

CAMERA DEI DEPUTATI ^{N. 832}

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**MORINI, ANDREONI, BARBA, BOFFARDI INES, CIRINO
POMICINO, DEL DUCA, FORNI, ORSINI BRUNO, PRE-
SUTTI, SAVINO, URSO GIACINTO, ZUCCONI**

Presentata il 25 novembre 1976

Modifiche alla legge 17 agosto 1974, n. 386, di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, recante norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria

ONOREVOLI COLLEGHI! — Il 15 ottobre 1975 l'obiettivo constatato che, a distanza di oltre un anno dalla sua presentazione alla Camera, il disegno di legge n. 3207 recante l'istituzione del servizio sanitario nazionale, era ancora a quella data all'esame, in sede referente, della Commissione igiene e sanità della Camera, indusse il gruppo democristiano della Camera a presentare la proposta di legge n. 4009, recante norme urgenti di raccordo tra la legge 17 agosto 1974, n. 386, e la riforma sanitaria, che si collocava come ulteriore fase di avvicinamento alla riforma sanitaria.

Analogamente al Senato sempre nella scorsa legislatura il senatore Leggieri ed altri senatori democristiani presentarono il disegno di legge n. 2308, recante « provvedimenti urgenti per l'avvio della riforma sanitaria », avente analogo contenuto e finalità con la proposta sopracitata.

La Commissione Sanità del Senato avviò l'esame del disegno di legge Leggieri unitamente al disegno di legge Minnocci n. 2258, giungendo all'approvazione in sede referente di un preciso articolato.

Le proposte di legge sopracitate prendevano infatti atto che i sindacati del personale convenzionato con gli enti mutualistici, in particolare i sindacati medici, avevano contestato il blocco delle convenzioni, istituito all'articolo 8 della legge n. 386, la cui validità e opportunità sarebbero state innegabili se la durata del blocco avesse avuto un termine predeterminato, in caso di ritardo nell'approvazione della riforma sanitaria.

I sindacati medici quindi proclamarono una serie di agitazioni, prima in forma di sciopero e poi in forma di disapplicazione di norme burocratiche, che hanno determinato notevoli inconvenienti, quali ad esempio l'aumento delle spese farma-

ceutiche, calcolate dal solo INAM in oltre 18 miliardi di lire il mese e la protrazione dei periodi di assenza dal lavoro degli assicurati, con duplice danno sia per il processo produttivo che per l'istituto assistenziale per l'aumentato onere delle « in-dennità economiche di malattia ».

Inoltre gli enti mutualistici hanno, dal canto loro, evidenziato che il meccanismo di approvazione delle deroghe al blocco di istituire nuovi servizi assistenziali e di assumere nuovo personale sanitario, previsto dall'articolo 8 della legge n. 386, è troppo complicato, in quanto prevede l'intervento successivo dei Ministeri del lavoro, della sanità, del tesoro e della regione interessata, ed ha di fatto impedito agli enti di far fronte a nuove esigenze assistenziali ed anche di ripristinare la funzionalità dei servizi, sovente compromessa dai collocamenti a riposo per esodo volontario o per limiti di età.

I sindacati del personale degli enti mutualistici hanno pure fatto presente che la sommarietà delle indicazioni contenute all'articolo 19 della legge n. 386, che non offrono garanzie sufficienti sia in ordine ai criteri di selezione del personale da destinare a prestare servizio presso le regioni, sia in ordine alla situazione giuridica ed economica di questo personale che cessa di fatto di essere previdenziale e non diviene regionale, in attesa della riforma. Inoltre, è stato osservato che detto articolo 19 non chiarisce se il personale in questione grava sul fondo ospedaliero o se, invece, deve essere posto a carico dell'ordinario bilancio regionale.

Anche da parte delle regioni è stato fatto rilevare che l'istituzione di un comitato regionale per il coordinamento degli enti mutualistici con gli enti ospedalieri per i fini della programmazione regionale era valida a condizione di estendere il coordinamento stesso anche in sede nazionale, per gli aspetti preparatori della riforma, e di estenderlo in sede regionale a « tutte » le istituzioni operanti nel settore dell'assistenza sanitaria.

