

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1105

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**GORLA, CASTELLINA LUCIANA, CORVISIERI, MAGRI,
MILANI ELISEO, PINTO**

Presentata il 3 febbraio 1977

Istituzione del Servizio nazionale sanitario e sociale

ONOREVOLI COLLEGHI! — La situazione sanitaria in Italia nell'assenza di ogni riforma si è fatta insostenibile: insostenibile sia per l'alto livello di spesa raggiunto, sia per il bassissimo livello dei servizi forniti ai cittadini.

Per anni, le proposte di riforma avanzate dalle organizzazioni sindacali dei lavoratori e dai partiti di sinistra sono state disattese e rinviate con il pretesto che mancavano i fondi per realizzarle. Un esame sia pure parziale della dinamica ascensionale della spesa sanitaria in Italia negli ultimi anni dimostra quanto siano speciose queste affermazioni e come invece proprio la mancata riforma abbia lasciato campo libero all'ascesa incontrollata della spesa sanitaria, mentre al tempo stesso i servizi diventavano sempre più carenti.

Esaminiamo brevemente l'andamento della spesa sanitaria dal 1973 al 1975. La spesa sanitaria globale pubblica, esclusa la spesa sostenuta dagli enti locali (per assistenza psichiatrica, assistenza ai non abbienti, igiene e prevenzione, ecc.) è passata da 3.938 miliardi nel 1973 a 6.566 nel 1975. Se a questa somma si aggiungono i 1.500 miliardi spesi dagli enti locali e la spesa sanitaria

sostenuta dai privati si raggiunge un totale di circa 9.000 miliardi.

Particolarmente impressionante è la dinamica espansiva della spesa dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza farmaceutica.

Per l'assistenza ospedaliera si sono spesi nel 1973 ben 1.362 miliardi e nel 1975 3.343 miliardi.

Per l'assistenza farmaceutica si sono spesi 780 miliardi nel 1973 e 1.048 miliardi nel 1975.

Da un ulteriore esame statistico analitico risulta che il numero medio delle giornate di degenza, secondo dati Inam, è stato nel 1965 di 13,42 per ricovero con 11,86 casi di ricovero annuo per cento assicurati e una spesa media per caso di ricovero di lire 76.112.

Nel 1974, il numero medio di giornate di degenza è stato di 14,09 per ricovero e i casi di ricovero annuo per cento assicurati di 16,19, con una spesa media per caso di ricovero di lire 333.185.

Sempre in base ai dati Inam risulta che nel 1965 si sono avute 11,90 prescrizioni farmaceutiche per assicurato con una spesa media per prescrizione di lire 745; nel 1974, il numero di prescrizioni per assicurato è

salito a 17,15 con una spesa media per prescrizione di lire 1.165.

A completamento di questi sommari dati statistici ricordiamo che la mortalità infantile era ancora nel 1974 in Italia la più alta di tutti i paesi della comunità europea: 22,6 per cento contro 16,7 per cento della Gran Bretagna, 14,4 per cento della Francia, 11,5 per cento della Germania federale.

Ricordiamo infine che in Italia gli oneri sociali e le prestazioni previdenziali gravano fortemente sul costo del lavoro. Le aliquote contributive per oneri sociali gravano per il 50,20 per cento sulle retribuzioni degli operai dell'industria, per il 54,10 per cento sulle retribuzioni dei minatori, per il 54,40 per cento sulle retribuzioni degli operai edili e per il 73,69 per cento sulle retribuzioni dei portuali.

Il rapporto tra imposte e contributi sociali è particolarmente sfavorevole in Italia rispetto agli altri paesi della comunità europea. Se si pone eguale a 100 il totale delle imposte e dei contributi sociali, nel 1974 in Italia le imposte hanno costituito il 58,3 per cento e i contributi sociali il 41,7 per cento; in Germania, rispettivamente il 66,3 per cento e il 33,7 per cento, fino ad arrivare alla Gran Bretagna, dove le imposte costituiscono l'81,5 per cento del totale e i contributi sociali il 18,5 per cento e alla Danimarca, paese nel quale si è raggiunta una pressoché totale fiscalizzazione degli oneri sociali: 98,7 per cento di imposte contro l'1,3 per cento di contributi sociali.

Possiamo concludere quindi che il sistema sanitario italiano costa molto ed è pagato prevalentemente dai lavoratori e in modo particolare dai lavoratori dipendenti; è scarsamente efficiente e obbedisce — soprattutto per alcune sue voci quali l'ospedaliera e la farmaceutica — ad un accrescimento di spesa selvaggio e incontrollato.

Non è dunque realistica nessuna soluzione parziale che non affronti i problemi di fondo e cioè il problema delle cause che sono all'origine della spesa stessa. In particolare, è insostenibile una soluzione che si limiti a passare alle Regioni l'assistenza mutualistica alla data del 1° luglio senza affrontare il problema della spesa farmaceutica e senza proporsi il controllo della spesa ospedaliera, mediante una politica di deospedalizzazione basata su efficienti servizi sanitari di assistenza domiciliare e ambulatoriale e adeguati servizi sociali nel territorio. L'unica riforma realistica, capace di mettere progressivamente fine all'attuale sfa-

celo sanitario e assistenziale e al fitto intreccio tra profitto privato, rendita parassitaria e interessi corporativi che ne è la espressione più evidente, è quella dell'istituzione di un Servizio nazionale sanitario e sociale fortemente controllato dal basso dai lavoratori.

Come è noto, già da molti anni i sindacati dei lavoratori hanno proposto l'istituzione in Italia di un servizio sanitario nazionale. Il primo progetto in tal senso è quello della CGIL e risale al 1959.

Una prima scelta importante sul carattere di questo servizio fu fatta dal movimento dei lavoratori appunto negli anni 1950 e fu quella di individuare negli enti locali e in modo particolare nei comuni, in quanto espressione istituzionale più democratica e più decentrata, i gestori del servizio stesso. Vi era già in questa scelta una precisa volontà di costruire un servizio sanitario decentrato non statalizzato e quindi capace di sfuggire ai pericoli di burocratizzazione insiti in strutture sanitarie ereditate dagli istituti mutualistici.

Questa scelta istituzionale è ancora considerata la più corretta e a questa scelta si ispira anche la nostra proposta di legge.

Sono maturate tuttavia più tardi nel paese esigenze profonde di democrazia e di controllo dal basso, manifestatesi in modo particolare nelle grandi lotte operaie del 1968-1969, che hanno avuto come motivo centrale il controllo diretto sull'ambiente di vita e di lavoro, espresso nel concetto fondamentale della « non delega ». Queste esigenze, che con gli anni sono diventate da patrimonio della classe operaia delle grandi e medie fabbriche patrimonio di tutti i lavoratori e della grande maggioranza dei cittadini, debbono esprimersi compiutamente in un progetto di servizio sanitario nazionale. Tra l'altro, solo rispettando fino in fondo queste esigenze è possibile assicurare allo stesso tempo la funzionalità del servizio e la tutela dei diritti della personalità degli assistiti.

La gestione istituzionale da una parte, e il controllo dal basso delle strutture sanitarie e assistenziali dall'altra, sono due aspetti diversi che non possono essere confusi tra loro, sotto pena di cadere in forme di cogestione equivocate e non funzionali.

La nostra proposta prevede quindi, accanto alla gestione istituzionale del Servizio da parte degli enti locali, la massima possibilità di intervento della popolazione in-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

teressata, espressa anche in forme assembleari nelle aree elementari e tale comunque da garantire il continuo controllo sui programmi, sulla gestione e sui bilanci delle strutture sanitarie e sociali. Il filone del controllo dal basso può essere considerato uno dei motivi politici più importanti ai quali, quasi in ogni suo articolo, si ispira la nostra proposta di legge.

Un secondo aspetto di grande importanza è quello che considera il momento della prevenzione prioritario rispetto agli altri momenti dell'assistenza sanitaria e che interpreta la prevenzione anzitutto nel suo significato più reale, che è quello di modificare tutte le condizioni di vita e di lavoro, capaci di provocare malattie fisiche e psichiche e stati di disadattamento e di emarginazione. I due aspetti della prevenzione e del controllo dal basso sono strettamente associati l'uno all'altro: nessuna reale prevenzione è infatti possibile senza l'intervento e la denuncia continua dei lavoratori e dei cittadini nei confronti delle condizioni ambientali capaci di produrre malattie.

Allo stesso modo, non è possibile affrontare seriamente né il problema della prevenzione né quello della riabilitazione e della deospedalizzazione senza considerare in modo unitario il sistema sanitario e quello assistenziale. La medicalizzazione dei momenti di emarginazione è una delle caratteristiche fondamentali dell'attuale sistema sanitario. Ad essa bisogna contrapporre l'intervento sociale che mira a prevenire l'emarginazione, intervenendo a livello familiare e sociale e con una serie di misure capaci di garantire a ciascuno la permanenza nel proprio ambiente e di facilitare l'integrazione, il recupero e la deistituzionalizzazione di tutti i soggetti.

Senza un adeguato intervento sociale nel territorio, d'altra parte, è impossibile portare a termine quel processo di deospedalizzazione assolutamente indispensabile in Italia sia perché risponde a una esigenza profonda della popolazione, sia perché costituisce l'unico strumento capace di ridurre l'attuale dinamica espansiva della spesa ospedaliera.

Se si pensa che un anziano o un malato cronico ricoverato in ospedale costa attualmente alla collettività dalle 40 mila alle 50 mila lire al giorno (uno ricoverato in un istituto privato costa poco meno e senza nessuna garanzia di assistenza) si ha una idea immediata della trasformazione profonda del livello assistenziale che è possi-

bile raggiungere con un deciso spostamento dei fondi dal settore ospedaliero al settore sociale e al settore sanitario extra-ospedaliero.

Un servizio nazionale così concepito, nel quale esiste uno stretto legame tra prevenzione, diagnosi e terapia e riabilitazione, fortemente ancorato alle esigenze del territorio, non può essere separato dagli altri due momenti significativi della medicina moderna: quello della didattica e quello della ricerca.

Sono a tutti note le condizioni disastrose delle facoltà di medicina italiane, controllate da gruppi baronali privilegiati e arretrati. Proprio la didattica medica, d'altra parte, non può non essere fortemente ancorata alla pratica: la separazione di teoria e pratica, di colui che è « capace » di insegnare da colui che deve concretamente operare nella realtà ha procurato finora gravi danni, determinando la nascita di una « cultura medica » fortemente separata dai problemi sanitari reali del paese e in generale tra le più arretrate del mondo. Il nostro progetto propone quindi che la facoltà di medicina e chirurgia sia sciolta e che il Servizio nazionale sanitario e sociale si assuma l'impegno diretto della formazione dei medici e degli operatori socio-sanitari non laureati e della loro specializzazione.

Non è possibile costruire un servizio sanitario caratterizzato da quei profondi elementi di democraticità che soli ne possono garantire il corretto funzionamento senza superare gli elementi di forte gerarchizzazione che tuttora contraddistinguono le normative del personale operante nei servizi socio-sanitari del nostro paese. La critica della gerarchia, impersonificata in modo specifico dalla figura del primario e del cattedratico universitario, è ormai da molti anni patrimonio del movimento degli studenti di medicina, è vissuta e vive nelle lotte studentesche, è stata fatta propria dalle organizzazioni sindacali CGIL-CISL-UIL dei lavoratori ospedalieri e anche da gruppi avanzati di medici, in particolare dall'Associazione degli aiuti e assistenti ospedalieri. Il nostro progetto assume pienamente questa critica e propone una unica figura di medico e di operatore socio-sanitario non laureato senza distinzioni gerarchiche, nella prospettiva non immediata dell'operatore socio-sanitario unico.

