

CAMERA DEI DEPUTATI N. 971

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

TRIVA, ABBIATI DOLORES, ARNONE, BERLINGUER GIOVANNI, BISIGNANI, BRUSCA, CARLONI ANDREUCCI MARIA TERESA, CASAPIERI QUAGLIOTTI CARMEN, CHIOVINI CECILIA, GIOVAGNOLI ANGELA, MARRAFFINI, MILANI ARMELINO, MILANO DE PAOLI VANDA, PALOPOLI, SANDOMENICO, TESSARI GIANGIACOMO

Presentata il 22 dicembre 1976

Istituzione del servizio sanitario nazionale

ONOREVOLI COLLEGHI! — Fin dall'inizio della legislatura la esigenza della rapida approvazione della riforma sanitaria è stata affermata da tutte le forze politiche democratiche ed è stata assunta come impegno preciso nelle dichiarazioni programmatiche del Presidente del Consiglio.

A distanza di molti mesi, e alla vigilia della scadenza prevista dalla legge 386/74 per lo scioglimento delle mutue, il Governo non ha ancora tenuto fede all'impegno assunto.

Le motivazioni addotte per spiegare la riluttanza e il ritardo del Governo a varare il disegno di legge di riforma sanitaria sarebbero da ricercare a quanto è dato di sapere nei costi non sopportabili che l'istituzione del Servizio sanitario nazionale comporterebbe per il bilancio dello Stato in un momento di così grave crisi economica.

Ora non v'è dubbio che il rapporto tra legge di riforma e crisi economica vada attentamente considerato e che la legge di

riforma debba tenere nel dovuto conto i problemi della finanza pubblica, ponendosi tra gli obiettivi di fondo il contenimento, la riqualificazione e la progressiva riduzione dell'incidenza della spesa sanitaria sul bilancio dello Stato e del rapporto tra tale spesa e il reddito nazionale; ma proprio per questo riteniamo necessario e sempre più urgente approvare la legge e avviare la riforma.

Infatti, il rifiuto della riforma, il lungo gioco di promesse e rinvii, il ricorso continuo ai provvedimenti stralcio e alle misure di tamponamento, hanno provocato non solo una grave caduta dei livelli di salute della popolazione, ma anche una paurosa emorragia di risorse economiche e la progressiva ingovernabilità della spesa sanitaria.

L'andamento della spesa sanitaria, secondo dati ufficiali, è quello riportato nella tabella n. 1.

TABELLA n. 1

Spese per la sanità.

ANNO	Spesa sanitaria in miliardi	% del prodotto nazionale lordo assorbito dalla spesa sanitaria
1965	1.171,288	3,349
1967	1.303,000	3,532
1969	1.715,478	3,283
1971	2.405,529	3,804
1973	3.493,159	4,306
1974	5.341,740	5,472
1975	7.491,700	6,300
(1) Per il 1975 la cifra è stata ricavata in base ai seguenti dati:		
spesa sanitaria delle mutue	2.861,700	
spesa ospedaliera tramite le Regioni	3.500,000	
spesa Stato, Regioni, Province, Comuni	1.130,000	
	<u>7.491,700</u>	

Si tratta come si vede non solo di un onere esorbitante rispetto alle disponibilità economiche del Paese, ma di un meccanismo di spesa che ha assunto un ritmo di crescita di gran lunga superiore all'incremento medio del prodotto nazionale lordo.

Tale andamento preoccupante, si è ancora accentuato nel 1976, anno in cui la spesa pubblica da sola ha raggiunto ormai la cifra di 10.000 miliardi, che corrisponde a circa l'8 per cento del reddito nazionale lordo, e rivela la ingovernabilità di questo settore della spesa pubblica, su cui pesa il sempre più grave indebitamento degli enti mutualistici. Assume perciò particolare rilievo il sostanziale contenimento della spesa ospedaliera, che si è registrato in coincidenza con il trasferimento delle relative competenze alle Regioni. Tale contenimento si è ottenuto, infatti, nonostante che la mancata riforma faccia ricadere sulle strutture ospedaliere i compiti e gli oneri derivanti dalle gravissime carenze e dalla inefficienza del sistema

assistenziale extraospedaliero gestito dalle mutue.

D'altra parte, a fronte di un servizio sanitario tra i più costosi del mondo, sta un livello di assistenza tra i più scadenti di quelli dei paesi industrializzati.

Su questi abbiamo, tra l'altro, il triste privilegio della più elevata mortalità perinatale, della recrudescenza di malattie infettive, del maggior numero di ricoveri e delle più lunghe degenze ospedaliere. Persino il fallimento di quelli che sono i contenitori della medicina intesa in senso tradizionale è esperienza facilmente constatabile dovunque in Italia. Accanto a ciò, e con aspetti per altro verso ancora più gravi, di continuo il paese si trova ad affrontare drammatiche situazioni, conseguenza diretta della totale mancanza di una politica sanitaria nei settori della prevenzione e della riabilitazione.

Anche prescindendo da considerazioni di carattere economico e sociale (enorme

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

costo della spesa previdenziale (1), emarginazione degli anziani, degli handicappati, ecc.), episodi recenti e meno recenti quali quello di Seveso e quello della epidemia di colera stanno a dimostrare quali immensi danni alla popolazione possono derivare dalla attuale politica sanitaria e quanto fragili e precarie siano le difese che il nostro sistema sanitario è in grado di approntare. Tutto ciò ci consente di affermare con sicurezza che la riforma sanitaria non è da considerarsi un lusso per il paese, ma che essa si impone con carattere d'urgenza e di estrema necessità.

Queste brevi considerazioni evidenziano una situazione in continuo deterioramento, ma non certo nuova o imprevedibile. Infatti le cause, i processi e i vari aspetti della crisi del nostro sistema sanitario sono riconducibili in primo luogo ad un sistema mutualistico marcatamente corporativo che è venuto via via assumendo caratteristiche non corrispondenti alle esigenze della tutela sanitaria della popolazione, bensì al disegno di chi ha voluto farne un efficace strumento di potere e di controllo politico sulle categorie assistite.

Tale stravolgimento degli obiettivi e i conseguenti metodi di gestione hanno fatto sì che il sistema mutualistico diventasse il sostegno di uno sviluppo abnorme dei consumi sanitari provocato, in gran parte artificiosamente, a vantaggio di gruppi di potere economico e clientelare operanti nel settore dell'assistenza sanitaria.

Tutto ciò è stato ampiamente analizzato nella relazione che accompagna la proposta di legge per la « Istituzione del servizio sanitario nazionale » presentata dal gruppo comunista nella VI legislatura (pdl. n. 2239). A quella relazione, che mantiene tutta la sua validità, rimandiamo dunque, sia per quanto riguarda l'analisi della situazione sanitaria del paese e la organizzazione del sistema sanitario esistente, sia per quanto riguarda i principi ispiratori e la impostazione generale anche della presente proposta di riforma, limitandoci ad alcune

osservazioni e ad alcune sottolineature, specie in riferimento agli elementi di novità nella situazione sanitaria e nelle condizioni del paese e ad alcuni conseguenti elementi di aggiornamento introdotti nella presente proposta.

Questa parte dalla constatazione che la mancata attuazione della riforma sanitaria ha profondi legami con la gravissima crisi economico-sociale che ha investito il paese e con l'attuale fase di incertezza politica.

Da troppi anni gli interventi nell'ordinamento sanitario sono costituiti dalle periodiche costosissime misure di ripianamento delle passività degli enti mutualistici ed ospedalieri. Lo stesso decreto legge n. 264/1974, convertito poi nella legge n. 386/1974, era stato concepito come un provvedimento tampone e solo la spinta delle forze riformatrici e l'azione di partiti della sinistra in Parlamento erano riuscite ad introdurre in esso elementi di rinnovamento, come il passaggio alle Regioni dei compiti di assistenza ospedaliera, la nomina di commissari agli enti mutualistici e la previsione della data entro cui procedere allo scioglimento di questi ultimi.

Come avevamo sostenuto nel corso della discussione della legge n. 386, queste misure avrebbero potuto avere reale efficacia solo se attuate coerentemente con la linea della riforma e soprattutto se fossero state seguite rapidamente dalla istituzione del Servizio sanitario nazionale. Al contrario il finanziamento degli ospedali è stato insufficiente e intempestivo, sicché è ripreso in misura grave il fenomeno del loro indebitamento; la gestione commissariale delle mutue è stata attuata in modo tale da provocare stati di inefficienza e abbandono crescenti, con conseguente dequalificazione delle prestazioni e un'anormale e ingiustificata espansione della spesa sanitaria (vedi tabella n. 2), fenomeni questi che si sono andati ulteriormente aggravando in corrispondenza dei continui rinvii subiti dalla riforma.

Alla fine del '76 il deficit ospedaliero ha raggiunto la cifra di 1650 miliardi e quello mutualistico sfiora ormai i 4000 miliardi.

Le voci che costituiscono la spesa sanitaria mutualistica sono fondamentalmente, com'è noto quelle relative ai ricoveri ospedalieri, alle prestazioni mediche generiche e specialistiche e alle prestazioni farmaceutiche.

(1) La spesa previdenziale nel 1975 è stata di 17.700 miliardi, 12.000 dei quali spesi dall'INPS. L'INPS ha chiuso il bilancio 1976 con 1.000 miliardi di disavanzo; nel frattempo alcune gestioni hanno accantonato patrimoni per migliaia di miliardi come la CPDEL e l'INAIL che, a prezzi delle date di acquisto, ammontano rispettivamente a 2.098 miliardi e 2.309 miliardi; e le evasioni contributive nel settore previdenziale superano 3.000 miliardi l'anno.

TABELLA n. 2

Spesa sanitaria mutualistica dal 1965 al 1975
(in miliardi)

ANNO	Ricoveri ospedalieri	Spese ambulatoriali	Medicina generica	Spesa farmaceutica	Altre prestazioni	Totale
1965	346,898	57,413	208,464	288,265	53,379	1.025,932
1966	411,490	73,876	235,871	327,654	71,018	1.192,307
1967	501,967	80,809	270,017	377,379	73,339	1.303,601
1968	500,086	90,906	287,464	408,002	81,179	1.457,637
1969	705,697	126,262	276,487	448,109	93,130	1.649,685
1970	981,598	182,496	374,531	431,961	41,479	2.062,080
1971	1.265,887	213,383	364,288	540,899	99,955	2.464,722
1972	1.416,025	251,762	391,911	611,659	115,366	2.786,723
1973	1.675,542	311,253	503,282	803,078	117,524	3.310,679
1974	3.188,215	413,645	613,773	920,130	187,894	5.623,657
1975	3.500,000	531,845	686,668	1.224,000	219,179	6.161,692

Come abbiamo detto (vedi tabella n. 2) la spesa per ricoveri ospedalieri è stata sostanzialmente contenuta con il passaggio della gestione alle Regioni. Essa è tuttavia attestata a livelli molto alti per la scarsa efficienza delle strutture ospedaliere, sulle quali agisce negativamente la ancor più scarsa efficienza dei servizi extraospedalieri e la pressoché totale assenza di una politica di prevenzione.

I fattori che maggiormente influiscono sull'alto costo della assistenza ospedaliera sono: l'alto aumento dei ricoveri non sempre giustificabili da un punto di vista sanitario; l'elevata durata delle degenze medie; l'elevato carico di esami diagnostici spesso ripetitivi. E assieme a questi il riprodursi dell'indebitamento, dovuto alle gravi inadempienze del Governo e delle mutue nella erogazione alle Regioni, e quindi agli ospedali, dei mezzi finanziari necessari (1).

Di qui l'aggravarsi della drammatica crisi degli enti ospedalieri e delle stesse Regioni, costrette ad immobilizzare gran parte delle loro scarse disponibilità finan-

ziarie per evitare la paralisi degli ospedali che, pur con tutte le loro insufficienze e contraddizioni, restano ancora gli unici presidi in qualche modo funzionanti del nostro sistema sanitario.

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica, che rappresenta la seconda voce in ordine d'importanza della spesa sanitaria mutualistica, occorre dire che le nostre preoccupate denunce e le nostre più pessimistiche previsioni si sono rivelate fondate.

La tabella n. 2 evidenzia significativamente la progressione temporale di tale spesa.

Occorre aggiungere che nel primo semestre del 1976 si è avuto un ulteriore incremento rispetto allo stesso periodo del 1975 del 43,84 per cento e che, secondo dati forniti dal Ministero dell'industria, la spesa complessiva per i farmaci in Italia, che era di 699 miliardi nel 1969, è stata di 1.536 miliardi nel 1975 e ha superato i 2.000 miliardi nel 1976.

Tale preoccupante andamento, sempre secondo il Ministro dell'industria, « è dovuto sia alla registrazione di nuovi prodotti dal prezzo più elevato rispetto a quello medio dei prodotti esistenti, sia ai cambi di confezione (che nella nostra prassi

(1) L'INAM aveva versato per l'assistenza ospedaliera nel 1974 2.435 miliardi di lire (pari al 52 per cento delle entrate); e ha versato al Fondo nazionale ospedaliero nel 1975 solo 1.567 miliardi di lire (pari al 43,5 per cento delle entrate).

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

amministrativa equivalgono a nuove confezioni), sia infine allo spostamento degli sforzi promozionali dell'industria da prodotti a basso prezzo verso prodotti più remunerativi». In altri termini, alla degenerazione mercantile e alla presenza di fenomeni speculativi che, per l'inerzia e la complicità delle mutue e del Governo, si sono progressivamente estese in questo settore.

Né va dimenticato l'effetto disastroso, per la dilatazione della spesa farmaceutica, prodotto dall'agitazione dei medici generici attuata con la prescrizione di enormi quantità di farmaci e con la sistematica scelta tra questi dei prodotti di più alto prezzo.

Le recenti misure del Governo, in ordine alla revisione del prontuario terapeutico mutualistico e alla sostituzione del metodo di determinazione del prezzo dei farmaci, sono apparsi nell'attuale momento tardivi e frettolosi ad un tempo.

Il nuovo prontuario non tiene in alcun conto le positive esperienze delle Regioni che hanno definito propri prontuari terapeutici per gli ospedali, rigorosi dal punto di vista scientifico e della economicità, si limita a tagli di scarsa rilevanza dal punto di vista della spesa e sembra costruito soprattutto per giustificare l'introduzione della compartecipazione alla spesa da parte degli utenti. Dalla discussione avviata in proposito appare chiaro inoltre che il Governo elude il problema di una diversa politica della registrazione e manca di qualsiasi orientamento programmatico per quanto riguarda la necessaria e urgente riconversione di questo delicato settore produttivo e della sua qualificazione scientifica e tecnologica.

