

CAMERA DEI DEPUTATI ^{N. 3207} —

DISEGNO DI LEGGE

PRESENTATO DAL MINISTRO DELLA SANITÀ
(COLOMBO VITTORINO)

DI CONCERTO COL MINISTRO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE
(BERTOLDI)

COL MINISTRO DELL'INTERNO
(TAVIANI)

COL MINISTRO DI GRAZIA E GIUSTIZIA
(ZAGARI)

COL MINISTRO DEL TESORO
(COLOMBO EMILIO)

COL MINISTRO DEL BILANCIO
E DELLA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA
(GIOLITTI)

COL MINISTRO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE
(MALFATTI)

COL MINISTRO DELL'INDUSTRIA, DEL COMMERCIO E DELL'ARTIGIANATO
(DE MITA)

E COL MINISTRO INCARICATO
DEL COORDINAMENTO DELL'ATTUAZIONE DELLE REGIONI
(TOROS)

Istituzione del Servizio sanitario nazionale

Seduta del 12 agosto 1974

ONOREVOLI COLLEGHI! — La Costituzione della Repubblica, a venticinque anni dalla sua promulgazione, trova nel momento presente occasione di ulteriore attuazione.

L'impegno a promuovere il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del paese (articolo 3) risulta più incisivo nella sua proposizione programmatica e trova un diverso risalto, anche perché finalmente collegato alla tutela della salute, come diritto del cittadino e interesse della collettività (articolo 32), alla particolare tutela e protezione della maternità, dell'infanzia e della gioventù (articolo 31), alla tutela del lavoro con garanzie specifiche per le donne lavoratrici e per i minori (articoli 35 e 37), alla tutela del livello di vita dei lavoratori specie di fronte ai casi di infortunio, malattia, invalidità (articoli 36 e 38), al mantenimento e all'assistenza sociale per i cittadini inabili al lavoro ed al recupero sociale dei soggetti minorati.

Tale concezione personalistica e solidaristica allo stesso tempo trova oggi nel cammino che porta alla sicurezza sociale un nuovo punto di avanzamento con l'attuazione in corso dell'impegno costituzionale che si riferisce al disposto dell'articolo 5 riguardante la promozione ed il ruolo delle autonomie locali e quindi il decentramento regionale.

Il passaggio delle competenze statali alle regioni in attuazione dell'articolo 117 ha messo in atto un processo politico nuovo, attraverso il quale viene maturando sempre più nella coscienza del paese un marcato apprezzamento delle prospettive che si aprono ai singoli e alle comunità per superare antiche contraddizioni o contrapposizioni — come quelle di « indigente-abbiente » e « lavoratore-cittadino » — e per raggiungere nella dimensione locale un qualificato livello di vita comunitaria.

L'organizzazione nel territorio dei servizi sociali e sanitari a favore delle persone, delle famiglie, dei gruppi si presenta ormai come momento di sintesi di tante e non lontane controversie riguardanti la condizione operaia negli ambienti di lavoro, la condizione degli studenti nelle sedi di formazione e istruzione, la condizione dei cittadini incapaci di reddito proprio, per cause fisiche o sociali ad essi non imputabili.

Quand'anche non dovessero esserci altri fondamentali motivi a rendere urgente la riforma sanitaria, la cennata impostazione costituzionale di per sé giustifica l'impegno solenne assunto in materia dal Governo all'atto della sua presentazione alle Camere.

Quadro sanitario del paese e organizzazione sanitaria.

Stiamo vivendo un momento particolarmente difficile, ma anche particolarmente interessante.

Un momento difficile, innanzitutto per le condizioni sanitarie del paese.

In Italia coesistono condizioni di morbosità proprie delle società in via di sviluppo, caratterizzate da altissimi saggi di mortalità prenatale ed infantile, dalla diffusione delle malattie infettive, dalle condizioni igieniche precarie di vaste zone, con quelle tipiche dei paesi industrializzati.

La cosiddetta « patologia dello sviluppo » trova le sue singolari manifestazioni nell'alta incidenza delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro; nella diffusione delle malattie degenerative e croniche, delle affezioni cardio-circolatorie, dei tumori, delle malattie nervose; nel degradamento delle condizioni dell'ambiente naturale di vita e di lavoro.

Interessanti, al riguardo, si rivelano i seguenti raffronti che dimostrano il lungo cammino già compiuto, ma anche il molto che ancora rimane da fare.

Andamento delle condizioni sanitarie: ante-guerra, oggi.

Mortalità infantile	1941-45	110,1 ‰
	1973	25,7 ‰

— Scomparsa di alcune malattie (malaria, poliomielite) e riduzione di altre (malattie da carenze alimentari).

Quoziente di mortalità	1941	13,6 ‰
	1971	9,6 ‰
Durata media della vita	1971	74,5 anni
	prima della guerra	60 anni

In Italia, come negli altri paesi, aumenta la patologia degenerativa, ma non diminuisce quella infettiva.

- Infezioni intestinali: in Europa, l'Italia occupa il penultimo posto dopo il Portogallo.

- Mortalità infantile: 25,7 per mille, Svezia 11 per mille; Olanda e Norvegia 12 per mille; Francia 14,4 per mille; Germania 23,2 per mille; Inghilterra 17,8 per mille; Hong Kong 21,9 per mille; Tailandia 26,2 per mille.

Indice degli infortuni sul lavoro.

1971	1.500.000
1972	1.602.600

Frequenza nell'industria:

Italia	0,43 su 1.000 operai
Belgio	0,25 su 1.000 operai
Germania	0,16 su 1.000 operai
Francia	0,13 su 1.000 operai
Olanda	0,12 su 1.000 operai

Indici medi dello stato igienico-sanitario.