La proposta di legge è concretamente articolata in quattro titoli: Finalità e criteri generali; Attribuzioni statali, regionali e co-

munali; Struttura organizzativa del Servizio nazionale sanitario e sociale; Modalità e tempi di attuazione del Servizio nazionale sanitario e sociale; Norme transitorie e finali. Il primo titolo dà una definizione generale del servizio e delle sue finalità di promozione e tutela della salute intesa come fondamentale diritto dell'individuo al mantenimento dello stato di benessere psico-fisico. Le modalità di intervento del servizio sono anzitutto rivolte a fini di prevenzione correttamente intesa come prevenzione ambientale, ma anche a fini di diagnosi e di cura delle malattie in atto, e sono inoltre dirette a eliminare le condizioni di emarginazione e di disagio sociale.

In questo titolo si sottolinea, negli articoli 2 e 3, la necessità dell'unitarietà e globalità degli interventi, oggi invece separati in molteplici strutture istituzionali pubbliche e private, e l'uniformità e gratuità dei servizi.

Il titolo secondo propone, al fine di collegare l'assistenza sanitaria e quella sociale, la soppressione del Ministero della sanità e l'istituzione di un Ministero della sicurezza sociale, al quale devono essere attribuite tutte le competenze statali in materia di igiene e sanità, di assistenza e beneficenza pubblica, in attesa della riforma della previdenza sociale. Propone inoltre che le necessità finanziarie del servizio siano assicurate da un fondo nazionale destinato alle regioni per il finanziamento dei servizi sanitari e sociali, nonché per la costruzione, la trasformazione e l'ammodernamento dei presidi socio-sanitari. Tale fondo, nel primo anno, come chiarito nell'articolo 30 delle norme finali e transitorie, sarà costituito da tutte le risorse relative agli enti e istituti soppressi dalla presente legge, dalle somme destinate alle spese dei Ministeri e degli enti locali per l'anno 1976, dalle risorse attualmente destinate al fondo nazionale ospedaliero, da contributi personali dei lavoratori autonomi e dei cittadini attualmente non coperti da assistenza mutualistica, di cui all'articolo 29, e infine da un contributo dello Stato nella misura occorrente fino alla copertura del fabbisogno finanziario del Servizio nazionale sanitario e sociale. Ricordiamo che un contributo dello Stato è già attualmente devoluto alla copertura del *deficit* degli istituti mutualistici e dell'assistenza ospedaliera.

Anche se è difficile effettuare valutazioni corrette sul complesso della spesa necessaria per il finanziamento del Servizio

nazionale sanitario e sociale è tuttavia presumibile che il forte controllo democratico sulla gestione, il netto risparmio sulle spese farmaceutiche che la legge prevede, come illustreremo più avanti, l'avvio di un massiccio processo di deospedalizzazione e l'affidamento dei soggetti che presentano disturbi di ordine psichiatrico alle équipes specializzate operanti nel territorio possano contenere la spesa sanitaria nell'ambito dell'attuale percentuale di reddito nazionale assicurando una funzionalità decisamente migliore e comunque possano ridurre nettamente quella dinamica espansiva della spesa che ha caratterizzato gli ultimi anni dell'assistenza mutualistica.

L'articolo 8 propone l'istituzione di un Consiglio nazionale socio-sanitario costituito da un rappresentante per ciascuna regione e da venti rappresentanti dei comuni, quale organo consultivo del Parlamento, del Governo e delle Regioni, con compiti di iniziativa e di proposta.

Nello stesso tempo l'articolo propone la soppressione del Consiglio superiore della sanità, fortemente caratterizzato da interessi corporativi e baronali, e uno stretto collegamento tra l'istituendo Consiglio nazionale socio-sanitario e l'Istituto superiore di sanità, quale organo tecnico-scientifico di collaborazione del Consiglio, del Governo, delle Regioni.

Gli articoli 9, 10, 11, 12 si soffermano sulle competenze legislative e sulle attribuzioni statali, regionali e comunali, mirando a ridurre al minimo le competenze statali, a dare importanza alle funzioni legislative e di programmazione delle Regioni e a individuare nei Comuni gli organi istituzionali di gestione dell'assistenza sanitaria e sociale.

Il titolo terzo si occupa della struttura organizzativa del Servizio nazionale sanitario e sociale e istituisce all'articolo 13 le unità locali dei servizi socio-sanitari quali organismi dei comuni, singoli o associati, per la gestione dei servizi e delle attività in campo sanitario e sociale.

Particolare importanza assume l'articolo 14, che definisce la partecipazione popolare al controllo delle strutture sanitarie e sociali.

L'articolo non si sofferma volutamente sulle caratteristiche concrete che tale partecipazione dovrà avere, perché affida al movimento di lotta dei lavoratori il compito di garantirne la massima democraticità. Assicura invece al movimento stesso tutte le

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

garanzie legislative e giuridiche perché il controllo e la partecipazione possano esprimersi al più alto grado.

Al livello di aree elementari dei servizi socio-sanitari di base — che servono non oltre 10 mila cittadini — è comunque previsto anche il controllo assembleare. Ciò allo scopo di garantire a qualsiasi cittadino presente nel territorio il diritto di intervenire su tutte le fasi di gestione dell'assistenza sanitaria e sociale.

In particolare, il controllo assembleare consente l'esercizio del diritto all'autogestione della salute anche a cittadini, quali i pensionati e le casalinghe, che non riescono ancora a trovare un inserimento nella rete attuale di organismi democratici di base.

L'articolo 15 si sofferma sull'assistenza sanitaria e ospedaliera con un insieme di norme tali da assicurare la priorità agli interventi più importanti.

Si afferma anzitutto che le unità locali socio-sanitarie sono impegnate in una sistematica ricerca epidemiologica sul territorio per una costante valutazione critica delle condizioni di salute della collettività, quale contributo al superamento delle cause naturali e sociali di malattia.

Si riafferma poi l'importanza della organizzazione dei servizi di prevenzione, in modo particolare dei servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro, dei servizi per la tutela della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva e della salute mentale.

Passando a esaminare i problemi dell'assistenza curativa in senso stretto, si ricorda che compito prioritario è quello di assicurare la massima funzionalità al più alto livello tecnico e scientifico dell'assistenza ambulatoriale e domiciliare al fine di garantire la massima deospedalizzazione. Per quel che riguarda l'assistenza ospedaliera, la proposta fa propria la richiesta di tutti i partiti della sinistra e delle confederazioni sindacali dei lavoratori della scomparsa dell'ospedale quale ente separato e della sua trasformazione in servizio gestito dall'unità locale socio-sanitaria nella quale ha sede.

In coerenza con la linea politica generale della proposta che mira a non differenziare strutture separate dedicate alla didattica, anche le cliniche universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico diventano strutture del Servizio nazionale sanitario e sociale e sono gestiti

dall'Unità locale socio-sanitaria in cui hanno sede.

I letti speciali per paganti in proprio, persistenza anacronistica della gestione privata nella ospedalità pubblica, sono aboliti. Allo stesso modo sono aboliti i consigli dei sanitari degli ospedali, che assicurano una posizione preminente ai medici e, nell'ambito della categoria dei medici, ai primari. I loro compiti di consulenza vengono affidati ai consigli dei delegati di reparto degli ospedali stessi.

La proposta non ritiene possibile la coesistenza di una rete di case di cura e istituti di assistenza e beneficenza privati convenzionati con le strutture pubbliche. Sono a tutti note le critiche violente mosse da tutta la sinistra verso questo tipo di istituzioni che hanno come fine il profitto privato e che sono una delle cause della ghettizzazione dei malati cronici, degli anziani e degli handicappati. Accogliendo queste critiche, la nostra proposta di legge propone la fine delle convenzioni così come sono attualmente intese.

Poiché tuttavia, particolarmente nelle Regioni centrali e meridionali, la carenza di posti letto ospedalieri, ereditata dalla incapacità di gestione della Democrazia cristiana può rendere necessaria, nelle more del processo di deospedalizzazione cui il progetto si ispira, l'utilizzazione di posti letto attualmente privati, la nostra proposta afferma che, in caso di assoluta necessità e fino alla piena realizzazione della rete ospedaliera prevista dalla programmazione regionale, le Regioni possano acquisire, mediante acquisto o affitto dell'intera struttura istituti privati di ricovero e cura, e gestirli pubblicamente, affidandoli, come gli ospedali, all'ULSS in cui hanno sede.

Il valore ai fini dell'acquisto o dell'affitto è stabilito in base alla media della denuncia dei redditi effettuati negli ultimi cinque anni dai titolari degli istituti stessi.

Per quanto riguarda la psichiatria, la proposta di legge si muove su di una logica che tiene conto delle posizioni, non solo teoriche, del movimento sorto in questi anni sui temi di una psichiatria democratica. Essa convalida soprattutto le esperienze alternative ben note da Gorizia in poi e oggi attive in diverse province, secondo due assi fondamentali.

In primo luogo, si sancisce la fine della legittimità della segregazione psichiatrica non solo con l'abolizione della leg-

ge 14 novembre 1904, n. 36, e del relativo regolamento del 1909 (obiettivo, questo, posto da molti anni da uno schieramento molto ampio di tecnici, di forze politiche e sociali e di opinione pubblica), ma anche con il superamento concreto degli ospedali psichiatrici e dei reparti psichiatrici negli ospedali generali.

Il soggetto che presenta difficoltà di tipo psichiatrico può in questo modo vedere garantiti i propri diritti civili e la propria personalità e venire curato, se necessario, in strutture aperte abilitate a un intervento globale di tipo socio-sanitario: dagli ospedali generali alle unità locali socio-sanitarie, agli interventi domiciliari, ecc.

Nella proposta di legge, in secondo luogo, vengono previsti interventi di tipo preventivo, riabilitativo e curativo a favore di categorie a forte rischio psichiatrico e a forte rischio di emarginazione sociale, come gli handicappati, gli anziani, gli invalidi, i lavoratori precari, quelli ad alta nocività ecc., per le quali le strutture sanitarie debbono trasformarsi da agenzie di designazione, di controllo e di smistamento in spazi di lavoro collettivo per risposte adeguate ai bisogni sanitari e sociali e insieme per la ricerca e la verifica delle conseguenze e delle contraddizioni, che stanno a monte del bisogno.

In questo senso, gli interventi psichiatrici specifici non solo non si realizzano più in strutture separate e segreganti, ma tendono a identificarsi con le risposte a problemi più generali, collegati con le lotte delle grandi masse per una società diversa, in cui vi siano spazi per un impegno collettivo e scientificamente partecipato, contro il rischio di malattie e quello di emarginazione sociale.

Nello stesso articolo 15 si propone la fine di un altro tipo di assistenza sanitaria separata e non controllata, l'assistenza alle forze armate. Le unità locali socio-sanitarie devono infatti garantire, nell'ambito della tutela della salute di tutti i cittadini, anche l'integrità fisica e psichica dei militari. Esercitano questo dovere sia garantendo tutti i servizi sanitari alle forze armate nel territorio di propria competenza, sia provvedendo alla smobilitazione degli ospedali militari, in quanto strutture destinate all'assistenza delle sole forze armate e utilizzandoli invece come strutture pubbliche nel quadro della programmazione sanitaria regionale.

