

CAMERA DEI DEPUTATI ^{N. 1145}

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**TIRABOSCHI, BALZAMO, ACHILLI, DI VAGNO, COLUCCI,
FELISETTI, FERRI, GIOVANARDI, MAGNANI NOYA MA-
RIA, NOVELLINI, SALADINO, SALVATORE, FERRARI
MARTE, CRESCO, FRASCA**

Presentata l'11 febbraio 1977

Istituzione del servizio sanitario nazionale

ONOREVOLI COLLEGHI! — La riforma sanitaria — cui è già stato dato il primo avvio attraverso l'emanazione del decreto-legge 8 luglio 1974, convertito nella legge 17 agosto 1974, n. 386, che ha previsto il passaggio dell'assistenza ospedaliera dagli Enti mutualistici alle Regioni, dal 1° gennaio 1975, e lo scioglimento dei Consigli di amministrazione degli Enti stessi dal 1° luglio del medesimo anno, nonché l'estinzione di tali Enti entro il 30 giugno 1977 — deve ora avere piena attuazione mediante una « legge quadro », che istituisca il Servizio sanitario nazionale.

In tale contesto e considerata l'estrema urgenza di provvedere ad un nuovo assetto del sistema socio-sanitario — stabilendo la legge n. 386 l'estinzione degli Enti mutualistici entro il 30 giugno del corrente anno — si è ritenuto opportuno procedere ad un recupero, sia pure con un ripensamento critico e con le opportune integrazioni, del lavoro elaborato nella scorsa legislatura dal Comitato ristretto della Commissione sanità della Camera.

Prima di esaminare le linee direttrici del disegno di legge istitutivo del Servizio sanitario nazionale, è necessario sottolineare alcune premesse politiche di carattere ge-

nerale ed attualizzare la questione sanitaria inquadrandola nel momento politico, economico e sociale che il paese attraversa, abbandonando orientamenti illuministici del passato e sforzandosi di mettere a fuoco i reali bisogni, le richieste che vengono dal mondo del lavoro e dai più vasti strati della popolazione.

Vi sono sostanzialmente due modi di intendere le riforme sociali ed, in primo luogo, quella sanitaria, che tiene il campo da più tempo (anche perché realmente prioritaria corrispondendo al bisogno primario della salute).

Uno è quello di razionalizzazione degli ordinamenti, dell'organizzazione, delle strutture, degli strumenti tecnici, allo scopo di realizzare una migliore e magari ottimale efficienza dei servizi.

È quello che, grosso modo, è stato realizzato dalle grandi socialdemocrazie del nord e dagli stessi paesi dell'Est europeo. Non è certo cosa da poco, specie quando si accoppia, come nei casi della Svezia e della Gran Bretagna, ad obiettivi di giustizia sociale, quale l'uguaglianza dei cittadini di fronte agli eventi lesivi della salute ed il contributo ad una sostanziosa redistribuzione del reddito.

Questa impostazione comporta la sostanziale accettazione del ruolo di pacificazione sociale assegnato, all'interno del sistema capitalistico occidentale e del capitalismo di stato orientale, all'esercizio della medicina ed ai servizi socio-sanitari in genere.

L'altro modo di intendere le riforme sociali e questa riforma in particolare, è quello di vederle come parte — e non trascurabile, ma essenziale — della trasformazione del sistema.

Non è un'utopia se si pensa a tutta la carica progressiva insita nel bisogno di salute e di miglioramento della qualità di vita, sempre più connaturato alla richiesta ed alla volontà di autogestione della salute (fisica, psichica e sociale), almeno nel nostro paese, in parallelo al crescere del movimento dei lavoratori (principio della non delega, statuto dei lavoratori, contratti di grandi categorie) e del movimento per i diritti civili.

È chiaro che tutto questo implica un modo alternativo di intendere e di essere dell'esercizio della medicina e della complessiva tutela della salute, legato non più agli interessi del capitale e del « suo » sistema, ma a quelli dei lavoratori e della maggioranza dei cittadini.

E comporta scelte anche di carattere economico e necessità di oculata programmazione, specie nella fase attuale di ricostruzione economica, sociale e morale del paese.

La scelta, fra queste due maniere di concepire e di volere la riforma sanitaria e le altre riforme sociali, prima ancora che dalle forze sociali e politiche, è stata fatta dalla Costituzione con gli articoli 3, 32 e 38, non ancora attuati dopo quasi 30 anni.

È questa scelta in senso autenticamente riformatore, incidente in senso trasformativo sull'intera società, che giustifica il privilegio da attribuire al momento preventivo, o meglio all'impregnazione preventiva di tutto il futuro servizio sanitario nazionale.

Astratta da questo contesto, la prevenzione appare termine aggiuntivo al già esistente e rischia di divenire terreno di ulteriori costose speculazioni tecnicistiche e strumentali.

È ovvio che la ricerca dell'efficienza dei servizi rimane comunque obiettivo imprescindibile, ricordando a tale proposito un fatto ed una conclusione dottrinarie: il pri-

mo è che un sistema, come quello sanitario attuale nel nostro paese, non basato su una filosofia riformatrice, non è in grado di assicurare neanche un minimo di efficienza; la seconda è quella a cui sono pervenuti studiosi di problemi sanitari e sociali di tutto il mondo e di cui si è fatto autorevole portavoce il dottor Mahler, Direttore generale dell'organizzazione mondiale della sanità (26^a sessione del Comitato regionale dell'Europa — Atene, 14 settembre 1976): cioè, che una vera e propria rivoluzione sociale si imponga nella sanità pubblica, che i problemi sanitari e sociali sono intimamente intrecciati, che la « partecipazione » degli utenti e degli operatori sia il fattore essenziale per il miglioramento della tutela della salute, al quale molto meno di quanto si crede, contribuiscono le costose e sofisticate innovazioni tecniche.

La riforma sanitaria e l'attuale momento politico ed economico.

Per quanto riguarda il dibattito nel paese non è facile quantificare il grado di interesse del tema della riforma sanitaria ma, a fronte di una constatabile attenuazione della mobilitazione di massa sul problema generale, attribuibile al diffuso scetticismo determinato dalle tante passate delusioni della strategia delle riforme e dalle preoccupazioni immediate per l'occupazione e per il valore d'acquisto del salario, è da registrare la più estesa ed intensa coscienza dei problemi della tutela della salute, acuita da alcuni episodi eclatanti, come quelli di Seveso e di Manfredonia, dalle ricorrenti piccole epidemie di salmonellosi, al malessere ed alle disfunzioni degli ospedali, specie nelle grandi città, alle stesse risorgenti polemiche sull'aborto.

La grave situazione economica, la necessità di tagli alla spesa pubblica improduttiva, la volontà di destinare la maggior parte delle risorse disponibili al processo di riavvio della produzione industriale sono tutti elementi che indurrebbero, ad un primo superficiale esame, a ritenere difficilmente attuabile, in tempi brevi, la riforma sanitaria.

A prescindere comunque dalle valutazioni di carattere sociale, etico e costituzionale, ad una più attenta riflessione la riforma sanitaria appare, anche per motivi

economici ed in un momento di risanamento dell'economia, non solo possibile, ma necessaria ed abbastanza urgente.

Una prima considerazione è che non è più percorribile l'abusata strategia dei due tempi: prima il risanamento della congiuntura, attraverso il maggior prelievo fiscale e la contrazione dei consumi individuali (il che avviene soprattutto a danno dei lavoratori a reddito fisso e degli strati più disagiati della popolazione) e poi le riforme, la ripresa del processo produttivo, la maggiore occupazione, ecc.

Tutti si aspettano invece che, oltre al prelievo fiscale e alla diminuzione dei consumi individuali, ci sia anche il miglioramento dei servizi pubblici: dalla sanità, ai trasporti, alla scuola, alla casa e la eliminazione dei parassitismi in essi annidati.

È d'altronde opinione ormai consolidata negli stessi economisti che l'uscita dalla crisi non può essere tutta, ed in fase iniziale specialmente, affidata ad un indiscriminato e generico aumento della produzione industriale, specie se non preceduto da un processo di riaccumulazione e da nuovi investimenti, in mancanza dei quali si determinerebbero invece grossi inconvenienti con ulteriore grave deterioramento della ormai critica situazione economica: svalutazione monetaria; peggioramento della bilancia dei pagamenti per le connesse maggiori importazioni, inflazione, nuova compressione dei consumi interni, ecc.

Per la ripresa economica e per arginare la crisi occupazionale, specie giovanile, bisognerà puntare anche su settori, come la agricoltura ed i servizi pubblici, facendo anche per questi ultimi delle scelte, che non privilegino come per il passato i settori più ampiamente parassitari e clientelari della pubblica amministrazione, ma quelli induttori di produzione di beni e di occupazione professionalmente qualificata.

Che i servizi socio-sanitari appartengano a quest'ultima categoria non vi è nessun dubbio. Il che non significa negare che anche al loro interno, allo stato attuale — e proprio per una insufficiente « partecipazione » degli operatori e degli utenti ad un processo « attivo », dotato di una sua orgogliosa etica, di tutela della salute — esistano fenomeni di colpevole parassitismo corporativo.

Non è stato, ad esempio, ancora esattamente calcolato il giro di miliardi di fatturato industriale che ruota attorno al si-

stema sanitario e quanto esso incida sul *deficit* della bilancia commerciale, e dell'intera economia, poiché trattasi, per la maggior parte, di prodotti importati e la nostra industria in materia è non solo gracile, ed a capitale in gran parte estero, ma di carattere soltanto trasformativo e di assemblaggio, interessante, per lo più, solo le ultime fasi dei processi di fabbricazione.

Non c'è bisogno, poi, di molte parole per illustrare l'importanza occupazionale dei servizi socio-sanitari.

Il fatto stesso che tutti i piani di pre-occupazione giovanile contemplino l'impiego dei giovani in attesa di lavoro è sufficientemente significativo.

Gli aspetti economici della riforma sanitaria.

Il dato da cui bisogna partire è che nell'anno 1975 la spesa sanitaria direttamente calcolabile è stata intorno agli 8.200 miliardi, pari al 7,33 per cento del reddito nazionale lordo ed all'8,97 per cento dei consumi totali.

Non si vede perché l'abolizione degli Enti nazionali e l'affidamento dei servizi alle Regioni ed agli Enti locali con le loro Unità locali dovrebbe portare a maggiorazione di spesa, né vale obiettare che quanto accaduto con la riforma ospedaliera avvalorò i timori che ciò possa ripetersi.

Innanzitutto perché in quel caso l'aumento dei costi fu ed è connesso a tre fattori precisi:

- 1) l'aumento degli organici, determinato dalla necessità di adeguare gli *standards* di assistenza;
- 2) la prima contrattazione dei medici ospedalieri e degli altri dipendenti avvenuto in un particolare periodo e con spinte corporative non efficacemente dominate;
- 3) il sovraccarico dell'assistenza sull'ospedale.

Si calcoli, poi, che all'interno della cifra globale oltre il 50 per cento è rappresentato dalle spese per assistenza ospedaliera e farmaceutica, cioè proprio quelle parti della spesa sanitaria la cui tendenza ascensionale, tumultuosamente moltiplicativa, la riforma potrebbe e dovrebbe limitare.

La partecipazione dei cittadini alla gestione ed al controllo delle articolazioni del servizio sanitario nazionale è l'unica forma

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

reale di « responsabilizzazione » alla spesa che possa condurre all'eliminazione di tanti sprechi attuali.

La riforma, appare, quindi, l'unica misura in grado di riordinare, di razionalizzare e di limitare la spesa sanitaria.

Altro argomento che non bisogna dimenticare, specie nell'attuale fase di difficoltà dell'industria, che si ripete spesso aver bisogno di non eccessivi aumenti del costo del lavoro, è quello della fiscalizzazione degli oneri sociali ed in particolare di quelli connessi alla tutela della salute.

La fiscalizzazione non deve rimanere però solo un obiettivo finalistico e cronologicamente rinviato in maniera indeterminata, al termine di un lungo processo di realizzazione del nuovo sistema, ma deve vedere tempi ben precisi e delimitabili anche per il suo completamento.

Tra l'altro, in una rinnovata programmazione dell'economia la fiscalizzazione può essere utilmente impiegata in una utilizzazione selettiva per favorire investimenti settoriali e dislocativi di particolare interesse nella ristrutturazione industriale.

Quanto al problema dei costi della riforma, o meglio della previsione di spesa sanitaria in regime di Servizio sanitario nazionale, quel che deve apparire chiaro è che lo stato economico del paese impone estremo rigore soprattutto nel governo del personale e nel dominio delle spinte corporative, nell'impiego delle risorse disponibili.

Una delle scommesse su cui si gioca non solo il destino di questa riforma ma anche della complessiva strategia delle riforme, cioè, della trasformazione democratica e progressiva del paese, è infatti il dimostrare che la spesa del nuovo sistema sanitario a parità di condizioni non sarà maggiore — e dovrà risultare di maggiore efficienza e maggiore consenso — rispetto a quella che sarebbe stata la spesa per l'attuale caotico insieme di servizi.

Lo sforzo deve essere quello di qualificare la spesa correggendo progressivamente l'attuale preponderante frequenza di alcune voci, quali quella dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza farmaceutica.

Bisogna aver chiaro e chiarire agli utenti ed agli operatori che la prevenzione non è un'aggiunzione né in genere richiede strutture o strumentazioni *ad hoc*, ma che, al contrario, la parte essenziale della prevenzione deve essere affidata e svolta dalle *équipes* di base (medico di base — servizi

domiciliari ed ambulatoriali infermieristici e di servizio sociale, ecc.). Su ciò insiste giustamente anche il dottor Mahler nella già citata relazione, mettendo anche in guardia contro l'erronea tendenza da parte dei medici e degli stessi utenti a ritenere che il miglioramento dello stato di salute pubblica sia connesso alla introduzione di costose e sofisticate tecnologie.

È del resto in corso in tutto il mondo una spietata revisione demistificatrice dei risultati, in termini di salute, delle innovazioni tecnologiche in medicina.

I PRINCIPI ISTITUZIONALI.

Le Unità sanitarie locali.

La riforma sanitaria, che prevede l'istituzione del servizio sanitario nazionale e quindi il superamento del sistema mutualistico, ha il suo perno nell'unità sanitaria locale e non tanto perché non vi siano altre novità nel progetto di disegno di legge destinato ad incidere in profondità nel tessuto connettivo del nostro Paese (vedi tipizzazione della professione del medico, problemi dei farmaci), quanto perché tutti questi elementi in un modo o nell'altro, variamente collocati, vanno a confluire ed a interferire in questo organismo di base.

Non v'è dubbio che dall'esito positivo o meno dell'esperimento delle unità sanitarie locali dipenderà anche la bontà dell'intera riforma e questo per due motivi ben precisi: l'uno inerisce allo stretto legame esistente tra unità sanitaria locale ed assetto territoriale, per cui è evidente che se l'organismo non riuscirà ad avere o a raggiungere una sua dimensione ottimale, difficilmente potrà essere operativo; l'altro ha origine dalla constatazione che oggi il fatto organizzativo, anche a livello regionale, e di cui le unità sanitarie locali sono una delle prime applicazioni, ha rilievo determinante.

Da questi cenni, ne discende che chiaramente lo studio della struttura giuridica dell'unità sanitaria locale è essenziale per rendere effettiva la ristrutturazione dei servizi pubblici sanitari e quindi l'istituzione del servizio sanitario nazionale, cui sarà affidato il compito della tutela della salute di tutti i cittadini con l'estensione dell'assistenza sanitaria nelle varie forme.

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

Il primo nodo da sciogliere riguarda quindi proprio la configurazione giuridica dell'organismo unità sanitaria e non è certo questione di poco conto sol che si tenga presente il rilievo che assume l'assetto organizzativo rispetto a tutte le altre componenti: non è sempre infatti tanto avvertito il legislatore da valutare che, configurato in un certo qual modo un determinato organismo, questi opera in una realtà giuridico-amministrativa molto complessa, per cui nel momento operativo, gli si imputano effetti giuridici non esplicitamente previsti.