L'approntamento e l'introduzione in questo momento del nuovo metodo di determinazione del prezzo dei farmaci sembra a sua volta rispondere soprattutto alla intenzione di sopprimere lo sconto dovuto dall'industria farmaceutica alle mutue, preconstituendo uno stato di fatto prima della approvazione della riforma. Appare estranea in ogni caso alla politica del Governo e ai provvedimenti sopra citati la volontà di ridurre drasticamente la spesa pubblica e i consumi abnormi nel settore dei farmaci.

Infine occorre dire che nonostante il blocco delle convenzioni disposto dall'articolo 8 della legge n. 386/1974 (blocco a lungo protratto per la mancata approvazione della riforma) non si è avuto un'arresto della crescita della spesa mutualistica

per le prestazioni mediche, anche a causa della scala mobile anomala di cui i medici mutualistici beneficiano.

Abbiamo sostenuto più volte che le dimensioni abnormi dei consumi sanitari non potevano non divenire, a lungo andare, un fattore di accrescimento della nocività e quindi una componente morbigena allarmante. Una pubblicazione INAM del dicembre 1975 riferiva che nello stesso anno il numero dei casi di malattia era aumentato del 3 per cento, mentre nello stesso periodo le prestazioni di medicina generica erano cresciute del 14 per cento e le prescrizioni farmaceutiche del 40 per cento.

Nel totale nel 1975 si era giunti a questi livelli di consumi sanitari:

1) 9,5 milioni di ricoveri ospedalieri con un tasso di spedalizzazione del 170 per mille, una durata della degenza media di 16 giornate ed una spesa di circa 3.700 miliardi. In Gran Bretagna il tasso di spedalizzazione era di 100 per mille, la durata della degenza media di 9,5, la spesa di circa 3.000 miliardi, comprendendo anche quella che da noi è definita specialistica ambulatoriale;

2) 420 miliardi di prestazioni di medicina generica (14 all'anno per ogni assistito) ad opera di oltre 40.000 medici (media nazionale 42 prestazioni al giorno per ogni medico) con una spesa di 686 miliardi. In Gran Bretagna 22.000 medici davano 4 prestazioni medie all'anno per ogni cittadino, con una spesa di circa 380 miliardi;

3) 610 milioni di prescrizioni farmaceutiche, cioè 20 prescrizioni annue per ogni assistito con una spesa di 1.224 miliardi. In Gran Bretagna 8,5 prescrizioni farmaceutiche all'anno per ogni cittadino con una spesa totale di circa 650 miliardi;

4) 38 miliardi di analisi di laboratorio;

5) 8 milioni di accertamenti radiologici.

Questi consumi sanitari, ulteriormente cresciuti nel 1976, risultano estranei alle reali necessità derivanti dalla patologia dominante nel paese; una larga quota di essi si rivela addirittura nociva per lo stato sanitario della popolazione come componente delle cause morbigene. In particolare è gravemente nocivo per la salute dei cittadini lo spropositato consumo di farmaci.

Più si estende l'appropriazione mercantile di risorse del paese ad opera delle corporazioni sanitarie, della industria farmaceutica, dei potenti centri di sottogoverno, e più viene emarginata quella ristretta frangia di medicina pubblica che dovrebbe garantire le più elementari difese igieniche. Le epidemie di salmonellosi sono la prova che anche i morbi batterici, che dovrebbero essere ormai eliminati sulla base delle possibilità tecnico-scientifiche che la medicina ha a disposizione, sono invece in ripresa nel nostro paese, quando ormai anche numerosi paesi del terzo mondo riescono a ridurre l'incidenza. Mentre restano non risolti il problema delle gravi arretratezze che hanno favorito il manifestarsi e l'estendersi del colera e mentre continua e si aggrava l'aggressione alla salute pubblica, all'ambiente e al territorio da parte degli inquinatori, come è stato drammaticamente messo in evidenza — per non citare che gli ultimi e più rilevanti episodi — i casi di Seveso, di Manfredonia, di Porto Marghera, di Priolo.

Il quadro certamente contiene anche elementi positivi costituiti dalle iniziative delle Regioni e degli Enti locali che vanno gradatamente costruendo un ricco tessuto democratico caratterizzato soprattutto dalla nascita dei consorzi socio-sanitari come strumenti di aggregazione e ristrutturazione delle attuali competenze delle Regioni e degli Enti locali in materia sanitaria e come organi di gestione dell'istituendo Servizio sanitario nazionale. L'opera di riforma, infatti, non potrà essere solo frutto di un atto legislativo centrale, ma soprattutto dovrà essere costruzione democratica dal basso di una nuova concezione della tutela della salute. Parimenti importanti sono le iniziative di molte Regioni nel settore dell'assistenza sanitaria e sociale, attuata generalmente attraverso interventi degli Enti locali e dei loro consorzi, soprattutto a carattere preventivo, domiciliare, ambulatoriale con una contemporanea opera di riduzione della ospedalizzazione, della degenza, del ricovero, della custodia.

L'attuale sistema sanitario italiano risulta tuttavia caratterizzato fundamentalmente da sperperi ed inefficienza. Questi due aspetti sono tra di loro interdipendenti ed è facile prevedere che un miglioramento delle prestazioni assistenziali sarà necessariamente accompagnato da un contenimento e da una progressiva diminuzione dei costi.

Nel nostro progetto di riforma, obiettivo qualificante è lo sviluppo di una politica di prevenzione, realizzata con uno spostamento progressivo di risorse ottenuto mediante la eliminazione degli sprechi e la razionalizzazione e la riqualificazione degli interventi nel settore della cura.

Non ci sembra necessario spendere molte parole per sottolineare quanto ciò dovrà significare non solo in termini di salute, ma anche da un punto di vista economico; ed è altrettanto chiaro che una maggiore educazione sanitaria ed una partecipazione diretta degli utenti sono due degli strumenti essenziali, di costo del tutto trascurabile ai fini di una efficace politica di prevenzione. Nell'attesa di una riforma degli studi secondari ed universitari in grado di formare un nuovo tipo di personale medico e paramedico, la razionalizzazione della prestazione medico generica, una nuova politica del farmaco, un'estesa campagna di educazione sanitaria dei cittadini e un programma di aggiornamento permanente degli operatori sanitari rappresentano mezzi altrettanto efficaci quanto economici per ridurre drasticamente la spesa sanitaria e la spesa farmaceutica in particolare. Anche sotto questo profilo, di primaria importanza risulterà l'espansione e la qualificazione degli interventi nel settore della riabilitazione, oggi praticamente ignorata e surrogata da medicinali, lungo-degenze, costosi cronici e da un numero impressionante di pensionamenti precoci.

Tali problemi possono essere affrontati solo con la riforma. È nostra ferma convinzione che essa debba essere urgentemente avviata e che, nelle attuali condizioni di crisi della finanza pubblica e dell'economia nazionale, essa debba, e possa, proporsi e attuare la conversione del sistema sanitario attraverso misure capaci di garantire insieme, con il passaggio a forme più efficaci di tutela della salute, la governabilità, il contenimento e la progressiva riduzione della spesa sanitaria.

Le linee da seguire sono ancora quelle indicate nel documento congiunto PCI-PSI del dicembre 1975, del quale richiamiamo alcune indicazioni:

1) razionalizzazione delle prestazioni di medicina generica mediante:

— l'organizzazione, con l'intervento delle Regioni e dei Comuni, di un servi-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

zio medico di base razionalmente distribuito nel territorio;

— la qualificazione della medicina di base, mediante l'eliminazione dei caratteri cottimistici delle prestazioni e l'aggiornamento permanente del personale sanitario;

— l'unificazione del sistema retributivo dei medici generici con estensione a tutti del sistema a quota capitaria; definizione della retribuzione massima con riferimento ad uno degli attuali livelli retributivi ospedalieri, in modo che l'odierna spesa di medicina generica non subisca lievitazioni;

— l'introduzione del limite massimo di assistiti per ogni medico, con obbligo per ogni sanitario di un solo rapporto di lavoro con enti pubblici;

2) misure di riduzione e riqualificazione dei consumi farmaceutici, mediante:

— la rapida riduzione del numero dei farmaci registrati e l'inclusione nel prontuario terapeutico delle sole specialità di comprovata efficacia terapeutica;

— il contenimento e riduzione delle attività di propaganda dei farmaci, con la diffusione di documenti periodici di informazione farmaceutica ai medici, ad opera dell'Istituto superiore di sanità e delle altre autorità competenti nazionali e regionali;

— revisione dei prezzi dei medicinali, introducendo una metodologia corretta nella valutazione dei costi;

3) razionalizzazione delle prestazioni ospedaliere, mediante:

— la riduzione del numero dei ricoveri anche attraverso l'istituzione in ogni ospedale del dipartimento-filtro di accettazione;

— la riduzione della durata della degenza media, mediante la definizione degli *standards* ottimali dei servizi diagnostici e terapeutici riservati ai soli degenti interni e attraverso l'istituzione di servizi tipo ospedale-diurno per i trattamenti terapeutici necessari nella fase precedente e successiva al periodo della degenza;

— il riesame degli orari di lavoro prestati dagli operatori medici e non medici, al fine di garantire il massimo di produttività del lavoro ospedaliero, con introduzione della norma della continuità del lavoro ospedaliero anche nelle giornate fe-

stive e pre-festive, specie nei servizi diagnostici e d'urgenza;

— l'applicazione più sollecita, estesa e razionale del lavoro a tempo pieno dei medici;

— la rigida applicazione delle norme riguardanti i divieti parziali o totali dell'attività professionale dei medici;

4) la piena utilizzazione del personale non sanitario delle mutue e di tutti i servizi anche mediante misure di conversione professionale e di mobilità.

Tali linee debbono ispirare sia la impostazione della legge di riforma che la sua gestione. Per quanto riguarda la nostra proposta di legge — che assume come base di partenza i risultati essenziali della discussione avvenuta nella Commissione sanità della Camera nella VI legislatura, che aveva portato alla definizione di ventisei articoli della legge di riforma — corrispondono a quelle linee alcune proposte relative a specifici problemi.

In particolare è per coerenza con quelle linee che la proposta di legge, scartata la soluzione di un immediato allineamento dei livelli di prestazione per tutti gli assicurati agli *standards* praticati dall'INAM, dispone che la eguaglianza di trattamento delle prestazioni per tutti i cittadini — obiettivo irrinunciabile della riforma — sia realizzata con gradualità mediante successivi provvedimenti, che accompagnano lo costruzione dei nuovi strumenti gestionali e il passaggio ad essi delle competenze.

In questo periodo — che prevediamo di complessivi diciotto mesi, dall'entrata in vigore della legge all'avvio del pieno funzionamento delle Unità sanitarie locali — dovrà essere avviato quel processo di conversione e riqualificazione delle prestazioni capace di eliminare gli sprechi e ridurre la spesa complessiva.

Analogamente, dalle osservazioni sugli elementi di degenerazione che caratterizzano l'assistenza farmaceutica nel nostro paese, emergono gli orientamenti che ispirano le norme relative al problema dei farmaci contenute nella presente proposta di legge. Questa afferma l'esigenza di una radicale trasformazione dell'attuale regime di registrazione, autorizzazione, distribuzione dei farmaci per renderlo compatibile con la loro funzione sociale e con gli obiettivi e la natura del Servizio sanitario nazionale.

Non si può non sottolineare come già oggi sia nettamente prevalente, e con la riforma sarà praticamente esclusivo, il carattere pubblico del cosiddetto « mercato » dei farmaci.

La domanda pubblica deve quindi positivamente e profondamente condizionare la produzione dei farmaci, orientandola secondo gli obiettivi di salute del Servizio sanitario nazionale. Da ciò deriva l'esigenza di una radicale riconversione del settore che punti sulla qualità, l'utilità sociale, il contenuto di ricerca scientifica dei prodotti, che potrà favorire, tra l'altro una significativa espansione delle esportazioni.

Un altro strumento determinante agli effetti della diminuzione della spesa è costituito dalla integrazione funzionale tra strutture ospedaliere e strutture operanti nel territorio. Al momento attuale le visite e gli esami di laboratorio nei poliambulatori mutualistici, nella maggior parte dei casi, costituiscono solo un ritardo ad una corretta impostazione diagnostica e terapeutica, dal momento che vengono ignorati e ripetuti quando l'ammalato entra in ospedale, con la conseguenza di una maggiore durata della degenza, di un maggior numero di ricoveri e di uno spreco di denaro pubblico.

Numero, durata e quindi costo dei ricoveri potranno essere notevolmente ridotti con la istituzione dei dipartimenti, degli ospedali diurni, del tempo pieno obbligatorio, della lotta all'assentismo effettuata con un processo di omogenizzazione e riqualificazione di tutto il personale sanitario fondato sulla massima partecipazione degli operatori alla gestione dei vari momenti dell'intervento sanitario.

Ma un mutamento di fondo capace di produrre effetti più consistenti e qualificanti per la riduzione degli sprechi, per l'efficienza dei servizi e per la maggiore democrazia e partecipazione alla gestione non solo degli operatori, ma anche degli utenti, e capace di inserire correttamente l'ospedale nell'insieme dei servizi sanitari che operano nel territorio, è possibile solo con la soppressione degli enti ospedalieri e con l'inserimento dei relativi servizi nell'Unità sanitaria locale.

In questo senso è orientata la presente proposta di legge che prevede quindi la perdita della personalità giuridica degli ospedali e ne affida la gestione alla Unità sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati.

Tale attribuzione di competenze riguarda, oltre a tutti gli ospedali pubblici, anche non riconosciuti o non costituiti in enti, anche le cliniche universitarie e tutti gli altri istituti di ricovero e cura dipendenti dalle Provincie e da consorzi di enti locali, compresi gli ospedali specializzati, e gli ospedali psichiatrici.

La legge regionale dovrà tuttavia indicare i presidi che svolgono la loro attività prevalente su ambiti territoriali che comprendono altre Unità sanitarie locali oltre quella in cui sono ubicati e dovrà indicare specifiche norme e criteri di gestione per garantire la realizzazione della finalità proprie di tali presidi.

La legge regionale assicurerà in ogni caso che tutti i presidi di ricovero e cura siano organicamente collegati con gli altri presidi sanitari dell'Unità sanitaria locale e del Servizio sanitario nazionale.