Nella stessa visione di unitarietà e globalità degli interventi sanitari rientra la proposta di affidare anche la tutela della salute dei detenuti alle unità locali socio-sanitarie in cui hanno sede gli istituti di detenzione e pena. L'unità locale ha l'obbligo di provvedere alla salute dei detenuti con propri servizi.

L'articolo 15, dunque, si propone il compito generale di superare ogni momento di emarginazione, di ghettizzazione e di separazione dell'assistenza sanitaria, di assicurare la priorità al momento della prevenzione rispetto a quello curativo, di facilitare la più ampia deospedalizzazione, di impedire ogni collusione tra pubblico e privato nella gestione dell'assistenza sanitaria.

L'articolo 16 tratta dell'assistenza farmaceutica. Le proposte che noi avanziamo sono semplicissime e si basano su alcuni punti fondamentali: l'assistenza farmaceutica è gratuita per tutti i cittadini; l'industria di Stato e a partecipazione statale assicura la produzione dei farmaci fondamentali e garantisce livelli di ricerca adeguati; nella farmacopea ufficiale sono compresi solo farmaci a denominazione rigorosamente scientifica e di comprovata efficacia terapeutica; è vietata ogni forma di propaganda farmaceutica.

La gratuità dell'assistenza farmaceutica è un diritto di tutti i cittadini, che con il loro lavoro finanziano il complesso delle strutture sanitarie. Negli ultimi anni un forte attacco è stato portato da settori governativi al principio della gratuità stessa, e sono state avanzate una serie di proposte miranti a introdurre una tassa su ogni ricetta rilasciata all'assistito. Tali proposte, basate sul principio che in tal modo sarebbe possibile ridurre il continuo accrescimento della spesa farmaceutica sono in realtà prive di ogni validità. In tutti i paesi nei quali è stata introdotta una tangente sui farmaci non si è verificata alcuna diminuzione della dinamica ascensionale del loro consumo. Su questa dinamica giuocano vari elementi quali: la spinta della propaganda farmaceutica, la dequalificazione e la mercificazione dell'atto medico, del tutto insensibili all'introduzione della tangente. Mancano d'altronde, nell'attuale sistema, quelle misure sanitarie e sociali capaci di venire incontro alle esigenze di salute dell'individuo, che, tenendo conto dei reali motivi per i quali, nelle particolari condizioni di vita e di la-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

voro, egli si ammala o presenta turbe di carattere psichico, siano in grado di mettersi riparo. In tal modo, la prescrizione del farmaco diventa l'unico momento di apparente soccorso terapeutico.

Ricordiamo ancora che negli Stati Uniti, paese nel quale manca ogni sistema pubblico di assistenza sanitaria e dove quindi i cittadini comperano i farmaci a proprie spese, la dinamica espansiva di alcuni medicinali, quali i tranquillanti, ha raggiunto cifre ancora più vertiginose che in Italia.

A parte l'istituzione di un efficiente servizio sanitario e sociale, che di per sé determinerebbe la diminuzione delle spese farmaceutiche, bisogna prendere in considerazione le caratteristiche del mercato farmaceutico italiano, per poter concretamente realizzare risparmi anche sensibili in questo settore.

Il mercato farmaceutico italiano è caratterizzato dall'esistenza di una pleora di specialità con una elevata percentuale di medicinali inutili, composti da sostanze prive di effetto terapeutico.

Il 1° gennaio 1975 il numero delle specialità medicinali ammesse alla vendita in Italia era di 8.932 per 16.814 confezioni, contro le 3.240 per 4.980 confezioni in Gran Bretagna.

I preparati inutili sono al primo posto nei consumi farmaceutici. Nel 1974, infatti, tra i primi 150 farmaci più venduti in Italia — sono stime effettuate dalla commissione sicurezza sociale del Pci — 82 potevano essere considerati inutili con una incidenza quindi del 59,2 per cento sul totale.

Il mercato farmaceutico italiano è infine caratterizzato dalla presenza di una propaganda massiccia effettuata dalla produzione, utilizzando la stampa, la radio e la televisione e ben 15 mila propagandisti con un costo che nel 1972 è stato di 200 miliardi, incidendo per il 20 per cento circa sul fatturato.

Se queste sono le caratteristiche del mercato farmaceutico italiano, risparmi reali possono essere realizzati solo con le nostre proposte e cioè stabilendo che possono essere prodotti e venduti solo medicinali dotati di una reale attività farmacologica, capaci di determinare effetti positivi per la salute dei malati.

Per questi farmaci non è necessaria la propaganda; basta una corretta informazione scientifica su di essi e sui prodotti nuovi immessi sul mercato, informazione

che il nostro progetto affida alle strutture pubbliche del Servizio nazionale sanitario e sociale: l'Istituto superiore di sanità quale organo nazionale di consulenza del servizio stesso, le Regioni quali strutture di pianificazione, le unità locali socio-sanitarie quali organi di base.

La situazione dell'industria farmaceutica di Stato e a partecipazione statale, inoltre, è tale da garantire, tramite tre grandi complessi, la Farmitalia, la Carlo Erba e l'Istituto per i vaccini Sclavo, la produzione dei principi attivi e dei farmaci fondamentali.

Una corretta utilizzazione, nell'interesse della collettività, di questi grandi complessi industriali può realmente garantire la diminuzione del costo dei farmaci, e svolgere un'azione calmieratrice sul mercato nei confronti dell'industria privata.

La distribuzione dei medicinali, infine, incide attualmente sul costo generale dei medicinali con una percentuale che va dal 20 per cento al 32 per cento.

La nostra proposta prevede che sia possibile l'acquisto diretto dei farmaci da parte delle Regioni, superando la barriera frapposta da grossisti e farmacisti, e la distribuzione dei medicinali necessari direttamente per il tramite delle unità locali socio-sanitarie o mediante farmacie comunali, affidate in gestione alle unità locali socio-sanitarie.

Le farmacie private potranno continuare a esercitare la loro funzione, ma solo nell'ambito di una drastica riduzione delle spese di distribuzione, garantita appunto dalle misure previste dalla legge.

La netta riduzione del costo dei farmaci prodotti e distribuiti, l'eliminazione della propaganda farmaceutica, la riduzione delle spese di distribuzione, sono elementi effettivi, che potranno in tempi non lunghi riportare la spesa farmaceutica a livelli ammissibili.

Particolare importanza assume l'articolo 19, che tratta dell'assistenza sociale. Esso prevede che la prevenzione di ogni situazione patologica sia assicurata da servizi sociali strettamente integrati con i servizi sanitari. I servizi sociali devono essere strutturati in modo tale da assicurare la totale deistituzionalizzazione dei minori, degli anziani, degli handicappati attualmente ricoverati e da facilitare l'integrazione e il recupero negli ambienti sociali e familiari di tutti gli esclusi.

Si propone di conseguenza la completa eliminazione di ogni struttura segregante — cronici, case di riposo, gerontocomi, asili e simili — e l'utilizzazione invece di servizi e interventi, quali centri sociali, mense, asili nido, case famiglia, case di vacanza, inserimento in famiglie dell'infanzia in stato di abbandono, assistenza economica e aiuto familiare per gli emarginati per qualsiasi causa, inserimento o reinserimento scolastico e lavorativo degli handicappati, ecc., favorendo in particolare quegli interventi che possono essere adottati a livello di aree elementari, in modo da garantire il continuo controllo della popolazione del territorio. La tematica della lotta all'emarginazione è patrimonio comune dei lavoratori italiani: la maturità della classe operaia italiana è dimostrata anche dalla capacità di farsi carico dell'esigenza di una vita più umana per gli emarginati e l'alleanza tra classe operaia, gruppi di intellettuali avanzati ed emarginati è un elemento importante per la modificazione profonda della nostra struttura sanitaria e sociale.

L'articolo 19 della nostra proposta di legge, dunque, vuole offrire a questa grande rivendicazione civile gli strumenti giuridici che permettano il massimo spiegamento di iniziative locali per bloccare definitivamente la ghettizzazione e lo sfruttamento degli emarginati, caratteristici dell'attuale struttura assistenziale sanitaria e sociale.

Abbiamo già visto, nella parte introduttiva di questa relazione, le ragioni che hanno spinto il gruppo parlamentare di Democrazia proletaria a proporre lo scioglimento della facoltà di medicina e la costituzione di scuole di sanità unitarie nell'ambito del Servizio nazionale sanitario e sociale, destinate alla formazione e alla specializzazione dei medici e degli operatori socio-sanitari non laureati.

L'articolo 20 si sofferma su tale argomento, esaminando anzitutto quali sono i principi generali ai quali tutte le scuole di sanità del Servizio nazionale dovranno uniformarsi: organizzazione dipartimentale delle scuole, collegamento dipartimentale con tutti gli istituti universitari di materie affini, stretto legame della teoria con la pratica, priorità dei problemi della prevenzione, coordinamento ai fini della ricerca del Servizio nazionale sanitario e sociale con l'Istituto superiore di sanità, il Consiglio nazionale delle ricerche e gli istituti universitari in un programma organico di ricerca delle cause di malattia naturali e so-

ciali, che proprio per le sue caratteristiche e il suo significato dovrà essere controllato non solo dagli enti locali, ma anche dalle confederazioni sindacali dei lavoratori, capaci di esprimere il potenziale di nuova cultura medica nato dalla pratica e dalla teoria delle lotte operaie.

Per quel che riguarda la realizzazione pratica di tali scuole di sanità, quelle per operatori socio-sanitari non laureati possono entrare in funzione entro un anno dall'entrata in vigore della legge, mediante legge regionale che ne disciplini l'organizzazione e il funzionamento.

Nello stesso termine di tempo devono entrare in funzione i corsi di specializzazione per laureati in medicina e chirurgia. Per tali corsi si ritiene infatti di grande importanza il passaggio a breve termine della gestione dalla facoltà al Servizio nazionale sanitario e sociale, per sottrarle ai vincoli e agli interessi corporativi che oggi bloccano di fatto, con numeri chiusi legati a interessi baronali, lo sviluppo di specializzazioni particolarmente richieste nel territorio. Per quel che riguarda la facoltà di medicina e chirurgia, invece, ferma restando la necessità del suo scioglimento, ci rendiamo conto della complessità del passaggio dall'attuale facoltà di medicina alle scuole di sanità del Servizio nazionale e quindi della necessità di una legge specifica che il Parlamento dovrà approntare entro due anni dall'approvazione della legge istitutiva del Servizio nazionale sanitario e sociale, capace di sciogliere tutti i nodi complessi della normativa e della didattica.

Un servizio nazionale concepito con questi criteri di intervento assai largo sia nel campo sanitario che in quello sociale offre agli studenti di medicina una possibilità concreta di approfondimento di tutte le tematiche della nuova cultura medica e allo stesso tempo può permettere un collegamento organico della didattica medica con il lavoro nel settore sanitario e sociale, in modo da superare quella separazione dello studio dal lavoro, che è caratteristica dell'attuale situazione. Problema questo di fondamentale importanza, che potrà essere oggetto di sperimentazione anche immediata, in attesa della legge di realizzazione pratica delle Scuole di medicina. Per evitare momenti di vuoto tra la costituzione del Servizio sanitario e sociale e lo scioglimento della facoltà di medicina e chirurgia, infine, l'articolo 31 prevede che, fino

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

allo scioglimento della facoltà stessa, le Regioni provvedono a stipulare convenzioni con l'università per permettere sia l'utilizzazione delle strutture e del personale del Servizio nazionale ai fini della didattica e delle esercitazioni negli insegnamenti della facoltà di medicina e chirurgia, sia l'utilizzazione delle strutture e del personale universitario nei corsi di specializzazione del Servizio nazionale per laureati in medicina e chirurgia.