Dal punto di vista giuridico è naturalmente determinante stabilire quali compiti debbono svolgere le unità sanitarie, ma ad ogni modo riteniamo che un problema sul quale si dibatterà a lungo è quello dell'autonomia delle unità sanitarie locali rispetto agli organismi dai quali dipendono: i comuni ed i consorzi di comuni.

Questo è un problema aperto, anche perché l'autonomia si riflette su quelle che sono le direttive politiche cui deve rispondere l'unità sanitaria locale; le unità sanitarie locali dovrebbero, a nostro avviso, avere rispetto ai comuni o ai consorzi una autonomia, ad esempio, di gestione per i beni ed i contratti e contabile.

L'unità sanitaria locale è un organismo alla cui direzione deve prevedersi un organo collegiale (ad esempio un Comitato di gestione).

Un ultimo problema che si pone è la dipendenza o meglio l'inclusione nelle unità sanitarie locali del cosiddetto servizio ospedaliero ed è questo uno dei punti nodali della riforma sanitaria: la soppressione dell'ente ospedaliero come tale.

Qui il discorso è completamente aperto: se noi andiamo alla nostra storia amministrativa, vediamo che ancora non si ha notizia di enti pubblici, quantitativamente e qualitativamente importanti, che abbiano perso la loro qualità.

Già oggi gli enti ospedalieri non hanno più piena autonomia: va bene che nella legge Mariotti del 1968 c'è scritto che sono enti pubblici, ma con la legge n. 386 del 1974 gli ospedali sono enti pubblici ormai solo sulla carta. Non c'è autonomia finanziaria e di bilancio e gli ospedali non hanno più quello che in fondo era il punto caratterizzante della loro autonomia; oggi un ente ospedaliero non può più istituire un servizio se non con l'autorizzazione della regione. Quindi non c'è più quella che

è la vera essenza dell'ente ospedaliero, la ragione per cui poi era ente pubblico ed aveva altre autonomie: l'autonomia di darsi un'organizzazione tecnica confacente agli interessi della collettività a cui rispondeva.

Non c'è più, del resto ovviamente una autonomia relativa al personale, perché già la legge Mariotti ed i decreti delegati, minuziosamente stabiliscono quelle che sono le varie articolazioni relative al personale, ed il resto lo prevede il contratto unico.

Di quel complesso di autonomie che un tempo avevano gli ospedali, ne rimane una sola ed è quella di gestione.

In conclusione, siamo del parere che gli enti ospedalieri debbano comunque dipendere dalla Unità sanitarie entro cui sono allocati, indipendentemente dal cosiddetto bacino di utenza: qualsiasi altra soluzione farebbe risorgere in fatto i Consigli di amministrazione.

La prevenzione.

Per quanto attiene il concetto di prevenzione occorre ribadire il principio che l'attività prevenzionistica ha, tra l'altro, come obiettivi fondamentali, quelli di:

ricercare ed analizzare, in modo sistematico e con il concorso determinante dei lavoratori e dei cittadini interessati, i fatti di pericolosità e di nocività presenti negli ambienti di lavoro e di vita;

rendere pubblici i risultati delle indagini e delle rilevazioni effettuate, privilegiando le strutture di base per ciò che attiene l'ambiente di lavoro;

rimuovere i fattori di pericolosità e nocività, imponendo quei mutamenti tecnologico-organizzativi necessari per prevenire rischi gravi e i loro effetti sulla salute e sulla sicurezza.

Altro concetto da riaffermare è quello della globalità delle competenze del Servizio sanitario nazionale su tutto quanto attiene alla tutela della salute.

È necessario pertanto che lo Stato, attraverso una delega generale e permanente, trasferisca alle Regioni, in base all'articolo 118 della Costituzione, tutti i servizi e le funzioni di carattere prevenzionistico. Ciò comporta il trasferimento alle regioni non solo delle funzioni prevenzionistiche dell'ENPI e dell'Ispettorato del lavoro, ma

anche di quelle dell'ANCC, dei vari Ministeri, del Comitato elettrotecnico italiano, del Comitato italiano gas, ecc.

Alla base di questa richiesta, v'è la necessità che le Regioni e le Unità sanitarie locali siano messe in grado di avere una visione globale e complessiva dei problemi della prevenzione e che tutte le attività prevenzionistiche — che siano svolte da quegli stessi organismi preposti alla cura e alla riabilitazione, in modo da realizzare la più stretta integrazione, sia sul piano funzionale che organizzativo, delle attività di prevenzione con quelle rivolte alla cura e alla riabilitazione. I motivi di tale impostazione sono facilmente intuibili. Non si può affrontare in modo serio il problema della prevenzione senza considerare globalmente le possibili cause — sempre multifattoriali — delle malattie, degli infortuni, dei disturbi, ciò che nessun Ente od organismo specialistico settoriale può fare. Né si può rinunciare ad utilizzare ai fini della prevenzione il momento della diagnosi e della malattia, che può rappresentare un campanello di allarme per far scattare l'attività di prevenzione.

Inoltre ciò significa indicare — senza ledere l'autonomia organizzativa dell'Unità sanitaria locale — almeno i più importanti servizi di prevenzione che devono operare presso ogni Unità sanitaria locale e che sono almeno quelli dei seguenti settori: ambiente di lavoro, scuola, medicina perinatale. I primi due con ramificazioni nei luoghi di lavoro e nella scuola, al fine di dotare la struttura pubblica di una articolazione capace, tra l'altro, di sostituirsi agli attuali servizi sanitari di fabbrica gestiti dai datori di lavoro;

unificare in un Istituto di ricerca del servizio sanitario nazionale sia i compiti di ricerca bio-medica, che quelli tecnico-scientifici e quelli prevenzionistici funzionalmente non decentrabili a livello regionale e di Unità sanitaria locale.

Unico istituto di ricerca, dunque, che deve essere individuato nell'attuale Istituto superiore di sanità, concepito come servizio e non come centro direzionale, e che deve poter commissionare studi e ricerche anche ad altri organismi pubblici (quali, ad esempio, il Consiglio nazionale delle ricerche e le università).

Per quanto riguarda i poteri, è necessario conferire alle Unità sanitarie locali

reali capacità di intervento, in tutte le fasi dell'azione preventiva, che consentano tempestivamente, non solo e non tanto di manifestarsi nel momento repressivo, quanto anche e soprattutto in quello della ricerca e della rimozione delle cause di pericolosità e nocività, imponendo — se del caso — i necessari mutamenti tecnologico-organizzativi, anche con procedure di urgenza, e con provvedimenti nei cui confronti può essere ammessa facoltà di ricorso alle istanze regionali.

Sempre in materia di poteri, inoltre, è necessario affidare alle Regioni, a norma dell'articolo 117 della Costituzione, il potere di emanare normative tecniche specifiche, in attuazione delle leggi nazionali a carattere prevenzionistico.

Per ciò che concerne infine gli strumenti attraverso i quali si attua l'azione prevenzionistica è necessario che — pur nella salvaguardia dell'autonomia delle Regioni e delle Unità sanitarie locali — siano individuati almeno i più importanti strumenti dell'azione prevenzionistica, che sono le ricerche e gli osservatori epidemiologici, i registri dei dati ambientali e biostatistici e i libretti di rischio, cosa ben diversa, questi ultimi, dai tradizionali libretti sanitari.

Psichiatria.

Nel nostro Paese una serie di esperienze e di contributi scientifici e politici hanno consentito la crescita della coscienza pubblica sui problemi della salute mentale.

C'è stata una naturale evoluzione, dalla esperienza di Gorizia alle prime esperienze di strutturazione dei servizi territoriali di igiene mentale (Reggio Emilia, Arezzo, Perugia, ecc.); tuttavia non è più possibile rimanere bloccati ad una fase di sperimentazioni anche avanzate, ma totalmente isolate in una realtà arretrata e reazionaria.

Per questo occorre un concreto impegno delle forze democratiche, per garantire non solo una corretta riforma, ma anche la crescita, la generalizzazione, il controllo democratico delle esperienze e per assicurare un appoggio di massa ai quadri tecnici e politici impegnati nel cambiamento della realtà istituzionale.

Una prima considerazione da fare è che occorre superare la separazione tra i problemi della salute mentale ed i problemi della sanità in generale.

Non è infatti possibile continuare ad avallare questa frattura, voluta da una di-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

storta concezione della malattia mentale, mediante la presentazione di progetti di legge o provvedimenti separati.

La stessa esperienza della legge n. 431 del 1968 sui volontari e coatti, ci dimostra l'insufficienza dei provvedimenti parziali e settoriali.

La difesa della salute non può che essere un fatto globale ed unitario ed i servizi della prevenzione, della cura e della riabilitazione debbono agire in una logica unitaria, senza dover discriminare le diverse categorie di cittadini.

La riforma sanitaria deve assumere la prevenzione come punto centrale e quindi non può accantonare i problemi delle strutture e dei servizi psichiatrici, perché il rischio psichiatrico è presente nella scuola, nelle campagne, nelle fabbriche, nel tempo libero, nella organizzazione della vita sociale.

La programmazione dei servizi sociali, dei consultori, della medicina del lavoro, della medicina scolastica, dei servizi sanitari e della riabilitazione non può ignorare i problemi della emarginazione e della selezione, non può ignorare la presenza delle istituzioni segreganti che pesano sul tessuto sanitario e sociale.

La prevenzione ha un senso se serve anche ad affrontare le acque profonde della emarginazione ed a sbarrare la strada che porta al manicomio.

I servizi territoriali della prevenzione debbono quindi obbligatoriamente affrontare in modo unitario, la realtà che è presente ed i rischi che insidiano la salute e l'integrità psico-fisica dei cittadini e dei lavoratori.

Crediamo che sia necessario un serio impegno politico ed un chiaro quadro legislativo per smantellare quella mole di interessi economici e gretatamente produttivistici che hanno obbligato i degenti psichiatrici a divenire, per forza, dei lungo-degenti con storie e situazioni incredibili.

Quindi riteniamo necessario superare tutta quella complessa stratificazione delle istituzioni della emarginazione e della segregazione:

- manicomi giudiziari;
- ospedali psichiatrici;
- istituti per minori;
- gerontocomi e case di riposo;
- scuole speciali e classi differenziali;
- laboratori e aziende protette.

Dunque la riforma delle strutture e dei servizi psichiatrici deve essere affrontata nel quadro generale della riforma sanitaria, realizzando i seguenti obiettivi:

a) trasferimento e gestione dei servizi alle unità socio-sanitarie locali che si assumono la responsabilità globale nel settore dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera;

b) superamento ed eliminazione della struttura manicomiale, compresi i manicomi giudiziari, con la creazione di servizi territoriali per l'intervento complessivo sanitario e sociale.

Questi servizi operano sul territorio con gestioni alternative alla gestione istituzionale, privilegiando gli interventi preventivi e realizzando una profonda integrazione con gli altri servizi della Unità socio-sanitaria locale.

In questa visione è necessario bloccare e riconvertire gli stanziamenti per la costruzione di nuovi ospedali psichiatrici con strutture di ricovero separate.

Per la fase acuta della malattia di natura psichiatrica saranno utilizzate le strutture ospedaliere civili, realizzando uno strettissimo collegamento e collaborazione tra i servizi che operano in una medesima area territoriale: ospedalieri ed extra ospedalieri.

Mentre per le necessità di ordine medico il servizio di igiene mentale potrà avvalersi dell'ospedale (dipartimento della emergenza; reparti di medicina, ecc.) lo stesso servizio sarà a disposizione dell'ospedale per bloccare e prevenire i meccanismi della emarginazione.

Quindi non reparti psichiatrici che possono ancora perpetuare la separazione della psichiatria dalla sanità, ma servizi ospedalieri a disposizione dei bisogni dei cittadini.

Questo può contribuire a superare la frattura tra operatori ospedalieri ed operatori extra ospedalieri. Inoltre permetterà il superamento delle esperienze di psichiatria di settore.

Per i servizi di riabilitazione e socializzazione debbono essere evitate strutture separate e protette; occorre quindi realizzare strutture aperte (centri sociali, centri di assistenza polivalenti, servizi residenziali, gruppi famiglia) che non si propongono gestioni separate dal contesto sociale ed umano in cui operano. Il superamento di

tutte le strutture della segregazione ed emarginazione (gerontocomi, case di riposo, scuole speciali, istituti, ospedali psichiatrici, ecc.) si realizza attuando reinserimenti che non significano la semplice restituzione del malatto alla famiglia o al gruppo sociale; occorre invece creare le condizioni sociali e gli strumenti alternativi per permettere alla collettività organizzata di affrontare le difficoltà ed i problemi dei cittadini in difficoltà, senza dover ricorrere alle gestioni istituzionali.

In questo quadro generale è necessaria una completa delega dei fondi e delle competenze, relative agli interventi socio-sanitari ed assistenziali, da parte dei Ministeri che detengono ancora tali competenze, alle Unità socio-sanitarie locali e Regioni (fondi del Ministero della pubblica istruzione per *équipes* medico-psico-pedagogiche, fondi della legge 118 per invalidi civili, del Ministero della sanità in favore di ciechi, sordi, ecc., fondi Ministero interni, lavoro e previdenza, grazia e giustizia, ecc.).

È necessaria, infine, l'abrogazione della legge 14 febbraio 1904, n. 36 e di tutte le disposizioni incompatibili con le predette impostazioni (legge 615 del 1909, legge 431 del 1968, ecc.).

Il problema dei farmaci.

La spesa per i farmaci è passata dai 330 miliardi del 1961 ai 1.400 del 1974, ai 1.900 miliardi del 1975 (1.600 miliardi di cui 1.100 a carico delle mutue più 300 miliardi circa di consumi ospedalieri).

Le cause risiedono, più che nell'aumento del numero degli assicurati (+ 19,5 per cento), nell'aumento della frequenza delle prestazioni (+ 48 per cento) e nell'aumento del costo unitario (+ 32,5 per cento).

La spesa media pro-capite è stata: lire 20.000 in Italia, Francia, Lussemburgo; 13.000 in Belgio; 10.000 in Germania; 8.000 in Svezia, Norvegia, Danimarca; 7.000 in Gran Bretagna.

In questo quadro l'agitazione burocratica dei medici generici — che si protrae ormai dal maggio 1975 — che ruolo ha giocato?

Per il solo INAM l'aumento della spesa è stato nel volgere di due anni di circa il 50 per cento, dovuto solo in parte a normali tassi di incremento e all'aumento generalizzato dei prezzi nella misura del 12 per cento stabilito dal CIPE.

Le conseguenze per il massimo Ente mutualistico sono state disastrose: dai 613 miliardi del 1974 si è passati infatti ai 787 del 1975, ai 980 miliardi del 1976 (dato preconsuntivo).

Certo i medici generici hanno avuto il blocco delle convenzioni. Bisogna però anche dire che i medici convenzionati con lo sciopero non si sono attenuti alla convenzione farmaceutica (che consente la prescrizione di due sole specialità: pluriprescrizione — o di due pezzi dello stesso prodotto: prescrizione multipla), ricevendo egualmente, da parte degli Enti, i relativi compensi.

Quali i rimedi per una contrazione e — al tempo stesso — per una qualificazione della spesa farmaceutica?

Non certo il ticket dalla cui introduzione deriverebbe non già una diminuzione della spesa ma una sua diversa distribuzione. Una partecipazione alla spesa del 20 per cento si tradurrebbe infatti in un minore onere per le mutue di circa 220 miliardi che verrebbero scaricati sui lavoratori. Per i non indifferenti problemi tecnici che deriverebbero dalla compartecipazione dell'assistito alla spesa in misura percentuale, è stata prospettata la possibilità di far concorrere l'assistito in misura fissa (lire 200 ad esempio per ogni prescrizione).

I minori oneri per le mutue sarebbero in tal caso dell'ordine di circa 150 miliardi.

Dai dati esposti emerge con tutta evidenza che il ticket di per sé non può rappresentare il toccasana ed un valido strumento per il contenimento e la qualificazione della spesa farmaceutica, rendendosi invece necessario un contesto più generale di provvedimenti che puntino ad un organico riequilibrio dell'intero settore farmaceutico.