Si evidenzia un grande squilibrio territoriale:

Infezioni intestinali:

Puglia	67 su 100.000
Emilia-Romagna	8 su 100.000

Mortalità infantile:

Campania	38,8 per 1.000
Veneto	19,0 per 1.000

Condizioni igienico-sanitarie del Mezzogiorno.

1971 - Gli acquedotti forniscono solo il 50 per cento della popolazione; solo il 30 per cento della popolazione è fornita di reti fognanti; l'80 per cento dei rifiuti viene smaltito da sistemi di scarico non controllati.

Un momento difficile, in secondo luogo, per lo stato delle strutture e soprattutto dell'organizzazione sanitaria nazionale. Accanto alla carenza di tradizionali presidi di sanità pubblica al centro e in periferia, si constatano gravi deficienze quantitative e soprattutto qualitative nella rete ospedaliera, nell'organizzazione della medicina di primo intervento ed in quella specialistica, aggravate dalla evidente mal distribuzione territoriale di impianti e servizi, tra nord e sud e tra città e campagna.

Un momento difficile in terzo luogo, per la grave situazione economico-finanziaria, in cui si trovano ad operare la maggior parte delle istituzioni sanitarie.

Non a caso, il Governo ha dovuto urgentemente intervenire con il decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264 per estinguere i debiti degli enti mutualistici nei confronti degli ospedali e per finanziare le spese ospedaliere in un contesto strutturale di avvio della riforma sanitaria.

Una situazione tuttavia per altri aspetti interessante, in quanto rende improcrastinabile l'avvio della riforma sanitaria. E ciò perché: mai gli enti mutualistici si sono trovati in difficoltà talmente palesi, e non solo sotto il profilo economico-finanziario, da rendere poco giustificabile la loro sopravvivenza; mai come oggi è stata tanto diffusa l'opinione che i problemi sanitari del paese vadano risolti fuori dalla mutualità, sistema certamente benemerito ma ora decisamente superato; l'inizio dell'attività regionale esercita oggi una spinta verso la realizzazione delle riforme sociali, che hanno come presupposto quel livello programmatico ed operativo; infine, la convergenza delle forze sociali verso scelte di politica economica che assegnano carattere di priorità ai consumi sociali rispetto a quelli privati.

Alla situazione italiana, così come si evidenzia nei suoi squilibri e nelle sue contraddizioni, corrisponde una situazione strutturale ugualmente legata a schemi istituzionali che, sovrapposti nel tempo hanno reso più difficile l'approccio razionalizzatore, rendendo velleitari i tentativi di riforma settoriale e di interventi di tipo efficientistico.

Il Ministero della sanità, nel 1958, fu istituito col proposito di riportare ad unità gli indirizzi e le misure del settore sanitario.

Tuttavia, rimasero fuori del nuovo centro di direzione della politica sanitaria:

a) le competenze riguardanti l'organizzazione mutualistica e quindi il controllo di tutte le iniziative di tipo diagnostico terapeutico, che ancora oggi fanno capo al Ministero del lavoro e della previdenza sociale (tav. 1-2);

b) l'organizzazione ospedaliera, basata sulla autonomia delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, che ha cessato di fare capo al Ministero dell'interno solo nel 1968, con la riforma ospedaliera (tav. 3);

c) l'organizzazione territoriale della stessa prevenzione e profilassi, condizionata - nell'ordinamento e nella espansione - dalle difficoltà finanziarie delle province e dei comuni, pure sottoposti alla tutela - centrale e periferica - del Ministero dell'interno (tav. 4-5-6-7-8).

TAVOLA 1.

PRESIDI INAM

Situazione al 31 dicembre 1972.

REGIONI	Poli-ambulatori	Unità distaccate	Ambulatori	Totale servizi
Piemonte	58	25	5	88
Valle d'Aosta	2	1	—	3
Liguria	27	8	7	42
Lombardia	115	37	12	164
Trentino-Alto Adige	—	—	—	—
Veneto	51	7	1	59
Friuli-Venezia Giulia	17	2	8	27
Emilia-Romagna	56	19	3	78
Marche	19	4	—	23
Toscana	45	14	1	60
Umbria	12	7	1	20
Lazio	43	11	2	56
Campania	49	6	10	65
Abruzzi	15	7	—	22
Molise	5	—	—	5
Puglia	43	5	1	49
Basilicata	8	5	—	13
Calabria	25	10	1	36
Sicilia	59	6	6	71
Sardegna	16	3	1	20
ITALIA	665	177	59	901

TAVOLA 2.

PRESIDI INAM

Situazione al 31 dicembre 1972.

REGIONI	Numero di abitanti per poliambulatorio o unità distaccata	Numero medio di assistibili per poliambulatorio o unità distaccata
Piemonte	53.763	33.637
Valle d'Aosta	36.813	20.030
Liguria	53.211	25.794
Lombardia	56.781	36.273
Trentino-Alto Adige	—	—
Veneto	71.867	37.568
Friuli-Venezia Giulia	64.401	35.608
Emilia-Romagna	51.643	28.796
Marche	59.416	31.231
Toscana	59.352	30.264
Umbria	41.087	23.789
Lazio	87.784	37.795
Campania	93.052	40.119
Abruzzi	53.633	23.642
Molise	64.370	22.039
Puglia	75.592	42.602
Basilicata	46.695	22.109
Calabria	57.038	28.243
Sicilia	72.718	38.677
Sardegna	78.664	42.284
ITALIA	64.895	34.151

VI LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

(segue) TAVOLA 3.
Distribuzione dei posti letto.