Non occorre sottolineare le difficoltà che comporta la trasformazione di un sistema sanitario come l'attuale — organizzato prevalentemente per strutture verticali, operante con prestazioni discriminate per categorie sociali, gestito da una molteplicità di enti operanti in modo assolutamente autonomo e non coordinato — in un sistema organizzato per ambiti territoriali, con prestazioni estese uniformemente alla totalità dei cittadini e gestito in maniera unitaria e globale dalle Regioni e dai Comuni attraverso le Unità sanitarie locali.

Nella consapevolezza di tali difficoltà, per conseguire gli obiettivi più sopra indicati senza che il passaggio dal vecchio al nuovo sistema risulti troppo esposto ai rischi di disfunzioni e paralisi che potrebbero compromettere la credibilità della riforma e provocare il conseguente disimpegno di tutte le forze (istituzioni, enti, operatori, utenti) chiamate a partecipare alla sua attuazione, la nostra proposta di legge cerca di definire con la necessaria precisione i soggetti e gli atti relativi al primo periodo di attuazione della riforma.

In modo molto schematico il processo di trasformazione si articola in due fasi. Nella prima si provvede allo scioglimento degli enti erogatori di assistenza sanitaria in regime mutualistico affidandone tutte le funzioni alle Regioni. A tal fine, mentre con lo stesso decreto del Presidente della Repubblica sono sciolti gli enti mutualistici e sono nominati i commissari liquidatori degli stessi, le Regioni provvedono alla no-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

mina, entro 15 giorni dall'entrata in vigore della legge, dei commissari straordinari della Regione cui compete la responsabilità della gestione dei servizi e delle attività degli enti disciolti. Questi commissari sono scelti di preferenza tra gli amministratori degli enti locali impegnati nella gestione della assistenza sanitaria. Con lo stesso decreto del Presidente della Repubblica che scioglie gli enti mutualistici sono rese autonome le gestioni dei servizi di assistenza sanitaria degli istituti di previdenza, in vista del loro trasferimento alle Regioni, e sono nominati i rispettivi commissari liquidatori.

In tal modo, mentre i commissari liquidatori provvedono al trasferimento alle Regioni dei beni e dei servizi degli enti disciolti, i commissari straordinari delle Regioni gestiscono per conto di queste l'assistenza sanitaria, garantendo fin dall'inizio i livelli di prestazione precedentemente in godimento e operando, su indicazione delle Regioni, per la graduale riorganizzazione dei servizi loro affidati.

Fin dall'entrata in vigore della legge i disoccupati, compresi i giovani in cerca di prima occupazione, e gli iscritti agli elenchi dei poveri, hanno diritto alle prestazioni sanitarie erogate dal disciolto INAM. A partire dal primo gennaio 1978 e fino alla fiscalizzazione degli oneri per l'assistenza sanitaria, l'assicurazione contro le malattie diventa obbligatoria per tutti i cittadini e i relativi contributi saranno definiti, con apposito decreto del Governo, sulla base del reddito imponibile accertato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche.

La fase successiva è rappresentata dalla realizzazione delle Unità sanitarie locali:

le Regioni, d'intesa coi Comuni, ne definiscono gli ambiti territoriali, i presidi e i servizi; ne disciplinano i compiti, la gestione ed il funzionamento e provvedono al trasferimento del personale. Al contempo vengono trasferiti ai Comuni, con vincolo di destinazione ai servizi delle Unità sanitarie locali, i beni mobili e immobili e le attrezzature degli enti mutualistici, degli enti ospedalieri disciolti, nonché quelli delle Province e dei Consorzi di enti locali, destinati ai servizi per l'igiene e la sanità.

Alla conclusione di questa fase l'organizzazione della Unità sanitaria locale sarà completamente definita ed estesa su tutto il paese; le Unità sanitarie locali saranno

responsabili della gestione di tutti i presidi e i servizi sanitari operanti nel loro territorio compresi gli ospedali generali, specializzati e psichiatrici, i laboratori provinciali di igiene e profilassi, le cliniche universitarie, gli istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico, ecc., prevedendosi una specifica normativa regionale per quei presidi che servono più Unità sanitarie locali.

Contemporaneamente, con decreto del Presidente della Repubblica da emanarsi entro il sesto, il dodicesimo e il quindicesimo mese dall'entrata in vigore della legge, il Governo definisce e unifica i livelli di prestazione sanitaria, sicché entro il diciottesimo mese dall'entrata in vigore della legge le Unità sanitarie locali potranno esercitare pienamente le loro funzioni erogando prestazioni sanitarie uguali per tutti i cittadini.

Una particolare difficoltà, nell'attuazione della riforma e nel conseguente passaggio dei poteri dalle mutue e dagli ospedali alle articolazioni regionali e locali dello Stato democratico (Regioni e Comuni), è costituita dalla riorganizzazione funzionale, normativa ed economica del personale.

La collocazione e il ruolo del personale non può che essere coerente con le esigenze della più elevata qualificazione del servizio e della sua sottrazione a condizionamenti mercantili; garantendo al contempo il pieno rispetto dei diritti acquisiti e la valorizzazione delle funzioni svolte e della capacità professionale degli operatori.

Nonostante lo sforzo di definizione compiuto nella presente proposta di legge, non riteniamo di aver risolto, né ci sembrava possibile, tutti i problemi. Abbiamo cercato di indicare con la massima precisione la linea da seguire per giungere nel tempo più breve e attraverso un processo che deve impegnare, con le Regioni e i Comuni tutte le categorie interessate e le loro organizzazioni sindacali, alla realizzazione degli obiettivi di fondo.

Punto di arrivo di tale processo non può che essere la perequazione del trattamento e la omogeneità dei ruoli, all'interno del Servizio sanitario nazionale, di tutti gli operatori sanitari e di tutti i lavoratori del settore amministrativo, sulla base delle funzioni svolte. Queste devono essere progressivamente integrate e armonizzate con le finalità e con i nuovi principi organizzati-

vi del servizio, mentre si dovrà tenere nel più alto conto l'obiettivo della più generale unificazione di tutto il personale della pubblica amministrazione, secondo gli orientamenti espressi dalle organizzazioni sindacali confederali che coincidono in tal caso con l'interesse pubblico e con le esigenze dell'amministrazione dello Stato.

In armonia con la natura propria delle Unità sanitarie locali, è stabilito che il relativo personale dipenda, sotto il profilo funzionale, disciplinare e retributivo, dall'organo di gestione della Unità sanitaria locale, mentre dipende amministrativamente dal Comune o dall'associazione di Comuni cui la stessa fa capo.

Si propone pertanto l'istituzione da parte delle Regioni del ruolo regionale di tutto il personale addetto ai servizi delle Unità sanitarie locali, da assumere per il pubblico concorso e a rapporto di lavoro a tempo pieno.

Per far fronte alle esigenze del servizio e per favorire la formazione e la qualificazione del personale sarà attuato il principio della mobilità degli operatori sanitari dall'uno all'altro servizio dell'Unità sanitaria locale ed il passaggio da una alla altra Unità sanitaria locale.

Tali criteri, assieme ad altri, come l'obbligo dell'aggiornamento, della residenza nel territorio dell'Unità sanitaria locale nella quale si presta servizio, dell'incompatibilità con altri rapporti di impiego e con l'esercizio della libera professione, sono fissati dalla legge regionale sul regolamento e sugli organici.

Per quanto riguarda il personale proveniente dagli enti disciolti e dalle gestioni sopresse, si prevede che la parte eventualmente eccedente rispetto alle esigenze del servizio sanitario venga destinata ad altri settori della pubblica amministrazione previa intesa fra i ministri interessati.

Il rapporto di lavoro è disciplinato da accordi nazionali stipulati tra le rappresentanze dei Comuni e delle Regioni e le organizzazioni sindacali nazionali maggiormente rappresentative, facendo in modo che le trattative si svolgano contestualmente a quelle riguardanti i dipendenti degli Enti locali.

È chiaro che con la soluzione proposta si tende a realizzare gli obiettivi di progressiva unificazione del personale e della sua razionale utilizzazione, indispensabile

sia dal punto di vista della qualità che dal punto di vista della economicità del servizio.

Per quanto riguarda i medici, è prevista la possibilità di ricoprire i posti di organico mediante il ricorso a convenzioni conformi ad accordi nazionali tipo, per garantire l'uniformità di trattamento su tutto il territorio nazionale, e fondate su alcuni principi tendenti a evitare forme di pericolosa commistione tra esigenze pubbliche del servizio e interessi di natura privatistica.

La definizione delle spese di competenza dei vari organi e istituzioni che intervengono nella gestione del servizio sanitario nazionale è disciplinata secondo quanto era stato unitariamente definito nel dibattito svoltosi nella VI Legislatura.

Senza ripetere estesamente le esposizioni di quella impostazione che raccoglieva sostanzialmente la nostra proposta del 1973, basta richiamare qui i principi fondamentali ai quali anche l'attuale proposta di legge si ispira:

decentramento democratico delle funzioni;

globalità degli interventi (di prevenzione, cura e riabilitazione) privilegiando il momento della prevenzione;

unità della gestione di tutti gli interventi e presidi;

programmazione degli interventi e delle attività in collegamento con i piani economici, territoriali e settoriali, con particolare riguardo a quelli relativi all'assistenza sociale;

partecipazione democratica delle forze sociali, degli operatori, degli utenti e di tutti i cittadini — secondo le norme regolamentari che i Comuni vorranno definire — alla determinazione degli obiettivi e alla gestione dei servizi.

A questi principi corrisponde una definizione della Unità sanitaria locale come complesso di tutti i servizi dei Comuni, singoli o associati, preposti all'attuazione a livello locale dei compiti del servizio sanitario nazionale.

Dagli stessi principi è derivata l'esigenza di eliminare quegli enti e organi la cui sopravvivenza sarebbe risultata incompatibile con l'unità della gestione o, in alcuni

casi, di scorporare da essi le funzioni sanitarie e i relativi presidi. Ne è conseguita la necessità di scioglimento, oltre che delle mutue e degli enti ospedalieri, anche dell'Ente nazionale prevenzione e infortuni (ENPI) e dell'Associazione nazionale controllo combustione (ANCC), e lo scorporo dei servizi sanitari dell'INPS, dell'INAIL, degli Ispettorati del lavoro e della Croce rossa italiana. In particolare per quanto riguarda l'ENPI, la sua sopravvivenza avrebbe reso impossibile il pieno assolvimento da parte delle Regioni e delle Unità sanitarie locali, ciascuna nelle proprie competenze, delle fondamentali funzioni preventive nel campo dell'igiene e della sicurezza del lavoro e la tutela della salute all'interno e all'esterno delle fabbriche.

Alcuni problemi, anche di notevole rilievo per la influenza che hanno sulle caratteristiche del servizio sanitario nazionale, non sono stati completamente definiti nella presente proposta di legge. Questa scelta risponde a diverse esigenze: alcuni di questi problemi avrebbero costituito, se completamente definiti con norme penetranti, un grave appesantimento della legge e quasi certamente un ostacolo ulteriore alla sua sollecita approvazione, senza che, probabilmente, la relativa normativa potesse risultare alla fine priva di lacune e certa. Inoltre una normativa troppo dettagliata in alcune materie di competenza regionale avrebbe finito per togliere spazio all'attività legislativa delle Regioni e avrebbe costituito per di più un elemento di schematismo e di rigidità, laddove invece diversità di esperienze nell'attuazione regionale della legge potranno risultare molto utili agli effetti della individuazione delle soluzioni ottimali.

A titolo di esempio, nella definizione delle Unità sanitarie locali la legge, pur definendo le stesse e il loro rapporto con i Comuni, evita di definire rigidamente i loro organi di gestione e le specifiche modalità di organizzazione.

Ci sembra, tuttavia, che risultino sufficientemente precise, pur nel loro carattere di norme generali, quelle previste, ad esempio, sulla disciplina dei farmaci, così come quelle relative all'assistenza psichiatrica per la quale, oltre a fissare obiettivi e orientamenti coerenti con una visione più moderna della tutela della salute mentale e rispettosi dei diritti della persona, si provvede ad abrogare le norme delle vi-

genti leggi in contrasto con quegli obiettivi e con quegli orientamenti.

I problemi della salute sono strettamente collegati, specie per quanto riguarda la prevenzione, a una serie molteplice di fattori; la sua tutela richiede quindi interventi in campi diversi e l'esercizio di funzioni diverse in vari settori. In particolare risulta estremamente labile il confine tra intervento sanitario e intervento sociale specie nel momento di prevenzione e in quello di riabilitazione. La riforma sanitaria, perché i suoi scopi siano pienamente raggiunti, richiede una serie di altri provvedimenti di riforma nel campo dell'assistenza, dell'urbanistica, della scuola, nonché una complessiva politica di sviluppo economico-sociale che si ponga in maniera adeguata l'obiettivo della tutela e del miglioramento delle condizioni di salute della popolazione.

Di fronte a così ampi problemi questa proposta di legge, con l'istituzione e il concreto funzionamento del Servizio sanitario nazionale si propone come primo e pur fondamentale provvedimento per l'avvio di un processo inteso a realizzare un sistema di completa sicurezza sociale.

È ormai un concetto universalmente acquisito nel dibattito politico, che lo stato di salute della popolazione dipende dalle condizioni economiche, sociali e ambientali. Perciò la politica degli investimenti, lo sviluppo dell'agricoltura, la trasformazione del Mezzogiorno, l'assetto urbanistico e territoriale, che influenzano direttamente le condizioni sanitarie, devono essere orientati non in base alle esigenze del profitto e della rendita, bensì in base alle necessità di migliorare la salute della popolazione e le sue condizioni di vita.

Anche la partecipazione democratica a queste scelte e alla gestione dei servizi sanitari sono una esigenza intrinseca alle finalità di salute che sono al centro della nostra proposta e, riteniamo, di ogni proposta di reale riforma del sistema sanitario.

La necessità di mutare il quadro politico del paese e di allargare le basi della democrazia in tutta la vita nazionale si pone perciò come una premessa e una delle conseguenze dell'attuazione del Servizio sanitario nazionale, che si colloca quindi come uno degli obiettivi e degli atti più qualificanti per le forze popolari e democratiche nell'avvio della costruzione di una società rinnovata nel tipo di sviluppo economico e nei rapporti sociali e culturali.

PROPOSTA DI LEGGE

TITOLO PRIMO

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

CAPO I

I PRINCIPI E I COMPITI

ART. 1.

(Principi).

La tutela della salute, fondamentale diritto della persona ed interesse della collettività, è assicurata dalla Repubblica mediante il Servizio sanitario nazionale.

Il Servizio sanitario nazionale, che si realizza a livello centrale, regionale e degli enti locali territoriali, assicurando la partecipazione dei cittadini, è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero dello stato di benessere fisico e psichico di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza del trattamento.