Sostenere poi che il ticket è stato adottato nella quasi generalità dei paesi significa dare una rappresentazione non completa della realtà. Perché allora bisognerebbe dire che i Paesi che si prendono a riferimento hanno anche altri strumenti per il governo della spesa sanitaria e farmaceutica e una situazione nel complesso profondamente diversa (numero notevolmente inferiore di specialità medicinali, disciplina della propaganda, brevetto farmaceutico, ecc.).

Il fatto è che l'unica vera forma di responsabilizzazione alla spesa rimane la partecipazione degli utenti alla gestione e al controllo del sistema.

Quali allora i rimedi realmente efficaci da adottare per una diminuzione ed una qualificazione della spesa farmaceutica?

Togliere dal commercio tutti i farmaci dannosi o inutili e ridurre pertanto la farmacopea allineandola a quella di altri Paesi.

Il problema è infatti quello di sfoltire la farmacopea e non di classificare i farmaci in categorie con ardite operazioni di ingegneria farmacologica.

Nello stesso tempo si potrebbe opportunamente intervenire per eliminare le distorsioni nella distribuzione (a fronte di 350 grossisti per 13.000 farmacie esistenti nel nostro paese, abbiamo 56 grossisti per 15.000 farmacie in Francia, 80 grossisti per 11.000 farmacie nella Repubblica federale tedesca).

Vietare ogni forma di propaganda non scientifica ed ogni forma di attività promozionale da parte delle aziende (200 miliardi di propaganda a fronte di 50 miliardi per la ricerca). La ricerca va invece incentivata con programmi adeguati e con contributi pubblici e privati. Fra l'altro buona parte dei 50 miliardi è assorbita dalle spese richieste per svolgere relazioni sulla validità del farmaco, relazioni il più delle volte di scarsa utilità o addirittura inutili, trattandosi di farmaci noti e scopiazzati. L'informazione scientifica sui farmaci andrebbe posta invece sotto il controllo diretto del Ministero della sanità. Nello stesso tempo occorrerà promuovere, nelle scuole di ogni ordine e grado, iniziative di educazione sanitaria sul corretto uso del farmaco e sui possibili effetti dannosi connessi ad un loro uso indiscriminato.

Abolizione dello sconto farmaceutico, accompagnata da una contestuale congrua riduzione — generalizzata — del prezzo del farmaco.

L'abolizione dello sconto farmaceutico consentirebbe, tra l'altro, di sopprimere l'Ufficio sconti (UANSF) — uno dei tanti Enti inutili di cui è costellato il nostro Paese — che per l'esecuzione di tutta una serie di adempimenti burocratici e ripetitivi conta quasi 3.000 dipendenti con una spesa complessiva annua, stando al consuntivo del 1974, di 21 miliardi e mezzo.

La riduzione del prezzo dei farmaci è possibile, d'altra parte, ove si consideri che, nonostante nel settore viga nominalmente il blocco, il prezzo medio di una confezione farmaceutica era di 890 lire nel 1970 ed è salito nel 1975 a 1.250. In regime di blocco

nominale dei prezzi c'è stato quindi un aumento di oltre il 40 per cento attuato sia attraverso il marchingegno del cambio di confezione che mediante lo spostamento dell'attività promozionale delle imprese da vecchi prodotti a basso prezzo a prodotti di recente introduzione con prezzi di gran lunga superiori.

Secondo una ricerca del professor Cooper, esperto in social economics dell'Università di Exeter, peraltro, l'andamento temporale del prezzo medio delle specialità medicinali colloca l'Italia al più elevato livello europeo dopo la Germania e prima della Gran Bretagna, Belgio e Francia.

Adozione di una confezione unica su *standards* stabilito dal Ministero della sanità, con la conseguente eliminazione di tutte le confezioni di lusso perché inutili e soprattutto perché il farmaco non può essere trattato alla stregua dei prodotti concorrenziali (profumi, creme).

Introduzione anche nel nostro Paese del brevetto sulla materia prima e sul procedimento per il quale potrebbe prevedersi la possibilità di una concessione limitata a poche imprese al fine di evitare indiscriminate e troppo generalizzate proliferazioni nella produzione dei farmaci.

Nuova regolamentazione della registrazione dei farmaci accentuando la possibilità, da parte degli organi dello Stato, di effettuare controlli diretti sia farmaco-tossicologici che clinici.

Occorre vietare nel contempo la registrazione di farmaci che abbiano cambiato confezione o aumentato il dosaggio delle varie componenti con nulla o scarsa base scientifica.

In considerazione che la legge disciplina, in tutti i suoi aspetti, il procedimento per la registrazione, sicché per la formulazione del parere sui requisiti tecnici di ciascuna specialità medicinale, il Ministero della sanità si avvale di un'apposita Commissione consultiva, appare quanto mai necessario, da un lato, regolare in modo più organico e puntuale l'intera materia, dall'altro prevedere più Commissioni per gruppi di farmaci in quanto il continuo progresso scientifico non consente ad una sola Commissione di poter sempre esprimere un obiettivo giudizio sulle domande di registrazione presentate.

Una considerazione finale riguarda il nuovo metodo di determinazione del prezzo delle specialità medicinali che si sarebbe

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

dovuto attuare entro il 31 dicembre del 1971 e non ancora entrato in vigore.

È certamente positivo il fatto che non venga più amplificata a dismisura l'incidenza del costo della materia prima e ci si basi, invece, sulla somma analitica di tutti i costi sostenuti, come è altrettanto positiva l'introduzione di un meccanismo per la revisione triennale dei prezzi.

Le riserve e le perplessità derivano dal fatto che un sistema così complesso e articolato sul quale in questi anni si è lavorato con assoluta ingiustificabile circospezione e segretezza, richiede — prima del varo definitivo — un'analisi più generale e un ampio confronto che coinvolga i partiti, le organizzazioni sindacali, le associazioni democratiche oltre che le rappresentanze delle categorie interessate.

L'obiettivo che si dovrebbe cercare di raggiungere sembra comunque quello di eliminare i gravi scompensi fin qui registrati nel settore dove prodotti assolutamente identici sono venduti a prezzi completamente diversi; non solo ma i farmaci più venduti sono proprio quelli più cari.

La formazione del personale.

Per la formazione del personale, il dibattito politico e culturale non sembra essere giunto ancora a completa maturazione e vi sono indubbie necessità e difficoltà di ricordare l'argomento a quelli della riforma universitaria e della riforma della scuola secondaria.

Occorre comunque ribadire due concetti: il primo è la utilizzazione di tutte le strutture dell'istituendo Servizio sanitario nazionale per la didattica e la formazione del personale; il secondo è il rifiuto di una scuola di sanità completamente avulsa dal tronco universitario.

Sembra, quindi, che tutto sommato lo stralcio qui si imponga: con la chiara avvertenza, però, che il problema non può essere a lungo dilazionato e che, qualora le citate riforme scolastiche dovessero tardare, si imporrà in tempi brevi una legge *ad hoc*.

Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

La materia concernente gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ri-

chiede ulteriori approfondimenti al fine di attuare una soluzione organica e un riordino globale del settore.

Non è sembrato pertanto opportuno definire, all'atto dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale, un problema così complesso e delicato che potrà avere invece una regolamentazione più puntuale e precisa con una normativa specifica.

Le linee di indirizzo cui tale normativa dovrà uniformarsi possono così riassumersi: una ricerca biomedica ristrutturata e potenziata ma soprattutto finalizzata; potenziamento degli Istituti di ricovero e cura e loro gestione democratica, pienamente integrata nel Servizio sanitario nazionale; sviluppo di una incisiva azione di controllo per evitare una indiscriminata proliferazione di tali strutture; inserimento della parte assistenziale di questi Istituti nella programmazione sanitaria regionale e conseguente controllo, da parte delle Regioni, degli atti amministrativi; disciplina della ricerca biomedica attraverso la stipula di contratti con lo Stato e le Regioni che potranno a questo fine utilizzare i fondi previsti dalla legge ospedaliera; revisione dei Consigli di amministrazione e più organica ripartizione delle competenze.

La questione dei tempi e delle modalità di passaggio al nuovo sistema.

Uno dei nodi essenziali su cui si gioca il risultato della riforma è indubbiamente quello dei tempi e delle modalità di passaggio dal vecchio al nuovo sistema.

Vi sono qui, innanzitutto, due esigenze di segno opposto: l'una è quella che la transizione sia la meno traumatica possibile e consenta che la macchina assistenziale non abbia pause di funzionamento; l'altra è quella che fin dall'inizio appaiano con ogni evidenza i segni del nuovo: dalla partecipazione, all'indirizzo preventivo, al collegamento con gli altri problemi sociali, al governo unitario e comunitario del territorio, al progressivo miglioramento della qualità di vita, senza rimanere imbrigliati in vecchi schemi ed in abitudini routinarie del passato.

Essenziale è il problema del passaggio e della nuova utilizzazione del personale proveniente dagli Enti locali e dagli Enti nazionali mutuo-previdenziali. Passaggio che deve avvenire utilizzando la specificità pro-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

fessionale ed il prezioso bagaglio di esperienze di questo personale ed evitando inflazioni di ruoli con nuove assunzioni da parte delle regioni. (Anzi, a tal proposito, si profila quanto mai opportuno un provvedimento urgente di salvaguardia che vieti alle regioni nuove assunzioni in attesa di tale passaggio).

È chiaro anche che vanno attentamente tutelati i diritti acquisiti da questo personale. Mentre dall'altro canto vanno accuratamente prevenute e impedito le spinte salariali, sempre purtroppo verificatesi nel passato anche recentemente, in occasione di operazioni di così detto « inquadramento ».

Certamente il problema della utilizzazione del personale degli enti previdenziali e assicurazione malattia è stato enfatizzato; infatti la maggior parte del personale periferico (quello delle sezioni territoriali ed in larga misura anche delle sedi provinciali) troverà utile impiego nelle unità locali e nei pochi presidi ultracomprendoriali del servizio regionale, mentre un'altra parte, quella addetta alle prestazioni economiche, andrà a rinforzare il personale dell'Istituto nazionale di previdenza sociale, che dovrà provvedere a tali prestazioni.

Rimane il problema del personale, in gran parte appartenente a categorie direttive, delle direzioni generali (circa 5.000 dipendenti) che non può essere caricato alle regioni, ma che deve andare a far parte di un ruolo speciale ad esaurimento a disposizione della Presidenza del Consiglio, che potrà utilizzarlo, vagliando le singole competenze, nei vari ministeri svuotati di quadri dirigenti validi dalla legge dei superburocrati e da quella per i combattenti.

Una parte limitata, ma estremamente qualificata, dovrà essere posta a disposizione del Ministero della sanità per costituire un « Ufficio del piano per l'attuazione del Servizio sanitario nazionale », strumento utilissimo proprio per programmare, in maniera flessibile e dinamica, e guidare la transizione al nuovo sistema ed il funzionamento iniziale del Servizio sanitario nazionale.

L'esigenza di non creare soluzioni di continuità tra il vecchio e il nuovo sistema richiede infatti una adeguata pianificazione per evitare operazioni simultanee che coinvolgano contemporaneamente tutto il congegno sanitario e sociale.

Di qui la necessità di procedere alla elaborazione di un preciso e organico « piano » di attuazione della riforma sani-

taria, con riferimento anche ai singoli provvedimenti indicati dal disegno di legge e alle relative scadenze, piano da considerarsi, ovviamente, globalmente inserito nell'ambito della legge-quadro di riforma.

Attraverso l'anzidetto piano di attuazione potranno prefigurarsi analiticamente le fasi e i termini di trasformazione del sistema predeterminando, caso per caso, le soluzioni e i relativi modelli operativi, le modalità concrete di trasferimento, la destinazione dei mezzi umani e strumentali e le connesse disposizioni normative. Ciò per evitare che l'avvio della riforma si traduca subito in situazioni di grave difficoltà e addirittura di ingovernabilità e che, soprattutto, le Regioni si trovino di fronte ad una serie di strutture disarticolate che non sarebbero in grado di far funzionare razionalmente.

Linee generali del « piano di attuazione » proposto.

a) all'entrata in vigore della legge:

adempimenti relativi alla definizione preliminare della Convenzione unica con le categorie sanitarie;

trasferimento alle regioni dei presidi (Enti ospedalieri, ospedali pubblici, Istituti di prevenzione), dei loro beni e del personale;

b) entro trenta giorni:

costituzione del Consiglio sanitario nazionale;

adempimenti relativi alla uniformazione dei trattamenti assistenziali con abolizione dei limiti temporali per le prestazioni sanitarie;

soppressione degli Enti mutualistici e nomina dei Commissari liquidatori;

istituzione dei Consigli sanitari regionali;

c) entro il primo trimestre:

trasferimento alle Regioni delle prestazioni medico-specialistiche.

Verrebbe in tal modo favorito il concreto avviamento delle Unità socio-sanitarie locali e la più agevole realizzazione della prevenzione, dell'igiene scolastica e della protezione materno-infantile.

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

d) entro il primo semestre:

1) (*) progetto operativo concernente la gestione, da parte del Consiglio sanitario nazionale, della medicina generica. Verrebbe in tal modo favorita la definizione dei problemi riguardanti il rapporto ottimale, l'elenco unico, il massimale unico, il modulario unificato e il completamento dell'anagrafe degli assistibili a livello regionale e nazionale per il successivo trasferimento alle Regioni;

2) progetto operativo della esazione unificata dei contributi di malattia;

3) adempimenti delle Regioni relativi all'individuazione degli ambiti territoriali delle Unità sanitarie locali e dei distretti di base;

discipline dei compiti, strutture, gestione, funzionamento, ecc., delle Unità sanitarie locali;

adempimenti delle Regioni per la costituzione delle Unità socio sanitarie locali.

e) entro un anno:

adempimenti relativi alla completa riforma normativa dell'indennità economica di malattia e di infortunio con trasferi-

(*) Questa proposta, nel contesto del « piano di attuazione », deve essere correttamente intesa in senso funzionale e costituisce semplicemente lo strumento operativo idoneo a realizzare rapidamente i presupposti della convenzione unica, la costituzione delle anagrafi regionali e nazionale, favorendo la più sollecita soppressione degli Enti mutualistici ed un ordinato trapasso delle residue attività di questi al Servizio sanitario nazionale. Trattandosi di mera fase di liquidazione degli Enti (privati di ogni competenza assistenziale in materia specialistica e relativi poliambulatori, nonché della esazione diretta dei contributi sociali), del tutto transitoria, si è opportunamente previsto che fin dal primo momento venga governata e gestita dagli Organi del Servizio sanitario nazionale (Consiglio sanitario nazionale in coordinamento con i Consigli sanitari regionali).

Il costo per l'estensione agli attuali non assicurati, in base alla spesa *pro-capite* INAM di lire 54.300, sarebbe di 455 miliardi, di cui 245 per prestazioni ospedaliere e 210 per altre prestazioni sanitarie.

Considerando che la legge 386 ha già praticamente esteso a tutti i cittadini l'assistenza ospedaliera, con la facoltà in qualsiasi momento di iscrizione negli appositi ruoli regionali dei non aventi diritto e che quindi la spesa ospedaliera di 245 miliardi deve intendersi in gran parte già in atto e già coperta dalle entrate, si deduce che, ai costi 1975, l'ulteriore onere per l'estensione agli attuali non assicurati sarebbe di soli 210 miliardi, dai quali vanno detratte le somme già spese dagli enti locali per assistenza agli indigenti.

mento della gestione all'Ente che assumerà il compito di erogarla (INPS). In tale occasione occorrerà valutare anche il problema riguardante la possibilità dell'anticipazione dell'indennità da parte delle aziende salvo conguaglio con i contributi sociali;

adempimenti relativi al trasferimento dei beni degli Enti soppressi e disciplina dell'erogazione dell'assistenza ex-mutualistica;

adempimenti relativi al completamento dell'Anagrafe generale degli assistibili;

adempimenti relativi alla costituzione delle « Anagrafi regionali » collegate all'Anagrafe centrale.

f) alla scadenza dell'anno:

attuazione del progetto operativo per la esazione unificata dei contributi di malattia;

adempimenti relativi al definitivo trasferimento alle Regioni dell'assistenza medico-generica e assunzione da parte delle stesse di tutti i rapporti con le categorie sanitarie.

g) entro il biennio:

adempimenti relativi a tutti i provvedimenti residui per la piena attuazione della riforma sanitaria onde predisporre in tempo utile le diverse modalità tecniche nonché quelle relative alla utilizzazione, formazione e addestramento del personale trasferito dagli Enti mutualistici soppressi.