Tali convenzioni, che dovranno essere concretamente realizzate attraverso collegamenti di tipo dipartimentale tra le strutture del Servizio nazionale e quelle universitarie, potranno costituire il primo momento concreto di collaborazione e di collegamento organico tra facoltà di medicina e Servizio nazionale, sotto il controllo degli organi del Servizio nazionale stesso.

Ci siamo già soffermati, nella parte iniziale della relazione sul concetto che la persistenza della gerarchia tradizionale nelle strutture sanitarie italiane costituisce di fatto un ostacolo al progresso culturale e sociale dei medici e degli operatori socio-sanitari non laureati. La denuncia della grave involuzione primariale e baronale, strettamente legata all'utilizzazione a fini di profitto privato del titolo gerarchico acquisito, è nota a tutti.

L'articolo 23 propone concretamente un ruolo unico regionale di tutto il personale operante nei servizi socio-sanitari delle Unità locali, sostanzialmente articolato in due livelli funzionali: uno che comprende il medico e il laureato addetto alle attività socio-sanitarie e l'altro che comprende il personale socio-sanitario non laureato.

La figura del coordinatore assicura il coordinamento scientifico e organizzativo dei reparti. La legge, tenendo conto che esistono livelli diversi di sviluppo politico e culturale nelle varie Regioni, lascia alle Regioni stesse la determinazione dei criteri concreti per la nomina dei coordinatori. Precisa, tuttavia, che tali criteri devono ispirarsi ai due principi del rispetto della volontà democratica degli operatori socio-sanitari del reparto e della qualificazione professionale.

L'incarico di coordinatore è limitato nel tempo e non comporta alcuna specifica attribuzione di grado — e di conseguenza nessun vantaggio economico — nel ruolo di dipendente del Servizio nazionale sanitario e sociale.

È intenzione della legge proporre la figura di un medico e di un operatore socio-sanitario del Servizio nazionale fortemente sburocratizzate; privi di condizionamenti gerarchici che ne limitino lo sviluppo creativo; legati, tramite gli strumenti di autogoverno delle ULSS, alle esigenze sanitarie e sociali del territorio; utilizzati, dovunque possibile, anche in compiti di didattica e di ricerca. Ricerca di tipo nuovo, non limitata ai centri tradizionali e separati della ricerca accademica, ma organizzata in tutte le ULSS, in una grandiosa opera di prevenzione delle condizioni di vita e di lavoro produttrici di malattia, da condurre in stretto rapporto con i consigli di fabbrica e con tutta la fitta rete di organismi democratici che il movimento dei lavoratori ha creato nel territorio.

Una figura di questo genere non può che lavorare a tempo pieno nel Servizio: ogni contaminazione con momenti di profitto privato verrebbe a contraddire profondamente l'impegno sociale del nuovo operatore sanitario. Essa non nasce all'improvviso, si forma nel lavoro comune di costruzione democratica delle ULSS, tanto più rapidamente quanto maggiore sarà lo impegno e la partecipazione di tutti i lavoratori e delle grandi masse popolari.

È quindi prevista una fase di transizione. I medici finora convenzionati con gli istituti mutualistici potranno mantenere tali convenzioni con il Servizio nazionale sanitario e sociale, con determinati limiti sui quali si sofferma l'articolo 33 e che sono quelli richiesti più volte dalle confederazioni sindacali (quota capitolaria, massimali, ecc.). Ma non saranno possibili nuove convenzioni: i nuovi assunti saranno tutti dipendenti a tempo pieno. Non solo: anche i medici convenzionati, liberamente e dietro accertamento della necessaria qualificazione, potranno a richiesta essere assunti come medici unici del Servizio nazionale. E il Servizio nazionale è impegnato a incentivare tale passaggio, a costruire una organizzazione socio-sanitaria capace di dimostrare concretamente che il lavoro di dipendente a tempo pieno è gratificante rispetto alla libera professione, in quanto offre al dipendente maggiore dignità, qualificazione culturale, interesse, sviluppo della personalità, libertà creativa.

Il titolo quarto si sofferma su modalità e tempi di attuazione del Servizio nazionale e sulle norme finali e transitorie.

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

Le Unità locali socio-sanitarie sono costituite dalle Regioni entro 180 giorni dall'entrata in vigore della legge. Contemporaneamente alla istituzione delle Unità locali socio-sanitarie cessa la competenza delle province e degli enti socio-sanitari a carattere locale, viene estinta la personalità giuridica degli enti ospedalieri e delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB), vengono trasferiti alle Regioni i beni patrimoniali e il personale dipendente (nelle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, vengono trasferiti alle Unità locali socio-sanitarie gli ospedali del territorio da esse controllato, vengono trasferiti ad altra attività socio-sanitaria gli ospedali psichiatrici dipendenti dalle Province e dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza).

Gli ospedali militari vengono trasferiti alle Regioni e destinati alle Unità locali socio-sanitarie nel cui territorio hanno sede.

Nello stesso periodo di tempo tutti i beni mobili e immobili appartenenti agli enti soppressi e scorporati entrano a far parte del patrimonio della Regione che li impiega per i fini istituzionali del Servizio socio-sanitario.

Entro il 1° luglio 1977, il governo è delegato a emanare uno o più decreti aventi valore di leggi ordinarie per provvedere alla estinzione di tutti gli istituti mutualistici, alla soppressione dell'Ente nazionale previdenza infortuni (ENPI), al trasferimento all'INPS della gestione dei contributi per le prestazioni economiche, alla trasformazione della Croce rossa italiana, ottenuta mediante scorporo e trasferimento alle Regioni di tutte le strutture, dei servizi e del personale non direttamente connessi con le finalità dell'ente, ma collegati invece alle esigenze dell'assistenza socio-sanitaria.

Nell'ambito di queste misure, particolare importanza riveste la soppressione dell'ENPI, istituto la cui inefficienza e al tempo stesso acquiescenza agli interessi padronali è stata da molti anni denunciata da tutti i sindacati dei lavoratori. La funzione di prevenzione degli infortuni deve essere, così come tutto il complesso dell'attività preventiva, affidata direttamente alle Unità locali socio-sanitarie e ai lavoratori del territorio che hanno il compito di controllarle.

Il nostro progetto non prevede, a differenza del progetto governativo della passata legislatura, la ricostituzione sotto nessuna forma di istituti destinati alla preven-

zione degli infortuni e delle malattie professionali.

L'articolo 29 tratta dell'estensione dell'assistenza socio-sanitaria. E' questo un problema molto dibattuto anche nell'ambito dei partiti di sinistra. Come è noto, i lavoratori autonomi attualmente non godono di prestazioni sanitarie complete, come i lavoratori dipendenti. In alcuni casi non è per essi prevista l'assistenza farmaceutica, in altri casi non sono previste né l'assistenza farmaceutica né l'assistenza medica. Nelle attuali condizioni economiche si sostiene, ad esempio da parte del Pci, che l'adeguamento del livello attuale di assistenza dei lavoratori autonomi a quello dei lavoratori dipendenti costituirebbe un aggravio troppo oneroso per il servizio sanitario. Noi pensiamo, tuttavia, che non sia giusto e sia inoltre fonte di ostacoli e di inutili spese burocratiche strutturare un servizio sanitario che preveda livelli diversi di assistenza socio-sanitaria per i vari gruppi di cittadini. Proponiamo quindi che l'assistenza sanitaria venga immediatamente erogata a tutti i cittadini presenti nel territorio italiano in condizioni di uniformità e di eguaglianza. Per quello che riguarda il finanziamento dell'assistenza stessa, la prospettiva finale non può essere che quella della fiscalizzazione delle spese. Tale fiscalizzazione, tuttavia, nelle condizioni specifiche del sistema tributario italiano, che grava quasi esclusivamente sui lavoratori dipendenti si trasformasse in un passaggio di fondi dai lavoratori dipendenti agli imprenditori. Condizione necessaria quindi per la fiscalizzazione del servizio nazionale è la riforma fiscale. In attesa della riforma fiscale restano in vigore, per i lavoratori dipendenti, le attuali modalità contributive relative all'assistenza di malattia.

Per quel che riguarda i lavoratori autonomi e i cittadini benestanti attualmente non coperti da assistenza mutualistica è invece prevista l'istituzione di un ruolo regionale con il pagamento di un contributo annuo, differenziato in ragione del reddito personale e stabilito dalla Regione.

I lavoratori autonomi a reddito più basso continueranno a pagare le quote attualmente corrisposte alle rispettive casse mutue. Poiché è noto che tali quote sono largamente inadeguate anche rispetto agli attuali livelli assistenziali erogati dalle casse mutue, per i lavoratori autonomi a reddito più elevato sono previste quote più alte. Per i cittadini abbienti, infine, il con-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

tributo dovrà invece essere pari al costo medio del servizio, includendo nel costo medio anche la quota che attualmente lo Stato spende a copertura del *deficit* ospedaliero e mutualistico.

La drastica riduzione della spesa farmaceutica, la deospedalizzazione, l'abolizione delle convenzioni con gli istituti privati di assistenza e beneficenza e con le case di cura private, la riduzione degli alti guadagni di alcuni strati particolari della corporazione medica, il passaggio dalla gestione burocratica elefantiaica e clientelare degli istituti mutualistici alle gestione de-

centrata delle unità locali socio-sanitarie e infine — elemento assolutamente decisivo — il controllo democratico da parte della popolazione del territorio di tutte le strutture sociali e sanitarie, in vista della riappropriazione della gestione della salute da parte della popolazione stessa, sono tutti elementi che fanno supporre che l'attuale dinamica espansiva della spesa sanitaria venga bloccata e che a parità di spesa si ottenga una trasformazione radicale dell'assistenza sanitaria e sociale del nostro paese, allo stesso tempo elevandone e modificandone qualitativamente il livello.

PROPOSTA DI LEGGE

—

TITOLO I

FINALITÀ E CRITERI GENERALI

ART. 1.

(Finalità).

Lo Stato, le Regioni e i Comuni provvedono alla promozione e alla tutela della salute, intesa come fondamentale diritto dell'individuo al mantenimento dello stato di benessere psico-fisico, con le modalità e nelle forme previste dalla presente legge.

ART. 2.

(Modalità d'intervento).

Le finalità di cui al precedente articolo 1 sono assicurate con:

a) interventi rivolti a preservare l'ambiente di vita e di lavoro da ogni fattore di nocività;

b) interventi diretti a prevenire, con misure igieniche e profilattiche individuali e collettive e con ogni altro mezzo possibile, l'insorgere di malattie;

c) interventi per la prevenzione dei rischi di infortunio e delle tecnopatie;

d) interventi diretti a prevenire il manifestarsi di stati di bisogno, di condizioni di devianza sociale, nonché di ogni forma di emarginazione;

e) interventi di diagnosi e di cura degli stati patologici in atto;

f) interventi per eliminare le condizioni di emarginazione e di disagio sociale;

g) interventi di riabilitazione e di rieducazione funzionale dei soggetti che presentino postumi di malattie, ovvero invalidità o minorazioni, nonché interventi di recupero sociale verso chiunque sia stato emarginato per qualsiasi causa, al fine di garantirne un rapido reinserimento nell'attività sociale e lavorativa;

h) l'attuazione di una vasta e generalizzata opera di educazione sanitaria e sociale.