La tutela della salute deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona.

Sono riconosciute le libere iniziative di volontariato in attività che concorrono ai fini istituzionali del Servizio sanitario nazionale.

Compiti del Servizio sanitario nazionale sono:

- la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione del cittadino e delle comunità;
- la prevenzione;
- la diagnosi e la cura delle malattie, qualunque ne siano il tipo e la durata;
- la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità fisica, psichica e sensoriale;
- la salvaguardia della salubrità dell'ambiente naturale, sociale e di lavoro;

- l'igiene degli insediamenti urbani, delle collettività, degli alimenti e degli animali per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo;

- la disciplina sui farmaci e l'informazione scientifica sugli stessi;

- la formazione e l'aggiornamento culturale e scientifico del personale sanitario.

Il Servizio sanitario nazionale cura anche il collegamento e il coordinamento delle attività e degli interventi con tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

ART. 2.

(*Obiettivi*).

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

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

2) la tutela della maternità e dell'infanzia, per assicurare la riduzione dei fattori di rischio connessi col parto, le migliori condizioni di salute per la madre, la rapida riduzione del tasso di mortalità infantile e di tutta la patologia perinatale, con efficaci e completi interventi di prevenzione, oltreché di assistenza sanitaria, psico-pedagogica e sociale, al fine di consentire scelte consapevoli di procreazione e le migliori condizioni per la maternità, nonché le condizioni più idonee di sviluppo fisico e psichico per i bambini;

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

del fanciullo in rapporto con lo sviluppo dell'età, precludendo ogni intervento emarginante nei confronti dei soggetti handicappati;

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

5) la tutela della salute mentale, privilegiando il momento preventivo nei confronti dei disturbi psichici, eliminando le condizioni di segregazione e di custodia, vietando la istituzione di ospedali psichiatrici, e strutture comunque emarginanti; realizzando il recupero sociale ed il reinserimento dei soggetti sofferenti di disturbi della sfera psichica; utilizzando strutture flessibili e decentrate nel territorio, inserite nel complesso dei presidi per la tutela della salute generale. L'eventuale ricovero dei pazienti per la cura della fase acuta della malattia deve avvenire in spazi di degenza degli ospedali generali senza configurare reparti specializzati tali da riproporre la separazione dell'assistenza psichiatrica dagli altri servizi di assistenza sanitaria ospedaliera.

6) il superamento delle condizioni di arretratezza sanitaria e della patologia del sottosviluppo e della miseria, particolarmente diffusa nelle regioni meridionali;

7) la tutela della salute urbana mediante interventi contro i danni provocati dalle disordinate concentrazioni di popolazione nelle città;

8) la lotta contro il deterioramento ambientale, con un programma pluriennale rivolto alla identificazione e alla eliminazione delle cause degli inquinamenti della atmosfera, delle acque, del suolo e degli ambienti;

9) il riordinamento dei servizi veterinari allo scopo di provvedere alla difesa della salute umana dalle malattie trasmesse dagli animali, a garantire una adeguata dimensione delle produzioni animali e a controllare la riproduzione animale anche al fine di assicurare alimenti sani, genuini ed al minimo costo, a difendere l'ambiente dalle contaminazioni di origine animale e ad assicurare la difesa degli animali domestici e selvatici.

ART. 3.

(*Competenze statali*).

La funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle Regioni che attengono, in materia sanitaria, ad esigenze di carattere unitario, anche con riferimento agli obiettivi della programmazione economica nazionale, alle esigenze di rigore e di efficacia della spesa sanitaria e agli impegni derivanti dagli obblighi internazionali e comunitari, spetta agli organi centrali dello Stato e di norma viene esercitata con legge o con atto avente forza di legge.

Alla funzione di indirizzo e coordinamento nei casi diversi da quelli previsti dal precedente comma si provvede mediante deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Presidente del consiglio, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

L'esercizio della funzione di cui al secondo comma può essere delegato, di volta in volta, dal Consiglio dei ministri al Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) per la determinazione dei criteri operativi per quanto di sua competenza, oppure al Presidente del Consiglio dei ministri con il Ministro della sanità, quando si tratti di affari particolari.

Il Ministero della sanità e le amministrazioni regionali sono tenuti a fornirsi reciprocamente ogni notizia utile allo svolgimento delle proprie funzioni.

ART. 4.

Le funzioni di indirizzo e coordinamento si esprimono fra l'altro con legge nazionale in ordine:

a) alla profilassi internazionale sanitaria: marittima, aerea e di confine;

b) alla profilassi delle malattie infettive e contagiose, per le quali siano imposte le vaccinazioni obbligatorie e misure quarantenarie;

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

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

e) all'igiene della produzione e conservazione degli alimenti, alla produzione, re-

gistrazione e commercio, nonché all'impiego dei tossici e delle altre sostanze pericolose;

f) alla produzione dell'energia nucleare e alla produzione, commercio e impiego delle sostanze radioattive;

g) al prelievo di parti di cadaveri e al trapianto degli organi;

h) alla omologazione, per fini prevenzionali, di macchine, impianti, attrezzature e mezzi personali di protezione.

Le Regioni emanano norme di attuazione delle leggi statali nelle materie indicate dal primo comma del presente articolo.

Sono delegate alle Regioni, ai sensi dell'articolo 118, secondo comma, della Costituzione, le funzioni amministrative esercitate dagli organi centrali dello Stato, ivi comprese le funzioni amministrative non trasferite né delegate dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4.

ART. 5.

Il Parlamento della Repubblica detta norme di principio tese ad assicurare in tutto il territorio nazionale uguali condizioni di tutela della salute.

Con decreto del Presidente della Repubblica, su deliberazione del Consiglio dei ministri sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono fissati i livelli minimi delle prestazioni sanitarie che devono essere garantite a tutti i cittadini.

Il Parlamento della Repubblica detta norme generali e norme penali particolarmente in materia:

1) di inquinamento dell'atmosfera, delle acque, del suolo;

2) di tutela igienica degli alimenti e delle bevande;

3) di igiene e sicurezza in ambienti di vita e di lavoro;

4) di vaccinazioni e malattie infettive.

Con decreto del Presidente del Consiglio, su proposta del Ministro della sanità sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono fissati i livelli massimi di nocività ammissibili negli ambienti di lavoro, negli ambienti abitativi e nell'ambiente esterno.

I provvedimenti delle Regioni, da emanare nell'ambito delle norme nazionali di

cui al precedente comma, devono osservare i seguenti principi:

- adeguare la normativa alle esigenze delle singole situazioni regionali;
- coordinare l'intervento sanitario con gli interventi negli altri settori economici, sociali e di organizzazione del territorio di competenza delle Regioni;
- unificare l'organizzazione sanitaria su base territoriale e funzionale.

ART. 6

(Consiglio sanitario nazionale).

È istituito il Consiglio sanitario nazionale con funzioni di consulenza e proposta per il Consiglio dei ministri anche ai fini dell'esercizio delle funzioni di indirizzo e coordinamento.

Il Consiglio sanitario nazionale esprime pareri particolarmente:

- sulle fasi di attuazione del Servizio sanitario nazionale;
- sulle linee generali della politica sanitaria nazionale;
- sulla attuazione degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale;
- sui livelli assistenziali minimi, sulla ripartizione del Fondo sanitario nazionale e sui livelli contributivi fino alla completa fiscalizzazione degli oneri;
- sulla programmazione del fabbisogno di personale sanitario necessario alle esigenze del Servizio sanitario nazionale;
- sugli indirizzi dei corsi di formazione del personale medico e non medico o comunque avente aspetti professionali attinenti al Servizio sanitario nazionale;
- sulle norme per l'addestramento professionale del personale sanitario nell'ambito delle strutture del Servizio sanitario nazionale;
- sulla disciplina per la produzione, la registrazione e la distribuzione dei farmaci;
- sulle norme che regolano la sperimentazione clinica sull'uomo;
- sulle norme atte ad assicurare un processo di formazione professionale permanente del personale sanitario;
- sui programmi di ricerca, di informazione scientifica e di educazione sanitaria;

- sui criteri da seguire per la raccolta dei dati da utilizzare ai fini della politica sanitaria nazionale.

Il Consiglio sanitario nazionale predisponde una relazione annuale pubblica sullo stato sanitario del paese, sulla quale il Ministro della sanità riferisce al Parlamento entro il 31 marzo di ogni anno.

Il Consiglio sanitario nazionale esamina le relazioni di attività dell'Istituto superiore di sanità, con particolare riferimento ai programmi di ricerca scientifica correlati ai compiti del Servizio sanitario nazionale, alle attività di vigilanza sulla produzione e distribuzione dei farmaci ed alle esigenze di coordinare l'attività dell'Istituto con quelle degli altri Istituti di ricerca e di controllo sanitario che operano nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

Il Consiglio superiore nazionale esprime altresì parere e formula proposte sui programmi di ricerca del CNR attinenti alle materie di interesse del Servizio sanitario nazionale.

Il Consiglio sanitario nazionale, nominato con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità, per la durata di un quinquennio, è presieduto dal Ministro della sanità ed è composto:

- da un rappresentante per ciascuna Regione;

- dal Direttore dell'Istituto superiore di sanità;

- da un rappresentante per ciascuno dei seguenti Ministeri: lavoro e previdenza sociale, pubblica istruzione, interno, difesa, giustizia, bilancio e programmazione economica, agricoltura e foreste, ricerca scientifica;

All'inizio di ogni quinquennio il Consiglio elegge tra i suoi componenti due Vicepresidenti.

Il Consiglio approva un regolamento interno per il suo funzionamento; può articolarsi in sezioni si avvale, per la trattazione di problemi particolari, dell'Istituto superiore di sanità, o di altre istituzioni pubbliche che svolgono attività di ricerca in campi di interesse sanitario o di esperti esterni.

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

ART. 7.

(*Istituto superiore di sanità*).

L'Istituto superiore di sanità è l'organo tecnico-scientifico nazionale del Servizio sanitario nazionale. Esso è organizzato in laboratori con lo scopo di procedere alle attività di ricerca scientifica e di controllo sanitario che favoriscano l'attuazione dei compiti indicati negli articoli 3, 4 e 5 della presente legge e realizza inoltre la collaborazione tecnico scientifica con i presidi igienico-sanitario che operano nell'ambito regionale.

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

Il programma annuale della ricerca scientifica è attuato dall'Istituto superiore di sanità in collaborazione con le istituzioni pubbliche di ricerca scientifica, biologica, medica e farmacologica, nonché tecnologica ai fini di cui all'articolo 43, quarto comma.

All'attuazione di tale programma possono essere chiamate a concorrere anche istituzioni private di riconosciuto valore scientifico.

ART. 8.

(*Competenze regionali*).

La Regione emana norme legislative in materia sanitaria nel rispetto delle norme fondamentali e dei principi stabiliti dalla presente legge ed esercita le funzioni amministrative attribuite e delegate dalla presente legge, salvo quanto previsto dagli articoli 9 e 10.

L'attività delle Regioni viene svolta, previa consultazione degli enti locali — secondo il metodo della programmazione pluriennale e della più ampia partecipazione democratica tenuto conto delle scelte regionali di programmazione economica e sociale.

La legislazione regionale sostituisce la vigente legislazione in materia sanitaria.

Le norme della legge 14 febbraio 1904, n. 36 e successive modificazioni e integrazioni e quelle della legge 18 marzo 1968, n. 431 e successive modificazioni e integrazioni, in contrasto con la presente legge sono abrogate.

ART. 9.

(Competenze locali).

Le funzioni amministrative di interesse locale relative ai compiti e alle finalità del servizio sanitario nazionale, attualmente esercitate dagli enti locali territoriali, da altri enti od istituti pubblici, da consorzi di enti pubblici e da enti mutualistici o previdenziali, sono attribuite ai Comuni che le esercitano, in forma singola o associata, secondo quanto previsto dalle leggi regionali nella materia, con le modalità di cui agli articoli seguenti.

ART. 10.

(Unità sanitarie locali)

L'Unità sanitaria locale (USL) è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi del Comune, o dei Comuni associati, preposti in un determinato ambito territoriale a realizzare nei confronti della popolazione, delle attività esistenti e dell'ambiente le finalità del Servizio sanitario nazionale di cui alla presente legge.

Quando l'Unità sanitaria locale comprende il territorio di più comuni, essi la gestiscono in forma associata.

Quando in un Comune sono comprese più unità sanitarie locali queste vengono gestite dal Comune con la partecipazione degli organi del decentramento amministrativo di cui alla legge 18 aprile 1976, n. 278.

L'ambito territoriale dell'Unità sanitaria locale è delimitato in base a gruppi di popolazione compresi, di regola, tra 50.000 e 200.000 abitanti, tenuto conto delle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche della zona.

Nel caso di aree con popolazione particolarmente sparsa o concentrata sono consentiti limiti diversi da quelli previsti nel comma precedente.

Il territorio delle Unità sanitarie locali, qualora comprenda più Comuni, deve coin-

cidere, di regola, con l'ambito territoriale previsto per altri servizi.

La legge regionale che stabilisce la struttura ed i compiti delle Unità sanitarie locali può indicare i servizi sociali connessi alla tutela della salute della popolazione, che devono essere compresi nelle stesse, ed in tale caso detta norme per la specifica copertura finanziaria.

La legge regionale detta norme fra lo altro:

a) per il coordinamento e la integrazione funzionale di tutte le strutture proprie e convenzionate dell'Unità sanitaria locale;

b) per l'eventuale articolazione funzionale dell'Unità sanitaria locale in « distretti di base » che erogano il servizio di primo livello e di pronto intervento per gruppi di popolazione di circa 10 mila abitanti, salvo aree con popolazione particolarmente concentrata o sparsa.

ART. 11.

L'Unità sanitaria locale provvede:

- a) all'igiene dell'ambiente;
- b) alla prevenzione individuale e collettiva delle malattie e degli infortuni;
- c) alla protezione sanitaria materno-infantile e all'assistenza pediatrica;
- d) all'igiene e medicina scolastica negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado;
- e) all'igiene e medicina del lavoro nonché alla protezione antinfortunistica;
- f) alla medicina dello sport e alla tutela sanitaria delle attività sportive;
- g) all'assistenza medico-generica e specialistica domiciliare e ambulatoriale;
- h) all'assistenza ospedaliera;
- i) ai servizi per la salute mentale;
- l) alla riabilitazione;
- m) all'assistenza farmaceutica e alla vigilanza sulle farmacie;
- n) all'igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e bevande;
- o) alla profilassi e alla polizia veterinaria, alla ispezione e vigilanza veterina-

ria sugli animali da alimentazione umana, sugli impianti di trasformazione, sugli alimenti di origine animale, sull'alimentazione zootecnica e sulle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo, sulla produzione e riproduzione animale, sulla sanità animale, sui farmaci di uso veterinario;

p) alle prestazioni, certificazioni e accertamenti medico-legali;

q) alla educazione sanitaria; ed a tutte le altre attività che attengono alla realizzazione nella comunità degli obiettivi di cui all'articolo 2 della presente legge.