Il proposto piano di attuazione costituisce, in conclusione, un insieme articolato e coordinato di misure atte ad influire positivamente, da un lato, sul disegno di legge di riforma sanitaria, e ad agevolare, dall'altro, il passaggio dal vecchio al nuovo sistema riducendo al minimo gli inconvenienti insiti inevitabilmente nel congegno di passaggio dal regime mutualistico al Servizio sanitario nazionale.

N.B. - Resta da valutare l'opportunità di estendere il diritto alle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione residente anche prima della scadenza del biennio. Si tratta di una fascia di poco meno di 4 milioni di cittadini cui potrebbe essere richiesto il pagamento, in via provvisoria, di un contributo annuo analogo a quanto previsto in materia di assistenza ospedaliera. È da considerare, in proposito, che una parte dei nuovi oneri sarebbe compensata dalla notevole semplificazione degli adempimenti e delle procedure.

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

Gli elementi più qualificanti del piano, sotto il profilo operativo, possono così riassumersi:

1) Trasferimento a breve termine alle Regioni della medicina specialistica e dei presidi poliambulatoriali con possibilità di conseguire:

a) l'immediata operatività delle Unità sanitarie locali che potrebbero contemporaneamente ampliare la loro sfera di intervento nei settori dell'igiene ambientale, della protezione materno-infantile, dell'igiene scolastica, del lavoro, ecc., nonché della « Medicina preventiva »;

b) la migliore utilizzazione del personale medico e para-medico ospedaliero che potrebbe, per una parte del tempo disponibile, prestare la propria attività nei servizi specialistici poliambulatoriali;

c) la possibilità di utilizzare gli esami specialistici effettuati in poliambulatori nei confronti dei ricoverati con ripristino della funzione « filtro » che risulta essenziale al fine di una razionalizzazione dei ricoveri.

2) Affidamento nella fase transitoria al Consiglio sanitario nazionale della gestione della medicina generica, favorendo in tal modo l'attuazione della Convenzione unica e il conseguimento degli essenziali obiettivi che ad essa si ricollegano quali ad esempio il completamento delle anagrafi degli assistibili, l'elenco unico, il massimale unico, il modulario unificato, ecc., promuovendo altresì l'attuazione del rapporto ottimale medico-assistiti.

3) Nello stesso tempo potrà concretarsi la definizione operativa della esazione unificata dei contributi di malattia, con affidamento ad un unico Ente (INPS) e riduzione delle spese di gestione, nonché col potenziamento dei mezzi di accertamento anche attraverso l'assegnazione, all'Ente preposto, dei necessari mezzi umani e strumentali.

4) Entro gli stessi termini dovrebbe provvedersi ad una organica riforma normativa dell'indennità economica di malattia trasferendo del pari la gestione a un solo Ente (INPS) valutando, nella circostanza, l'opportunità di rendere possibile l'anticipazione dell'indennità stessa da parte delle aziende.

Trattasi quindi di un complesso di provvedimenti finalizzati ad operare l'immediata attribuzione alle Regioni e quindi alle Unità sanitarie locali di gruppi di competenze per settori omogenei e senza soluzione di continuità dall'attuale al nuovo sistema consentendo così di pervenire alla prevista soppressione degli Enti e creando nello stesso tempo, anche attraverso la sollecita funzionalità dei nuovi organismi, le migliori condizioni per la destinazione del personale proveniente dagli Enti soppressi e l'utilizzazione di tutti gli strumenti disponibili.

La concreta attuazione dei punti qualificanti sopra elencati presuppone la creazione di un organismo esecutivo (« Comitato ») assistito da un apposito ufficio tecnico destinato, nella prima fase di attuazione della riforma, a coordinare la realizzazione nella lettera e nello spirito della riforma stessa.

Le disposizioni.

Le linee direttrici del disegno di legge sulla riforma sanitaria possono essere così sintetizzate:

a) radicale trasformazione dell'intervento protettivo con il passaggio, dalla frammentarietà delle competenze e dalla disparità dei trattamenti, alla tutela globale della salute, senza distinzione di condizioni individuali o sociali, nei tre momenti essenziali della « prevenzione », « cura » e « riabilitazione », estendendo l'intervento stesso alla salvaguardia dell'ambiente naturale e di lavoro, all'igiene degli insediamenti, degli alimenti e di ogni altra implicazione attinente la salute dell'individuo e della collettività;

b) costituzione, attraverso la nuova struttura del « Servizio », di un sistema funzionale organico, territorialmente articolato, che garantisca la più ampia e democratica partecipazione a livello locale di tutte le componenti sociali (Regioni, Enti locali, organizzazioni sindacali, categorie sanitarie, utenti del servizio, ecc.) al governo della gestione e la loro piena corresponsabilizzazione;

c) riunificazione di tutte le competenze, oggi ripartite anche con duplicazione e sovrapposizione di attribuzioni, tra una molteplicità di organismi e utilizzazione, quindi, nel modo più razionale e proficuo, di

tutti i mezzi umani e strumentali disponibili promuovendo ogni utile iniziativa finalizzata a privilegiare il momento della prevenzione sia nel campo più propriamente sanitario che in quello concernente la casa, il lavoro, la scuola, il territorio, ecc.

Il significato più profondo della riforma consiste, pertanto, più che in una nuova strutturazione e organizzazione del sistema, in un radicale mutamento dell'impostazione concettuale della programmazione e delle modalità dell'intervento pubblico per conseguire concretamente una tutela globale della salute per tutti i cittadini. Si tratta infatti, come appare chiaro, di una impostazione estremamente moderna e di vasto respiro che, tuttavia, per la sua ampiezza ed estensione, potrà essere validamente realizzata soltanto attraverso una razionale e

meditata programmazione ed un graduale processo di trasformazione.

La riforma sanitaria costituisce un obiettivo ed una conquista irrinunciabili sul piano nazionale e sociale, ma la sua attuazione e la sua validità futura non ammettono, come è di tutta evidenza, né improvvisazioni, né l'affidamento del suo successo al solo strumento legislativo specie nella delicata fase di avviamento. Il trapasso della gestione e delle attrezzature dal sistema attuale a quello futuro implica un momento organizzativo che, per la vastità dei problemi e delle conseguenze, coinvolge gli interessi di larga parte delle forze economiche e sociali del Paese e che, per l'entità delle componenti che vi sono implicate, è suscettibile di incidere profondamente sullo stesso assetto istituzionale ed economico dello Stato.

PROPOSTA DI LEGGE

TITOLO PRIMO

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

CAPO I.

I PRINCIPI ED I COMPITI.

ART. 1.

(*Principi*).

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

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

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e libertà delle persone.

Sono riconosciute le libere iniziative di volontariato purché non in contrasto con i fini istituzionali del servizio sanitario nazionale.

Compiti del servizio sanitario nazionale sono:

la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione del cittadino e delle comunità;

la prevenzione;

la diagnosi e la cura delle malattie qualunque ne siano il tipo e la durata;

la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità fisica, psichica e sensoriale;

la salvaguardia della salubrità dell'ambiente naturale, sociale e di lavoro;

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

la tutela medico legale del cittadino e della comunità;

la formazione permanente del personale.

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

Sono trasferite al servizio sanitario nazionale tutte le funzioni esercitate dallo Stato, dalle province e da altri Enti pubblici in materia di assistenza psichiatrica e igiene mentale. Le disposizioni di cui alle leggi 14 febbraio 1904, n. 36, 16 agosto 1909, n. 615 e 18 marzo 1968, n. 431 sono abrogate.

ART. 2.

Gli obiettivi primari, che il servizio sanitario nazionale persegue al fine di identificare ed eliminare le cause di malattia e di infortunio, sono i seguenti:

1) la sicurezza nel lavoro e l'adattamento del lavoro all'uomo, garantendo la presenza dei necessari servizi nei luoghi di lavoro, nonché la ricerca, l'accertamento e la rimozione - in modo sistematico e con il concorso delle parti sociali interessate - dei fattori di nocività e pericolosità per la salute fisica e psichica, provocati dal lavoro, dai suoi strumenti, dai suoi prodotti, dall'impianto e dalla organizzazione aziendale, dentro e fuori degli ambienti di lavoro e garantendo altresì la pubblicazione dei dati accertati;

2) la tutela della maternità e della prima infanzia con interventi di prevenzione sanitaria e di assistenza sociale;

3) la promozione della salute nell'età evolutiva, predisponendo anche i mezzi atti al recupero dei soggetti handicappati fisici, psichici, sensoriali e sociali al fine di evitare ogni forma di emarginazione sociale;

4) la tutela sanitaria di ogni attività e condizione sociale: scuola, servizio militare, sport, detenzione in luoghi di pena, ecc.;

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

5) la tutela della salute degli anziani per assicurare lo stato di benessere psicofisico più elevato possibile;

6) la tutela della salute mentale mediante forme e modi di assistenza che, superando il concetto di segregazione, consentano di inserire l'assistenza psichiatrica nell'assistenza generale e di rimuovere le cause sociali delle malattie mentali;

7) la tutela della salute nei centri urbani con particolare riguardo ai danni provocati dall'addensamento demografico, dall'esasperazione del traffico motorizzato e dalla degradazione dei centri storici;

8) la lotta contro il degradamento ambientale.

CAPO II.

IL SERVIZIO SANITARIO A LIVELLO CENTRALE.

ART. 3.

(Competenze governative).

La funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle regioni che, in materia sanitaria attengono ad esigenze di carattere unitario, anche con riferimento agli obiettivi della programmazione economica nazionale ed agli impegni derivanti dagli obblighi internazionali e comunitari spetta allo Stato e viene esercitata, fuori dei casi in cui si provveda con legge o con atto avente forza di legge, mediante deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità.

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

I livelli assistenziali minimi sono determinati dal Comitato interministeriale per la programmazione economica che delibera, su proposta del Ministro della sanità, previo parere del Consiglio sanitario nazionale.

Il Ministro della sanità esercita, nei limiti delle competenze stabilite dalle leggi vigenti, le funzioni non trasferite né delegate alle regioni, emana le direttive concernenti le attività delegate alle regioni ed elabora le proposte dei piani nazionali ed

interregionali per la tutela della salute, da approvarsi dal Consiglio dei ministri secondo la procedura prevista nel primo comma del presente articolo.

In caso di persistente inattività degli organi regionali nell'esercizio delle funzioni delegate, qualora le attività relative alle materie delegate comportino adempimenti da svolgersi entro termini perentori previsti dalla legge o risultanti dalla natura degli interventi, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, dispone il compimento degli atti relativi in sostituzione dell'Amministrazione regionale.

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

ART. 4.

Restano ferme allo Stato le competenze in ordine:

- 1) alla profilassi internazionale, alla sanità marittima, aerea, e di confine;
- 2) alla polizia mortuaria;
- 3) agli interventi contro le epidemie;
- 4) alla produzione e alla registrazione dei farmaci e dei componenti chimici usati in medicina nonché delle sostanze stupefacenti e psicotrope;
- 5) alla produzione e alla registrazione dei prodotti dietetici, degli alimenti per la prima infanzia e la cosmesi;
- 6) alla disciplina della produzione, del commercio, e dell'impiego dei gas tossici e dei tossici non gassosi;
- 7) alla produzione dell'energia di origine convenzionale e nucleare;
- 8) al prelievo di parti di cadavere e al trapianto di organi;
- 9) all'omologazione, per fini preventivi, di macchine, impianti, attrezzature e mezzi personali di protezione;
- 10) alla profilassi e polizia veterinaria, igiene delle produzioni zootecniche e alimentazione degli animali.

Le funzioni amministrative periferiche relative alle materie di cui al comma precedente sono (dovranno essere) delegate alle Regioni ai sensi dell'articolo 118, secondo comma, della Costituzione.

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

ART. 5.

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

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

Le leggi regionali dovranno osservare, oltre le norme nazionali di cui al precedente comma, i seguenti principi:

- I) adeguare la normativa alle esigenze delle singole situazioni regionali;
- II) coordinare l'intervento sanitario con gli interventi negli altri settori economico-sociali di competenza delle regioni;
- III) unificare l'organizzazione socio-sanitaria di base territoriale e funzionale.

ART. 6.

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

ART. 7.

(*Consiglio sanitario nazionale*).

È istituito il consiglio sanitario nazionale con funzioni di consultazione e proposta al Ministro della sanità per la determinazione delle linee generali della politica sanitaria nazionale e per il perseguimento degli obiettivi del servizio sanitario nazionale. Esso deve essere sentito obbligatoriamente in ordine alla determinazione dei livelli assistenziali minimi e alla ripartizione degli stanziamenti di cui all'articolo 26. Esso predispone una relazione annuale pubblica sullo stato sanitario del paese, sulla quale il Ministro della sanità riferisce al Parlamento entro il 31 marzo di ogni anno.

Il consiglio sanitario nazionale, nominato con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sa-

nità, per la durata di un quinquennio, è presieduto dal Ministro della sanità ed è composto:

da un rappresentante per ciascuna regione;

da tre rappresentanti designati dal Ministro della sanità e da un rappresentante per ciascuno dei seguenti ministeri, designato dai rispettivi ministri: lavoro e previdenza sociale, pubblica istruzione, interno, difesa, tesoro, bilancio e programmazione economica, agricoltura e foreste, giustizia; da tre rappresentanti designati dalle organizzazioni sindacali dei lavoratori maggiormente rappresentative, dal direttore dell'Istituto superiore di sanità.

All'inizio di ogni quinquennio il consiglio elegge tra i suoi componenti due vicepresidenti.

Il consiglio può articolarsi in Comitati o in sezioni le quali possono avvalersi, per la trattazione di problemi particolari, di esperti esterni.

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

Il consiglio esercita inoltre il controllo sugli adempimenti e sui tempi di attuazione del servizio sanitario nazionale previsti negli articoli 27 e seguenti della presente legge.

ART. 8.

(Istituto superiore di sanità).

L'Istituto superiore di sanità è organo tecnico-scientifico del Ministro della sanità e del Consiglio sanitario nazionale. L'attività di ricerca scientifica è svolta avvalendosi anche dell'attività degli istituti pubblici a carattere scientifico e delle altre istituzioni pubbliche operanti nel settore in attuazione di un programma approvato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

L'Istituto superiore di sanità, inoltre, provvede all'attuazione dei compiti di cui al successivo articolo 37.

I rapporti delle strutture regionali di sanità pubblica con l'Istituto superiore di sanità sono disciplinati nell'ambito dell'attività governativa di indirizzo e di coordinamento.

CAPO III.

IL SERVIZIO SANITARIO A LIVELLO REGIONALE
E LOCALE.

ART. 9.

(*Competenze regionali*).

La regione emana norme legislative in materia sanitaria nel rispetto delle norme fondamentali e dei principi stabiliti dalla presente legge ed esercita le funzioni attribuite e delegate con legge dello Stato.

Per la gestione unitaria della tutela della salute la regione organizza il servizio sanitario in unità socio-sanitarie locali ed attua ogni altra misura necessaria alla realizzazione dei compiti del servizio sanitario.

L'attività delle regioni viene svolta nel quadro del piano sanitario regionale predisposto nell'ambito del programma economico regionale previa consultazione degli enti locali e dei comitati sanitari locali.

Con legge regionale è istituito il Consiglio sanitario regionale con compiti consultivi di promozione e di iniziativa, garantendo la rappresentanza degli organi di gestione delle unità socio-sanitarie locali, nonché delle organizzazioni sindacali dei lavoratori maggiormente rappresentative.

ART. 10.

(*Unità socio-sanitarie locali*).

L'ambito territoriale dell'attività di ciascuna unità socio-sanitaria locale, è delimitata in base a gruppi di popolazione, di regola compresi tra 50.000 e 100.000 abitanti, tenuto conto delle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche della zona. Nel caso di aree a popolazione particolarmente sparsa o concentrata sono consentiti limiti più ristretti o, rispettivamente, più elevati.