SPECIALITÀ	GENERALI								Specializzati non sanatoriali		Specializzati sanatoriali		Totale generale	
	Regionali		Provinciali		Zonali		Totale							
	Posti- letto	0/0000 ab.	Posti- letto	0/0000 ab.	Posti- letto	0/0000 ab.	Posti- letto	0/0000 ab.	Posti- letto	0/0000 ab.	Posti- letto	0/0000 ab.	Posti- letto	0/0000 ab.
Medicina generale . . .	17.471	31,9	20.784	38,0	33.093	60,5	71.348	130,4	506	0,9	240	0,5	72.094	131,8
Chirurgia generale . . .	11.972	21,9	17.634	32,2	31.427	57,5	61.033	111,6	1.132	2,1	163	0,3	62.328	140,0
Ostetricia e ginecologia .	4.978	9,1	10.658	19,5	12.607	23,0	28.243	51,6	2.130	3,9	50	0,1	30.423	55,6
Pediatria	4.608	8,4	9.855	18,0	7.769	14,2	22.232	40,6	7.012	12,8	2.009	3,7	31.253	57,1
Ortopedia e traumatolog.	3.775	6,9	11.399	20,8	6.046	11,1	21.220	38,8	7.719	14,1	649	1,2	29.581	54,1
Oculistica	2.511	4,6	4.745	8,7	927	1,7	8.183	15,0	867	1,6	—	—	9.050	16,6
Otorinolaringoiatria . .	2.277	4,2	5.051	9,2	2.132	3,9	9.460	17,3	86	0,2	60	0,1	9.606	17,6
Urologia	2.579	4,7	4.382	8,0	689	1,3	7.650	14,0	408	0,8	132	0,2	8.190	15,0
Neurologia	2.609	4,8	4.031	7,4	549	1,0	7.189	13,2	274	0,5	—	—	7.463	13,7
Dermosifilopatia	2.659	4,9	3.234	5,9	193	0,3	6.086	11,1	383	0,7	—	—	6.469	11,8
Odontoiatria e stomatol.	370	0,7	523	1,0	78	0,1	971	1,8	102	0,2	—	—	1.073	2,0
Malattie infettive . . .	1.698	3,1	3.405	6,3	760	1,4	5.863	10,8	1.248	2,3	37	—	7.148	13,1
Tbc	721	1,3	963	1,8	478	0,9	2.162	4,0	458	0,8	20.917	38,2	23.537	43,0
Geriatrics	1.674	3,1	3.431	6,3	500	0,9	5.605	10,3	3.501	6,4	—	—	9.106	16,7
Lungodegenti	845	1,5	1.493	2,7	1.121	2,1	3.459	6,3	350	0,6	—	—	3.809	6,9
Anestesia e rianimazione	418	0,8	507	0,9	108	0,2	1.033	1,9	66	0,1	—	—	1.099	2,0
Cardiologia	793	1,4	770	1,4	138	0,3	1.701	3,1	335	0,6	—	—	2.036	3,7
Ematologia	306	0,6	110	0,2	—	—	416	0,8	66	0,1	—	—	482	0,9
Cardiochirurgia	100	0,2	45	0,1	—	—	145	0,3	48	0,1	—	—	193	0,4
Neurochirurgia	1.196	2,2	340	0,6	—	—	1.536	2,8	113	0,2	—	—	1.649	3,0
Chirurgia plastica	469	0,9	233	0,4	30	—	732	1,3	204	0,4	—	—	936	1,7
Chirurgia toracica . . .	511	0,9	169	0,3	—	—	680	1,2	—	—	961	1,8	1.641	3,0
Pneumologia	1.786	3,2	1.926	3,5	250	0,5	3.962	7,2	338	0,6	2.098	3,9	6.398	11,7
Psichiatria	255	0,5	50	0,1	—	—	305	0,6	—	—	—	—	305	0,6
Altre specialità	6.959	12,7	4.409	8,1	3.960	7,2	15.328	28,0	4.145	7,6	184	0,3	19.657	35,9
Paganti	1.592	2,9	2.232	4,1	183	0,3	4.007	7,3	63	0,1	—	—	4.070	7,4
TOTALE	75.132	137,4	112.379	205,5	103.038	188,4	290.549	531,3	31.554	57,7	27.493	50,3	349.596	639,3

Popolazione al 31 dicembre 1970: 54.683.136.
Non sono compresi i dati relativi all'ospedale caduti Bollatesi (gen. prov.) di Bollate - Milano - perché non pervenuti.

Popolazione al 31 dicembre 1970: 54.683.136.

Non sono compresi i dati relativi all'ospedale caduti Bollatesi (gen. prov.) di Bollate - Milano - perché non pervenuti.

TAVOLA 4.

CONDOTTE MEDICHE NELLE VARIE REGIONI E IN ITALIA.

Cifre assolute.

Situazione al 31 dicembre 1972.

REGIONI	TIPO DELLA CONDOTTA			In complesso	Coperte con condotto di ruolo	Coperte con interino	Scoperte
	Comunale	Sub comunale	Consortile				
Piemonte	377	121	325	823	641	136	46
Valle d'Aosta	4	2	19	25	23	2	—
Liguria	102	76	52	230	171	52	7
Lombardia	549	225	392	1.166	973	169	24
Trentino-Alto Adige	60	28	103	191	133	47	11
Veneto	381	327	43	751	621	114	16
Friuli-Venezia Giulia	132	31	32	195	140	53	2
Emilia-Romagna	185	433	13	631	508	105	18
Marche	149	198	17	364	271	69	24
Toscana	107	577	7	691	576	85	30
Umbria	41	169	7	217	150	51	16
Lazio	266	260	21	547	421	108	18
Campania	453	154	21	628	457	155	16
Abruzzi	230	93	18	341	234	71	96
Molise	120	2	9	131	77	48	6
Puglia	193	172	15	380	294	70	16
Basilicata	116	26	2	144	103	41	—
Calabria	288	280	5	573	443	113	17
Sicilia	256	379	4	639	456	171	12
Sardegna	206	86	56	348	246	90	12
ITALIA	4.215	3.639	1.161	9.015	6.938	1.750	327

VI LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

TAVOLA 5.