ART. 12.

La gestione, l'organizzazione e il funzionamento delle Unità sanitarie locali sono disciplinati dalla legge regionale.

La Regione, sentiti i Comuni, detta norme per la delimitazione, la costituzione e la gestione delle Unità sanitarie locali che devono essere strumento operativo del Comune o dell'associazione di più Comuni.

La legge regionale in particolare:

1) definisce le strutture dell'Unità sanitaria locale prevedendo, fra l'altro, la creazione di un organo collegiale di gestione che sia espressione del Consiglio comunale quando il territorio comunale coincide con quello della Unità sanitaria locale; dei consigli dei Comuni interessati, quando l'Unità sanitaria locale comprende il territorio di più Comuni; del Consiglio comunale e dei Consigli circoscrizionali interessati se l'ambito dell'Unità sanitaria locale corrisponde ad una parte del territorio comunale. La procedura per la nomina dell'organo collegiale di gestione deve garantire la presenza della minoranza;

2) assicura l'autonomia tecnico-funzionale dei servizi e disciplina il coordinamento fra gli stessi;

3) fissa i criteri per il regolamento organico del personale della Unità sanitaria locale e per le piante organiche dei diversi presidi e servizi;

4) detta norme per la tenuta del conto di gestione dell'Unità sanitaria locale, che deve far parte delle contabilità speciali nel bilancio dei Comuni interessati, e per la contabilità dei fondi assegnati dalla Re-

gione per le attività dell'Unità sanitaria locale;

5) disciplina l'organizzazione e la gestione dei servizi di livello intermedio di cui al successivo articolo 13 fermo il principio dell'intesa con i Comuni interessati;

6) prevede, ferma la potestà regolamentare dei Comuni, la più ampia partecipazione dei cittadini e delle forze sociali alla determinazione degli indirizzi sanitari a livello locale ed alla gestione dei servizi e presidi.

Ove il territorio dell'Unità sanitaria locale corrisponde a quella di una Comunità montana, la gestione dell'Unità sanitaria locale, previa intesa con la Regione, può essere attribuita dai Comuni interessati agli organi della Comunità.

ART. 13.

La legge regionale individua i presidi sanitari ospedalieri ed extraospedalieri e quelli relativi alla prevenzione che per la loro finalità specifica e per le loro caratteristiche tecniche e specialistiche svolgono attività prevalentemente rivolte ad ambiti territoriali che comprendono più Unità sanitarie locali.

Fra i presidi sanitari di cui sopra sono compresi i laboratori provinciali di igiene e profilassi, gli istituti riconosciuti a carattere scientifico e gli ospedali psichiatrici.

Fatto salvo quanto disposto dall'articolo 14 sono compresi fra detti presidi gli istituti e le cliniche universitarie.

La legge regionale attribuisce la gestione dei predetti presidi alla Unità sanitaria locale competente per territorio e detta norme particolari per assicurare nella loro gestione la realizzazione delle finalità proprie di tali presidi, per la tenuta del conto di tali gestioni e per quant'altro attiene alla particolare caratteristica di tali presidi.

ART. 14.

(Convenzioni Regioni-Ministero della pubblica istruzione).

Fino alla riforma universitaria e delle facoltà mediche, i rapporti fra le Regioni e l'Università, per quanto attiene alle facoltà suddette, sono regolati da specifiche

convenzioni stipulate sulla base di uno schema tipo definito di intesa fra il Ministero della pubblica istruzione e le Regioni.

La convenzione tipo, che viene trasmessa per il parere al Consiglio sanitario nazionale, deve assicurare l'integrazione funzionale fra strutture dell'Università e strutture del Servizio sanitario nazionale nonché la loro reciproca utilizzazione anche ai fini della attività didattica, della formazione professionale del personale sanitario e della ricerca scientifica.

CAPO IV

ART. 15.

(Prevenzione, cura, riabilitazione).

Le Unità sanitarie locali, tenuto conto degli obiettivi di cui all'articolo 2 e dei compiti di cui all'articolo 11, provvedono alla erogazione delle prestazioni sanitarie preventive e assicurano pari livelli assistenziali a tutta la popolazione.

Gli interventi di prevenzione devono fra l'altro:

a) ricercare ed accertare, in modo sistematico e con il concorso delle parti interessate, i fattori di nocività e pericolosità presenti negli ambienti di vita e di lavoro;

b) rendere pubblici i dati accertati, diffondendone la conoscenza presso le comunità di cittadini e di gruppi di lavoratori ad essi interessati, sia direttamente che tramite gli organi del decentramento comunale e le rappresentanze sindacali anche a livello di luogo di lavoro;

c) rimuovere, con il concorso delle parti interessate, i fattori di nocività e pericolosità accertati, in modo da ridurre il grado di rischio nei vari ambienti di vita e di lavoro.

Le prestazioni curative sono assicurate a tutti i cittadini iscritti presso le USL nel cui territorio hanno o trasferiscono la propria residenza anagrafica. Nei casi di urgenza i cittadini hanno diritto di accedere ai servizi di qualsiasi USL.

I servizi sono organizzati, compatibilmente con le esigenze obiettive dell'assistenza, in modo da consentire agli assistiti

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

la libera scelta del medico e del luogo di cura.

Le prestazioni curative comprendono la assistenza medico-generica, specialistica, ospedaliera e farmaceutica.

L'assistenza medico generica è prestata sia attraverso il personale dell'USL o del distretto cui l'utente appartiene, sia attraverso i medici convenzionati ai sensi del successivo articolo.

La scelta del medico di fiducia è operata fra i sanitari di cui al comma precedente.

L'assistenza medico-specialistica è prestata presso gli ambulatori dell'Unità sanitaria locale di appartenenza.

L'assistenza ospedaliera è prestata negli ospedali pubblici e negli altri istituti, convenzionati ai sensi del successivo articolo 17, dell'Unità sanitaria locale, o comunque in quelli esistenti nel territorio della Regione di residenza anagrafica.

Il ricovero in ospedali pubblici, in istituti convenzionati o in strutture ospedaliere ad alta specializzazione di altre regioni è ammesso per motivate ragioni ed è regolato in accordo fra le Regioni.

La legge regionale prevede e disciplina le forme straordinarie di assistenza indiretta.

Le prestazioni sanitarie riabilitative dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche o psichiche, dipendenti da qualunque causa, vengono rese da tutte le USL attraverso servizi propri e, ove manchino, attraverso altre istituzioni con le quali le Unità sanitarie locali hanno stipulato idonee convenzioni.

Le convenzioni devono essere conformi a schemi predisposti dalle Regioni.

Le Regioni promuovono l'integrazione e la qualificazione, sotto l'aspetto sanitario, con particolare riguardo ai momenti della prevenzione e della riabilitazione, dei presidi sanitari degli istituti termali pubblici e possono stipulare con essi convenzioni per le sole cure idrotermali.

Le Regioni disciplinano la concessione di contributi per tali forme di assistenza sanitaria integrativa.

ART. 16.

(Assistenza a stranieri e apolidi).

Hanno diritto all'assistenza sanitaria gratuita tutti i cittadini stranieri stabilmente

o temporaneamente residenti nel territorio nazionale nonché gli apolidi.

ART. 17.

(Istituti di carattere privato).

Nei confronti degli Istituti di carattere privato di ricovero, cura e riabilitazione, compresi quelli di cui all'articolo 1, penultimo comma della legge 12 febbraio 1968, n. 132, quelli di cui all'articolo 1 della legge 26 novembre 1973, n. 817, che non hanno richiesto di essere eretti in enti ospedalieri e le aziende termali private, la Regione, fatte salve le funzioni di indirizzo e coordinamento degli organi centrali dello Stato, detta norme:

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

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

3) per stabilire adeguate forme di controllo.

ART. 18.

(Assistenza farmaceutica).

L'Unità sanitaria locale eroga l'assistenza farmaceutica: attraverso le farmacie comunali o a gestione municipalizzata; attraverso le farmacie private convenzionate.

Gli assistiti, dietro presentazione di ricetta compilata dal medico curante, hanno diritto alla fornitura di preparati galenici, specialità medicinali e articoli di medicazione compresi nel prontuario terapeutico del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 19.

L'Unità sanitaria locale provvede ad acquistare direttamente alla produzione i prodotti farmaceutici, gli articoli di medica-

zione e ogni altro materiale sanitario necessario agli ospedali, alle farmacie comunali e agli altri presidi sanitari. La Regione detta norme per tali acquisti.

Fatti salvi i diritti degli attuali titolari del diritto di esercizio per le farmacie previste dalle vigenti piante organiche, dalla data di entrata in vigore della presente legge il diritto di istituire nuove farmacie e l'attribuzione di sedi vacanti sono riservati ai Comuni.

La legge regionale detta norme per la istituzione di nuove farmacie comunali e per l'attribuzione al Comune delle sedi vacanti.

Fino a quando non sarà data attuazione ad una nuova disciplina per la formazione del prezzo dei farmaci si applicano gli sconti di cui alle leggi 4 agosto 1955, n. 692 e 17 agosto 1974, n. 386.

ART. 19.

(Disciplina sui farmaci).

La produzione e la distribuzione dei farmaci devono essere regolate da criteri coerenti con gli obiettivi del Servizio sanitario nazionale, con la funzione sociale del farmaco e con la prevalente finalità pubblica della produzione.

Il Parlamento della Repubblica detta norme:

— per la disciplina della registrazione dei farmaci e per indirizzare la produzione farmaceutica alle esigenze del Servizio sanitario nazionale;

— per la disciplina dei prezzi dei farmaci, mediante una corretta metodologia per le valutazioni dei costi;

— per il riesame, ai fini di cui al primo comma, delle licenze di produzione di farmaci attualmente concesse;

— per la individuazione dei presidi autorizzati e la definizione delle modalità di sperimentazione clinica precedente la registrazione;

— per la determinazione dei tempi e delle modalità di impiego del farmaco in presidi sanitari delle Unità sanitarie locali, opportunamente scelti dalle Regioni, prima del suo inserimento nel prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale.

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge il Ministro della sanità,

su proposta dell'Istituto superiore di sanità sentito il Consiglio sanitario nazionale, approva con proprio decreto il prontuario terapeutico del Servizio sanitario nazionale.

L'Istituto superiore di sanità formula la proposta del prontuario con l'osservanza dei seguenti principi:

efficacia terapeutica ed economicità del prodotto;

semplicità e chiarezza nella classificazione;

esclusione di ogni prodotto di non provata efficacia terapeutica;

esclusione dei prodotti da banco.

Le Regioni, entro il 30 giugno di ogni anno, trasmettono al Ministro della sanità proposte motivate in ordine al prontuario.

Il Ministro, viste le proposte delle Regioni e sentito il Consiglio superiore di sanità, provvede entro il 31 dicembre di ogni anno ad aggiornare il prontuario terapeutico.

Fino all'approvazione del prontuario di cui al presente articolo resta in vigore il prontuario di cui all'articolo 9 della legge 17 agosto 1974, n. 386.

ART. 20.

La informazione scientifica sui farmaci è compito del Servizio sanitario nazionale.

È vietata ogni propaganda al pubblico ed ogni pubblicità dei farmaci con qualsiasi mezzo, ivi compresa la stampa e la radiotelevisione.

Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale e viste le proposte delle Regioni, dell'Istituto superiore di sanità, degli istituti universitari e di ricerca e delle industrie farmaceutiche, predisporre e rende noto al Parlamento un programma annuale per la informazione scientifica sui farmaci che viene attuato tramite le Regioni e le Unità sanitarie locali.

Le imprese produttrici di farmaci registrati, anche associate tra loro, previa autorizzazione del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, possono inviare alle strutture del Servizio sanitario nazionale il listino dei farmaci prodotti.

ART. 21.

(Servizio di assistenza religiosa).

Agli infermi ricoverati nei presidi della Unità sanitaria locale che ne facciano richiesta è assicurata l'assistenza religiosa. A tal fine l'Unità sanitaria locale provvede alle opportune intese con le autorità delle diverse confessioni religiose.

ART. 22.

(Libretto sanitario personale).

Le Unità sanitarie locali forniscono gratuitamente i cittadini di un libretto sanitario personale nel quale dovranno essere annotate le notizie di maggiore importanza attinenti alla salute dell'interessato.

I servizi dell'Unità sanitaria locale sono tenuti alla compilazione e all'aggiornamento del libretto sanitario personale. Le notizie in esso riportate sono coperte dal segreto professionale.

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

Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, è approvato il modello del libretto sanitario personale comprendente le indicazioni relative agli eventuali rischi professionali.

Con lo stesso provvedimento saranno determinate le modalità per la graduale distribuzione a tutti i cittadini, a partire dai nuovi nati, tramite le Unità sanitarie locali del libretto sanitario personale di cui al presente articolo.

Con altro decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale e le organizzazioni sindacali dei lavoratori e dei datori di lavoro, viene stabilito il modello del registro dei dati ambientali, biostatistici e di rischio, che deve essere tenuto presso ogni azienda.

I dati complessivi derivanti dai libretti sanitari, facendo salvo il segreto professionale, vengono utilizzati a scopo epide-

miologico e per migliorare l'assistenza, da parte delle Unità sanitarie locali, delle Regioni e del Ministero della sanità.

Gli impianti di informatica esistenti presso i disciolti istituti mutualistici sono destinati all'Istituto superiore di sanità.

ART. 23.

(Funzioni di igiene e sanità pubblica e polizia veterinaria).

Le Regioni e i Comuni esercitano, secondo le disposizioni vigenti, in quanto compatibili con quelle previste dalla presente legge, le funzioni in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria già esercitate, rispettivamente, dai medici e veterinari provinciali e dagli ufficiali sanitari e veterinari comunali o consortili.

La legge regionale, fermi i poteri di ordinanza di cui al terzo comma del presente articolo, detta norme per l'esercizio di tali funzioni.

Il Ministro della sanità può emettere ordinanze di carattere contingibile ed urgente, in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria, con efficacia estesa all'intero territorio nazionale o a minor ambito territoriale comprendente più regioni.