L'ambito delle unità sanitarie locali corrisponde al territorio di più comuni, al territorio di un solo comune, ovvero ad una parte del territorio comunale. La delimitazione del territorio, qualora comprenda più comuni, deve, di regola, coincidere con eventuali altre strutture comprensoriali o consortili, e qualora sia parte del comune deve di regola coincidere con la suddivisione in circoscrizioni.

Con legge regionale sono stabiliti, in conformità ai principi indicati nella presente legge, la struttura ed i compiti delle unità sanitarie locali e sono previsti i necessari collegamenti dei servizi sanitari con i servizi sociali connessi alla tutela della salute della popolazione.

La legge regionale disciplina l'eventuale articolazione funzionale dell'unità sanitaria locale in nuclei socio-sanitari di base, comprendenti di norma da 5.000 a 15.000 abitanti per agevolare la capillarizzazione degli interventi socio-sanitari, l'esercizio di gruppo della prevenzione e della cura di base, l'educazione e l'informazione sanitaria, nonché la partecipazione popolare alla tutela della salute.

L'unità sanitaria locale provvede tra l'altro:

- a) all'igiene dell'ambiente;
- b) alla prevenzione individuale e collettiva delle malattie;
- c) alla protezione sanitaria materno-infantile e all'assistenza pediatrica;
- d) all'igiene e medicina scolastica negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado;
- e) all'igiene e medicina del lavoro ed alla vigilanza e controllo delle condizioni di nocività e di rischio degli ambienti di lavoro collaborando con i lavoratori per l'attuazione dei compiti di cui all'articolo 9 della legge n. 300 del 20 maggio 1970;
- f) all'igiene e medicina militare e alla tutela sanitaria dei cittadini in servizio militare;
- g) all'igiene e medicina carceraria e alla tutela sanitaria dei detenuti;
- h) alla medicina dello sport e alla tutela sanitaria delle attività sportive;
- i) all'assistenza medico-generica e specialistica, domiciliare e ambulatoriale anche nelle caserme, nelle carceri giudiziarie e nei luoghi di cura;
- l) all'assistenza ospedaliera;
- m) ai servizi per la salute mentale e per l'assistenza pediatrica;
- n) alla riabilitazione;
- o) all'assistenza farmaceutica e alla vigilanza sulle farmacie;

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

p) all'igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e bevande;

q) alla profilassi e alla polizia veterinaria, all'ispezione e vigilanza veterinaria sugli animali da macello, sui macelli, sugli alimenti di origine animale, sulla alimentazione zootecnica e sulle zoonosi;

r) agli accertamenti e ai giudizi medico-legali;

s) all'educazione sanitaria;

t) alla collaborazione nell'esecuzione dei programmi di formazione permanente degli operatori, di informazione e di ricerca medico-sociale;

u) alla raccolta e alla valutazione dei dati e delle notizie utili alla statistica sanitaria e alla epidemiologia biologica e sociale nell'ambito del territorio dell'unità sanitaria locale e in coordinamento con l'attività dell'Osservatorio epidemiologico regionale di cui al successivo articolo 13.

ART. 11.

(Gestione, organizzazione e funzionamento delle Unità sanitarie locali).

I comuni, i consorzi all'uopo costituiti nonché le circoscrizioni nei comuni metropolitani esercitano tutte le funzioni in materia sanitaria loro attribuite dalla presente legge.

Le Unità sanitarie locali sono sottoposte alle direttive degli organismi dianzi menzionati, hanno legittimazione per quel che riguarda i contratti da porre in essere per le attività che le norme loro attribuiscono, hanno propria contabilità ed attribuzioni per quanto riguarda l'organizzazione degli uffici, dei servizi e degli interventi.

All'unità sanitaria locale è preposto un comitato di gestione la cui composizione è stabilita da legge regionale.

Per quel che riguarda il controllo dei cittadini sull'attività delle Unità sanitarie locali è costituito il Consiglio sanitario locale al quale sono altresì attribuite funzioni di impulso, di promozione oltre che di programmazione settoriale.

La legge regionale stabilirà le modalità per la composizione di detto Organismo, prevedendo altresì forme di partecipazione degli utenti alla gestione dei servizi.

ART. 12.

La legge regionale provvede al riordinamento dei servizi veterinari a livello regionale di comprensori più ampi di singole unità socio-sanitarie locali e delle unità socio-sanitarie locali, tenuto conto della consistenza, della distribuzione e delle attitudini produttive del patrimonio zootecnico, della riproduzione animale, delle dislocazioni e del potenziale degli impianti di macellazione, lavorazione e conservazione delle carni e degli altri prodotti di origine animale, della produzione dei mangimi e degli integratori, delle esigenze della zooprofilassi, della lotta contro le zoonosi, della vigilanza sugli alimenti di origine animale.

La legge regionale individua le funzioni multizonali e ne regola la loro ubicazione e organizzazione, stabilendo a quale unità socio-sanitaria locale vanno affidate.

La legge regionale provvede alla ristrutturazione dei laboratori provinciali di igiene e profilassi in aderenza ai nuovi compiti conseguenti alla istituzione del servizio sanitario nazionale.

L'amministrazione dei predetti presidi sanitari è delegata dalla regione alle unità socio-sanitarie locali nel cui territorio sono ubicati.

ART. 13.

(Servizio epidemiologico).

La Regione, con proprio provvedimento legislativo, istituisce un servizio regionale epidemiologico, costituito da un Osservatorio epidemiologico collegato, per la raccolta dei dati, con le Unità socio-sanitarie locali, di cui al precedente articolo 10.

Tale Osservatorio sarà strettamente collegato anche col laboratorio epidemiologico statistico dell'Istituto superiore di sanità, al quale fornirà periodicamente e a richiesta i dati sulla incidenza e prevalenza delle forme morbose e sui fattori di rischio presenti nella regione.

Con apposito decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, saranno dettate norme per la standardizzazione e comparabilità sul piano nazionale dei dati da raccogliere da parte dei predetti Osservatori.

CAPO IV.

LE PRESTAZIONI E LE FUNZIONI.

ART. 14.

(Prestazioni delle unità socio-sanitarie locali).

Le unità socio-sanitarie locali provvedono ad erogare le prestazioni di prevenzione, di cura, di riabilitazione e di medicina legale, assicurando a tutta la popolazione i livelli di cui al precedente articolo 3.

I servizi sono organizzati, compatibilmente con le obiettive possibilità, in modo da consentire agli utenti la libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli utenti del servizio sanitario nazionale sono iscritti presso l'Unità socio-sanitaria locale nel cui territorio hanno la propria residenza.

Gli utenti hanno diritto di accedere in casi di urgenza o di temporanea residenza diversa da quella abituale ai servizi di assistenza di qualsiasi Unità socio-sanitaria locale.

Le prestazioni di medicina preventiva, curativa e riabilitativa di base sono assicurata attraverso i medesimi operatori e servizi.

L'assistenza medico-generica è prestata sia attraverso personale medico dell'Unità socio-sanitaria locale, sia attraverso i medici convenzionati ai sensi del successivo articolo 23.

La scelta del medico di fiducia è effettuata tra i medici convenzionati ed ha validità annuale.

Il rapporto fiduciario può cessare in ogni momento a richiesta delle parti.

Deve essere incentivato l'esercizio di gruppo della medicina generale.

Le prestazioni di medicina specialistica sono erogate presso gli ambulatori direttamente gestiti dalla unità socio-sanitaria locale o con essa convenzionati; in determinati casi possono essere erogate a domicilio dell'utente o presso gli ambulatori di gruppo della medicina generale: tali casi devono essere stabiliti da apposita normativa regionale.

Le prestazioni ospedaliere sono erogate di norma dagli ospedali pubblici e dagli isti-

tuti convenzionati esistenti nel territorio della regione di residenza dell'utente.

Il ricovero in ospedali pubblici o in istituti convenzionati di altra regione è ammesso per particolari esigenze terapeutiche.

ART. 15.

(Attività di prevenzione).

Le unità socio-sanitarie locali provvedono alla prevenzione, alla vigilanza ed al controllo delle condizioni di nocività e di rischio attraverso presidi propri o di altre unità socio-sanitarie locali.

L'azione di prevenzione delle unità socio-sanitarie locali si attua sulla base delle indicazioni emergenti dagli organi di democrazia di base ed in stretto collegamento con la popolazione interessata.

In particolare l'azione di prevenzione delle unità socio-sanitarie locali si esercita attraverso:

a) ricerca ed analisi delle cause socio-ambientali di rischio e danno per l'integrità psicofisica del singolo e delle popolazioni;

b) formulazione di pareri preventivi e obbligatori sugli insediamenti edilizi, sugli insediamenti industriali o sulla ristrutturazione degli stessi, sugli insediamenti di tutte le attività produttive, sui piani urbanistici comprensoriali, per accertarne la compatibilità con la tutela dell'ambiente e la difesa della salute della popolazione;

c) controllo costante dell'ambiente con l'assunzione delle competenze in materia derivanti dalle leggi dello Stato e dalle leggi regionali.

Le unità socio-sanitarie locali esercitano il controllo sulle concentrazioni delle sostanze chimiche presenti nell'atmosfera e nelle acque, assumendo come parametro di riferimento i limiti definiti dall'Istituto superiore di sanità.

E' facoltà delle unità socio-sanitarie locali emanare norme specifiche integrative per una diversa definizione quantitativa dei livelli accettabili; in ogni caso le norme proposte non devono prevedere livelli superiori a quelli definiti dall'Istituto superiore di sanità;

d) assunzione di tutte le competenze in materia di prevenzione, igiene industriale, controllo sullo stato di salute dei lavoratori, prescrizione di norme per la ristrutturazione di ambienti industriali nocivi.

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

Alle unità socio-sanitarie locali vengono affidati i compiti attualmente svolti dall'Ispettorato del lavoro, dall'ENPI, dalla ANCC.

Le unità socio-sanitarie locali assumono sotto il loro diretto controllo e riorganizzano le infermerie di fabbrica, che vengono pubblicizzate.

Gli interventi prevenzionistici all'interno degli ambienti di lavoro vengono effettuati in stretto collegamento con i gruppi di lavoratori interessati, in attuazione dell'articolo 9 della legge del 20 maggio 1970, n. 300;

e) raccolta ed elaborazione dei dati biostatistici ed ambientali necessari per seguire lo stato di salute della popolazione e per predisporre piani di intervento. Per gli adempimenti di cui al punto c) del presente articolo, gli operatori dell'unità socio-sanitaria locale hanno funzioni di polizia giudiziaria e potere prescrittivo discrezionale;

f) schedatura di tutte le sostanze presenti nel ciclo produttivo delle aziende operanti nel territorio della unità socio-sanitaria locale: alle aziende è fatto obbligo di comunicare l'elenco delle sostanze precisandone la natura e composizione;

g) proposta agli organi regionali di norme prevenzionali, per l'attuazione dell'articolo 6 della presente legge.

ART. 16.

(Psichiatria).

Le funzioni esercitate dallo Stato, dalle province e da altri enti pubblici in materia di assistenza psichiatrica e di igiene mentale sono trasferite alle regioni.

La regione esercita tali funzioni per mezzo delle unità socio-sanitarie locali che provvedono alla gestione globale dell'assistenza psichiatrica.

Sono abrogate le disposizioni di cui alle leggi 14 febbraio 1904, n. 36, 16 agosto 1909, n. 615, 18 marzo 1968, n. 431.

E' vietata la istituzione di nuovi ospedali psichiatrici, compresi i manicomi giudiziari e i centri di salute mentale.

Debbono, altresì, essere aboliti i gerontocomi, le scuole speciali, i laboratori protetti e ogni forma di istituzionalizzazione di adulti e minori.

Nell'ambito delle unità socio-sanitarie locali si provvederà alla istituzione di servizi territoriali che svolgano funzioni preventive, curative e riabilitative in materia di igiene mentale.

La fase acuta della malattia di natura psichiatrica è gestita in ospedale civile mediante l'utilizzazione di posti letto nei vari reparti di medicina.

E' vietata, all'interno degli ospedali civili, l'istituzione di reparti per malattia di natura psichiatrica.

Le attuali strutture segreganti passeranno alle competenze delle unità socio-sanitarie locali e dovranno essere riconvertite in strutture territoriali secondo i bisogni del territorio perdendo la loro specificità psichiatrica ed emarginante.

Le somme iscritte negli stati di previsione della spesa dei Ministeri interessati (sanità, interno, difesa, lavoro, istruzione) vanno ad incrementare il Fondo nazionale per l'assistenza, e successivamente saranno trasferite alle regioni ed utilizzate per i servizi delle unità socio-sanitarie locali.

ART. 17.

(Attività di riabilitazione e di medicina legale).

Le unità socio-sanitarie locali provvedono all'attività di riabilitazione per il recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche o psichiche e partecipano all'attività diretta al loro reinserimento.

Le prestazioni sanitarie riabilitative vengono rese dalle unità socio-sanitarie locali sia attraverso i propri servizi sia — ove ne sia l'esigenza — attraverso altre istituzioni all'uopo convenzionate con la regione.

In materia di assistenza psichiatrica le convenzioni devono contenere le indicazioni sui metodi da adottare per la cura e per il recupero dei soggetti affetti da minorazioni psichiche e il potere di controllo delle unità socio-sanitarie locali.

Le unità socio-sanitarie locali prevedono altresì alla valutazione medico-legale in tutti i casi previsti dalle leggi vigenti assumendosi, ciascuna nei confronti dei cittadini residenti nel suo territorio, tutte le competenze medico-legali, attualmente ripartite fra le amministrazioni dello Stato, le amministrazioni e le aziende autonome, gli enti locali e gli altri enti pubblici.

ART. 18.

(Assistenza farmaceutica).

L'unità socio-sanitaria locale eroga l'assistenza farmaceutica attraverso le farmacie pubbliche e le farmacie private convenzionate in conformità ad uno schema tipo predisposto dal Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale e approvato dal Consiglio dei ministri ai sensi dell'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4.

Gli assistiti possono ottenere dalle farmacie, di cui al precedente comma, dietro presentazione di ricetta compilata dal medico curante, la fornitura di preparati galenici, specialità medicinali ed articoli di medicazione compresi nel prontuario terapeutico di cui all'articolo 9 della legge 17 agosto 1974, n. 386, aggiornato annualmente con decreto del Ministro della sanità, secondo i criteri dell'efficacia terapeutica e dell'economicità; non possono comunque esservi iscritti i prodotti da banco.

Le unità socio-sanitarie locali acquistano direttamente qualsiasi preparazione farmaceutica di cui al secondo comma del presente articolo per la distribuzione agli assistiti nelle farmacie pubbliche e per l'impiego negli ospedali, negli ambulatori e in tutti gli altri presidi sanitari pubblici. La regione detta norme per l'acquisto coordinato di detti medicinali e del restante materiale sanitario.

Il diritto di prelazione in ordine alle farmacie vacanti e di nuova istituzione previsto dall'articolo 9 della legge 2 aprile 1968, n. 475, è esercitato dai comuni, previa intesa con le regioni, ai fini del piano sanitario regionale.

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

ART. 19.

E' fatto divieto di propaganda e di pubblicità dei farmaci al pubblico con ogni mezzo, ivi compresa la stampa e la radio-televisione.

Il servizio di informazione scientifica sui farmaci, da consentire solo alle imprese titolari delle registrazioni oggetto della informazione e alle strutture del servizio

sanitario nazionale cui compete la tutela della salute pubblica, dovrà essere posto sotto il controllo del Ministero della sanità che provvederà a garantire nel merito adeguata normativa e dovrà essere finalizzato anche ad iniziative di educazione sanitaria.

Con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità sarà regolamentata l'attività degli informatori scientifici con l'istituzione di adeguate forme e mezzi pubblici di informazione biomedica e farmacologica ad uso degli operatori sanitari.

ART. 20.

(Libretto sanitario personale e costituzione delle anagrafi regionali e nazionale).

Le unità socio-sanitarie locali forniscono gratuitamente i cittadini di un libretto sanitario personale e di rischio; sono tenuti a compilarlo e ad aggiornarlo i servizi sanitari delle unità medesime o con esse convenzionati.