CONDOTTE OSTETRICHE NELLE VARIE REGIONI E IN ITALIA.

Cifre assolute.

Situazione al 31 dicembre 1972.

REGIONI	TIPO DELLA CONDOTTA			In complesso	Coperte con condotto di ruolo	Coperte con interino	Scoperte
	Comunale	Sub comunale	Consortile				
Piemonte	201	31	351	583	448	45	90
Valle d'Aosta	1	—	10	11	8	1	2
Liguria	63	8	59	130	101	9	20
Lombardia	542	85	379	1.006	829	81	96
Trentino-Alto Adige	100	27	81	208	158	25	25
Veneto	279	125	101	505	401	33	71
Friuli-Venezia Giulia	102	11	46	159	104	28	27
Emilia-Romagna	237	128	32	397	300	48	49
Marche	132	103	32	267	225	32	10
Toscana	140	342	17	499	440	28	31
Umbria	56	87	7	150	124	17	9
Lazio	275	65	44	384	280	41	63
Campania	458	106	28	592	414	82	96
Abruzzi	179	48	34	261	185	26	50
Molise	129	—	5	134	75	10	49
Puglia	207	105	1	313	253	33	27
Basilicata	120	18	2	140	99	26	15
Calabria	361	106	31	498	392	70	96
Sicilia	275	302	3	580	354	118	108
Sardegna	197	39	57	293	215	41	37
ITALIA	4.054	1.736	1.320	7.110	5.405	794	911

TAVOLA 6.

CONDOTTE VETERINARIE NELLE VARIE REGIONI E IN ITALIA.

Cifre assolute.

Situazione al 31 dicembre 1972.

REGIONI	TIPO DELLA CONDOTTA			In complesso	Coperte con condotto di ruolo	Coperte con interino	Scoperte
	Comunale	Sub comunale	Consortile				
Piemonte	57	14	251	322	269	48	5
Valle d'Aosta	1	—	9	10	10	—	—
Liguria	7	4	46	57	48	9	—
Lombardia	76	12	311	399	360	34	5
Trentino-Alto Adige	8	4	64	76	63	13	—
Veneto	77	4	169	250	197	35	18
Friuli-Venezia Giulia	12	—	63	75	64	10	1
Emilia-Romagna	229	47	66	342	298	43	1
Marche	105	18	57	180	160	19	1
Toscana	149	27	44	220	179	37	4
Umbria	49	15	15	79	64	15	—
Lazio	64	6	82	152	132	16	4
Campania	83	4	139	226	186	37	3
Abruzzi	27	11	76	114	95	16	3
Molise	10	—	37	47	37	4	6
Puglia	112	12	46	170	144	23	3
Basilicata	35	2	38	75	59	16	—
Calabria	71	5	89	165	149	14	2
Sicilia	171	20	73	264	205	52	7
Sardegna	43	2	103	148	117	30	1
ITALIA	1.386	207	1.778	3.371	2.836	471	64

VI LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

TAVOLA 7.

ORGANIZZAZIONE DEGLI UFFICI SANITARI.
Situazione al 31 dicembre 1972.

REGIONI	COMUNI			UFFICI SANITARI		PERSONALE SANITARIO				
	Con ufficio sanitario comunale	Riuniti in consorzio di vigilanza igienica	Con incarico attribuito al medico condotto	Comunali	Consorziali	Ufficiali sanitari e medici igienisti	Medici addetti ai servizi di base	Medici addetti ai servizi specialistici	Altri tecnici laureati	Tecnici non laureati sanitari ausiliari
Piemonte	30	4	1.175	30	1	51	48	59	6	286
Valle d'Aosta	5	64	5	5	14	18	1	—	2	18
Liguria	16	5	214	16	1	36	86	15	4	258
Lombardia	20	404	1.122	20	41	105	405	140	18	1.167
Trentino-Alto Adige	4	—	336	4	1	6	18	11	2	57
Veneto	20	64	498	20	11	50	93	51	11	417
Friuli-Venezia Giulia	8	—	210	8	—	12	40	33	4	175
Emilia-Romagna	27	86	228	27	17	84	169	103	25	614
Marche	14	2	230	14	1	19	31	27	3	135
Toscana	42	51	194	42	15	85	161	65	21	454
Umbria	13	—	78	13	—	16	25	6	1	78
Lazio	22	10	342	22	4	65	326	94	71	621
Campania	74	199	271	74	53	269	61	11	5	307
Abruzzi	21	2	282	21	1	25	19	5	1	63
Molise	8	—	128	8	—	8	1	—	1	11
Puglia	105	26	121	105	11	131	148	43	21	425
Basilicata	35	2	92	35	1	39	11	8	—	33
Calabria	76	60	272	76	17	105	26	12	3	104
Sicilia	167	21	194	167	8	199	122	38	18	483
Sardegna	18	—	337	18	—	22	25	24	2	90
ITALIA	725	1.000	6.329	725	197	1.345	1.816	745	219	5.796

N. B. — In provincia di Roma è stato istituito nel biennio un nuovo comune.

TAVOLA 8.

SERVIZI COMUNALI DI MEDICINA SCOLASTICA.

Situazione al 31 dicembre 1972.

