ed il trattamento economico acquisiti presso gli enti di provenienza.

Al personale trasferito nei ruoli regionali deve essere in ogni caso garantito un trattamento economico globale non inferiore a quello in godimento presso gli enti o le amministrazioni di provenienza.

ART. 53.

(Erogazione dell'assistenza ex mutualistica).

Alla scadenza del termine di cui al quarto comma dell'articolo 12-bis della legge 17

agosto 1974, n. 386, le Unità sanitarie locali erogano l'assistenza ex mutualistica a tutti coloro che ne abbiano diritto in base alle norme vigenti.

ART. 54.

(Libretto sanitario personale).

A partire dal primo anno dalla scadenza del termine di cui al quarto comma dell'articolo 12-bis della legge 17 agosto 1974, n. 386, le Regioni forniscono gratuitamente i nuovi nati nei loro ambiti territoriali di un libretto sanitario personale nel quale dovranno essere annotate le notizie di maggiore importanza attinenti alla salute dell'intestatario. Le notizie riportate in tale libretto sono coperte da segreto professionale.

Il libretto è custodito dall'interessato o da chi esercita su di esso la patria potestà e può essere richiesto solo dal medico nell'esclusivo interesse della protezione della salute dell'intestatario.

Con decreto del Ministro della sanità, sentito il consiglio centrale per il Servizio sanitario pubblico, verrà stabilito il modello del libretto sanitario personale. Con lo stesso decreto saranno fissate le modalità per la graduale estensione del libretto a tutti i cittadini, tramite i competenti servizi delle Regioni.

ART. 55.

(Uniformazione delle prestazioni sanitarie).

Alla scadenza di due anni dalla data di erogazione da parte dell'Unità sanitaria locale dell'assistenza ex mutualistica di cui al precedente articolo 53 l'assistenza sanitaria è erogata in condizioni di uniformità ed eguaglianza, al massimo livello previsto, a tutti i cittadini aventi diritto all'assistenza ex mutualistica.

ART. 56.

(Estensione dell'assistenza sanitaria a tutta la popolazione).

Entro il termine di cui al secondo comma del precedente articolo 41 l'assistenza medica, ospedaliera e farmaceutica è erogata a tutta la popolazione in condizioni di uniformità ed eguaglianza,

CAPO IX

TIROCINIO OBBLIGATORIO
E RIORDINAMENTO DEGLI ISTITUTI
A CARATTERE SCIENTIFICO

ART. 57.

(Tirocinio obbligatorio).

La durata del tirocinio obbligatorio previsto dall'articolo 45 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, è elevata a due anni.

Fermo restando quanto previsto dagli articoli 45, 46, 47 e 48 della legge citata al primo comma, il secondo anno di tirocinio dovrà essere compiuto presso una Unità sanitaria locale e nei servizi di istituto della stessa.

A tal fine la Regione, entro il mese di aprile di ogni anno, pubblicherà nel *Bollettino Ufficiale* il numero dei posti disponibili nell'anno successivo per il tirocinio presso le Unità sanitarie locali.

Compiuto il secondo anno di tirocinio, il direttore dell'Unità sanitaria locale trasmette al rettore dell'Università competente la relazione necessaria ai fini del rilascio del certificato indicato all'ultimo comma dell'articolo 47 della legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Le disposizioni che precedono non si applicano a coloro che abbiano già iniziato il tirocinio annuale all'entrata in vigore della presente legge, o che conseguiranno la laurea in medicina e chirurgia entro l'anno accademico 1975-1976.

ART. 58.

(Delega per il riordinamento degli Istituti a carattere scientifico).

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, il Governo della Repubblica è delegato ad emanare uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per il riordinamento degli Istituti a carattere scientifico con la osservanza dei seguenti criteri direttivi:

1) dovranno essere individuati gli Istituti a carattere scientifico dipendenti dall'Amministrazione dello Stato e dovranno essere dettate norme sulle funzioni degli Istituti stessi nei settori della ricerca, diagnosi e terapia delle malattie ad eziologia ancora sconosciuta;

2) dovrà essere garantito il coordinamento di tali istituti con l'attività di ricerca dell'Università;

3) dovranno essere disciplinate le fonti di finanziamento dell'attività degli Istituti in questione, anche per il rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie;

4) dovrà essere emanato un nuovo ordinamento del personale dipendente dai predetti Istituti, prevedendosi, tra l'altro, l'esclusiva assunzione per concorso e l'agganciamento allo stato giuridico ed al trattamento economico del personale del Servizio sanitario pubblico.