Le notizie riportate nel libretto sanitario sono coperte dal segreto professionale.

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

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

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

Con il medesimo decreto viene stabilito l'obbligo della tenuta del registro dei dati ambientali e biostatistici relativi ai luoghi di lavoro.

Entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge sono istituite con decreto del Presidente della Repubblica, previa delibera del Consiglio dei ministri, su proposta dei Ministri del lavoro e della previdenza sociale, della sanità e

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

del tesoro, l'anagrafe nazionale automatizzata degli assistibili e le anagrafi regionali ad essa collegate le quali, nella fase di avvio del servizio sanitario nazionale e fino al termine previsto dal successivo articolo 50 della presente legge, operano in conformità agli indirizzi del Consiglio sanitario nazionale e degli organismi, di cui all'articolo 7 da esso dipendenti.

ART. 21.

(Funzioni in materia di igiene e sanità pubblica).

Le regioni e le unità socio-sanitarie locali, alle quali spettano, rispettivamente, le competenze già assegnate ai medici e veterinari provinciali ed agli ufficiali sanitari e veterinari comunali o consortili dalle leggi che ne disciplinano l'esercizio, svolgono le funzioni in materia di igiene e sanità pubblica e polizia veterinaria loro delegate, secondo le disposizioni vigenti, in quanto compatibili con quelle previste dalla presente legge.

Il Ministro della sanità può emettere ordinanze di carattere contingibile ed urgente, in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria, con efficacia estesa all'intero territorio nazionale o al minor ambito territoriale indicato nei singoli provvedimenti.

Nelle medesime materie, le ordinanze predette possono essere emesse dal Presidente della regione o dal sindaco, con efficacia estesa rispettivamente alla regione ed al comune o al minor ambito territoriale indicato nei singoli provvedimenti.

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

CAPO V

IL PERSONALE

ART. 22.

(Personale del servizio sanitario nazionale).

La regione, con propria legge, provvede a ristrutturare gli organici dei ruoli professionali e amministrativi in rapporto al fabbisogno di personale da adibire ai com-

piti propri del servizio sanitario nazionale, determinato ai sensi del secondo comma del successivo articolo 40 e ad assegnare alle unità socio-sanitarie locali ed agli altri organismi sanitari regionali previsti dalla presente legge il personale stesso.

Il personale di cui al precedente comma dipende, dal punto di vista funzionale e disciplinare, direttamente dalle unità socio-sanitarie locali e dagli altri servizi cui è assegnato.

E' fatto divieto di assumere personale, anche temporaneo, non di ruolo, con qualunque denominazione, per le esigenze delle unità socio-sanitarie locali e degli altri servizi previsti dalla presente legge. Le relative deliberazioni sono nulle di diritto. Per esigenze temporanee delle unità socio-sanitarie locali possono essere disposti comandi da altre unità socio-sanitarie locali.

Fermo restando quanto disposto dagli ultimi due commi, lo stato giuridico del personale addetto al servizio sanitario è disciplinato dalla legge regionale sulla base dei seguenti principi:

a) l'assunzione del personale avviene mediante pubblico concorso per esame o per titoli ed esame;

b) l'appartenenza ai ruoli previsti nel presente articolo è incompatibile con altri rapporti d'impiego o di lavoro presso enti pubblici e privati, nonché con l'esercizio della libera attività professionale;

c) deve essere stabilito l'obbligo della residenza nell'ambito del territorio dell'unità socio-sanitaria locale o del comune nel quale è compresa;

d) deve essere stabilito l'obbligo di lavoro a tempo pieno;

e) il dipendente, previo consenso dell'interessato e della regione di appartenenza, può essere trasferito per le esigenze di servizi analoghi a quelli cui appartiene, ad altra regione. In tal caso egli ha diritto all'inquadramento in ruolo con la valutazione per intero dell'anzianità di servizio;

f) devono essere previste specifiche norme riguardanti il procedimento ed i provvedimenti disciplinari in analogia con quanto previsto per gli impiegati civili dello Stato. La legge regionale stabilisce altresì le competenze in materia disciplinare delle regioni, delle unità socio-sani-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

tarie locali e degli altri servizi presso i quali opera il personale addetto al servizio sanitario.

Resta la facoltà della regione di stipulare convenzioni con ordini religiosi per l'espletamento di particolari servizi nelle strutture delle unità socio-sanitarie locali e degli altri servizi sanitari regionali con personale idoneo alle funzioni rispettivamente assegnate.

All'amministrazione del personale appartenente ai ruoli previsti dal presente articolo provvede direttamente la regione mediante i propri uffici.

Il rapporto di lavoro del personale di cui ai commi precedenti, per quanto attiene al trattamento economico ed agli istituti normativi di carattere economico, sarà regolato mediante accordo triennale nazionale unico per tutte le categorie raggiunto tra le organizzazioni sindacali nazionali maggiormente rappresentative, da una parte, e le regioni, nonché i Ministri della sanità, del lavoro e previdenza sociale, del tesoro e per l'organizzazione della pubblica amministrazione, dall'altra.

Con legge regionale saranno indicate le sedi particolarmente disagiate che daranno diritto, per il personale ad esse assegnato, alle speciali forme di incentivazione stabilite negli accordi nazionali.

ART. 23.

(Convenzione con i sanitari).

Le convenzioni, al fine di assicurare su tutto il territorio nazionale l'uniformità del trattamento economico dei sanitari convenzionati, devono essere conformi agli accordi nazionali tipo, di cui al successivo articolo 29, stipulati tra le organizzazioni nazionali delle categorie sanitarie da una parte e le regioni, nonché i Ministri della sanità, del lavoro e previdenza sociale, del tesoro e per l'organizzazione della pubblica amministrazione, dall'altra.

Le convenzioni devono promuovere:

la qualificazione della prestazione medica;

l'esercizio di gruppo della medicina generale;

la distribuzione territoriale dei medici;

la reperibilità del medico;

il comportamento in senso sociale del medico e dell'utente;

la formazione permanente;

la collaborazione tra medici;

la partecipazione dei medici ai programmi di prevenzione biologica e sociale e di educazione sanitaria.

Dovranno essere previsti:

le incompatibilità con altri rapporti di lavoro fuori e dentro il servizio sanitario nazionale;

l'incompatibilità con cointeressenze dirette o indirette con case di cura e industrie farmaceutiche;

l'adozione di un codice di comportamento medico-sociale con la indicazione degli organi preposti alla disciplina;

la retribuzione a quota capitaria dei medici generici;

la retribuzione oraria degli specialisti operanti negli ambulatori delle unità socio-sanitarie locali;

la adozione di un rapporto numerico ottimale tra medici e utenti;

Il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità, le regioni, le organizzazioni dei medici e dei lavoratori, emanerà con decreto il regolamento dell'esercizio di gruppo della medicina generale e il codice di comportamento medico-sociale.

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

CAPO VI

CONTROLLO, CONTABILITÀ E FINANZIAMENTO

ART. 24.

(Controlli regionali).

La regione per il tramite dei propri uffici e avvalendosi del servizio ispettivo, da disciplinare con legge regionale, sovrintende al funzionamento delle unità socio-sanitarie locali.

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

Il controllo preventivo sugli atti delle unità socio-sanitarie locali e degli altri organismi di gestione è esercitato nelle forme previste dall'articolo 59 della legge 10 febbraio 1953, n. 62, dai comitati regionali di controllo di cui agli articoli 55 e 56 della medesima legge integrati da un esperto in materia sanitaria designato dal Consiglio regionale.

La legge regionale determina gli atti delle unità socio-sanitarie locali sottoposti a controllo preventivo.

La legge regionale determina, altresì, nell'ambito degli atti di cui al comma precedente, quelli sottoposti a controllo esteso al merito, ai sensi dell'articolo 60 della legge predetta.

Con legge regionale saranno previste forme di controllo sostitutivo per singoli provvedimenti, nonché il potere di scioglimento degli organi deliberativi delle unità socio-sanitarie locali e degli altri organismi di gestione per ipotesi determinate.

I comuni e i loro consorzi presentano annualmente il rendiconto della gestione delle unità socio-sanitarie locali con allegata relazione al presidente della giunta regionale sui livelli assistenziali raggiunti e sulle esigenze che si sono manifestate nel corso dell'esercizio.

Il presidente della giunta regionale presenta annualmente al Consiglio regionale una relazione generale sulla gestione ed efficienza dei servizi sanitari, con allegata la situazione contabile degli impegni assunti sulla quota assegnata alla regione degli stanziamenti per il servizio sanitario nazionale.

La relazione deve essere trasmessa ai Ministri della sanità, del tesoro e del lavoro e previdenza sociale.

ART. 25.

(Norme di contabilità).

Entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge le regioni provvederanno con propria legge a disciplinare l'amministrazione del patrimonio e la contabilità delle unità socio-sanitarie locali e degli altri servizi sanitari delle regioni in conformità dei seguenti principi:

1) le norme che saranno emanate per la disciplina amministrativo-contabile delle

gestioni devono risultare in armonia con i principi della contabilità regionale;

2) i bilanci delle unità socio-sanitarie locali e degli altri servizi sanitari delle regioni devono recare analitiche previsioni tanto in termini di competenze quanto in termini di cassa comprendenti anche parametri di costo e di risultato per unità di prestazione;

3) i bilanci finanziari, in cui saranno distinte le gestioni autonome e le contabilità speciali, devono essere strutturati secondo una classificazione economica ed una funzionale ad incrocio, intestata a ciascun reparto sanitario;

4) i conti consuntivi devono contenere: una dimostrazione completa dei risultati finanziari; una situazione patrimoniale, con valutazione degli immobili e dei beni durevoli in proprietà o in dotazione; un conto economico, distintamente per ciascun reparto sanitario, con calcolo di costo e di risultato per unità di prestazione riferito ai parametri prefissati in preventivo.

ART. 26.

(Finanziamento del servizio sanitario nazionale).

Il finanziamento del servizio sanitario nazionale è annualmente determinato con incrementi del « fondo comune » di cui all'articolo 8 della legge 18 maggio 1970, n. 281, e del « fondo per il finanziamento dei programmi regionali di sviluppo » di cui all'articolo 9 della legge medesima. Tali incrementi devono risultare stanziati in distinti capitoli, rispettivamente della parte corrente e della parte in conto capitale del bilancio dello Stato.

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

All'inizio di ciascun trimestre, il Ministro del tesoro ed il Ministro del bi-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

lancio e della programmazione economica, ciascuno per la parte di sua competenza, trasferiscono alle regioni le quote loro assegnate ai sensi del precedente comma.

Le regioni, sulla base di parametri numericamente da determinarsi con legge regionale e intesi ad unificare il livello delle prestazioni sanitarie, provvedono a ripartire tra le unità socio-sanitarie locali e i servizi sanitari regionali la quota del fondo comune destinata al finanziamento del servizio sanitario nazionale loro assegnata. Per il riparto della quota loro assegnata del fondo per il finanziamento dei programmi regionali di sviluppo destinata al finanziamento del servizio sanitario nazionale, le regioni provvedono sulla base delle indicazioni formulate dal piano sanitario regionale.

Prima di procedere ai riparti di cui al precedente comma, le regioni provvedono ad accantonare le somme destinate a fronteggiare gli oneri del personale di ruolo e di quello convenzionato dal servizio sanitario nazionale che debbono risultare tutti a diretto carico della regione.

Con provvedimento del presidente della giunta regionale, all'inizio di ciascun trimestre, è trasferita alle unità socio-sanitarie locali la quota ad esse spettante ai sensi del quarto comma del presente articolo.

TITOLO SECONDO

ATTUAZIONE
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

CAPO I

PROVVEDIMENTI GOVERNATIVI

ART. 27.

(Costituzione del Consiglio sanitario nazionale).

Entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, è costituito il Consiglio sanitario nazionale, il quale deve essere sentito nei procedimenti amministrativi concernenti la riforma sanitaria ed espletare altresì le attribuzioni demandategli dalla presente legge.

ART. 28.

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

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

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

Con il medesimo decreto sono nominati, su designazione del Consiglio sanitario nazionale, i commissari liquidatori degli enti a carattere nazionale ed interregionale e delle federazioni nazionali degli enti che erogano l'assistenza ai lavoratori autonomi e vengono stabilite le modalità per la liquidazione di tutti gli enti e casse anche aventi carattere locale.

L'estinzione delle casse mutue di Trento e Bolzano sarà dichiarata entro lo stesso termine con decreto dei presidenti delle giunte provinciali di Trento e Bolzano che recheranno del pari la nomina del commissario liquidatore.

Con decreto di cui al primo comma del presente articolo le gestioni dei servizi di assistenza sanitaria degli enti di previdenza sociale saranno rese autonome, in vista del loro trasferimento alle regioni, ai sensi dei successivi articoli 36 e 40.

Il medesimo decreto indica le nuove modalità delle predette gestioni e reca la nomina di un commissario ai servizi sanitari.

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

Ai commissari previsti dal presente articolo sono conferiti tutti i poteri degli organi di amministrazione degli enti soppressi o degli enti ai quali le gestioni rese autonome appartenevano.

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

Per le gestioni rese autonome le funzioni di controllo sono esercitate dal col-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

legio dei sindaci dell'ente presso il quale la gestione era costituita.

Con decreto del Presidente della Repubblica, da emanarsi entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale di concerto con il Ministro del tesoro, le gestioni residue degli enti previdenziali saranno trasferite, tenuto conto delle affinità dei compiti istituzionali, o all'Istituto nazionale della previdenza sociale o all'Amministrazione dello Stato che potrà, con regolamento, decentrarle.

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

ART. 29.

(Disciplina delle prestazioni sanitarie — Stipulazione di un accordo nazionale unico con i medici).

A partire dal trentesimo giorno successivo a quello di entrata in vigore della presente legge il Ministro della sanità, con apposito decreto, disciplina in modo uniforme le prestazioni sanitarie da erogare nell'ambito del servizio sanitario nazionale.

Alla data di entrata in vigore della presente legge i Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro promuovono in attuazione dei principi indicati nell'articolo 23 in quanto applicabili, la stipula di un accordo nazionale unico tra le rappresentanze dei sanitari convenzionati con le regioni. Alla medesima data le convenzioni attualmente in corso si considerano scadute e di diritto prorogate fino alla conclusione dell'accordo unico.

CAPO II

PROVEDIMENTI REGIONALI

ART. 30.

(Costituzione del consiglio sanitario regionale).

Entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge le regioni istituiscono il consiglio sanitario regionale il

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

quale deve essere sentito nei procedimenti amministrativi di attuazione della riforma sanitaria previsti dai successivi articoli.

ART. 31.

(Costituzione delle unità socio-sanitarie locali).

Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge le regioni emanano una legge organica con la quale, sulla base delle indicazioni contenute nel piano sanitario regionale, vengono individuati gli ambiti territoriali delle unità socio-sanitarie locali e delle loro articolazioni periferiche ed i servizi sanitari indicati nell'articolo 14, nonché la legge con la quale sulla base dei principi indicati negli articoli 11, 12, 13 e 14 della presente legge vengono disciplinati i compiti, la struttura, la gestione, l'organizzazione, l'articolazione, il funzionamento delle unità socio-sanitarie locali e degli altri servizi sanitari regionali.

Con la medesima legge sono trasferiti al patrimonio regionale i beni mobili ed immobili destinati ai servizi di prevenzione, di cura, di riabilitazione e medico-legali appartenenti ai comuni, alle province, ai consorzi tra tali enti, nonché il personale dipendente dai medesimi che sia addetto ai servizi trasferiti, in modo continuativo.

Con decreto del presidente della giunta regionale, da emanarsi entro un mese dall'entrata in vigore della legge regionale di cui al comma precedente, sono costituite le unità socio-sanitarie locali le quali organizzano i propri servizi e svolgono le funzioni indicate nella presente legge. Con il medesimo decreto i beni trasferiti al patrimonio regionale sono destinati ai servizi sanitari regionali o assegnati in uso alle unità socio-sanitarie locali, secondo le modalità stabilite con legge regionale.

ART. 32.

(Trasferimento diretto dei presidi sanitari, dei loro beni e del personale).