Nelle medesime materie le ordinanze predette possono essere emesse dal presidente della Regione o dal sindaco, con efficacia estesa rispettivamente alla Regione od al Comune o al minor ambito territoriale indicato nei singoli provvedimenti.

Per gli accertamenti preventivi, per le necessarie istruttorie e per l'esecuzione dei relativi provvedimenti, tutte le autorità predette possono avvalersi dei servizi regionali e delle Unità sanitarie locali competenti per territorio.

ART. 24.

(Personale delle Unità sanitarie locali).

Il personale della Unità sanitaria locale dipende amministrativamente dal Comune o dall'associazione di Comuni che gestiscono la Unità sanitaria locale e dipende sotto il profilo disciplinare, funzionale e retributivo dall'organo di gestione della Unità sanitaria locale.

La Regione con propria legge stabilisce i criteri per il regolamento e per gli organici del personale delle Unità sanitarie locali sulla base delle esigenze essenziali dei servizi e fissa le modalità per l'assegnazione del personale nei servizi stessi e per la sua mobilità fra i servizi della Unità sanitaria locale e fra le Unità sanitarie locali della Regione.

Il regolamento organico del personale delle Unità sanitarie locali deve uniformarsi ai seguenti principi:

a) l'assunzione avviene mediante pubblico concorso per esami o per titoli ed esami;

b) l'appartenenza ai ruoli dell'Unità sanitaria locale è incompatibile con altri rapporti di impiego o lavoro presso enti pubblici o privati, nonché con l'esercizio della libera attività professionale;

c) il rapporto di impiego comporta l'obbligo di lavoro a tempo pieno, di partecipazione ai corsi di aggiornamento e di residenza nel territorio della Unità sanitaria locale o del Comune nel quale è istituita;

d) l'assunzione avviene nel ruolo e non nel posto ed il rapporto di lavoro è regolato dal principio della mobilità nei servizi della Unità sanitaria locale e nelle Unità sanitarie locali della Regione;

e) il trasferimento ad una Unità sanitaria locale di altre Regioni comporta il diritto della completa valutazione dell'anzianità di servizio.

È fatto divieto di assumere personale non di ruolo, anche temporaneamente e con qualunque denominazione. Le relative deliberazioni sono nulle in diritto e le violazioni della presente norma comportano, responsabilità per gli amministratori dell'Unità sanitaria locale.

Per esigenze temporanee di servizio può essere richiesto ad altre Unità sanitarie locali il temporaneo comando di personale.

Ai fini della mobilità di cui al secondo comma del presente articolo e per la migliore utilizzazione del personale delle Unità sanitarie locali, la Regione istituisce il ruolo regionale del personale addetto ai servizi delle Unità sanitarie locali distinto in:

— ruolo del personale medico ed equiparato;

- ruolo del personale tecnico-sanitario;
- ruolo del personale amministrativo;
- ruolo del personale ausiliario;

ART. 25.

Il rapporto di lavoro del personale di cui all'articolo precedente, è disciplinato da accordi triennali nazionali da stipulare tra le organizzazioni sindacali nazionali maggiormente rappresentative da una parte e dalla rappresentanza delle Regioni e dei Comuni dall'altra.

Le ipotesi di accordo, prima di essere deliberate dai competenti organi locali devono essere sottoposte per la ratifica alla Presidenza del Consiglio dei ministri.

Le trattative per gli accordi triennali si svolgono contestualmente a quelle che riguardano i dipendenti degli enti locali.

Il trattamento economico è regolato dal principio della onnicomprensività ed i livelli retributivi devono essere ispirati al principio di retribuzioni omogenee per qualifiche analoghe.

La legge regionale indica le sedi particolarmente disagiate che comportano, per il personale ad esse assegnato il diritto a speciali forme di incentivazione da fissare negli accordi nazionali.

Le trattative per il primo accordo avranno inizio dopo la pubblicazione del decreto di cui al successivo comma.

Con decreto del Presidente della Repubblica previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, sentito il Consiglio sanitario nazionale, saranno stabilite entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge tabelle di equiparazione tra le qualifiche e posizioni giuridiche del personale delle amministrazioni ed enti le cui attribuzioni e funzioni sono destinate ad essere trasferite o esercitate dalle Regioni o dai Comuni nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

ART. 26.

(Convenzioni con i sanitari).

Al fine di assicurare su tutto il territorio nazionale l'uniformità del trattamento economico dei sanitari convenzionati. le

convenzioni devono essere conformi agli accordi nazionali tipo stipulati tra le organizzazioni nazionali delle categorie dei sanitari da una parte e l'ANCI e le Regioni dall'altra. L'ipotesi di accordo prima di essere deliberata dai competenti organi locali, deve essere sottoposta per la ratifica alla Presidenza del Consiglio dei ministri.

Le convenzioni devono uniformarsi ai seguenti principi:

1) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantità del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate; detto trattamento dovrà prevedere per i medici di base la sola retribuzione annuale commisurata al numero degli assistiti e per gli specialisti compensi commisurati alle ore di lavoro prestate nell'ambulatorio dell'Unità sanitaria locale e al tipo e numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati;

2) il numero degli assistiti per i quali può stipularsi la convenzione e l'orario minimo di ambulatorio, da attuarsi secondo le esigenze sanitarie, per i medici di base e per gli specialisti convenzionati, secondo il criterio indicato al punto precedente;

3) il divieto della libera professione per medici di base e specialisti che si convenzionino rispettivamente per un numero di assistiti e per un orario di ambulatorio superiori a quelli determinati come massimi ai fini delle compatibilità con la libera professione;

4) la incompatibilità della assunzione e del mantenimento di altro rapporto di impiego e di lavoro;

5) la incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta ed indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private ed industrie farmaceutiche;

6) l'ammissibilità per ciascun sanitario di un solo rapporto convenzionale;

7) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del sanitario tenuto alla prestazione;

8) le ipotesi di infrazione da parte dei medici agli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale, ed il procedimento per la loro ap-

plicazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e determinando la composizione delle commissioni di disciplina;

9) le forme di incentivazione in favore dei sanitari convenzionati residenti nelle zone particolarmente disagiate indicate nelle leggi regionali di cui all'ultimo comma dell'articolo precedente;

10) le modalità per l'aggiornamento obbligatorio del personale sanitario convenzionato;

11) la durata del rapporto convenzionale non inferiore al triennio e non superiore al quinquennio.

Le convenzioni sono rinnovabili.

Le Unità sanitarie locali, per assicurare il servizio di profilassi e vigilanza veterinaria, possono stipulare analoghe convenzioni con medici veterinari liberi professionisti, nel rispetto delle norme che precedono in quanto applicabili.

La legge regionale prevede adeguate forme di controllo sull'attività dei sanitari convenzionati.

ART. 27.

(Controllo sulle Unità sanitarie locali).

Il controllo sulle Unità sanitarie locali è attribuito agli organi dei rispettivi Comuni secondo norme stabilite da leggi regionali in armonia con le disposizioni del presente articolo.

Le deliberazioni dell'Unità sanitaria locale, salvo quelle di cui al comma seguente, sono immediatamente esecutive e devono, a pena della loro decadenza, essere trasmesse entro 8 giorni al Comune, o ai singoli Comuni ove l'Unità sanitaria locale sia gestita da un consorzio di Comuni.

Le deliberazioni attinenti al bilancio preventivo e al conto consuntivo, nonché ad altri fondamentali provvedimenti determinati con legge regionale sono sottoposti a speciale approvazione del Consiglio comunale.

Le deliberazioni adottate dai Comuni per le approvazioni di cui al comma precedente sono sottoposte ai controlli di legge del competente organo regionale di controllo.

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

Ove l'Unità sanitaria locale sia gestita da un consorzio di Comuni le deliberazioni concernenti gli oggetti indicati al terzo comma devono essere comunicati ai singoli Comuni per consentire ai Consigli degli enti interessati di formulare osservazioni per il riesame da parte dell'assemblea consortile.

ART. 28.

(Norme di contabilità).

Entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge le Regioni provvederanno con propria legge a disciplinare l'amministrazione del patrimonio e la contabilità delle Unità sanitarie locali in conformità dei seguenti principi:

1) le norme che saranno emanate per la disciplina amministrativo-contabile delle gestioni devono risultare in armonia con i principi della contabilità regionale;

2) i bilanci delle Unità sanitarie locali devono recare analitiche previsioni tanto in termini di competenza quanto in termini di cassa;

3) i predetti bilanci in cui saranno distinte le gestioni autonome e le contabilità speciali, devono essere strutturati su base economica;

4) i conti consuntivi devono contenere una compiuta dimostrazione, oltre che dei risultati finanziari, di quelli economici e patrimoniali delle gestioni.

ART. 29.

(Fondo sanitario nazionale).

Al finanziamento del servizio sanitario nazionale, nel primo quinquennio dalla entrata in vigore della presente legge, si provvede mediante la istituzione nel bilancio dello Stato a favore delle Regioni e dei Comuni di un « Fondo sanitario nazionale ».

Nel fondo sono distintamente previsti:

a) lo stanziamento destinato alle spese di gestione;

b) lo stanziamento destinato alle spese di investimento per la edilizia sanitaria

e per le attrezzature e le dotazioni tecnico-scientifiche dei presidi delle Unità sanitarie locali.

A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge viene soppresso il fondo per l'assistenza ospedaliera di cui all'articolo 14 della legge 17 agosto 1974, n. 386.

Le somme stanziare nel Fondo sanitario nazionale vengono ripartite con delibera del Comitato interministeriale per la programmazione economica tra tutte le Regioni, comprese quelle a statuto speciale, sulla base di parametri distintamente definiti per la spesa corrente e per la spesa in conto capitale, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale. Tali parametri devono tendere a garantire livelli assistenziali uniformi su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze esistenti tra le Regioni.

All'inizio di ciascun trimestre, il Ministro del tesoro trasferisce alle Regioni le quote loro assegnate ai sensi del precedente comma.

Le Regioni istituiscono nei loro bilanci un « Fondo sanitario regionale » con stanziamenti distinti per le spese di esercizio e le spese di investimento. A tale fondo sono destinate:

— le somme spettanti ad ogni Regione a norma del comma precedente;

— le somme già destinate dalle Regioni al finanziamento delle funzioni esercitate in materia sanitaria prima della entrata in vigore della presente legge;

— le somme destinate all'assistenza sanitaria iscritte nell'anno precedente all'entrata in vigore della presente legge nei bilanci delle Province, dei Consorzi dei Comuni e di tutti gli altri enti pubblici, che, con l'entrata in vigore del Servizio sanitario nazionale, cessano l'esercizio di ogni funzione in materia di assistenza sanitaria o che la esercitano tramite la Unità sanitaria locale;

— le disponibilità finanziarie degli enti ospedalieri derivanti da redditi propri o da avanzi relativi ad esercizi pregressi.

Le Regioni, sentiti i Comuni, fissano con legge i parametri per la ripartizione tra le Unità sanitarie locali del fondo di

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

cui al comma precedente. Tali parametri devono essere fissati in modo da garantire gradualmente livelli assistenziali uniformi nell'intero territorio regionale.

Il trasferimento delle somme ha luogo per quote trimestrali.

Per il riparto della quota assegnata alle Regioni e destinata alle spese di investimento la legge regionale provvede sulla base dei programmi previsti nel piano sanitario regionale.

Al termine del quinquennio di cui al primo comma, la legge nazionale disciplina la finanza regionale e dei Comuni, tenuto conto delle funzioni da essi esercitate a norma della presente legge.

ART. 30.

(Finanziamento del servizio 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, e a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge al finanziamento del Servizio sanitario nazionale si provvede con:

1) la quota parte dei contributi sociali di assistenza sanitaria relativa all'attività trasferita da determinarsi, entro novanta giorni dalla data di cui sopra, con decreto del Ministro del tesoro, di concerto con il Ministro della sanità e con gli altri Ministri competenti, sentito il Consiglio sanitario nazionale;

2) il consolidamento annuale delle somme destinate all'assistenza sanitaria e all'attività di prevenzione iscritte nei bilanci degli enti pubblici per l'anno 1976;

3) l'importo residuo di cui al terzo comma dell'articolo 5 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito nella legge 17 agosto 1974, n. 386;

4) le entrate che alimentano il fondo per l'assistenza ospedaliera costituito ai sensi dell'articolo 14 del decreto legge 1 luglio 1974, n. 264, convertito nella legge 17 agosto 1974, n. 386, ad eccezione di quanto previsto al punto 6 del suddetto articolo:

5) l'apporto integrativo dello Stato, comprensivo di quello previsto al punto 6 dell'articolo 14 della legge 17 agosto 1974, n. 386, da determinarsi annualmente con la legge di approvazione del bilancio su proposta del CIPE, sentito il Consiglio sanitario nazionale, e con riferimento alla spesa realmente sostenuta negli anni precedenti.

Le somme relative ai cespiti indicati al punto 1) del precedente comma per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale sono trimestralmente versate dagli enti e amministrazioni competenti su apposito conto corrente infruttifero aperto presso la Tesoreria centrale dello Stato.

Sullo stesso conto corrente saranno altresì versate, entro il 30 giugno di ciascun anno, le somme destinate all'assistenza sanitaria iscritte nei bilanci degli enti pubblici di cui al punto 2). L'ammontare a conguaglio è accertato annualmente con decreto del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro. Per detti cespiti si applica l'articolo 15 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito nella legge 17 agosto 1974, n. 386, ed i relativi proventi sono versati al medesimo conto corrente.

Le somme indicate nel precedente comma sono prelevate da detto conto corrente di Tesoreria e versate all'entrata del bilancio dello Stato. Analoga procedura sarà seguita per l'importo di cui al punto 4) del primo comma.

Con effetto dalla data di entrata in vigore della presente legge è abrogato l'articolo 14 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito nella legge 17 agosto 1974, n. 386, salvo il disposto dell'ultimo comma dello stesso articolo.

Tutte le somme come sopra versate all'entrata del bilancio statale, nonché l'apporto dello Stato di cui al punto 6) dell'articolo 14 della citata legge, saranno iscritte, con decreti del Ministro del tesoro, nello stato di previsione del Ministero della sanità in appositi capitoli della parte corrente e del conto capitale.

Dalla entrata in vigore della presente legge e sino alla data prevista dall'articolo 40 i versamenti trimestrali previsti nel secondo comma saranno comprensivi dei pagamenti effettuati a cura dei Commissari liquidatori, di cui al successivo ar-

ticolo 32, per i servizi e le attività trasferite al Servizio sanitario nazionale.