REGIONI	COMUNALI		CONSORTILI		Totali
	Cifre assolute	%	Cifre assolute	%	
Piemonte	19	100	—	—	19
Valle d'Aosta	—	—	1	100	1
Liguria	8	100	—	—	8
Lombardia	26	57,8	19	42,2	45
Trentino-Alto Adige	3	100	—	—	3
Veneto	15	83,3	3	16,7	18
Friuli-Venezia Giulia	5	83,3	1	16,7	6
Emilia-Romagna	28	70,0	12	30,0	40
Marche	9	90,0	1	10,0	10
Toscana	27	87,1	4	12,9	31
Umbria	8	88,9	1	11,1	9
Lazio	10	83,3	2	16,6	12
Campania	33	78,6	9	21,4	42
Abruzzi	7	100	—	—	7
Molise	1	100	—	—	1
Puglia	54	96,4	2	3,6	56
Basilicata	8	100	—	—	8
Calabria	18	90,0	2	10,0	20
Sicilia	50	100	—	—	50
Sardegna	7	100	—	—	7
ITALIA	336	85,6	57	14,4	391

Tra alterne vicende e nel succedersi di non poche commissioni di studio e proposte di riforma del sistema sanitario, si è giunti al primo programma economico nazionale (quinquennio 1966-70) che ha avuto il significato sostanziale di una « proposta politica » per l'armonizzazione dei settori previdenziale, sanitario e assistenziale.

Nell'abbandono tendenziale della « linea della povertà » a favore di quella della « promozione sociale » e del benessere è la spinta a sottrarre il sistema dallo sviluppo spontaneo e disarticolato e a dare preferenza ai consumi pubblici rispetto a quelli individuali.

In materia sanitaria, si è trattato del primo tentativo di ridefinizione delle strutture e di indicazione degli obiettivi, perseguiti attraverso interventi anzitutto razionalizzatori e poi di cambiamento.

Ma il programma è rimasto per la gran parte incompiuto, subendo anzi i contraccolpi derivanti da riforme ancora una volta settoriali, come quella ospedaliera, che si è dovuta innestare in un contesto immutato negli ordinamenti e nei finanziamenti (basti pensare alla mancanza del livello regionale istituzionalizzato, alla conservazione delle fonti di prelievo contributivo, alla concorrente competenza del Ministero della sanità e del Ministero del lavoro, ecc.).

La legge ospedaliera (1), nata come stralcio — con scarso seguito — della riforma sanitaria, ha comunque conferito tipicità (istituzionale e gestionale) agli enti ospedalieri, legandoli maggiormente alla realtà territoriale e cercando di superare la disarticolazione istituzionale attraverso un superiore disegno di programmazione regionale.

La legge-ponte psichiatrica (2), fermo ancora restando l'ordinamento del 1904, ha tuttavia sanzionato il superamento del concetto di difesa sociale nei confronti degli alienati e ha sollecitato — anche attraverso apposite provvidenze finanziarie — un diverso approccio alla realtà e al rispetto della persona.

Lo Stato, per sua parte, ha assunto il diretto onere delle provvidenze a favore dei mutilati e invalidi civili (3).

(1) Legge 12 febbraio 1968, n. 132 — enti ospedalieri e assistenza ospedaliera — e decreti del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, nn. 128, 129, 130, sull'ordinamento dei servizi e sullo stato giuridico dei dipendenti ospedalieri.

(2) Legge 18 marzo 1968, n. 431 — provvidenze per l'assistenza psichiatrica.

(3) Da ultimo, legge 30 marzo 1971, n. 118. Vedi anche, per i sordomuti e per i ciechi civili, le leggi 26 maggio 1970, n. 381, e 27 maggio 1970, n. 382.

Agli aspetti puramente assistenziali e tradizionali sono subentrati orientamenti di recupero, di riabilitazione e di reinserimento dei soggetti minorati.

Si è prevista l'assistenza sanitaria specifica e protesica a favore dei soggetti colpiti da motulesione e neurolesione, senza fare più riferimento allo stato di bisogno e con la tendenza ad assisterli nel contesto sociale di origine, evitandosi per quanto possibile i fenomeni di emarginazione.

La vecchia normativa sugli irregolari psichici, che poneva « oneri facoltativi » a carico delle province e dell'ONMI, è stata così superata.

Parimenti, i cittadini ultra sessantacinquenni che hanno la pensione assistenziale (così detta pensione sociale) hanno pure acquisito il diritto all'assistenza sanitaria da parte dell'INAM a favore proprio e dei propri familiari a carico. È recentissima l'estensione di tale assistenza ai ciechi, sordomuti e invalidi civili.

In presenza di tale situazione l'intervento dei sindacati ha avuto un peso determinante nella richiesta di soluzioni organiche.

Le linee della riforma sanitaria si sono progressivamente accentuate e definite nell'ambito del dialogo dei sindacati con il Governo.

Esse sono entrate a far parte del « pacchetto » di richieste che le tre maggiori confederazioni dei lavoratori hanno avanzato e ripropongono in tema di politica sociale.

Le prime risultanze di tali « confronti » tra Governo e sindacati rimontano al 1970 e al 1971 quando dopo serrati colloqui fu raggiunta, in sede politica, una intesa formale circa il definitivo superamento del sistema mutualistico e la sua sostituzione con il servizio sanitario in grado di tenere conto della unitarietà delle prestazioni mediche (dalla prevenzione al recupero) e di utilizzare schemi nuovi di organizzazione e di gestione dei presidi sanitari a livello locale con la partecipazione delle popolazioni interessate.

Il decentramento delle funzioni amministrative statali in materia sanitaria con il passaggio degli uffici periferici e del personale statale alle regioni ha avviato un processo di rinnovamento nei metodi, nella prassi e nella organizzazione sanitaria del paese, risultato determinante anche in ordine alla soluzione delle altre questioni aperte in materia di servizi sociali.