Gli enti ospedalieri e gli altri ospedali pubblici, ancorché non riconosciuti o costituiti in enti ospedalieri, gli ospedali psichiatrici e gli altri istituti di prevenzione e cura dipendenti dalle province, dai comuni e loro consorzi, i presidi sanitari extra ospedalieri, i laboratori provinciali di igiene e profilassi, sono trasferiti alle regioni e, salvo quanto previsto dal prece-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

dente articolo 12, sono gestiti dalle unità socio-sanitarie locali.

I predetti ospedali ed istituti perdono, ove l'abbiano, la personalità giuridica.

I beni mobili ed immobili ed i rapporti attivi e passivi di tutti gli enti ed istituti predetti compresi i beni degli ospedali psichiatrici mobili ed immobili destinati istituzionalmente all'assistenza sanitaria, sono trasferiti al patrimonio regionale.

Gli immobili e le attrezzature necessarie per l'erogazione dell'assistenza sanitaria da parte delle unità socio-sanitarie locali sono di diritto assegnati in uso alle unità socio-sanitarie locali.

Le farmacie ed i dispensari farmaceutici comunali sono trasferiti al patrimonio della regione e sono gestiti dalle unità socio-sanitarie locali.

Il personale in servizio alla data dell'approvazione della presente legge nonché quello assunto successivamente a seguito dell'espletamento dei concorsi banditi alla stessa data dagli enti ed istituti e presidi sanitari indicati nel primo comma del presente articolo nonché quello dipendente dalle province ed addetto al servizio di assistenza psichiatrica ed ai laboratori provinciali di igiene e profilassi, qualunque funzione e mansione svolga, è trasferito nei ruoli regionali.

ART. 33.

(Trasferimento dei restanti presidi sanitari, dei loro beni e del personale).

Con decreto del Ministro della sanità o con decreto del presidente della giunta regionale rispettivamente per gli enti ed istituti pubblici a carattere nazionale o interregionale e per gli enti ed istituti pubblici a carattere locale, da emanarsi entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, sarà attuato, previa — ove occorra — la soppressione della personalità giuridica degli enti, il trasferimento alle regioni dei presidi sanitari ancora non trasferiti indicati nel precedente articolo nonché dagli altri organismi erogatori di servizi di prevenzione, cura e riabilitazione e medico-legali, compresi gli ospedali e i servizi medico-legali militari e i servizi sanitari delle carceri, dei luoghi di pena e delle case di riabilitazione dei delinquenti minori dei quali la presente legge non preveda l'inserimento diretto, ovvero attraverso convenzioni, nel servizio sanitario nazionale.

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

Con i decreti di cui al precedente comma sarà pure attuato il trasferimento dei beni, dei rapporti e del personale dei predetti enti, organismi ed istituti, che avverrà secondo le norme previste dagli articoli 22, 36 e 40 della presente legge; detto trasferimento avrà effetto dalla costituzione delle unità socio-sanitarie locali a norma del precedente articolo 31.

Alla spesa derivante dall'applicazione del presente articolo e di quello precedente si provvede a carico dello stanziamento di parte corrente destinato al finanziamento del servizio sanitario nazionale.

ART. 34.

*(Trasferimento
dell'assistenza specialistica).*

Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge è trasferita alle regioni, l'assistenza medico-specialistica gestita dagli enti mutualistici estinti ai sensi del precedente articolo 28. Entro lo stesso termine sono trasferiti alle regioni di appartenenza i poliambulatori gestiti dai soppressi enti mutualistici con tutto il personale sanitario addetto nonché con quella parte del personale amministrativo in atto adibito all'assistenza specialistica.

Le regioni subentrano nei rapporti convenzionali intercorrenti fra gli enti soppressi e i professionisti titolari delle convenzioni.

ART. 35.

*(Trasferimento
dell'assistenza medico-generica).*

Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge è approvato, con decreto del Presidente della Repubblica previa delibera del Consiglio dei ministri su proposta dei Ministri del lavoro e della previdenza sociale, della sanità e del tesoro, il piano per il trasferimento alle regioni dell'assistenza medico-generica il quale dovrà disciplinare in tutti gli aspetti l'erogazione di tale assistenza con particolare riguardo, tra l'altro, al rapporto ottimale tra medici e assistiti, all'elenco unico dei sanitari interessati, al massimale unico, al modulario unificato.

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

Entro 1 anno dall'entrata in vigore della presente legge la gestione dell'assistenza medico-generica, è affidata alle regioni, le quali provvedono a stipulare convenzioni con i sanitari liberi professionisti in conformità agli accordi nazionali di cui ai precedenti articoli 23 e 29.

Fino alla completa attuazione di quanto previsto dal precedente comma, l'assistenza medico-generica continuerà ad essere gestita in via straordinaria dagli enti mutualistici in liquidazione sotto il controllo del Consiglio sanitario nazionale e degli organismi di cui all'articolo 7, da esso dipendenti.

ART. 36.

(Liquidazione degli enti mutualistici e trasferimento dei beni e dell'assistenza medica e farmaceutica).

Alla scadenza dell'anno di entrata in vigore della presente legge i beni immobili e mobili destinati prevalentemente ai servizi sanitari appartenenti agli enti, casse mutue e gestioni soppresse, sono trasferiti al patrimonio della regione in cui sono ubicati, con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con quelli del tesoro e della sanità, da emanarsi almeno tre mesi prima della scadenza del termine sopra indicato.

Con successivo decreto del presidente della giunta regionale, da emanarsi entro un mese dalla pubblicazione del predetto decreto interministeriale, i medesimi beni sono destinati ai servizi sanitari regionali o assegnati alle unità socio-sanitarie locali, secondo le modalità stabilite nello stesso decreto.

Alle operazioni di trasferimento di cui al primo comma provvedono i commissari di cui all'articolo 28.

I rimanenti beni sono realizzati dalla gestione di liquidazione ai sensi del successivo articolo 41.

A decorrere dalla data indicata al primo comma, le unità socio-sanitarie locali erogano l'assistenza sanitaria a tutti coloro che ne abbiano diritto secondo le norme vigenti.

Gli oneri relativi graveranno sullo stanziamento di cui al primo comma dell'articolo 26.

ART. 37.

(Soppressione dell'Ente nazionale prevenzione infortuni e dell'Associazione nazionale controllo combustione).

Con decreto del Presidente della Repubblica, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge sono soppressi l'ENPI e l'ANCC, e sono nominati i relativi commissari liquidatori su designazione del Consiglio sanitario nazionale.

Le funzioni svolte da tali enti, ad eccezione di quelle indicate nel quinto comma del presente articolo, sono trasferite, a partire da un anno dall'entrata in vigore della presente legge, alle regioni che di norma le delegano alle unità socio-sanitarie locali.

Alle unità socio-sanitarie locali sono altresì attribuiti i compiti attualmente svolti dall'Ispettorato del lavoro in materia di prevenzione, igiene industriale e controllo sullo stato di salute dei lavoratori.

Il trasferimento dei beni e del personale è regolato dagli articoli 22, 36 e 40 in quanto compatibili.

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge il Governo della Repubblica è delegato ad emanare, su proposta del Ministero della sanità, di concerto con quelli del lavoro e del tesoro, sentita una commissione parlamentare di dieci senatori e dieci deputati nominati rispettivamente dal Presidente del Senato e della Camera, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per ristrutturare, affidandoli all'Istituto superiore della sanità, i seguenti servizi non decentrabili già svolti dai predetti istituti:

a) raccolta, elaborazione e diffusione dei dati provenienti dalle unità socio-sanitarie locali ai fini della determinazione di un quadro informativo che serva di base per le decisioni sulla politica prevenzionale;

b) raccolta della documentazione nazionale ed internazionale attinente ai problemi prevenzionali — sia a livello di ricerca che applicativo — ed elaborazione e diffusione informativa agli ambienti interessati;

c) elaborazione di studi per l'aggiornamento della normativa prevenzionale primaria;

d) elaborazione, ai fini dell'omologazione di macchine, apparecchi, impianti ed

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

attrezzature, dei criteri e dei livelli di sicurezza a determinazione delle relative metodiche di controllo e di analisi;

e) omologazione di macchine, apparecchi, impianti ed attrezzature pericolosi prodotti in serie;

f) definizione dei limiti di concentrazione dei fattori chimici e fisici suscettibili di essere causa di danno e di nocività e determinazione di metodiche, di strumentazioni e di criteri di valutazione standardizzata;

g) collegamento con le analoghe istituzioni estere e collaborazione per la stipula di accordi internazionali in materia di prevenzione;

h) formazione ed aggiornamento degli operatori della prevenzione;

i) organizzazione di convegni e dibattiti a carattere nazionale;

l) assistenza alle unità socio-sanitarie locali ed alle regioni nei casi di temporanea carenza di competenze e strumentazioni specialistiche di indagine prevenzionale.

ART. 38.

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

Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta dei ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, dell'interno, dei trasporti e del tesoro, da emanarsi alla scadenza del biennio dell'entrata in vigore della presente legge, i servizi sanitari dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, dell'Istituto nazionale della previdenza sociale e delle Amministrazioni, anche autonome dello Stato, saranno trasferiti alle regioni insieme ai beni ed attrezzature destinati ai servizi sanitari ed a contingenti di personale individuati nei dipendenti addetti all'erogazione dei servizi.

Al trasferimento dei beni e del personale si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni degli articoli 32, 33 e 40 della presente legge.

Con l'entrata in funzione delle unità socio-sanitarie locali. l'accertamento del

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

grado di incapacità temporanea al lavoro e di invalidità permanente congenita o acquisita, da qualunque causa determinata, viene effettuato da un apposito servizio medico-legale operante presso ciascuna unità socio-sanitaria locale.

L'accertamento della incapacità temporanea sarà effettuato da medici ispettivi; mentre l'accertamento dell'invalidità permanente sarà effettuato da una commissione composta da medici esperti in materia e opererà presso ciascuna unità socio-sanitaria locale.

Detta commissione di accertamento medico-legale potrà comandare alcuni suoi componenti per la necessaria consulenza tecnica nella valutazione della capacità di guadagno presso i comitati provinciali dell'INPS che lo richiedessero.

Il risultato degli accertamenti sanitari, fatto salvo il segreto professionale sulla natura della malattia o infermità, sarà rimesso alle amministrazioni ed agli istituti competenti all'erogazione delle prestazioni economiche per i rispettivi adempimenti, ferme restando le discipline vigenti per quanto attiene l'accertamento del diritto alle prestazioni ed il relativo contenzioso.

Avverso i giudizi sullo stato di incapacità temporanea al lavoro o invalidità permanente, potrà essere proposto ricorso ad una commissione di appello regionale composta di medici legali e del lavoro operanti presso un ospedale polispecialistico; detta commissione vigilerà sull'applicazione del codice di comportamento di cui all'articolo 23 della presente legge.

Per l'espletamento dell'attività medico-legale potrà essere richiesta la collaborazione dei servizi specialistici delle unità socio-sanitarie locali e le prestazioni dell'ospedale polispecialistico ivi comprese quelle da effettuarsi in ricovero.

Dovrà essere previsto un costante coordinamento dell'attività medico-legale con le attività di medicina preventiva, riabilitativa e di statistica sanitaria.

ART. 39.

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

Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, da emanarsi entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, sarà attuato il

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

trasferimento alle regioni dei servizi di assistenza sanitaria svolti dall'Associazione della Croce rossa italiana e non connessi direttamente alle sue originarie finalità nonché dei beni mobili ed immobili destinati ai predetti servizi e del personale, previa individuazione del relativo contingente, ad essi adibito.

Si applicano al trasferimento dei beni e del personale le disposizioni degli articoli 33, 36 e 40 in quanto applicabili.

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, il Governo della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della difesa, sentita una commissione parlamentare formata da dieci senatori e dieci deputati nominati rispettivamente dal Presidente del Senato e dal Presidente della Camera dei deputati, è delegato ad emanare uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per il riordinamento dell'Associazione della Croce rossa italiana - CRI - con l'osservanza dei seguenti criteri:

1) l'organizzazione della Croce rossa italiana (CRI) dovrà essere ristrutturata in conformità del principio volontaristico dell'Associazione;

2) i compiti dell'Associazione dovranno essere rideterminati in relazione alle finalità dello statuto dell'Associazione e degli adempimenti commessi dalle vigenti convenzioni internazionali e dagli organi della Croce rossa internazionale alle società di Croce rossa nazionale;

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

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

ART. 40.

*(Norme per il trasferimento
del personale).*

Con effetto dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni, per l'assolvimento dei compiti comunque connessi al servizio sanitario, sono tenute ad utilizzare esclusivamente personale prove-

niente dalle amministrazioni od enti per i quali è prevista l'estensione o il trasferimento di determinate attribuzioni al servizio sanitario.

Entro 90 giorni dalla stessa data, le regioni, su conforme parere del Consiglio sanitario nazionale, previa classificazione delle unità socio-sanitarie locali in base al numero degli utenti, alla struttura e all'articolazione anche territoriale dei servizi, determineranno la consistenza organica delle varie categorie di personale in funzione degli adempimenti facenti capo ad ogni servizio dell'unità.

Entro 30 giorni dai provvedimenti di cui al precedente comma, il Ministro della sanità, di concerto con quello per il lavoro e la previdenza sociale e sentiti gli enti interessati, stabilirà i contingenti numerici, distinti per qualifica del personale da assegnare alle singole regioni a copertura degli organici delle unità socio-sanitarie locali. I contingenti sono fissati tenendo conto del numero degli utenti e dei dipendenti di ogni ente.

Il personale che allo scadere dell'anno anzidetto non trovasi nella posizione di comandato è trasferito nel ruolo unico previsto dall'articolo 6, lettera b), della legge 22 luglio 1975, n. 382, nella posizione giuridica e funzionale che risulterà corrispondente a quella ricoperta all'atto del trasferimento secondo le tabelle di cui al precedente comma.

Al personale trasferito nei ruoli anzidetti è attribuito un trattamento economico complessivo non inferiore a quello a qualsiasi titolo in godimento presso le amministrazioni o gli enti di provenienza.

Con decreto del Presidente della Repubblica, previa delibera del Consiglio dei ministri, su proposta dei Ministri del lavoro e la previdenza sociale, del tesoro e della sanità, da emanarsi entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sarà disciplinato — sentite le organizzazioni sindacali dei lavoratori maggiormente rappresentative sul piano nazionale — il trattamento di quiescenza e di previdenza del personale delle amministrazioni ed enti soppressi in virtù della presente legge, attraverso la costituzione presso l'Istituto nazionale della previdenza sociale di un unico fondo, con il riconoscimento della possibilità di opzione tra il trattamento previsto presso gli enti ove il personale medesimo sarà trasferito — con conseguente diritto alla liquidazione del trattamento ma-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

turato nell'ente di provenienza - e quello assicurato dall'anzidetto fondo, che in ogni caso non potrà essere meno favorevole di quello previsto dagli attuali regolamenti. L'erogazione del trattamento anzidetto a favore del personale cessato dal servizio prima della liquidazione degli enti sarà assicurata mediante contribuzione il cui onere verrà ripartito tra le regioni e le altre pubbliche amministrazioni in proporzione al valore dei beni patrimoniali dei disciolti enti a ciascuna di esse assegnati.

Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, sentite le organizzazioni sindacali dei lavoratori maggiormente rappresentative sul piano nazionale, sono stabiliti i contingenti numerici di personale da assegnare all'INPS per i servizi di riscossione dei contributi, erogazione delle prestazioni economiche e trattamenti pensionistici sostitutivi e integrativi dell'assicurazione generale obbligatoria. Tali contingenti sono fissati per ognuno degli enti in base al fabbisogno di personale già previsto per i predetti servizi.

All'atto dell'effettivo trasferimento alle regioni, agli enti ed amministrazioni di cui al precedente comma dei servizi già gestiti dagli enti estinti, i commissari liquidatori disporranno il comando del personale come sopra determinato, in base ai criteri di massima all'uopo prestabiliti - sentiti gli enti, le regione e le organizzazioni sindacali - con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, da emanarsi entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Il personale che non trovi collocazione nei contingenti di cui ai precedenti commi può essere assegnato in posizione di comando ad altre pubbliche amministrazioni, in relazione alle vacanze di organico che si verificano entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge. A tal fine la copertura dei corrispondenti posti disponibili è soggetta a preventiva autorizzazione da parte della Presidenza del Consiglio dei ministri.