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

Nel quadro della unitarietà e globalità degli interventi, che devono essere preservate, particolare e costante attenzione deve essere rivolta al momento preventivo.

ART. 3.

(Organizzazione degli interventi).

Tutte le strutture e le attività che concorrono alla realizzazione dei fini di cui all'articolo 1 costituiscono il Servizio nazionale sanitario e sociale (SNSS).

Gli interventi sanitari e sociali si attuano con l'organizzazione di servizi a livello di ambiti territoriali di dimensioni tali da poter contemperare l'esigenza di una perfetta funzionalità con quella della economicità.

I servizi di cui al precedente comma, che attuano interventi generalizzati o erogano prestazioni di base, sono ulteriormente decentrati per aree elementari che, oltre a facilitarne la fruizione, devono favorire la più larga partecipazione degli utenti alla definizione degli indirizzi e dei programmi e al controllo della gestione complessiva dell'attività, in una prospettiva di progressiva riappropriazione, da parte delle popolazioni interessate, del diritto alla gestione della propria salute.

ART. 4.

(Uniformità e gratuità dei servizi).

Gli interventi e le prestazioni erogati dal SNSS sono uniformi e gratuiti e devono essere garantiti a tutte le persone fisiche presenti sul territorio nazionale, indipendentemente dalla loro condizione individuale sociale ed economica.

TITOLO II

ATTRIBUZIONI STATALI, REGIONALI,
COMUNALI

ART. 5.

(Indirizzi generali).

Gli indirizzi generali della politica sanitaria e sociale nazionale sono determinati dal Parlamento, al quale il Governo riferisce ogni volta ne sia richiesto sul quadro generale dell'assistenza sanitaria e sociale.

Il Governo, sentito il parere del Consiglio nazionale socio-sanitario di cui al successivo articolo 8, presenta una relazione annuale contenente i dati statistici ed epidemiologici forniti dalle Regioni, le eventuali proposte delle Regioni medesime, formulate anche sulla base degli interventi, dei bisogni e delle proposte delle unità locali socio-sanitarie, e le proposte governative in merito agli indirizzi della politica sanitaria e sociale.

Tale relazione viene esaminata dal Parlamento congiuntamente allo stato di previsione della spesa del Ministero della sicurezza sociale, di cui al successivo articolo 6.

ART. 6.

(Istituzione del Ministero della sicurezza sociale).

Nel quadro della riorganizzazione dei Ministeri, il Governo è impegnato a presentare, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, un disegno di legge per l'istituzione del Ministero della sicurezza sociale e la contemporanea soppressione del Ministero della sanità.

In attesa della riforma della previdenza sociale, al Ministero della sicurezza sociale saranno intanto attribuite tutte le competenze statali in materia di igiene e sanità, di assistenza e beneficenza pubblica.

ART. 7.

(Fondo nazionale per i servizi sanitari e sociali).

In attesa che siano emanate norme sul riordinamento della finanza regionale e locale, è istituito il Fondo nazionale per i servizi sanitari e sociali, che viene iscritto in appositi capitoli, distinti per la spesa corrente e per quella in conto capitale, nello stato di previsione del Ministero della sicurezza sociale di cui al precedente articolo.

Fino alla istituzione di tale Ministero, il Fondo viene temporaneamente iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

Il Fondo di cui ai precedenti commi è destinato alle Regioni per il finanziamento dei servizi sanitari e sociali di cui alla presente legge, nonché per la costruzione, la trasformazione e l'ammodernamento.

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

mento dei presidi socio-sanitari e per il rinnovamento e l'adeguamento delle relative attrezzature.

ART. 8.

(Consiglio nazionale socio-sanitario).

È istituito il Consiglio nazionale socio-sanitario. Il Consiglio è nominato per la durata di un quinquennio con decreto del Presidente della Repubblica. Esso è presieduto dal Ministro per la sicurezza sociale e, in attesa della istituzione del relativo Ministero, dal Ministro per la sanità ed è composto come segue:

- a) da un rappresentante per ciascuna Regione;
- b) da venti rappresentanti dei comuni, designati dalla Associazione nazionale dei Comuni d'Italia.

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

All'inizio di ciascun quinquennio, il Consiglio elegge nel suo seno due vice-presidenti.

Il Consiglio ha compiti di iniziativa e di proposta ed è organo consultivo del Parlamento, del Governo e delle Regioni. In particolare, esso:

- a) esamina ogni affare relativo all'assistenza sanitaria e sociale ad esso sottoposto dal Parlamento, dal Governo, o dalle Regioni, esprimendo il proprio parere nel merito;
- b) promuove lo svolgimento di indagini in ordine agli interventi socio-sanitari e alla loro efficacia, ai livelli di assistenza, alla efficienza della organizzazione e delle strutture sanitarie e sociali nelle varie Regioni, esaminandone i risultati e formulando proposte;
- c) esprime parere obbligatorio in ordine alle proposte governative sugli indirizzi generali della politica sanitaria e sociale nazionale da sottoporre annualmente al Parlamento.

Il Consiglio di cui al presente articolo provvede a emanare un regolamento per determinare le modalità di svolgimento della propria attività, per la quale si avvale di personale messo a disposizione dal competente Ministero.

Il Consiglio predetto si avvale, inoltre, dell'Istituto superiore di sanità e può richiedere la collaborazione di esperti.

Il Consiglio superiore di sanità è soppresso.

ART. 9.

(*Attribuzioni statali*).

Restano riservate allo Stato, salvo quanto disposto dai successivi articoli 10 e 11, le competenze legislative ed amministrative in ordine:

a) ai rapporti internazionali in materia sanitaria, ivi comprese la profilassi internazionale, la sanità marittima, aerea e di confine;

b) ai rapporti internazionali in materia di operatori socio-sanitari, laureati e non laureati, nonché alla relativa formazione professionale;

c) ai rapporti internazionali in materia di assistenza e di previdenza sociale;

d) alla profilassi delle malattie infettive e diffuse, per le quali siano imposte le vaccinazioni obbligatorie o misure quarantenarie;

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

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

g) all'igiene della produzione e conservazione degli alimenti;

h) alla produzione, registrazione e commercio, nonché all'impiego dei tossici e delle altre sostanze pericolose;

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

l) al prelievo di parti di cadavere e al trapianto di organi limitatamente alle funzioni di cui alla legge 2 dicembre 1975, n. 544;

m) all'omologazione, per fini preventivi, di macchine e impianti, con particolare riguardo ai carichi massimi, e di mezzi personali di protezione;

n) all'Istituto superiore di sanità, secondo le norme di cui alla legge 7 luglio 1973, n. 519;

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

o) alla determinazione dei criteri generali per il riconoscimento dei soggetti affetti da invalidità permanenti, congenite o acquisite, quali che ne siano le cause, che presentino una totale inabilità, ovvero una parziale riduzione della loro capacità lavorativa, nonché alla determinazione delle provvidenze economiche in loro favore;

p) alla determinazione dei profili professionali degli operatori socio-sanitari, nonché alla determinazione dei livelli minimi di scolarità necessari per l'ammissione alle scuole per operatori socio-sanitari del Servizio nazionale sanitario e sociale di cui all'articolo 20;

q) alle misure di carattere straordinario in materia socio-sanitaria nei casi di disastri, calamità naturali o altri eventi di natura o portata eccezionali e non prevedibili;

r) alla determinazione delle misure penali da adottare contro chiunque abbia violato norme statali o regionali in materia di sicurezza sociale.

ART. 10.

(Competenze legislative regionali).

La competenza legislativa nel settore sanitario e sociale, ad esclusione delle materie di cui al precedente articolo 9, spetta alle Regioni entro i limiti e secondo i principi fissati dalla presente legge.

Le Regioni possono altresì emanare norme di attuazione e di integrazione delle leggi statali, nelle materie indicate al precedente articolo 9, ai sensi dell'articolo 17, ultimo comma, della Costituzione.

ART. 11.

(Competenze amministrative regionali).

Sono trasferite alle Regioni, per il rispettivo territorio, ai sensi dell'articolo 117, primo comma, della Costituzione, tutte le funzioni amministrative di competenza degli organi centrali e periferici dello Stato in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nonché di assistenza e beneficenza pubblica, ad eccezione di quelle concernenti le materie indicate all'articolo 9 della presente legge.

Sono altresì trasferite alle Regioni, per il rispettivo territorio, tutte le funzioni amministrative di competenza degli enti na-

zionali, enti locali ed ogni altro ente, istituto o azienda pubblica, operanti nelle materie di cui al precedente comma, salvo quanto stabilito dal successivo articolo 12.

È delegato alle Regioni, per il rispettivo territorio, ai sensi dell'articolo 118, secondo comma, della Costituzione, l'esercizio delle funzioni amministrative concernenti:

a) la profilassi delle malattie infettive e diffuse, per le quali siano previste la vaccinazione obbligatoria o le misure quarantenarie; le vaccinazioni nei porti, aeroporti e posti di confine;

b) i controlli sulla produzione dei farmaci e dei componenti chimici usati in medicina, nonché delle sostanze stupefacenti e psicotrope;

c) il controllo sulla produzione dei prodotti dietetici, degli alimenti per la prima infanzia e dei prodotti per la cosmesi;

d) i controlli sulla produzione e conservazione degli alimenti;

e) i controlli sulla produzione, il commercio e l'impiego dei tossici e delle altre sostanze pericolose;

f) i controlli sulla produzione della energia nucleare e sulla produzione, il commercio e l'impiego delle sostanze radioattive;

g) il prelievo di parti di cadaveri e il trapianto di organi;

h) la omologazione, per fini prevenzionali, di macchine e impianti, con particolare riguardo ai carichi massimi, e di mezzi personali di protezione;

i) il riconoscimento dei soggetti affetti da invalidità permanenti e l'erogazione delle provvidenze in loro favore;

l) le misure di carattere straordinario in caso di disastri, calamità naturali e altri eventi di natura e portata eccezionali e non prevedibili.

Il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4 e il decreto del Presidente della Repubblica 15 gennaio 1972, n. 9 sono abrogati.

Le Regioni provvedono di norma all'esercizio delle funzioni amministrative di loro competenza, delegandole o subdelegandole ai Comuni.

ART. 12.

(Attribuzioni comunali).

Restano ferme le funzioni amministrative di competenza istituzionale dei Comuni, nelle materie di cui alla presente legge. Sono altresì trasferite ai Comuni, per il rispettivo territorio, le funzioni di competenza degli Enti comunali di assistenza.

Gli Enti comunali di assistenza sono soppressi.

TITOLO III

STRUTTURA ORGANIZZATIVA
DEL SERVIZIO NAZIONALE SANITARIO
E SOCIALE

ART. 13.

(Istituzione delle Unità locali dei servizi socio-sanitari).

Le Regioni, con propria legge, provvedono alla istituzione nel loro territorio delle Unità locali dei servizi socio-sanitari (ULSS), quali organismi dei Comuni singoli o associati per la gestione dei servizi e delle attività in campo sanitario e sociale.