Il CIPE, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, sentita la Commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281, verifica annualmente l'andamento della gestione del fondo nazionale per l'assistenza sanitaria ed i livelli qualitativi e quantitativi di assistenza 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, di cui al presente articolo.

TITOLO II

ATTUAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

ART. 31.

(Costituzione del Consiglio sanitario nazionale).

Entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, viene costituito il Consiglio sanitario nazionale di cui all'articolo 6.

ART. 32.

(Soppressione degli enti erogatori di assistenza sanitaria in regime mutualistico e delle gestioni autonome degli enti di previdenza).

Con decreto del Presidente della Repubblica, previa delibera del Consiglio dei ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro, da emanarsi entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, è dichiarata l'estinzione di tutti gli enti preposti all'erogazione della assistenza sanitaria in regime mutualistico.

Con il medesimo decreto sono nominati i commissari liquidatori degli enti a carattere nazionale ed interregionale e delle federazioni nazionali degli enti che erogano l'assistenza ai lavoratori autonomi e vengono stabilite le modalità per la liqui-

dazione di tutti gli enti e casse anche aventi carattere locale.

I Commissari liquidatori dei disciolti enti regionali, provinciali, comunali e aziendali, preposti alla erogazione della assistenza sanitaria in regime mutualistico, sono nominati con decreto del Presidente della giunta regionale.

L'estinzione delle casse mutue di Trento e Bolzano è dichiarata entro lo stesso termine con decreti dei Presidenti delle giunte provinciali di Trento e Bolzano, che recheranno del pari la nomina del Commissario liquidatore.

Con il decreto di cui al comma secondo del presente articolo le gestioni dei servizi di assistenza sanitaria degli enti di previdenza sociale saranno rese autonome, in vista del loro trasferimento alle Regioni. Il medesimo decreto indica le nuove modalità delle predette gestioni e reca la nomina di un Commissario liquidatore.

Resta ferma presso l'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) la gestione dell'assicurazione contro la tubercolosi con i compiti limitati all'erogazione delle sole prestazioni economiche.

Ai Commissari previsti dal presente articolo sono conferiti, ai fini della liquidazione degli enti o delle gestioni, tutti i poteri degli organi di amministrazione degli enti soppressi o degli enti ai quali le gestioni rese autonome appartenevano.

Per tutta la durata della gestione commissariale continuano ad esercitare le loro funzioni i collegi dei sindaci degli enti soppressi.

Per le gestioni rese autonome le funzioni di controllo sono esercitate dal collegio dei sindaci dell'ente presso il quale la gestione era costituita.

Entro 6 mesi dell'entrata in vigore della presente legge, il Governo della Repubblica, su proposta del Ministero del lavoro e della previdenza sociale e degli altri Ministri competenti, sentite le organizzazioni sindacali, è delegato ad emanare norme intese:

a) a trasferire all'INPS il compito di erogare le indennità economiche di temporanea in caso di malattia, di maternità e di infortunio. Per i lavoratori dipendenti le predette indennità dovranno essere unificate con l'indennità in caso di ricovero per tubercolosi in una unica prestazione di temporanea incapacità al lavoro. L'unificazione dovrà garantire al lavoratore un

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

trattamento identico sia in caso di malattia, come di maternità, d'infortunio e per tbc;

b) ad affidare alle amministrazioni dello Stato, delle Regioni e degli enti locali il compito di erogare direttamente ai rispettivi dipendenti le indennità di fine lavoro, sopprimendo le relative gestioni dell'ENPAS e dell'INADEL;

c) a trasferire all'INPS le gestioni pensionistiche dell'ENPALS e quelle delle Casse marittime adriatica, tirrena e meridionale proposte all'erogazione delle rendite d'infortunio per inabilità permanente.

È fatto divieto agli enti, imprese ed aziende pubbliche di contribuire in qualsiasi modo al finanziamento delle associazioni mutualistiche liberamente costituite, aventi la finalità di erogare prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria prestata dal Servizio sanitario nazionale.

Sono abrogati il secondo e il terzo comma dell'articolo 12-*bis* della legge 17 agosto 1974, n. 386.

ART. 33.

(*Commissari liquidatori*).

I Commissari liquidatori di cui all'articolo precedente provvedono fra l'altro:

a) alla consegna temporanea alle Regioni — entro 30 giorni dalla nomina — dei beni mobili ed immobili e delle attrezzature già appartenenti agli enti disciolti e destinate alle attività della assistenza sanitaria;

b) alla individuazione del personale e degli uffici preposti, nelle Direzioni provinciali o territoriali, alla riscossione dei contributi e alla liquidazione delle prestazioni economiche temporanee. Il personale e gli uffici di cui sopra dipendono ad ogni effetto dal Commissario liquidatore sino a quando la legge non avrà disciplinato in modo diverso dall'attuale la riscossione dei contributi ed il pagamento delle prestazioni economiche;

c) al pagamento del personale dipendente dalle disciolte mutue o gestioni sanitarie, in servizio continuativo o convenzionato, addetto ai servizi sanitari, sino al suo formale trasferimento agli uffici o presidi del Servizio sanitario nazionale;

d) al pagamento di quant'altro attiene alla erogazione delle prestazioni sanitarie

agli assistiti delle disciolte mutue o gestioni sanitarie.

Gli importi dei pagamenti di cui alle lettere *c*) e *d*) del presente articolo sono detratti dalle somme che il Commissario liquidatore deve versare, a norma dell'articolo 30, al fondo sanitario nazionale ed il Ministro del tesoro provvede ad addebitarli alle singole Regioni come quota parte delle somme ad esse attribuite.

ART. 34.

(Commissari straordinari delle Regioni).

Entro quindici giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge i presidenti delle Regioni e i presidenti delle Province autonome di Trento e Bolzano provvedono, con propri decreti, alla nomina di Commissari straordinari della Regione per la gestione dei servizi sanitari, dei presidi e delle attività dei disciolti enti mutualistici tenuto conto della esistente organizzazione territoriale o aziendale degli stessi.

Ad uno stesso Commissario straordinario, eventualmente coadiuvato da vice commissari, è affidata, di regola, la gestione di più di un ente mutualistico e di più di una gestione sanitaria degli istituti previdenziali.

Il personale in servizio nei disciolti enti mutualistici e gestioni sanitarie o mutue aziendali e quello avente con gli stessi un rapporto di prestazione professionale regolato da convenzione dipende funzionalmente e disciplinarmente dal Commissario regionale straordinario fermo, quanto previsto all'articolo 33, lettera *e*), per quanto attiene al trattamento economico e alla liquidazione delle competenze.

A commissari straordinari regionali e a vice commissari sono nominati di regola:

— gli assessori alla sanità dei Comuni capoluogo di provincia;

— gli assessori alla sanità dei Comuni capoluogo di esistenti consorzi sanitari;

— i presidenti di Consorzi socio-sanitari o di altri organismi territoriali intercomunali istituiti con legge regionale;

— i funzionari dirigenti della Regione e delle sedi provinciali dei disciolti enti mutualistici a carattere nazionale o interregionale.

A Commissari straordinari regionali per le mutue comunali o aziendali sono nominati di regola i Sindaci dei rispettivi Comuni.

Sino alla nomina dei Commissari straordinari regionali la responsabilità della gestione dei disciolti enti o mutue è attribuita al funzionario di qualifica più elevata in servizio nelle sedi provinciali e comunali per gli enti nazionali o interregionali, nelle sedi provinciali e comunali per le mutue dei lavoratori autonomi e nelle sedi proprie per le mutue aziendali.

In rapporto alla graduale unificazione dei servizi sanitari negli ambiti territoriali di cui all'articolo 38 primo comma il Presidente della Regione provvede alla unificazione delle gestioni commissariali previste dal presente articolo.

ART. 35.

(Livelli ed estensione delle prestazioni in regime transitorio).

Dalla data di entrata in vigore della presente legge, e salvo quanto previsto dal successivo articolo 37, a tutti gli assistiti dei disciolti enti mutualistici e gestioni sanitarie sono assicurate le prestazioni previste dai diversi regolamenti e quelle erogate a seguito di contributi concessi a mutue o a categorie di assistiti dalle Regioni, dalle Province, dai Comuni o da altri enti.

A decorrere dalla stessa data e secondo norme dettate dalle Regioni i disoccupati, compresi i giovani in cerca di prima occupazione e gli iscritti nell'elenco dei poveri hanno diritto alle prestazioni sanitarie erogate dal disciolto Istituto nazionale assistenza malattia.

Nel primo biennio dall'entrata in vigore della presente legge, gli enti di cui al primo comma che hanno concesso contributi a mutue o a categorie di assistiti sono tenuti a versare al fondo sanitario regionale una somma pari all'importo del contributo erogato nell'anno 1976.

Si intendono confermate, per lo stesso periodo le deliberazioni riguardanti eventuali contribuzioni volontarie a carico degli iscritti a mutue aziendali o di categoria.

È soppresso, laddove esiste, ogni limite temporale per l'erogazione dell'assistenza sanitaria.

ART. 36.

(Assicurazione obbligatoria).

A decorrere dal 1° gennaio 1978 l'assicurazione contro le malattie è obbligatoria per tutti i cittadini che hanno raggiunto la maggiore età.

I cittadini che secondo le leggi vigenti non sono tenuti alla iscrizione ad un istituto mutualistico sono assicurati presso il Servizio sanitario nazionale nel limite delle prestazioni sanitarie che il servizio eroga agli assicurati presso il disciolto INAM.

A partire dalla stessa data i cittadini assicurati presso il Servizio sanitario nazionale sono tenuti a versare al fondo sanitario nazionale un contributo per l'assistenza malattia secondo le modalità di cui al comma seguente.

Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Governo della Repubblica, su proposta del Ministro delle finanze d'intesa con il Ministro della sanità, sentita la Commissione per le questioni regionali, è delegato ad emanare un decreto avente valore di legge ordinaria per determinare la forma, i modi di applicazione e la entità di una aliquota che sarà applicata, a far tempo dal 1978 e sino alla fiscalizzazione degli oneri per la assistenza sanitaria, a titolo di contributo assicurativo contro le malattie, sul reddito imponibile accertato ai fini della imposta sul reddito delle persone fisiche.

L'assicurazione presso il Servizio sanitario nazionale comprende tutti i componenti la famiglia compresi i minori.

A decorrere dal 1° gennaio 1978 è abrogato l'articolo 13 della legge 17 agosto 1974, n. 386.

ART. 37.

(Unificazione delle prestazioni sanitarie).

Con successivi decreti del Presidente della Repubblica, da emanare, a norma dell'articolo 5, entro il sesto, il dodicesimo e il quindicesimo mese dall'entrata in vigore della presente legge, sono gradualmente unificate le prestazioni sanitarie erogate dai disciolti enti mutualistici, dalle mutue aziendali e sezioni sanitarie degli enti previdenziali.

I decreti di cui al presente articolo dovranno tenere conto della situazione economica generale; della esigenza di eliminare

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

gli sprechi e di migliorare la efficacia e la produttività della spesa sanitaria; dell'obiettivo di sviluppare l'attività di prevenzione e di riabilitazione.

Ove le spese derivanti dall'applicazione dei decreti del presente articolo non trovino copertura nel fondo nazionale di cui all'articolo 29 con apposito provvedimento legislativo si provvede, contestualmente, alla revisione delle fonti di alimentazione del fondo stesso.

A partire dal novantesimo giorno dopo la emanazione dell'ultimo decreto di cui al primo comma, tutti gli aventi diritto all'assistenza usufruiranno, in tutto il territorio nazionale, di un identico livello di prestazioni sanitarie erogate in forma diretta e tramite i presidi e i servizi pubblici o convenzionati del Servizio sanitario nazionale.

ART. 38.

(Attuazione delle Unità sanitarie locali).

Entro sei mesi dalla entrata in vigore della presente legge le Regioni, sentiti i Comuni, definiscono gli ambiti territoriali delle Unità sanitarie locali e provvedono, con riferimento a tali ambiti territoriali, ad una graduale riorganizzazione dei servizi degli enti locali, dei disciolti enti mutualistici e delle gestioni sanitarie.

Le Regioni, entro sei mesi dall'adempimento di cui al comma precedente adottano gli atti necessari:

a) per disciplinare i compiti, le strutture, la gestione, la organizzazione, l'articolazione ed il funzionamento delle Unità sanitarie locali e dei servizi e presidi sanitari di cui all'articolo 13 della presente legge;

b) per trasferire al patrimonio del Comune in cui sono collocati, con vincolo di destinazione alle istituende Unità sanitarie locali, i beni mobili e immobili e le attrezzature appartenenti alla Provincia o a Consorzi di enti locali destinati ai servizi igienico-sanitari compresi i beni mobili e immobili e le attrezzature dei laboratori di igiene e profilassi;

c) per trasferire al patrimonio del Comune in cui sono collocati, con vincolo di destinazione alle istituende Unità sanitarie locali, i beni mobili ed immobili e le attrezzature degli enti ospedalieri e degli altri ospedali pubblici, anche non riconosciuti o costituiti in enti ospedalieri, degli ospedali psichiatrici, degli altri istituti di pre-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

venzione e cura e dei presidi sanitari extra-ospedalieri dipendenti dalla Provincia o da Consorzi di enti locali. I predetti ospedali ed istituti perdono, ove l'abbiano, la personalità giuridica;

d) per regolare i rapporti attivi e passivi di tutti gli enti ed istituti di cui alle lettere *b)* e *c)* del presente articolo;

e) per affidare alle istituite Unità sanitarie locali la gestione di tutti gli istituti e presidi sanitari di cui alle lettere *b)* e *c)*, la gestione delle farmacie e dei dispensari farmaceutici comunali esistenti, dei beni immobili destinati ai servizi igienico-sanitari dei Comuni e l'esercizio di tutte le funzioni dei Comuni o di loro consorzi in materia igienico-sanitaria;

f) per iscrivere nei ruoli regionali di cui all'articolo 24 della presente legge e per assegnare ai servizi e ai presidi delle istituite Unità sanitarie locali il personale degli enti, dei presidi e delle istituzioni di cui alle lettere *b)* e *c)*, in servizio alla data del 1° luglio 1977 o assunto successivamente a seguito di concorsi banditi anteriormente a tale data, nonché il personale dipendente dalle Province e addetto al servizio di assistenza psichiatrica ed ai laboratori provinciali di igiene e profilassi, qualunque funzione e mansione svolga;

g) per iscrivere nei ruoli regionali di cui all'articolo 24 della presente legge il personale comunale delle farmacie, dei servizi ed uffici trasferiti alla gestione delle Unità sanitarie locali a norma della lettera *e)* del presente articolo;

h) per provvedere alla consegna provvisoria al Comune in cui sono collocati, salvo i provvedimenti definitivi di cui ai successivi articoli, dei beni mobili e immobili e delle attrezzature dei disciolti enti mutualistici, delle gestioni sanitarie e delle mutue aziendali che, a giudizio della Regione, sono necessari ai servizi delle Unità sanitarie locali. Alle operazioni di cui sopra provvederanno i Commissari straordinari regionali di cui all'articolo 34;

i) per trasferire presso le istituite Unità sanitarie locali, in posizione di comando, il personale dei disciolti enti mutualistici, o gestioni sanitarie o mutue aziendali che le Regioni considerano necessario, anche con riferimento ai decreti di cui al-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

l'articolo 37, per realizzare gradualmente la completa organizzazione delle Unità sanitarie locali. Alle operazioni di cui sopra, previa intesa fra le Regioni e i Commissari liquidatori di cui all'articolo 32, provvedono i Commissari straordinari regionali di cui all'articolo 34.