Allo scadere del termine di un anno dalla entrata in vigore della presente legge, tutto il personale comandato presso le regioni, gli enti pubblici e le amministrazioni statali ai sensi ai precedenti commi, è trasferito alle amministrazioni pubbliche in cui presta servizio nella posizione giuridica e funzionale che risulterà corrispon-

dente a quella ricoperta nell'ente di provenienza secondo tabelle di equiparazione stabilite, sentite le organizzazioni sindacali dei lavoratori maggiormente rappresentative sul piano nazionale, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri.

ART. 41.

(Ripiano delle passività degli enti soppressi).

Alla liquidazione degli enti pubblici soppressi a norma della presente legge, dopo che sia avvenuto il trasferimento dei beni e del personale, ai sensi dei precedenti articoli, si provvede con le modalità di cui alla legge 4 dicembre 1956, n. 1404.

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

ART. 42.

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

Fino alla liquidazione degli enti mutualistici e delle gestioni autonome indicati nell'articolo 28 la riscossione dei contributi sociali di malattia avviene a cura degli enti stessi ovvero degli enti previdenziali le cui gestioni di malattia sono soppresse.

Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge è approvato, con decreto del Presidente della Repubblica previa delibera del Consiglio dei ministri su proposta dei Ministri del lavoro e della previdenza sociale, della sanità e del tesoro, il piano per il trasferimento all'Istituto nazionale della previdenza sociale della riscossione unificata dei contributi sociale di malattia. Nel piano dovranno essere previste, in conformità alle norme di cui al precedente articolo 40, anche le condizioni e modalità di trasferimento all'Istituto nazionale della previdenza sociale del personale degli enti mu-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

tualistici estinti già addetto ai servizi di vigilanza e riscossione dei contributi di malattia.

A decorrere dal primo giorno del mese successivo alla scadenza dell'anno di entrata in vigore della presente legge e fino alla fiscalizzazione degli oneri sociali, la riscossione sarà effettuata dall'Istituto nazionale della previdenza sociale che terrà contabilità separate per ciascuno degli enti o gestioni soppressi.

Con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale di concerto con quello del tesoro e della sanità, da emanarsi entro trenta giorni dal termine di cui al terzo comma del presente articolo, il personale di cui al secondo comma è definitivamente trasferito all'Istituto nazionale della previdenza sociale.

ART. 43.

(Finanziamento del servizio fino alla completa fiscalizzazione degli oneri sociali).

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

1) i contributi di cui al precedente articolo 42;

2) il consolidamento annuale delle somme destinate all'assistenza sanitaria iscritte nello stato di previsione di spesa dei ministeri e degli enti pubblici per l'anno 1974 o per gli anni successivi ove lo stanziamento sia d'importo superiore;

3) gli avanzi annuali della gestione dell'assicurazione contro la tubercolosi, gestita dall'Istituto nazionale della previdenza sociale;

4) le disponibilità finanziarie degli enti ospedalieri derivanti da redditi propri o da avanzi relativi ad esercizi pregressi;

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

6) i contributi derivanti dalla maggiorazione di quote associative dovute per l'unificazione dei livelli assistenziali di cui

all'articolo 29 e quelli derivanti da una addizionale sul reddito delle persone fisiche non coperte da assicurazione obbligatoria, a partire dalla data di piena attuazione del Servizio sanitario nazionale prevista dall'articolo 50;

7) l'aliquota relativa alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione rimosse per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali;

8) i proventi dei servizi trasferiti al Servizio sanitario nazionale per i quali sia previsto un onere a carico dei fruitori;

9) i proventi degli addetti alle aziende, al costo di gestione, dei servizi aziendali di medicina del lavoro;

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

11) dall'apporto degli enti locali corrispondente all'ammontare delle competenze relative al personale assegnato alle regioni, quale risulta all'atto del trasferimento dei servizi sanitari già da essi gestiti;

12) dall'apporto integrativo dello Stato da determinarsi annualmente con la legge di approvazione del bilancio in misura non superiore a cento miliardi di lire.

Le somme relative ai cespiti indicati nei punti 1, 3, 4, 6 e 11 del precedente comma per il finanziamento del servizio sanitario nazionale sono trimestralmente versate dagli enti e amministrazioni competenti su apposito conto corrente infruttifero aperto presso la Tesoreria centrale dello Stato. L'ammontare a conguaglio è accertato annualmente con decreto del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del lavoro e previdenza sociale e del tesoro. Per detti cespiti si applica l'articolo 15 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito nella legge 17 agosto 1974, n. 386, ed i relativi proventi sono versati al medesimo conto corrente.

Con effetto dalla data indicata al primo comma è abrogato l'articolo 14 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito nella legge 17 agosto 1974, n. 386, salvo il disposto dell'ultimo comma dello stesso articolo.

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

Fino alla data indicata nel primo comma al finanziamento del servizio sanitario nazionale si provvede con stanziamenti su appositi capitoli iscritti per la parte corrente e per quella in conto capitale nello stato di previsione del Ministro della sanità, in correlazione ai mezzi finanziari di cui ai commi precedenti.

Ai fini dell'erogazione alle regioni delle somme ripartite ai sensi del comma successivo, con decreti del Ministro del tesoro gli stanziamenti di cui al precedente comma sono trasferiti ad incremento del fondo comune di cui all'articolo 8 della legge 16 maggio 1970, n. 281, e del fondo per il finanziamento dei programmi regionali di sviluppo di cui all'articolo 9 della legge medesima, su appositi distinti capitoli dello stato di previsione del Ministero del tesoro e di quello del Ministero del bilancio e della programmazione economica.

Le somme stanziare vengono ripartite con delibera del CIPE fra tutte le regioni, anche a statuto speciale, sulla base di parametri distintamente definiti per la spesa corrente e per la spesa in conto capitale, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale. Tali parametri devono tendere a garantire livelli assistenziali uniformi su tutto il territorio nazionale eliminando progressivamente le differenze esistenti fra le regioni.

All'inizio di ciascun trimestre, il Ministro del tesoro ed il Ministro del bilancio e della programmazione economica, ciascuno per la parte di sua competenza, trasferiscono alle regioni le somme a queste assegnate.

Si applicano gli ultimi tre commi dell'articolo 26.

ART. 44.

(Delega per il riordinamento ed il finanziamento delle prestazioni economiche temporanee).

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, il Governo della Repubblica, su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale di concerto con il Ministro del tesoro, è delegato, sentita una commissione parlamentare composta da dieci senatori e dieci deputati nominati rispettivamente dal Presidente del Senato e dal Presidente della Camera dei deputati, ad emanare uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare per gli enti per i quali si è prov-

veduto alla soppressione delle gestioni previdenziali ai sensi del precedente articolo 28:

a) la determinazione della quota parte dei contributi di assicurazione obbligatoria contro le malattie e di quelli per la tutela delle lavoratrici madri, da destinare alla copertura dell'onere derivante dalla erogazione delle prestazioni economiche di cui al successivo punto b), prevedendo, altresì, un congegno di adeguamento periodico della quota di tali contributi al fine di assicurare l'equilibrio delle gestioni e uniformando a base retributiva imponibile secondo la disposizione dell'articolo 12 della legge 30 aprile 1969, n. 153;

b) l'attribuzione all'Istituto nazionale della previdenza sociale della gestione della erogazione delle prestazioni economiche dovute in caso di malattia o per morte, nonché di quelle per maternità attualmente corrisposte ai lavoratori a carico delle gestioni di assicurazione obbligatoria contro le malattie;

c) l'accertamento, la vigilanza e il contenzioso nella materia contributiva prevista nel presente articolo, nonché in materia di prestazioni economiche temporanee di malattia e di maternità. Tali norme, sulla base delle disposizioni vigenti sull'assicurazione per l'invalidità, la vecchiaia e i superstiti, devono essere dirette a prevedere una disciplina unitaria;

d) la corresponsione delle prestazioni economiche temporanee anche mediante anticipo dei relativi importi, nei limiti dei contributi dovuti, da parte dei datori di lavoro da conguagliare con i contributi dovuti all'Istituto nazionale della previdenza sociale;

e) il trasferimento all'Istituto nazionale della previdenza sociale del personale degli enti per l'assicurazione contro le malattie addetto ai servizi di erogazione delle prestazioni economiche anche mediante l'eventuale istituzione di ruoli separati o ad esaurimento, garantendo le posizioni di carriera ed i diritti acquisiti sia da tale personale sia dal personale dell'Istituto nazionale della previdenza sociale. In attesa della emanazione del relativo decreto, l'Istituto nazionale della previdenza sociale può richiedere agli enti per l'assicurazione contro le malattie il temporaneo distacco del personale strettamente indispensabile al

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

primo avviamento delle operazioni riguardanti l'attuazione dei compiti di cui al presente articolo.

ART. 45.

(Delega per il riordinamento delle norme in materia di prevenzione degli infortuni sul lavoro e di igiene del lavoro).

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, il Governo della Repubblica, su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con il Ministro della sanità, è delegato, sentita una commissione parlamentare composta da dieci senatori e dieci deputati nominati rispettivamente del Presidente del Senato e dal Presidente della Camera dei deputati, ad emanare uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria, contenenti norme generali in materia di prevenzione degli infortuni sul lavoro e di igiene del lavoro applicabili a tutti i settori dell'attività lavorativa da chiunque esercitata e ai quali siano addetti lavoratori dipendenti e lavoratori autonomi secondo i seguenti criteri:

1) dovranno essere stabiliti i mezzi, i metodi e in genere le condizioni e le cautele atte a prevenire gli infortuni e le tecnopatie, particolarmente per quanto concerne: le condizioni di lavoro e la relativa organizzazione; l'ambiente di lavoro; il divieto di costruire, di mettere in commercio, di cedere a qualsiasi titolo ovvero utilizzare impianti, macchine, apparecchi, utensili, sostanze e materie che possano determinare rischi per coloro che li usano, i mezzi protettivi individuali; i requisiti di idoneità fisica e di età per determinate attività pericolose; le massime concentrazioni ammissibili per gli agenti fisici e chimici nocivi all'ambiente di lavoro. Inoltre si terrà conto delle prescrizioni e delle indicazioni contenute, rispettivamente, in strumenti giuridici internazionali e comunitari ovvero in documenti adottati da organismi internazionali riconosciuti;

2) dovranno essere stabiliti i criteri e le modalità per l'omologazione dei mezzi di lavoro ritenuti pericolosi, nonché gli organismi autorizzati all'effettuazione dei relativi controlli;

3) dovrà essere prevista la facoltà regolamentare su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale di con-

certo con il Ministro della sanità per stabilire normative secondarie correlative a quei settori di attività ovvero a quelle singole lavorazioni per le quali sussistono rischi peculiari che richiedono prescrizioni specifiche, fermi restando i criteri ed i principi fissati con la presente legge;

4) per la violazione delle norme generali e secondarie potranno essere stabilite la pena dell'arresto fino a tre mesi ovvero dell'ammenda non superiore a lire 10 milioni, nonché la confisca dei mezzi di lavoro che risultino non conformi alle disposizioni sulla omologazione.

ART. 46.

(Delega per la disciplina della produzione, registrazione, determinazione dei prezzi e informazione scientifica dei farmaci).

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, il Governo della Repubblica è delegato ad emanare, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri dell'industria, commercio e artigianato e delle partecipazioni statali, sentita una Commissione parlamentare formata da dieci senatori e dieci deputati nominati rispettivamente dal Presidente del Senato e dal Presidente della Camera dei deputati, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria, per disciplinare la sperimentazione, la ricerca, la produzione, la registrazione, la determinazione dei prezzi, l'informazione scientifica e la pubblicità dei farmaci con l'osservanza dei seguenti criteri direttivi:

a) sarà disciplinata la sperimentazione clinica dei farmaci, preliminarmente giudicati non pericolosi dall'Istituto superiore di Sanità, la quale potrà essere condotta esclusivamente su soggetti dei quali sia stato validamente acquisito il consenso;

b) la produzione dei farmaci dovrà essere indirizzata secondo un programma organico di ricerca finalizzata, che dovrà essere svolta esclusivamente in laboratori riconosciuti idonei e periodicamente controllati dal Ministero della sanità, ed alla cui attuazione concorreranno le imprese pubbliche e private operanti nel settore. La partecipazione pubblica, da realizzarsi attraverso la costituzione di un'impresa finanziaria pubblica, dovrà garantire:

1) la produzione dei farmaci fondamentali:

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI -- DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

2) un adeguato livello di ricerca pura e applicata, orientata ai fini sociali;

3) l'equilibrio ed il contenimento dei prezzi per finalità di economia e di paragone per l'intero settore;

c) dovrà essere prevista, anche in conseguenza della normativa della comunità economica europea, la revisione della normativa concernente la registrazione dei farmaci, nonché il riesame di tutte le autorizzazioni alla produzione dei farmaci stessi, finora rilasciati, al fine di contenere entro limiti giustificati dalle reali esigenze terapeutiche, il numero dei medicinali e allo scopo di assicurare l'uguaglianza dei prezzi dei prodotti simili, nonché un costante ed equo rapporto tra costi e prezzi;

d) dovrà essere determinata una nuova procedura per la determinazione e la revisione dei prezzi dei medicinali che tenga conto dei soli costi effettivi ed essenziali, con esclusione dei maggiori costi riguardanti le confezioni, la pubblicità e gli altri mezzi promozionali;

e) anche al fine di concorrere alla eliminazione di ogni abuso nell'impiego di farmaci dovrà essere prevista una nuova disciplina rigorosamente limitativa della pubblicità e di ogni altro tipo di propaganda per la vendita dei farmaci con regolamentazione dell'attività degli informatori scientifici e con l'istituzione di adeguati mezzi pubblici di informazione biomedica e farmacologica ad uso degli operatori sanitari;

f) il servizio di informazione scientifica sui farmaci, da consentire solo alle imprese titolari delle registrazioni oggetto dell'informazione e alle strutture del servizio sanitario nazionale cui compete la tutela della salute pubblica, dovrà essere posto sotto il controllo del Ministero della sanità che provvederà a garantire nel merito adeguata normativa e dovrà essere finalizzato anche ad iniziative di educazione sanitaria.

ART. 47.

*(Riordinamento del
Ministero della sanità).*

Con uno o più decreti aventi forza di legge il Governo della Repubblica procederà al riordinamento dei servizi centrali

e periferici del Ministero della sanità, adeguandoli anche alle esigenze derivanti dalla istituzione del servizio sanitario nazionale, con i criteri ed entro il termine di diciotto mesi previsti dalla legge di delega sul riordinamento delle attribuzioni e dei servizi dei ministeri e degli uffici periferici dipendenti.

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

ART. 48.

(Delega per la ristrutturazione del Consiglio superiore della sanità).

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, il Governo della Repubblica su proposta del Ministro della sanità, è delegato, sentita una commissione parlamentare composta di dieci senatori e dieci deputati nominati, rispettivamente, dal Presidente del Senato e dal Presidente della Camera dei deputati, ad emanare un decreto avente valore di legge ordinaria per la ristrutturazione del Consiglio superiore di sanità con l'osservanza dei seguenti criteri:

1) le attribuzioni del consiglio saranno rideterminate con riferimento esclusivo alla natura di organo consultivo tecnico del Ministro della sanità e in funzione dei compiti assunti dal Ministero nell'ambito del servizio sanitario nazionale;

2) i componenti saranno scelti in relazione alle loro competenze tecnico-scientifiche e verranno nominati con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità sentito il consiglio sanitario nazionale.

ART. 49.

(Regioni a statuto speciale).

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

Al trasferimento delle funzioni, degli uffici, del personale e dei beni alle regioni Friuli-Venezia Giulia, Sardegna, Sicilia, Trentino-Alto Adige, nonché alle province

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

autonome di Trento e Bolzano si provvederà con le procedure previste dai rispettivi statuti.

ART. 50.

(Piena attuazione del servizio sanitario nazionale).

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

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

ART. 51.

(Entrata in vigore).

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