L'urgenza di adottare anche in questa legislatura una normativa in materia ha indotto il gruppo democristiano a ripresentare nuovamente l'argomento attraverso il disegno di legge n. 202, recante « provvedimenti urgenti per la stipulazione delle convenzioni uniche per il personale sanitario e per l'avvio della riforma sanitaria », presentato al Senato dai senatori

Del Nero ed altri, e attraverso la seguente proposta di legge.

La proposta di legge che ripresentiamo in questa legislatura si limita alle modifiche degli articoli 8 e 7 della legge 17 agosto 1974, n. 386, tralasciando i problemi relativi al fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera ed all'assistenza ospedaliera psichiatrica, che debbono oggi trovare spazio nell'ambito dell'approvando disegno di legge governativo di riforma sanitaria.

Infatti, con questa proposta si predispone un sistema di rapporto tra gli enti pubblici, medici e personale sanitario, che è sintonizzato alle linee della riforma sanitaria, si riporta serenità in questo settore con vantaggio del servizio sanitario e con un maggiore controllo della spesa.

Esaminando più dettagliatamente gli articoli si osserva:

l'articolo 1 prevede la sostituzione delle convenzioni uniche agli accordi attualmente in essere;

gli articoli 2 e 3 prevedono due elementi innovatori rispetto alla prassi ed alla legislazione attuale: il primo è il riferimento ai criteri informativi della riforma sanitaria ed il secondo è la restituzione del potere contrattuale alle organizzazioni sindacali, con ciò abrogando quanto previsto dall'articolo 8 della legge 21 febbraio 1963, n. 244, dall'articolo 6, settimo comma, ultimo periodo, della legge 29 dicembre 1956, n. 1533, e dall'articolo 11, settimo comma, ultimo periodo, della legge 27 novembre 1960, n. 1397, che attribuivano legislativamente alla FNOM il ruolo di controparte nella trattativa con alcuni enti mutualistici, come meglio viene precisato al successivo articolo 6.

Nel secondo comma dell'articolo 2 si prevede la conservazione della validità della convenzione praticamente unica, già in atto, quella « enti medici ambulatoriali ».

L'articolo 3 detta pertanto le linee fondamentali della convenzione stabilendone una disciplina unitaria con albi unici dei medici, rispettando la libera scelta del medico, il ciclo di fiducia, il rapporto ottimale medico-assistito, i massimali, le incompatibilità, i controlli, le incentivazioni, l'aggiornamento professionale ed il modulario unico.

Prevede anche una gradualità nel fissare la tariffa unica per le prestazioni sanitarie relative alle categorie degli autonomi, attese le diverse prestazioni richieste nella fase

attuale e per un necessario contenimento della spesa.

Gli articoli 4 e 5 sanciscono l'obbligo per gli enti pubblici di recepire la convenzione unica e stabiliscono i provvedimenti necessari in caso di mancato rispetto della norma.

L'articolo 6 abroga il blocco delle convenzioni stabilito dall'articolo 8 della legge n. 386 del 1974 e stabilisce i doveri degli ordini professionali nel dare esecuzione ai compiti fissati nelle convenzioni uniche e nel valutare disciplinarmente gli eventuali comportamenti difformi dei medici.

Per la netta connessione che vi è tra attività di medicina convenzionata e attività ospedaliera si è ritenuto opportuno abrogare il quinto comma dell'articolo 7 della legge n. 386, restituendo spazio alla autonomia contrattuale e redigendo una norma di principi per l'attività legislativa delle regioni, cui è stato trasferito completamente tutto il settore dell'assistenza ospedaliera pubblica.

L'articolo 8 con l'abrogazione del terzo comma dell'articolo 8 della legge n. 386 del 1974 e con la conseguente sostituzione con il comma proposto mira a due obiettivi: il primo di consentire una procedura più svelta con la semplice intesa tra il Ministero della sanità e la Regione interessata, per la istituzione di nuove strutture o servizi sanitari, il secondo, anch'esso vincolato ad improrogabili esigenze funzionali dei servizi sanitari, di consentire la stessa procedura per quanto si riferisce al personale.

La procedura che viene proposta nell'articolo 9, ad integrazione della norma fissata nell'articolo 19 della legge n. 386 del 1974, per la fissazione dei contingenti di personale degli enti mutualistici da assegnare alle Regioni e per la individuazione

del personale stesso, si basa sulla esperienza maturata nell'applicazione della legge n. 386 del 1974.