Del resto, in assenza della legge di riforma, si sono avuti significativi esempi di iniziativa regionale — tra altri — in Lombardia

con la « istituzione e regolamentazione dei comitati sanitari di zona, finanziamento delle iniziative di medicina preventiva, sociale e di educazione sanitaria » (legge regionale 5 dicembre 1972, n. 37); in Friuli-Venezia Giulia (legge regionale 12 dicembre 1972), come nella provincia autonoma di Trento (legge provinciale 23 novembre 1973, n. 56) sulla « unificazione dei presidi sanitari di base » e nell'Emilia-Romagna con « l'istituzione di un fondo per la prevenzione nei settori della medicina ed assistenza » (legge regionale 11 novembre 1972, n. 10).

Va pure ricordato che le regioni, con modalità diverse, hanno esteso l'assistenza farmaceutica ai coltivatori diretti, commercianti ed artigiani (sia in pensione sia in attività) ed anche ai mutilati e invalidi di guerra disoccupati e rispettivi familiari, conviventi e a carico, vedove, orfani di guerra, minori, inabili non aventi titolo ad altra assistenza (vedere per tutte la legge regionale 4 agosto 1973, n. 19, della Puglia).

Principi, obiettivi e struttura della riforma.

L'intervento riformatore è, dunque, pienamente giustificato per tutte le considerazioni svolte e non può prescindere da un ribaltamento degli obiettivi, degli interventi e delle strutture finora dominanti nell'ordinamento sanitario, in modo da risolvere il problema della salute non più prevalentemente sul piano della cura della malattia, ma anzitutto attraverso l'azione di mantenimento e potenziamento dello stato di benessere psicofisico.

Da questa esigenza prioritaria scaturisce il principio fondamentale della riforma, ossia la globalità degli interventi, che comporta l'intimo collegamento dei servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione.

Il secondo principio è quello della estensione delle prestazioni all'intera popolazione, venendo così a cadere ogni delimitazione derivante prevalentemente dalla sussistenza di un rapporto di lavoro, ed introducendo finalmente il criterio del diritto del cittadino, indipendentemente dal censo e dalla classe sociale, alla tutela della salute.

Dopo aver spostato sostanzialmente sull'uomo-cittadino tutta l'ottica dell'intervento dello Stato nel campo sanitario mediante la globalità e la generalizzazione delle prestazioni, si è voluto rafforzare il principio della eguaglianza introducendo, fin dal primo mo-

mento di entrata in vigore della legge di riforma, la parificazione dei trattamenti.

Le prestazioni divengono pertanto uguali nella qualità e nella quantità per tutte le categorie sociali, ossia per tutti i cittadini, ai quali viene per altro riconosciuto il diritto della libera scelta del medico e del luogo di cure, nell'ambito del nuovo sistema.

Territorialità e democratizzazione del servizio.

Per garantire una assoluta coerenza fra i principi ispiratori del progetto riformatore e gli obiettivi da conseguire, si è reso necessario prevedere il superamento di quelle strutture che avevano una loro validità e giustificazione solo in rapporto ad una diversa concezione del servizio sanitario.

Globalità, generalizzazione ed eguaglianza delle prestazioni richiedono non più la verticalizzazione del sistema sanitario, caratteristico dell'ordinamento mutuo-contributivo, ma una dimensione orizzontale delle strutture sanitarie, in modo da poter unificare tutti i servizi — ospedalieri ed extra ospedalieri — ad un livello territoriale più prossimo alle esigenze ed al controllo del cittadino.

Maggiore corrispondenza, quindi, fra presidi sanitari e copertura integrale della domanda di assistenza della popolazione, ma anche gestione e controllo democratico delle nuove strutture.

In questo senso viene esaltato il ruolo delle regioni e degli enti locali minori assegnando loro compiti essenziali di gestione politica ed amministrativa e prevedendo istituti di partecipazione diretta dei cittadini.

La fiscalizzazione dei contributi sociali di malattia come atto finale rappresenta il doveroso corollario del nuovo sistema sanitario, che sposta sullo Stato e quindi sulla comunità il dovere di fornire i mezzi adeguati per garantire la tutela della salute all'intera popolazione, facendo carico al sistema tributario statale del finanziamento del costo del Servizio sanitario nazionale.

La struttura.

Il Servizio sanitario nazionale si basa su tre livelli di autorità: il livello centrale, che ha compiti di indirizzo e coordinamento e di direttiva; il livello regionale, con compiti legislativi e programmatici; il livello sub-regionale, che vede nelle unità sanitarie locali lo strumento operativo fondamentale, con una

dimensione compresa fra 50.000 e 200.000 abitanti.

Per particolari esigenze di tempestività ed immediatezza dell'erogazione delle prestazioni, sono previsti i distretti sanitari di base, per una popolazione intorno ai 10.000 abitanti, quali eventuali articolazioni funzionali delle unità sanitarie locali.

Le unità sanitarie locali per il loro ambito corrisponderanno a comprensori di dimensione comunale, sub-comunale e sovra-comunale, confermando il riconosciuto preminente ruolo gestionale delle comunità territoriali di base.

Lo squilibrio fra cura e prevenzione.

Uno dei motivi di maggiore interesse che caratterizza la riforma sanitaria è senza dubbio la rilevanza che si fa assumere all'attività di prevenzione.

Il sistema mutualistico svolge oggi in sostanza una funzione riparatoria dei danni che alla salute degli « assicurati » e delle loro famiglie derivano dal fatto che la vita di oggi si svolge in condizioni di alto rischio; bisogna invece pensare seriamente ad una attività programmaticamente diretta a modificare gli ambienti e le condizioni di vita e di lavoro per fare della difesa dell'integrità fisica e psichica della popolazione l'obiettivo principale ed irrinunciabile della politica sanitaria.

Sono orientamenti largamente acquisiti a livello culturale e delle forze politiche e sociali più avanzate del nostro paese, che non hanno trovato realizzazione per le cause appresso indicate.