A tal fine, le Regioni, in accordo con i Comuni, provvedono alla individuazione degli ambiti territoriali di competenza di ciascuna Unità locale dei servizi socio-sanitari.

La ripartizione del territorio regionale dovrà essere tale da poter assicurare per ciascuna Unità locale prestazioni fondamentalmente eguali.

Le dimensioni dell'Unità locale dei servizi socio-sanitari possono essere rispettivamente: pluricomunali, unicomunali, ovvero subcomunali. Nel primo caso i Comuni interessati si associano tra loro in forma consortile o, in caso di coincidenza territoriale, di comunità montana.

Nel caso di Unità locali dei servizi socio-sanitari di dimensioni subcomunali, gli ambiti territoriali di queste devono coincidere con le circoscrizioni amministrative o essere loro multipli.

In ogni caso, il bilancio dell'Unità locale dei servizi socio-sanitari deve essere distinto da quello della gestione degli altri servizi del Comune, consorzio, o comunità montana.

Le Unità locali dei servizi socio-sanitari provvedono a esercitare le attribuzioni, nella materia di cui alla presente legge, proprie dei Comuni, nonché quelle loro delegate da parte delle Regioni.

ART. 14.

(Organizzazione, funzionamento e partecipazione popolare).

Con la legge di cui all'articolo 13, le Regioni provvedono, previa consultazione con i Comuni, a stabilire gli organi delle Unità locali dei servizi socio-sanitari e a indicarne la composizione.

La stessa legge regionale stabilisce inoltre le modalità di funzionamento e di organizzazione delle Unità locali dei servizi socio-sanitari, nonché quelle con cui i Comuni espletano la funzione di indirizzo nei confronti delle medesime e delimita l'ambito di autonomia delle Unità locali dei servizi socio-sanitari stesse, per assicurare la loro funzionalità.

La legge determina forme obbligatorie di pubblicità degli atti e dei bilanci delle Unità locali dei servizi socio-sanitari, tali da rendere concretamente possibile il controllo e la partecipazione popolare.

La legge regionale stabilisce altresì che il territorio dell'Unità locale dei servizi socio-sanitari deve essere suddiviso in aree elementari, all'interno delle quali debbono essere assicurati i servizi di base.

L'Unità locale dei servizi socio-sanitari definisce l'ambito territoriale di ciascuna area elementare, in modo che ciascuna di esse comprenda non oltre diecimila abitanti.

La legge delinea, infine, le modalità con le quali deve essere garantita la più ampia partecipazione popolare al controllo sulla gestione e sulla funzionalità dei servizi. A tale scopo gli organismi di partecipazione devono essere obbligatoriamente consultati nella fase di predisposizione dei programmi pluriennali e dei bilanci preventivi.

A livello delle aree elementari, le forme di partecipazione devono assumere comunque caratteristiche assembleari.

Agli organismi di partecipazione, sia a livello di aree elementari, sia a livello di ULSS, deve essere garantito il più ampio diritto di intervento sulla definizione degli obiettivi, di controllo sulle modalità di svolgimento delle attività dei servizi, e di giudizio sulla efficacia delle misure prese,

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

ai fini della progressiva riappropriazione, da parte della popolazione interessata, del diritto alla gestione della propria salute.

ART. 15.

(Assistenza sanitaria e ospedaliera).

Le Unità locali dei servizi socio-sanitari provvedono alla erogazione della assistenza sanitaria nei suoi aspetti preventivo, curativo e riabilitativo.

Esse sono impegnate in una sistematica ricerca epidemiologica sul territorio per una costante valutazione critica delle condizioni di salute della collettività, quale contributo al superamento delle cause naturali e sociali di malattia.

Le Unità locali dei servizi socio-sanitari rivolgono particolare attenzione all'organizzazione dei servizi che offrono maggiori possibilità d'intervento nella fase preventiva e di diagnosi precoce e in particolare dei servizi per la tutela della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva; per la tutela dei lavoratori nei luoghi di lavoro anche nei suoi aspetti di igiene industriale e di indagini sull'uomo, condotte tenendo presenti i principi sanciti dall'articolo 9 dello Statuto dei lavoratori; per la tutela della salute mentale.

L'assistenza medico-chirurgica generica, pediatrica, ostetrica e specialistica viene erogata sia in forma ambulatoriale che a domicilio.

Le Unità locali dei servizi socio-sanitari organizzano i servizi in modo da assicurare la massima funzionalità al più alto livello tecnico-scientifico dell'assistenza ambulatoriale e domiciliare, realizzando la più ampia deospedalizzazione in particolare degli anziani, degli handicappati e dei cronici.

A tal fine, oltre alla utilizzazione dei servizi sociali di cui all'articolo 19, le Unità locali socio-sanitarie provvedono all'organizzazione di ospedali diurni, al collegamento dipartimentale nel territorio dei servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri, alla organizzazione del lavoro di gruppo dei medici e degli operatori socio-sanitari.

Le Unità locali socio-sanitarie erogano l'assistenza ospedaliera mediante gli ospedali pubblici.

Gli ospedali possono servire una o più Unità locali socio-sanitarie in base ai piani sanitari approvati dalla Regione e sono gestiti dall'Unità locale socio-sanitaria in cui

ha sede l'ospedale. Nel caso in cui servano più Unità locali socio-sanitarie la Regione assicura il necessario coordinamento.

Le cliniche universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico divengono a tutti gli effetti strutture del Servizio nazionale sanitario e sociale e sono gestiti dall'Unità locale socio-sanitaria in cui hanno sede.

Sono aboliti in tutte le strutture di ricovero del Servizio nazionale sanitario e sociale i letti speciali per paganti in proprio.

Sono aboliti i consigli dei sanitari degli ospedali. I loro compiti sono trasferiti ai consigli dei delegati di reparto degli ospedali stessi.

Fino alla piena realizzazione della rete ospedaliera prevista dalla programmazione regionale, qualora le strutture pubbliche esistenti non siano in grado di assicurare posti letto o servizi sufficienti alle necessità del territorio, la Regione può acquisire istituti privati di ricovero e cura mediante acquisto o affitto dell'intera struttura.

Il valore ai fini dell'acquisto o dell'affitto è stabilito in base alla media delle denunce dei redditi effettuate negli ultimi cinque anni dai titolari degli istituti stessi.

Non sono ammesse forme di convenzione diverse da quelle previste nel presente articolo tra Regione e istituti privati di ricovero e cura.

Per quel che riguarda le case di cura private per paganti in proprio la Regione provvede con proprie leggi a stabilirne i requisiti, ne autorizza l'apertura o la trasformazione e può ordinarne la chiusura qualora non rispondano ai requisiti richiesti. La Regione può delegare queste funzioni alle Unità locali socio-sanitarie.

Gli interventi di tutela della salute mentale sono rivolti a tutta la popolazione indipendentemente dall'età, e sono generalmente attuati nella forma ambulatoriale e domiciliare per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di soggetti che presentino disturbi di ordine psichiatrico e ogni altra forma di disadattamento psichico.

Qualsiasi trattamento di tali soggetti può essere eseguito solo previo consenso dell'interessato.

Gli ospedali psichiatrici, nonché i reparti psichiatrici degli ospedali generali e le strutture sia pubbliche che private che attualmente provvedono al ricovero di soggetti che presentano disturbi di ordine psi-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

chiatrico devono essere eliminati e riconvertiti ad altra attività socio-sanitaria.

E' vietata l'apertura di nuovi ospedali e cliniche specializzate psichiatriche, sia pubblici che privati, nonché di reparti psichiatrici negli ospedali generali.

Il ricovero dei pazienti, qualora si renda necessario, deve avvenire sempre nei normali reparti di degenza degli ospedali generali, nella prospettiva della riorganizzazione dipartimentale dell'assistenza sanitaria nel territorio.

Sono abrogate tutte le disposizioni contenute nella legge 14 novembre 1904, numero 36.

Gli ospedali militari e ogni altra struttura sanitaria attualmente adibita alle forze armate sono trasferiti al Servizio nazionale sanitario e sociale e sono utilizzati, ad eccezione dell'Istituto farmaceutico militare, come strutture pubbliche nel quadro della programmazione sanitaria regionale.

Le Unità locali socio-sanitarie sono tenute a garantire la tutela della salute e tutti i servizi sanitari alle forze armate nel territorio di propria competenza.

La tutela della salute dei detenuti è di competenza dell'Unità locale socio-sanitaria in cui ha sede l'Istituto di detenzione e pena.

L'Unità locale socio-sanitaria vi provvede con propri servizi.

ART. 16.

(Assistenza farmaceutica).

L'assistenza farmaceutica erogata dal Servizio nazionale sanitario e sociale è gratuita per tutti i cittadini.

L'industria di Stato e a partecipazione statale produce i principi attivi, assicura la produzione dei farmaci fondamentali e garantisce livelli adeguati di ricerca. A tal fine il Servizio nazionale sanitario e sociale utilizza anche le strutture dell'Istituto farmaceutico militare che viene ad esso trasferito.

La ricerca è programmata e diretta dal Servizio nazionale sanitario e sociale.

Nella farmacopea ufficiale sono compresi solo farmaci a denominazione rigorosamente scientifica e di comprovata efficacia terapeutica.

E' vietata ogni forma di propaganda farmaceutica.

L'informazione scientifica è compito del Servizio nazionale sanitario e sociale che la realizza tramite l'Istituto superiore di sanità, le Regioni e le Unità locali socio-sanitarie.

Il Ministero della Sanità provvede entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge alla revisione e alla riduzione della farmacopea ufficiale secondo i principi esposti al quarto comma del presente articolo.

Il Ministero della sicurezza sociale provvede successivamente ai necessari aggiornamenti annuali.

Le Unità locali socio-sanitarie erogano l'assistenza farmaceutica direttamente ovvero attraverso la farmacie pubbliche o private.

La Regione può acquistare direttamente o per il tramite delle Unità locali socio-sanitarie, per le esigenze dei servizi sanitari, i farmaci dalle ditte produttrici ai sensi della legge 4 agosto 1955, n. 962, e con diritto a uno sconto non inferiore a quello previsto dall'articolo 32 del decreto legge 28 ottobre 1970, n. 754, convertito nella legge 18 novembre 1970, n. 1034.

Con legge regionale sono disciplinate le modalità di acquisto dei farmaci da parte delle Unità locali socio-sanitarie nonché la distribuzione degli stessi agli assistiti.

Parimenti con legge regionale viene disciplinato l'esercizio del diritto di prelazione da parte delle Regioni in ordine alle farmacie vacanti o di nuova istituzione e l'affidamento in gestione delle stesse alle Unità locali socio-sanitarie.

Le farmacie e i dispensari farmaceutici comunali, ivi compresi quelli dipendenti da aziende municipalizzate, sono assegnati in gestione alle Unità locali socio-sanitarie competenti per territorio, secondo le modalità stabilite con legge regionale.

Sono abrogate le disposizioni concernenti l'obbligo di un rapporto proporzionale tra il numero delle farmacie pubbliche e quello delle farmacie private.

ART. 17.

(Tutela ambientale e degli alimenti).