La procedura proposta è quella che in generale è stata adottata dopo averne concordato i termini in sede di Ministero del lavoro e della previdenza sociale con le Regioni, gli enti mutualistici ed i sindacati dei lavoratori dipendenti.

L'articolo 10 prevede la proroga della validità dei consigli di amministrazione delle casse mutue provinciali e comunali sia che siano scaduti, sia che vengano a scadere entro il 1° luglio 1977, data di scioglimento degli enti stessi; ciò al fine di evitare nella fase ultima di transizione, elezioni che non potrebbero offrire agli iscritti alle casse alcun potere di effettiva scelta che non sia la gestione ad esaurimento della loro struttura mutualistica.

Particolare rilievo ha, nel complesso delle integrazioni e modifiche proposte alla più volte citata legge n. 386 del 1974, l'articolo 11; esso si propone di realizzare il coordinamento dell'attività degli enti mutualistici, nell'ambito regionale, con le altre strutture sanitarie.

Costituiscono le norme citate, un essenziale urgente raccordo tra quanto previsto dalla legge n. 386 del 1974 e la istituzione del servizio sanitario nazionale all'esame del Parlamento; si ritiene infatti che in una fase che conserva l'autonomia giuridica degli enti, pur se commissariati, ai Ministeri vigilanti debba aggiungersi la determinante presenza delle Regioni destinate ad ereditare, in un quadro riformatore evidentemente più organico e completo, le funzioni oggi commesse agli enti mutualistici.

Sono queste considerazioni che ci hanno indotto a ripresentare la seguente proposta di legge che auspichiamo ottenga rapidamente il consenso del Parlamento.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

Fino al compimento del termine di cui all'ultimo comma dell'articolo 12-bis del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, gli enti anche previdenziali e le casse mutue, anche aziendali, che gestiscono forme di assistenza contro le malattie, sono tenuti ad uniformarsi, per la disciplina dei rapporti con i medici generici, con gli specialisti esterni, con i medici ambulatoriali, con i farmacisti, con i biologi e con gli appartenenti alle categorie sanitarie ausiliarie, alle convenzioni nazionali uniche stipulate ai sensi della presente legge.

ART. 2.

Entro il 31 marzo 1977, i Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro, d'intesa con le Regioni e sentite le confederazioni sindacali nazionali dei lavoratori, stipulano con le organizzazioni sindacali a carattere nazionale più rappresentative di ciascuna delle categorie di cui all'articolo 1, o che hanno firmato i precedenti accordi, convenzioni nazionali uniche per la disciplina del trattamento normativo ed economico delle categorie medesime.

Nei confronti dei medici operanti negli ambulatori direttamente gestiti dagli enti e casse mutue, la normativa in vigore presso gli enti mutualistici che hanno stipulato con i medici ambulatoriali l'accordo 28 maggio 1974, costituisce la convenzione nazionale unica della categoria medesima ai sensi della presente legge, fino alla scadenza stabilita dal citato accordo.

ART. 3.

Per le categorie mediche le convenzioni uniche devono prevedere:

1) la disciplina unitaria dei rapporti convenzionali che ciascun sanitario può stipulare con gli enti e casse mutue. Sarà in particolare fissato il numero massimo globale degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo

di fiducia; saranno altresì istituiti elenchi unici per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti convenzionati esterni e per gli specialisti ambulatoriali. Eventuali deroghe al massimale degli assistiti dovranno essere autorizzate dalle Regioni in relazione a particolari situazioni locali indicate dalle convenzioni nazionali;

2) la disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni;

3) l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private ed industrie farmaceutiche;

4) il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che possono essere convenzionati in ogni comune o raggruppamento comunale;

5) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantità e qualità del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate di diagnosi, cura e medicina preventiva: saranno fissate a tal fine tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici generici, da un compenso globale annuo per assistito che terrà conto dell'anzianità di laurea del medico; e, per gli specialisti, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione. Saranno altresì disciplinati i sistemi di adeguamento delle tariffe socio-sanitarie alle variazioni di costo della vita nonché le forme di previdenza a favore dei sanitari convenzionati con onere a carico degli enti mutualistici e degli stessi medici.

Per l'assistenza medico-generica erogata in forma diretta ai coltivatori diretti, agli artigiani ed ai commercianti sarà stabilita una tariffa differenziata tenendo conto dell'indice medio nazionale di frequenza delle visite mediche per ciascun assistito registrato nell'anno 1975 tra le casse mutue che erogano l'assistenza stessa in tale forma.