ART. 39.

(Costituzione delle Unità sanitarie locali).

Con decreto del Presidente della Giunta regionale, da emanarsi entro i termini previsti dal secondo comma dell'articolo 38, sono costituite le Unità sanitarie locali le quali, in conformità alle leggi della Regione, organizzano i propri servizi e svolgono le funzioni indicate nella presente legge.

Con il medesimo decreto sono assegnati alle Unità sanitarie locali i beni mobili e immobili e le attrezzature destinate ai loro servizi.

Fino a quando la Unità sanitaria locale non avrà predisposto il regolamento organico del personale e non sarà intervenuto il primo accordo nazionale di cui al sesto comma dell'articolo 25, il personale addetto agli uffici, ai servizi e ai presidi della Unità sanitaria locale si considera in posizione di comando. Le competenze fisse ed accessorie ed i relativi oneri riflessi sono a carico del bilancio della Unità sanitaria locale.

Il personale predetto conserva a tutti gli effetti il trattamento acquisito presso gli enti di appartenenza.

ART. 40.

La costituzione delle Unità sanitarie locali di cui all'articolo 39 diventa operante a tutti gli effetti a partire dal novantesimo giorno dopo l'entrata in vigore dell'ultimo dei decreti che devono essere emanati dal Presidente della Repubblica a norma del primo comma dell'articolo 37.

ART. 41.

(Personale degli enti disciolti).

Con effetto dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della sanità, le Regioni ed i Comuni per l'assol-

vimento dei compiti del servizio sanitario sono tenuti ad utilizzare esclusivamente personale proveniente dalle amministrazioni ed enti che abbiano attribuzioni o funzioni destinati ad essere trasferite o esercitate nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

La utilizzazione di detto personale avverrà, fino alla data di inquadramento nei ruoli organici del Ministero, delle Regioni o delle Unità sanitarie locali attraverso comando; i predetti comandi verranno programmati e disposti dai commissari liquidatori, previa intesa con le Regioni e le altre amministrazioni interessate, per quanto al personale dei disciolti enti mutualistici e gestioni sanitarie, e sono disciplinati dalla presente legge per quanto al personale delle Province e degli enti o istituzioni di cui alle lettere *b)* e *c)* dell'articolo 38.

Il personale proveniente da enti e gestioni soppresse che risulti eccedente rispetto al fabbisogno di personale del servizio sanitario, verrà utilizzato presso amministrazioni pubbliche. Il trasferimento verrà disposto con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale di concerto con il Ministro del tesoro e con i titolari dei ministeri interessati.

ART. 42.

*(Liquidazione degli enti mutualistici
e trasferimento dei beni).*

Con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con quelli del tesoro e della sanità, entro i termini previsti dal primo comma dell'articolo 28, i beni mobili e immobili e le attrezzature destinati prevalentemente ai servizi sanitari appartenenti agli enti, casse mutue e gestioni soppressi, su proposta delle Regioni sono trasferiti al patrimonio dei Comuni in cui sono ubicati con vincolo di destinazione alle Unità sanitarie locali.

Alle operazioni di trasferimento di cui al primo comma provvedono i Commissari di cui all'articolo 32.

I rimanenti beni sono realizzati dalla gestione di liquidazione ad eccezione dell'immobile sede della Direzione generale dell'INAM che è attribuito al patrimonio dello Stato ed assegnato agli organi centrali del Servizio sanitario nazionale.

ART. 43.

(Suppressione dell'Ente nazionale per la prevenzione infortuni e dell'Associazione nazionale controllo combustione).

Con decreto del Presidente della Repubblica, previa delibera del Consiglio dei ministri, su proposta dei Ministri del lavoro e della previdenza sociale, della sanità, dell'industria, commercio e artigianato e del tesoro, da emanarsi entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, è dichiarata l'estinzione dell'Ente nazionale per la prevenzione degli infortuni (ENPI) e dell'Associazione nazionale controllo combustione (ANCC) e sono nominati i relativi commissari liquidatori.

Tutte le funzioni ed i servizi attualmente svolti dagli enti di cui sopra, ad eccezione di quelli previsti nel quarto comma del presente articolo, saranno svolti dalle Unità sanitarie locali sulla base di norme stabilite dalle leggi regionali.

Il trasferimento dei beni e del personale è regolato dalle disposizioni degli articoli 33, 34, 41 e 42 in quanto applicabili.

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge il Governo della Repubblica, è delegato ad emanare, su proposta del Ministro della sanità di concerto con quelli del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro, sentita la Commissione per le questioni regionali, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per ristrutturare, concentrandoli in una sezione dello Istituto superiore di sanità, i servizi ed i compiti già svolti dall'Ente nazionale per la prevenzione degli infortuni e dall'Associazione nazionale controllo combustione relativi allo studio, alla promozione ed alla ricerca nella materia antinfortunistica e più in generale sui problemi del rapporto tra uomo, ambiente e tecnologia secondo i seguenti criteri:

1) sarà proceduto al riordinamento delle strutture e dei compiti che saranno ridefiniti in funzione delle peculiari funzioni residue agli organi centrali dello Stato. Tra i compiti assegnati alla nuova sezione dell'Istituto superiore di sanità dovranno comunque essere compresi la definizione dei criteri e dei livelli di sicurezza ai fini della omologazione, collaudo e controllo di esercizio di impianti, macchine, apparecchi e strumenti, l'omologazione dei prototipi ai

fini della prevenzione nonché i collegamenti con analoghe istituzioni estere, la collaborazione alla stipula di accordi internazionali;

2) dovranno essere individuati i beni e le attrezzature nonché i contingenti di personale dell'ENPI e dell'ANCC che saranno trasferiti alla nuova sezione dell'Istituto superiore di sanità secondo le modalità indicate negli articoli 33, 34, 41 e 42 in quanto applicabili.

ART. 44.

(Trasferimento di funzioni dell'Ispettorato del lavoro).

Sono trasferite alle Regioni le funzioni amministrative in materia di prevenzione degli infortuni e di igiene del lavoro svolte dall'Ispettorato del lavoro.

I beni mobili e immobili costituenti le strutture dei servizi degli ispettorati provinciali e regionali del lavoro e destinati alle attività trasferite alle Regioni ai sensi del comma precedente saranno trasferiti ai Comuni nel cui territorio si trovano, con vincolo di destinarli al Servizio sanitario nazionale.

I provvedimenti relativi alla liquidazione e al trasferimento alle Regioni del patrimonio dei servizi suddetti saranno adottati con decreto del Ministro per il lavoro e la previdenza sociale, da emanarsi entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentiti i presidenti delle Regioni competenti.

Con decreto del Ministro per il lavoro e la previdenza sociale di concerto con il Ministro della sanità, da emanarsi entro lo stesso termine di cui al precedente comma, è trasferito all'Istituto superiore di sanità il laboratorio centrale dei servizi ispettivi del Ministero del lavoro e della previdenza sociale.

Con i medesimi provvedimenti di cui ai commi precedenti è altresì disposto il trasferimento del personale dell'Ispettorato del lavoro già preposto a servizi trasferiti al Servizio sanitario nazionale, secondo le modalità indicate negli articoli 33, 34, 41 e 42 in quanto applicabili.

I poteri di prescrizione in materia di prevenzione esercitati dagli attuali uffici dell'Ispettorato del lavoro sono attribuiti ai Sindaci competenti per territorio, che li

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

esercitano avvalendosi dei competenti servizi delle Unità sanitarie locali. Gli addetti a tali servizi prevenzionali, nei limiti del servizio cui sono destinati e secondo le attribuzioni ad essi conferite dalle leggi e dai regolamenti, hanno la qualifica di ufficiali di polizia giudiziaria.

ART. 45.

(Trasferimento dei servizi sanitari svolti dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, dall'Istituto nazionale della previdenza sociale e dalle amministrazioni di Stato).

Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta dei ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, dell'interno, dei trasporti e del tesoro, da adottare entro un anno dalla entrata in vigore della presente legge i servizi sanitari dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, dell'Istituto nazionale della previdenza sociale e delle amministrazioni anche autonome, dello Stato, ad eccezione di quelli militari, sono trasferiti alle Regioni e, su conforme parere delle stesse, alle Unità sanitarie locali, insieme ai beni e alle attrezzature destinate a detti servizi sanitari ed a contingenti di personale individuati fra i dipendenti addetti all'erogazione di tali servizi.

Al trasferimento dei beni e del personale si applicano le disposizioni degli articoli 33, 34, 41 e 42 della presente legge.

All'esercizio dell'attività già svolta dai medici fiduciari l'azienda autonoma delle ferrovie dello Stato provvede mediante la stipula di convenzioni con le Regioni sulla base di uno schema tipo approvato con decreto del Ministro dei trasporti di concerto con il Ministro della sanità, sentiti il Consiglio di amministrazione dell'Azienda autonoma delle ferrovie dello Stato e il Consiglio sanitario nazionale.

ART. 46.

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

Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale da emanare entro un anno dalla entrata in

vigore della presente legge, sarà attuato il trasferimento alle Regioni dei servizi di assistenza sanitaria svolti dall'associazione della Croce rossa italiana (CRI) e non connessi direttamente alle sue originarie finalità, nonché dei beni mobili ed immobili destinati ai predetti servizi e del personale ad essi adibito, previa individuazione del relativo contingente.

Il trasferimento dei beni e del personale si attua secondo le disposizioni degli articoli 33, 34, 41 e 42 in quanto applicabili.

Entro sessanta giorni dalla pubblicazione del decreto di cui al primo comma, con decreto del Presidente della Regione, i servizi, i beni mobili e immobili ed il personale di cui al primo comma vengono trasferiti alle Unità sanitarie locali.

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge il Governo della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della difesa, sentita la Commissione per le questioni regionali, 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 dell'associazione dovrà essere ristrutturata in conformità del principio volontaristico dell'associazione;

2) i compiti dell'Associazione dovranno essere rideterminati in relazione alle finalità del proprio statuto ed agli adempimenti connessi dalle vigenti convenzioni internazionali e dagli organi della Croce rossa internazionale alle società di Croce rossa nazionali;

3) le strutture dell'associazione pur conservando l'unitarietà del sodalizio, dovranno essere articolate, nel rispetto del principio dell'autonomia, su basi regionali;

4) le cariche dovranno essere gratuite e dovrà essere prevista l'elettività di esse da parte dei soci qualificati per attive prestazioni volontarie nell'ambito dell'Associazione.

ART. 47.

(Ripiano passività degli enti soppressi).

Alla liquidazione degli enti pubblici soppressi a norma della presente legge, dopo che sia avvenuto il trasferimento dei beni e del personale, ai sensi dei precedenti ar-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

ticoli, si provvede con le modalità di cui alla legge 4 dicembre 1956, n. 1404.

Per l'integrazione del fondo previsto dall'articolo 14 della citata legge 4 dicembre 1956, n. 1404 ai fini della liquidazione di cui al precedente comma, il Ministro del tesoro è autorizzato ad effettuare operazioni di ricorso al mercato finanziario con l'osservanza delle norme di cui all'articolo 1 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264 convertito nella legge 17 agosto 1974, n. 386.

ART. 48.

(Modalità per la riscossione dei contributi obbligatori di malattia fino alla fiscalizzazione).

Fino alla liquidazione degli enti mutualistici e delle gestioni autonome indicati nell'articolo 32, la riscossione dei contributi sociali di malattia avviene a cura degli enti stessi ovvero degli enti previdenziali le cui gestioni di malattia sono soppresse.

A partire dalla data di cui all'articolo 40 e fino alla fiscalizzazione degli oneri sociali, la riscossione sarà effettuata dall'Istituto nazionale della previdenza sociale che terrà contabilità separate per ciascuno degli enti o gestioni soppressi.

I predetti contributi saranno riscossi nella stessa misura prevista dalle disposizioni di legge e di regolamento o da convenzioni vigenti alla data di entrata in vigore della presente legge, con l'osservanza dei termini e modalità previsti per ogni singolo contributo.

Con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con quelli del tesoro e della sanità, da emanare almeno un mese prima dalla data di liquidazione degli enti o gestioni soppressi, il personale dei medesimi, già addetto ai servizi di vigilanza e riscossione dei contributi di malattia, è trasferito, con effetto dalla data di cui all'articolo 40, all'Istituto nazionale della previdenza sociale.

ART. 49.

(Regioni a statuto speciale).

Restano salve le competenze statutarie delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e Bolzano nelle materie disciplinate dalla presente legge.

Al trasferimento delle funzioni, degli uffici, del personale e dei beni alle Regioni Friuli-Venezia Giulia, Sardegna, Sicilia, Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta, nonché alle Province autonome di Trento e Bolzano, si provvederà con le procedure previste dai rispettivi statuti.

ART. 50.

(Piena attuazione del servizio sanitario nazionale).

Con decreto del Presidente della Repubblica, previa delibera del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, verrà determinata la data dalla quale il Servizio sanitario nazionale eroga a tutta la popolazione presente nel territorio della Repubblica, in condizioni di gratuità, uniformità ed eguaglianza, l'assistenza sanitaria secondo le modalità previste nella presente legge e nelle leggi regionali che disciplinano la materia.

La data di cui al precedente comma non potrà superare la scadenza del quinquennio dall'entrata in vigore della presente legge in vigore.

ART. 51.

La presente legge entra in vigore il trentesimo giorno della pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica.

Tutte le norme in contrasto con la presente legge sono abrogate.