Nel quadro dell'organizzazione del Servizio nazionale sanitario e sociale, importanza preminente assume il settore della tutela ambientale e degli alimenti, che deve assicurare, in modo continuativo, il controllo e la vigilanza igienica per la sal-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

vaguardia del suolo, delle acque, dell'atmosfera e degli ambienti di vita e di lavoro dagli agenti inquinanti, nonché il controllo e la vigilanza igienico-sanitaria sulla produzione, il commercio e la vendita degli alimenti e delle bevande e ogni altra misura diretta a prevenire e a eliminare le cause patogene connesse all'ambiente.

ART. 18.

(Assistenza veterinaria).

Le Unità locali socio-sanitarie provvedono, tramite i servizi veterinari, ad assicurare interventi diretti alla tutela delle condizioni igieniche degli allevamenti, alla profilassi delle malattie infettive e diffuse degli animali, con particolare riguardo alle zoonosi, all'assistenza zoiatrica, nonché ogni altro intervento diretto alla salvaguardia del patrimonio zootecnico e della salute umana.

Tali servizi collaborano anche alla vigilanza sugli alimenti, nel settore di specifica competenza.

ART. 19.

(Assistenza sociale).

Le Unità locali socio-sanitarie assicurano adeguati servizi sociali, integrati con i servizi sanitari nel comune impegno di prevenzione di ogni situazione patologica.

L'attività dei servizi sociali deve dispiegarsi nei settori basilari di ogni comunità: lavoro, alloggio, servizi per l'infanzia e per il tempo libero.

Gli interventi, attuati generalmente a livello di aree elementari, devono garantire l'assistenza a tutti coloro che non siano in condizioni di autosufficienza, in modo da evitare la loro emarginazione.

Servizi di asili-nido, case di vacanza, case-famiglia, mense, centri sociali, inserimento familiare dell'infanzia in stato di abbandono, inserimento o reinserimento scolastico o lavorativo di handicappati e di emarginati in genere, assistenza economica e aiuto familiare sono i modi e gli strumenti di intervento per garantire a ciascuno la permanenza nel proprio ambiente sociale e familiare e facilitare l'integrazione e il recupero dei soggetti esclusi, nonché la deistituzionalizzazione dei minori, degli handicappati e degli anziani attualmente ricoverati.

ART. 20.

(Formazione dei medici e degli operatori socio-sanitari).

La didattica e la ricerca sono compiti istituzionali del Servizio nazionale sanitario e sociale.

Il Servizio nazionale sanitario e sociale organizza la formazione e la specializzazione dei medici e degli operatori socio-sanitari non laureati e adempie ai compiti di ricerca mediante scuole di sanità basate sui seguenti principi:

a) utilizzazione di tutte le strutture idonee del Servizio nazionale sanitario e sociale;

b) organizzazione dipartimentale delle scuole;

c) collegamento dipartimentale con gli istituti universitari di biologia, chimica, fisica, veterinaria, psicologia, sociologia, statistica, economia e di qualsiasi altra materia venga ritenuta opportuna dalla Regione;

d) priorità ai problemi della prevenzione;

e) stretto legame della teoria con la pratica;

f) raggiungimento di un livello di qualificazione adeguato all'evolvere del progresso scientifico e al variare delle esigenze sociali;

g) massima utilizzazione del lavoro di gruppo e interdisciplinare;

h) coordinamento ai fini della ricerca di tutti i settori del Servizio nazionale sanitario e sociale tra di loro, con l'Istituto superiore della sanità, con il Consiglio nazionale delle ricerche, con gli istituti universitari in un programma regionale organico controllato dagli enti locali e dalle confederazioni sindacali dei lavoratori.

Le scuole di sanità per operatori socio-sanitari non laureati sono istituite dalle Regioni e affidate di regola alle Unità locali socio-sanitarie in cui le scuole stesse hanno sede. Le Regioni provvedono entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge alla loro istituzione, disciplinandone con legge l'organizzazione e il funzionamento.

I piani di studio dei corsi si basano sui principi generali di cui al presente articolo e sono diretti a far acquisire agli ope-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

ratori, mediante una adeguata base culturale e una preparazione specifica teorico-pratica, una formazione professionale a carattere polivalente e la massima apertura verso i problemi della collettività.

Entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, il Parlamento provvede, con legge, allo scioglimento della facoltà di medicina e chirurgia e alla istituzione delle scuole di sanità del Servizio nazionale sanitario e sociale per la formazione del personale medico, determinando i principi della loro organizzazione.

I corsi di specializzazione per laureati in medicina e chirurgia sono organizzati dal Servizio nazionale sanitario e sociale con legge regionale emanata nel termine di un anno dall'entrata in vigore della presente legge e formulata in conformità dei principi fissati nel presente articolo.

Il tipo e il numero dei corsi di specializzazione sono stabiliti in base alle esigenze della programmazione sanitaria regionale.

Le scuole di sanità del Servizio nazionale sanitario e sociale organizzano i corsi di riqualificazione, perfezionamento e aggiornamento per tutti gli operatori dei servizi socio-sanitari laureati e non laureati e i corsi di qualificazione e aggiornamento per il personale didattico; collaborano inoltre con le Unità locali socio-sanitarie all'organizzazione di corsi di qualificazione per il personale ausiliario e il personale addetto alle attività domestiche e di collaborazione familiare dei servizi sanitari e sociali e di corsi di qualificazione e aggiornamento per coloro che svolgono, o intendono svolgere attività a carattere volontario nel campo sociale e sanitario.

I tirocini pratici sono svolti nelle strutture ospedaliere e negli altri servizi sanitari e sociali delle Unità locali socio-sanitarie.

Per gli insegnamenti teorici e lo svolgimento dei tirocini pratici viene utilizzato di norma personale in servizio nelle strutture e nei servizi sanitari e sociali delle Unità locali socio-sanitarie.

ART. 21.

*(Finanziamento
delle Unità locali socio-sanitarie).*

All'inizio di ogni anno le Regioni provvedono alla ripartizione per le spese correnti e per quelle in conto capitale della

quota del Fondo nazionale per i servizi sanitari e sociali ad esse assegnata con le modalità di cui all'articolo 7 tra le Unità locali socio-sanitarie, in base agli obiettivi fissati nei piani regionali, intesi a uniformare il livello delle prestazioni sanitarie e sociali e a colmare gli squilibri esistenti nella rete dei servizi e dei presidi sanitari e sociali.

I piani regionali di cui al primo comma del presente articolo sono elaborati sulla base dei programmi predisposti dalle Unità locali socio-sanitarie.

ART. 22.

*(Controllo sugli atti
delle Unità locali socio-sanitarie).*

Il controllo sugli atti delle Unità locali socio-sanitarie è esercitato dai comitati di controllo sugli atti degli Enti locali integrati da un esperto di materia socio-sanitaria nominato dai rispettivi Consigli regionali.

La legge regionale determina quali atti sono soggetti a controllo di legittimità e di merito, nonché le modalità di esercizio del controllo da parte del predetto organo.

ART. 23.

(Personale dei servizi sanitari e sociali).

Il Servizio nazionale sanitario e sociale provvede ai propri compiti di prevenzione, diagnosi e terapia, riabilitazione, didattica e ricerca mediante personale di ruolo messo a disposizione dalle Regioni.

Il personale operante nei servizi sanitari e sociali delle Unità locali socio-sanitarie è assegnato a un ruolo unico regionale e inquadrato in livelli funzionali di mansioni.

Il trattamento economico e normativo del personale è regolato da contratto unico nazionale.

Il personale laureato o diplomato dalle scuole di sanità per medici, di cui al comma quinto dell'articolo 20, è inserito in un unico livello funzionale, che comprende il medico unico, i laureati addetti alle attività socio-sanitarie (biologi, chimici, fisici,

bioingegneri, veterinari, psicologi, sociologi, esperti di statistica e di economia sanitaria e ogni altro specialista che la Regione ritenga opportuno utilizzare) e gli amministrativi.

Il personale socio-sanitario non laureato è anch'esso inserito in un unico livello funzionale.

La legge regionale istitutiva del ruolo unico di cui al presente articolo deve garantire:

a) la formazione continua degli operatori sanitari e sociali laureati e non laureati, in modo da assicurare la qualificazione al più alto livello tecnico e scientifico;

b) l'utilizzazione del personale in tutte le strutture sanitarie e sociali del territorio nell'ambito della propria specializzazione;

c) il principio della collegialità operativa;

d) l'incentivazione alla partecipazione degli operatori sanitari e sociali ai compiti di didattica e di ricerca;

e) l'obbligo del tempo pieno con divieto di ogni forma di attività libero-professionale.

Le Regioni provvedono con propria normativa a stabilire i principi dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari, che dovranno comunque informarsi alla più ampia democrazia organizzativa.

Il coordinamento dei reparti, dei servizi e degli uffici delle Unità locali socio-sanitarie è affidato a un coordinatore responsabile.

Le Regioni indicano i criteri di nomina da parte delle Unità locali socio-sanitarie dei coordinatori e la durata del loro incarico; garantiscono la necessaria qualificazione e assicurano la partecipazione democratica degli operatori sociali e sanitari alla loro scelta.

La funzione di coordinatore responsabile non comporta alcuna specifica attribuzione di grado nel ruolo di dipendente del Servizio nazionale sanitario e sociale.

Per l'immissione del personale nel ruolo unico regionale di cui al presente articolo non è richiesta l'iscrizione agli ordini professionali.

TITOLO IV

MODALITÀ E TEMPI DI ATTUAZIONE
DEL SERVIZIO NAZIONALE SANITARIO
E SOCIALE. NORME FINALI E TRAN-
SITORIE

ART. 24.

(Costituzione del Servizio nazionale sanitario e delle Unità locali socio-sanitarie).

Entro trenta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, il Governo provvede alla costituzione del Consiglio nazionale socio-sanitario di cui all'articolo 8.

Entro centottanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, le Regioni costituiscono le Unità locali socio-sanitarie di cui all'articolo 13.

Contemporaneamente all'istituzione delle Unità locali socio-sanitarie, cessa la competenza delle province e degli enti socio-sanitari a carattere locale, di cui al secondo comma dell'articolo 11.

È soppressa la personalità giuridica degli enti sanitari a carattere locale e sono sciolti i rispettivi organi.

La Regione provvede alla dichiarazione della estinzione della personalità giuridica degli Enti ospedalieri e delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, che, in conseguenza dell'organizzazione dei servizi previsti dalla presente legge hanno cessato il loro fine. I beni patrimoniali e il personale dipendente dalle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza estinte sono trasferiti alle Regioni nel cui territorio le istituzioni hanno sede.

La Regione provvede a definire le modalità di gestione degli ospedali, assegnandoli alle Unità locali socio-sanitarie in cui hanno sede e destina, secondo quanto stabilito nel piano regionale, gli ospedali psichiatrici dipendenti dalle Province e quelli dipendenti dalle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza ad altra attività socio-sanitaria.

Nel caso si tratti di ospedali dipendenti da enti che svolgono anche attività diverse da quelle contemplate nella presente legge, il trasferimento avverrà previo scorporo dei beni destinati all'assistenza sanitaria e sociale con modalità previste dalla legge regionale.

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

Con provvedimento regionale sono assegnati in uso alle Unità locali socio-sanitarie i beni mobili e immobili, le attrezzature e gli impianti destinati all'assistenza sanitaria e veterinaria appartenenti alle Province o ai loro consorzi.

I beni mobili e immobili, appartenenti agli enti soppressi o scorporati, entrano a far parte del patrimonio della Regione, che li impiega per i servizi di cui alla presente legge.

ART. 25.