La tariffa così stabilita avrà, per la parte eventualmente eccedente quella vigente alla data di entrata in vigore della presente legge, applicazione graduale in un

triennio, o nel minor periodo necessario per l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, con decorrenza del primo aumento dal 1° aprile 1977;

6) le forme di controllo sull'attività dei sanitari convenzionati nonché le ipotesi di infrazione da parte dei medici agli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e determinando la composizione delle Commissioni di disciplina che saranno formate da medici;

7) le forme di incentivazione in favore dei sanitari convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;

8) le modalità per assicurare l'aggiornamento professionale dei medici convenzionati;

9) la completa unificazione per tutti gli enti e casse mutue degli adempimenti amministrativi cui è tenuto il sanitario convenzionato.

Le convenzioni uniche devono prevedere una disciplina per quanto possibile uniforme degli istituti normativi comuni a tutte le categorie mediche e devono tendere in generale a realizzare una regolamentazione unitaria del lavoro medico nell'ambito delle strutture dell'istituendo servizio sanitario nazionale.

I criteri di cui ai commi precedenti si estendono alle convenzioni uniche per le categorie non mediche indicate all'articolo 1, in quanto applicabili.

ART. 4.

Gli enti e le casse mutue indicati all'articolo 1 sono tenuti ad adottare le convenzioni nazionali uniche entro 30 giorni dalla notificazione delle convenzioni stesse da parte del Ministero del lavoro e della previdenza sociale.

Per la convenzione di cui al secondo comma dell'articolo 2 il predetto termine decorre dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Le deliberazioni adottate dagli organi di amministrazione degli enti e casse mutue ai sensi del primo comma debbono essere comunicate ai Ministeri del lavoro e della previdenza sociale, della sanità e del tesoro.

Le normative e gli accordi vigenti presso ciascun ente o cassa mutua alla data di entrata in vigore della presente legge cessano di avere efficacia dalla data delle deliberazioni che recepiscono le corrispondenti convenzioni nazionali uniche.

Fino alla istituzione del Servizio sanitario nazionale nulla è innovato nelle disposizioni degli ordinamenti dei singoli enti e casse mutue concernenti la erogazione delle prestazioni assistenziali.

ART. 5.

Nel caso di mancata osservanza del disposto del primo comma del precedente articolo, i collegi dei sindaci o dei revisori dei conti degli enti e casse mutue ne danno immediata notizia ai Ministeri vigilanti per la adozione degli interventi, anche sostitutivi, che si rendessero necessari e per l'eventuale applicazione a carico dei responsabili delle sanzioni previste dall'articolo 15 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386.

È nullo ad ogni effetto qualsiasi atto stipulato dagli enti e casse mutue di cui all'articolo 1 con organizzazioni professionali o sindacali delle categorie contemplate dalla presente legge per la disciplina dei rapporti convenzionali degli appartenenti alle categorie medesime.

È altresì nulla qualsiasi convenzione tra gli enti e casse mutue e singoli appartenenti alle categorie professionali di cui all'articolo 1 che non sia conforme alle clausole delle convenzioni nazionali uniche stipulate ai sensi della presente legge.

ART. 6.

Sono abrogati il sesto comma dell'articolo 8 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, l'articolo 8 della legge 21 febbraio 1963, n. 244, ed ogni altra disposizione di legge o regolamento incompatibile con quelle della presente legge.

Gli ordini e collegi professionali sono tenuti a dare esecuzione ai compiti che saranno ad essi demandati dalle convenzioni uniche. Sono, altresì, tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi professionali, che si siano resi inadempienti agli obblighi

convenzionali, indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione.

In caso di inosservanza delle disposizioni di cui al comma precedente, il Ministro della sanità, su proposta della Regione interessata, nomina un commissario straordinario, scelto tra gli iscritti nell'albo della provincia, per il compimento degli atti dovuti.

ART. 7.

È abrogato il quinto comma dell'articolo 7 della legge 17 agosto 1974, n. 386.