Innanzitutto alcuni dati. Secondo recenti valutazioni la spesa sanitaria complessiva sostenuta in Italia nel 1971 assommava a 4.300 miliardi circa. Di essa circa 2.700 miliardi erano rappresentati dalla spesa mutualistica. La spesa privata, cioè quella sostenuta direttamente dai singoli utenti, superava di poco 1.000 miliardi.

La spesa pubblica, quella facente capo alle regioni ed agli enti locali, risultava quindi essere quasi pari a 600 miliardi. Il significato di tali dati appare del tutto chiaro se si pensa che in Italia l'attività di prevenzione fa capo prevalentemente alle regioni ed agli enti locali.

A ciò va aggiunto che non tutti i 600 miliardi appena citati sono stati utilizzati in attività definibili, a grandi linee, come preventive. Il 50 per cento di essi sono stati utilizzati per finanziare prestazioni mediche e ospedaliere.

Se i dati citati sono esatti - e tutto induce a ritenerli attendibili quanto meno come ordini significativi di grandezza - nel 1971 su una spesa sanitaria complessiva di 4.300 miliardi, circa 300 sono stati i miliardi destinati alla prevenzione, pari in percentuale a meno del 7 per cento. La sproporzione tra risorse impiegate nelle attività definibili come curative ed attività latamente denominabili preventive, assume dimensioni inaccettabili quando si consideri che oggi, a seguito dell'evoluzione del quadro epidemiologico conseguente al processo di industrializzazione, molti disordini fisici e psichici sarebbero evitabili semplicemente combattendo le cause.

Tra le ragioni che aiutano a spiegare la macroscopica distorsione nell'impiego delle risorse destinate alla tutela della salute, vi è quella anzitutto che fa capo allo sviluppo del sistema mutualistico, basato sui concetti assicurativi che consentono di intervenire solo al verificarsi dell'evento protetto, cioè al verificarsi della malattia. Ovviamente l'assenza di malattia non costituisce un « evento ».

Accanto a questa prima ragione, ne esiste poi una seconda. Lo sviluppo della mutualità, con la sua connotazione necessariamente curativa, ha generato quella che attualmente si usa definire una mentalità consumistica.

Si sono in conseguenza determinati processi di domanda delle prestazioni sanitarie in termini sempre più accentuati a favore degli interventi curativi.

È facile intuire che solo attraverso l'aspirazione dei consumi si possono realizzare i vari tipi di rendita che allignano nel settore sanitario.

Con la mutualità taluni « produttori di prestazioni sanitarie » hanno trovato un mercato non solo in rapida espansione, ma anche facilmente dilatabile mediante un'intelligente azione di persuasione.

Prevenire invece non comporta azioni di consumo e quindi di produzione. Per questo non esistono interessi di gruppo o di singoli diretti allo sviluppo dell'attività preventiva. Prevenire al limite può significare diminuzione di consumi superflui e aumento dei costi di produzione.

I veri interessi della prevenzione risiedono nei cittadini singoli e nella popolazione nel suo complesso e non sono interessi di tipo economico. In sostanza, mentre la cura costituisce una buona attività economica per tanti individui, ma molto spesso una grossa perdita per la collettività nel complesso, la prevenzione torna esclusivamente a vantaggio della collettività e delle parti di essa più espo-

ste al rischio di malattia, mentre può rappresentare un onere per i privati.

Un'ultima causa della sperequazione tra attività preventiva e attività curativa va sottolineata. Mentre l'attività curativa ha trovato nel sistema mutualistico facili modalità di finanziamento, costituite come è noto dai contributi gravanti sulla produzione, l'attività di prevenzione ricade sugli enti locali e come tale, dal punto di vista del finanziamento, si trova ad essere sorretta esclusivamente dal sistema fiscale ed è costretta a competere con obiettivi alternativi. Basti pensare ai nostri comuni che oltre alla sanità devono farsi carico dell'istruzione, dell'assistenza, dell'edilizia, dei trasporti e così via. Per cui gli scarsi finanziamenti a disposizione devono essere ripartiti tra fini in concorrenza tra loro, tutti ugualmente necessari ed importanti.

Nei limiti in cui l'analisi condotta finora contiene un minimo di verità si capiscono non solo le connessioni esistenti tra riforma sanitaria e prevenzione, ma anche si comprende come l'osservanza dei principi su cui si intende basare la riforma stessa siano essenziali per un mutamento di enfasi nel nostro sistema sanitario dalla cura alla prevenzione.

Si capisce innanzitutto l'esigenza della estensione della tutela sanitaria all'intera popolazione. Non può esistere lotta alle cause di malattia qualora l'assistenza sanitaria sia ridotta solo ad alcune categorie di cittadini anche se vasta.

Se, in altri termini, tutelare la salute oggi significa sostanzialmente incidere sull'ambiente in cui si svolge la vita della popolazione, ogni settorialismo non trova più alcuna giustificazione. Il problema dell'ambiente è un problema della popolazione nella sua globalità.

La fiscalizzazione.

In secondo luogo e come diretta conseguenza dell'estensione della protezione all'intera popolazione, si comprende il significato della fiscalizzazione degli oneri sociali.

L'attività sistematica di modifica dell'ambiente di vita in maniera da renderlo conforme alle esigenze della persona umana, non può essere che collettiva e come tale l'onere del suo finanziamento deve ricadere sulla collettività stessa nel suo complesso.

Inoltre, appare chiaro come l'affrontare il problema della salute della popolazione dall'angolazione rinnovata che si è cercato di chiarire presupponga il trasferimento delle fun-

zioni sanitarie a realtà politiche strettamente legate al territorio, quali sono le regioni e gli enti locali. Ecco il significato del terzo cardine su cui si fonda la riforma sanitaria e cioè della « territorializzazione » dei servizi.