(Trasferimento del personale alle Regioni).

Il Governo è delegato a emanare uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare il trasferimento alle Regioni del personale dei Comuni, delle Province e degli enti da sopprimere o da trasformare, da assegnare alle Regioni per effetto della presente legge.

ART. 26.

(Estinzione e trasferimento di enti).

Entro il 1° luglio 1977, il Governo è delegato, sentito il Consiglio nazionale socio-sanitario, a emanare uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria con i quali provvede:

a) all'estinzione di tutti gli enti e le gestioni autonome preposti alla erogazione dell'assistenza sanitaria in regime mutualistico, giusto il disposto dell'articolo 12-bis, ultimo comma, della legge 17 agosto 1974, n. 386;

b) alla soppressione dell'Ente nazionale per la prevenzione degli infortuni (ENPI), di cui alla legge 19 dicembre 1952, n. 2390 e successive modificazioni, e al trasferimento alle Regioni nel cui ambito sono ubicati dei beni mobili e immobili e del personale in servizio presso le varie sedi, nonché al trasferimento alle Regioni medesime delle attribuzioni dell'ente soppresso;

c) al trasferimento all'Istituto nazionale previdenza sociale (INPS) della gestione dei contributi per le prestazioni economiche in caso di maternità, malattia, infortunio o malattia professionale e, in genere, dei servizi non sanitari degli enti mutualistici e assicurativi ad attività mista:

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

d) a delineare le modalità per la concentrazione nell'INPS delle funzioni attualmente svolte da altri istituti, enti, o casse di previdenza e a predisporre lo scioglimento degli enti suddetti;

e) a predisporre norme per il trasferimento alle Regioni dei beni patrimoniali degli enti soppressi, già funzionalmente destinati ai servizi di assistenza sanitaria e sociale, e per il trasferimento all'INPS o ad amministrazioni dello Stato dei beni funzionalmente destinati ad altre finalità;

f) a predisporre norme per il passaggio del personale degli enti soppressi alle Regioni, o nei ruoli dell'INPS o di amministrazioni dello Stato, in modo da garantire comunque la salvaguardia delle condizioni giuridiche e economiche acquisite dal personale trasferito;

g) al trasferimento alle Regioni in cui sono ubicate delle sezioni mediche e chimiche degli Ispettorati regionali e provinciali del lavoro, nonché dei beni mobili e delle attrezzature relativi e del personale in servizio presso le sezioni medesime;

h) alla trasformazione della Croce rossa italiana (CRI), la cui organizzazione deve essere ricondotta alle finalità risultanti dalle vigenti convenzioni internazionali, mediante scorporo delle strutture e dei servizi non direttamente connessi con le finalità dell'Ente e il loro trasferimento alle Regioni, unitamente al personale adibito ai servizi scorporati;

i) al trasferimento all'Istituto superiore di sanità del Centro ENPI di Monteporzio Catone e del Laboratorio centrale dei servizi ispettivi del Ministero del lavoro e della previdenza sociale;

l) ad assegnare alle amministrazioni dello Stato il personale in servizio presso la sede centrale dell'ENPI;

m) a trasferire alle Regioni nel cui territorio sono ubicate le strutture e le attrezzature degli ospedali militari e delle cliniche e istituti universitari adibiti ad attività di diagnosi prevenzione e cura.

Alla liquidazione delle attività e passività degli enti disciolti provvede il Ministero del tesoro.

I comitati provinciali di assistenza e beneficenza pubblica sono soppressi.

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

ART. 27.

(Trasferimento dei beni, delle attrezzature e del personale degli enti di cui all'articolo 26).

Entro sei mesi dalla entrata in vigore della presente legge, i beni mobili e immobili, le attrezzature e gli impianti degli enti mutualistici soppressi, istituzionalmente destinati ai servizi di assistenza sanitaria ambulatoriale e specialistica, nonché ai relativi servizi amministrativi da parte degli enti con attività mista, con decreto del Ministero del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con il Ministero della sanità e con quello del tesoro, sentito il Consiglio nazionale socio-sanitario, da emanarsi almeno tre mesi prima del termine sopraindicato, sono assegnati al patrimonio della Regione dove sono ubicati e da questa impiegati per i servizi sociali e sanitari.

Dalla stessa data il personale degli enti mutualistici soppressi è trasferito alle Regioni con le modalità previste dal decreto delegato di cui all'articolo 26.

Analogamente viene provveduto per il contingente di personale da trasferire alle Regioni dagli enti mutualistici di diritto pubblico ad attività mista.

Sempre alla data di cui al primo comma sono trasferiti al patrimonio della Regione nel cui ambito sono ubicati, i beni mobili e immobili degli enti ospedalieri.

I beni funzionalmente destinati alla assistenza sanitaria sono assegnati da parte delle Regioni ai servizi sanitari. Quelli non funzionalmente utilizzabili per l'assistenza sanitaria possono essere alienati o trasformati esclusivamente in vista di fini sociali o sanitari.

Il personale dipendente dagli enti medesimi, qualunque mansione svolga, è trasferito nei ruoli regionali previsti dall'articolo 23.

ART. 28.

(Enti mutualistici volontari).

Entro il termine di cui all'articolo 27, i privati e gli enti mutualistici volontari che gestiscono presidi sanitari possono fare domanda alle singole Regioni competenti per territorio per trasferire alle Regioni stesse il personale e le attrezzature, previa regolamentazione dei rapporti finanziari.

Resta comunque consentita la possibilità di istituire organismi mutualistici privati aventi la finalità di erogare prestazioni integrative di carattere economico, con onere a carico totale dei soggetti liberamente iscritti agli organismi medesimi.

ART. 29.

(Estensione dell'assistenza socio-sanitaria).

A decorrere dal 1° luglio 1977, le Regioni sostengono le spese per l'assistenza sanitaria e sociale per tutti i cittadini residenti e non residenti, temporaneamente presenti nel territorio.

L'assistenza è erogata dalle Unità locali socio-sanitarie in condizioni di uniformità e di eguaglianza.

In attesa della riforma fiscale nulla è innovato per quanto riguarda i lavoratori dipendenti.

Ai fini dell'erogazione dell'assistenza prevista dal presente articolo, i lavoratori autonomi finora assistiti dalle rispettive casse mutue e i cittadini che non godono di protezione mutualistica sono inseriti in un ruolo regionale degli assistibili.

L'immissione nel ruolo regionale comporta il pagamento di un contributo annuo, differenziato in ragione del reddito personale e stabilito dalla Regione.

I livelli di questi contributi variano dal mantenimento, per i lavoratori autonomi a reddito più basso, delle quote attualmente corrisposte alle rispettive casse mutue fino al pagamento, per i cittadini a reddito più elevato, di un contributo pari al costo medio reale del servizio.

Le Unità locali socio-sanitarie provvedono all'assistenza dei disoccupati e dei non abbienti già a carico dei comuni e degli enti locali, nonché dei familiari a loro carico, senza contribuzione alcuna da parte di tali assistiti.

ART. 30.

(Norme transitorie relative al Fondo nazionale per i servizi sanitari e sociali).

Nel primo anno dell'entrata in vigore della presente legge il Fondo nazionale per i servizi sanitari e sociali è costituito:

a) da tutte le risorse relative agli enti e istituti di cui è prevista la soppressione

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

o di cui vengono scorporate l'attività sanitaria e sociale;

b) dalle risorse relative al Fondo nazionale ospedaliero, costituito ai sensi dell'articolo 11 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito nella legge 17 agosto 1974, n. 386;

c) dal consolidamento annuale delle somme destinate all'assistenza sanitaria e sociale iscritte nello stato di previsione della spesa dei ministeri e degli enti locali per l'anno 1976;

d) dai contributi previsti dal quinto comma dell'articolo 29;

e) dal contributo dello Stato nella misura occorrente a integrare i fondi di cui ai precedenti commi fino alla copertura di tutto il fabbisogno finanziario del Servizio nazionale sanitario e sociale.

ART. 31.

(Convenzioni transitorie).

Fino allo scioglimento della facoltà di medicina e chirurgia e all'istituzione delle scuole di sanità del Servizio nazionale sanitario e sociale per la formazione del personale medico, le Regioni, con l'intervento dei Ministeri interessati, provvedono a stipulare convenzioni con le università per definire:

a) le modalità di utilizzazione delle strutture e del personale del Servizio nazionale sanitario e sociale ai fini della didattica e delle esercitazioni negli insegnamenti della facoltà di medicina e chirurgia;

b) le modalità di utilizzazione delle strutture e del personale universitario nei corsi di specializzazione del Servizio nazionale sanitario e sociale per laureati in medicina e chirurgia;

c) ogni altro problema di interesse comune.

Le finalità di cui alle lettere a) e b) sono raggiunte di norma mediante collegamenti di tipo dipartimentale, tra le strutture e il personale del Servizio nazionale sanitario e sociale e le strutture e il personale dell'università.

ART. 32.

(Norme transitorie per il personale dei servizi sanitari e sociali).

Il personale che alla data dell'entrata in vigore della presente legge si trova in servizio presso gli enti soppressi o scorporati, nonché il personale degli enti locali territoriali addetto ai servizi sanitari e sociali, viene inquadrato nel ruolo regionale previsto dall'articolo 23 della presente legge e assegnato ad uno dei livelli funzionali stabiliti dalla legge regionale secondo i criteri di corrispondenza stabiliti dalla legge stessa.

A detto personale spetta il trattamento economico previsto dall'accordo nazionale nella salvaguardia della anzianità di carriera.

Il personale il cui trattamento economico sia alla entrata in vigore della presente legge, superiore ai livelli stabiliti dall'accordo nazionale lo mantiene ad personam.

In attesa dell'inquadramento nei ruoli regionali detto personale conserva a tutti gli effetti la posizione giuridica e il trattamento economico acquisito presso gli enti di provenienza.

ART. 33.

(Convenzioni transitorie e ad esaurimento dei sanitari con il Servizio nazionale sanitario e sociale).

I sanitari convenzionati con i soppressi Istituti mutualistici alla data di applicazione della presente legge possono, a richiesta previo accertamento della qualificazione, o dopo appositi corsi di aggiornamento, essere inseriti nel ruolo del Servizio nazionale sanitario e sociale secondo le modalità definite da apposite leggi regionali.

Il Servizio nazionale sanitario e sociale incentiva tale inserimento.

Gli stessi sanitari possono, sempre a richiesta, mantenere il rapporto di convenzionamento regolato da accordo nazionale stipulato tra organizzazioni sindacali e Servizio nazionale sanitario e sociale.

I compensi previsti in tale accordo sono basati sul principio della quota capitaria e dei massimali concordati e non devono superare, a parità di prestazioni, i li-

velli contemplati nell'accordo regolante il rapporto di lavoro pubblico.

Sono incompatibili con il convenzionamento qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private o con industrie farmaceutiche.

L'esercizio della libera professione è vietato a tutti i medici convenzionati nell'ambito dell'Unità locale socio-sanitaria con la quale è stata stipulata la convenzione. Sono vietate nuove convenzioni con sanitari non convenzionati con i soppressi Istituti mutualistici alla data di applicazione della presente legge.

ART. 34.

(Abrogazione delle norme incompatibili con la presente legge).

Alla data di applicazione della presente legge cessano di avere applicazione le norme di legge concernenti la materia disciplinata dalla presente legge e che siano con essa in contrasto o incompatibili.