Le regioni disciplinano con legge l'attività libera professionale in regime di ricovero dei medici ospedalieri e dei policlinici convenzionati, determinando un tariffario massimo a revisione triennale per ciascuna prestazione sanitaria e fissando come quota spettante all'amministrazione ospedaliera il costo lordo dell'utilizzo delle strutture ed attrezzature messe a disposizione. Le regioni provvedono altresì ad individuare le strutture pubbliche nelle quali è consentita la libera professione e, in mancanza, stipulano convenzioni con strutture private riconosciute idonee.

I consigli di amministrazione degli istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico individuano nel proprio ambito i locali da adibire alla sopradetta attività libero professionale e, in mancanza, procedono d'intesa con le regioni a convenzioni con strutture private riconosciute idonee. Si adeguano altresì al tariffario determinato dalla regione.

L'attività in regime convenzionale con enti mutualistici assistenziali od altri per prestazioni ambulatoriali dei servizi ospedalieri nonché dei medici ospedalieri, dei policlinici convenzionati e degli istituti di cura e ricovero a carattere scientifico è disciplinata dagli accordi nazionali stipulati ai sensi dell'articolo 40 della legge 12 febbraio 1928, n. 132.

ART. 8.

Il terzo comma dell'articolo 8 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, è sostituito dal seguente:

« Eventuali deroghe ai commi precedenti per improrogabili esigenze funzionali dei servizi sanitari debbono essere preventivamente autorizzate dal Ministero della sanità d'intesa con la Regione interessata ».

ART. 9.

Il secondo comma dell'articolo 19 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, è sostituito dai seguenti:

« Detto personale in attesa del definitivo trasferimento è comandato presso le Regioni sulla base di contingenti numerici fissati dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale d'intesa con la Regione interessata.

Il personale in questione viene comandato in sede regionale dagli enti mutualistici sentite le organizzazioni sindacali dei dipendenti a livello regionale, sulla base di oggettivi criteri di valutazione fissati dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale, sentite le Regioni, gli enti mutualistici e le confederazioni sindacali dei lavoratori ».

ART. 10.

Fino al compimento del termine indicato nell'ultimo comma dell'articolo 12-bis del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, è prorogata la validità dei consigli di amministrazione delle casse mutue provinciali e comunali dei lavoratori autonomi, scaduti e non rinnovati posteriormente al 1° luglio 1975 e che verranno a scadere entro il termine sopra citato.

ART. 11.

L'articolo 20 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, è sostituito dal seguente:

« Ogni regione istituisce un comitato regionale di coordinamento. Il comitato è nominato dalla Regione ed è presieduto dall'assessore alla sanità. Di esso fanno parte rappresentanti della Regione, degli enti locali, degli enti mutualistici, di altre istituzioni operanti nel settore dell'assistenza sanitaria e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

Il comitato regionale formula pareri e proposte alla Regione ai fini del coordinamento delle attività degli enti di cui all'articolo 1 con l'attività degli enti ospedalieri e degli altri enti e istituzioni operanti nel

settore dell'assistenza sanitaria, nel quadro della programmazione regionale, per realizzare l'unitarietà e la globalità della tutela della salute.

È istituito presso il Ministero della sanità un comitato centrale per il coordinamento dell'attività degli enti mutualistici e delle casse mutue nel periodo transitorio di cui all'articolo 12-*bis* della presente legge.

Il comitato è composto dal Ministro della sanità che lo presiede, dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale, dal Ministro del tesoro o da un loro delegato, da sei rappresentanti delle Regioni designati dalla commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281, e da tre commissari degli enti di cui all'articolo 12-*bis*, designati dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale, rispettivamente per gli Enti di assicurazione dei lavoratori dipendenti da imprese private, per gli Enti di assicurazione dei lavoratori dipendenti da Enti pubblici e per gli Enti di assicurazione dei lavoratori autonomi.

Spetta al comitato centrale di cui al precedente terzo comma:

1) impartire direttive intese a programmare, coordinare e unificare le attività volte alla liquidazione degli enti mutualistici indirizzate nella prospettiva della riforma sanitaria;

2) formulare i criteri e le direttive generali per gli enti di cui all'articolo 12-*bis* della presente legge, al fine di coordinare, nel quadro delle programmazioni regionali, l'attività degli enti stessi con l'attività delle strutture sanitarie operanti sul territorio, al fine di consentire il superamento delle eventuali difficoltà che si presentassero nell'attività regionale di coordinamento di cui ai precedenti commi ».