Si comprende così anche il significato della democratizzazione della gestione delle attività sanitarie. La partecipazione attiva dei cittadini in quanto tali alla gestione dei servizi è condizione indispensabile per l'esercizio dell'attività preventiva. E ciò proprio in quanto — come si è visto — mentre esistono interessi che spingono verso la produzione ed il consumo di servizi sanitari di tipo curativo, l'unico interesse che milita a favore di un'azione svolta a migliorare le condizioni di vita e di lavoro risiede nei cittadini.

Non si tratta soltanto di risparmiare le indagini inutili, di evitare le ripetizioni di analisi già fatte e di individuare più precocemente la condizione di salute di ciascun cittadino. È soprattutto un modo nuovo di concepire e di praticare la medicina quale servizio sociale nel quale l'utente, cioè il maggior interessato, non gioca più il ruolo passivo del paziente, ma interviene con piena responsabilità nel processo di impostazione del programma preventivo.

Il successo della riforma basata sulla prevenzione è quindi strettamente dipendente dalla capacità di far emergere tramite la partecipazione attiva dei cittadini i veri interessi alla tutela della popolazione.

Appare rilevante, a tal riguardo, l'intervento di coordinamento alla base, sulla spinta di quelle consulte di quartiere e di distretto il cui buon funzionamento iniziale conforta quanti credono nel ruolo decisivo della partecipazione popolare anche alla gestione della salute. Né va trascurato il ruolo sempre più rilevante che sta assumendo l'applicazione dello Statuto dei lavoratori nel settore della medicina preventiva di fabbrica.

Attraverso l'affermazione della responsabilizzazione primaria dei lavoratori ed il rifiuto dell'approccio unicamente tecnicistico, si è venuta a creare una larga confluenza di orientamenti e di azioni concrete di medicina preventiva.

Personale sanitario e problemi della formazione.

La riagggregazione operativa e l'unitarietà di indirizzo sanitario nell'ambito del territorio comportano il superamento della frammentarietà degli interventi, della settorialità

esasperata in rigide autonomie, della polverizzazione — quando non è dequalificazione — degli operatori sanitari.

Si viene così a determinare una interdisciplinarietà degli interventi e quindi la esigenza che gli operatori siano preparati e continuamente aggiornati alle esigenze di intercambiabilità che si manifestano nella riconversione e riqualificazione di prestazioni e di presidi.

La situazione attuale, del resto, riflette la disarticolazione tra sedi di formazione professionale ed esigenze dei servizi ed è aggravata dalla mancata presenza di personale sanitario nei tradizionali presidi di sanità pubblica.

Tale situazione è stata fin qui determinata anche dalla scarsa remuneratività del rapporto di impiego pubblico rispetto all'esercizio della libera professione e dalla carenza quantitativa e spesso qualitativa del personale para-medico.

Il numero dei medici in Italia, di 18.915 unità nel 1881, era salito a 33.079 nel 1936, a 47.711 nel 1948, a 79.955 nel 1958, raggiungendo nel 1970 la cifra di 99.560 con un incremento medio annuo nei periodi suddetti dell'1,34 per cento (1881-1946), del 3,68 per cento (1936-1948) e del 2,45 per cento (1958-1967). Da una rilevazione statistica effettuata dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici è stato accertato che i medici iscritti agli albi professionali, raggiungono in Italia alla data del 30 settembre 1971, il numero di 101.300, con un aumento del 25 per cento rispetto al 1961. Il numero può apparire ragguardevole anche per il futuro, se si considera inoltre che i nuovi iscritti alla facoltà di medicina nel 1971 sono circa 20.000, con notevole incremento rispetto agli anni decorsi. Si verifica tuttavia, contemporaneamente, un fenomeno di concentrazione nei grossi centri urbani, con conseguente carenza assistenziale nelle zone periferiche. In base a dati attendibili, la composizione del corpo medico italiano risulta così configurabile: 52.649 medici generici (compresi circa 9.000 medici condotti); 16.451 ambulatoriali (per la gran parte specialisti); 20.493 ospedalieri ed universitari; 9.342 medici pensionati per anzianità e 664 medici pensionati per invalidità. Circa il rapporto medici-cittadini, i calcoli statistici non tengono troppo conto del fenomeno della progressiva concentrazione dei sanitari nei grandi centri urbani, sicché esistono in Italia comunità che non hanno sanitari, scarseggiano di centri medici e di cliniche. Inoltre, molti sanitari si vanno sempre più allontanando

dalla pratica professionale preferendo il laboratorio, l'impiego nelle industrie, nei servizi di assistenza pubblica, l'insegnamento, l'amministrazione ospedaliera.

Dalla relazione preparata dal gruppo di studio per la ristrutturazione della facoltà di medicina presso il Ministero della pubblica istruzione, si evince che alla facoltà di medicina e chirurgia nel corrente anno 1973-74 risultano iscritti 125.610 studenti pari al 18,6 per cento del totale degli iscritti all'università. Tale numero è attualmente superiore a quello dei medici iscritti agli albi professionali che risultava al 30 settembre 1971 di 101.300. Inoltre gli studenti iscritti al 1° anno di corso ammontano a 29.317. La situazione è ancora più aberrante tenendo conto che l'entità complessiva dei medici in Italia è attualmente allineata su quella dei paesi a più alta densità di personale medico per abitante.

Personale medico in Europa nel 1969:

Germania Federale: 103.410 pari a 1 medico per 590 abitanti;

Francia: 65.600 pari a 1 medico per 770 abitanti;

Italia: 95.179 pari a 1 medico per 560 abitanti;

Belgio: 14.922 pari a 1 medico per 640 abitanti;

Olanda: 15.128 pari a 1 medico per 840 abitanti;

Lussemburgo: 347 pari a 1 medico per 970 abitanti;

Svizzera: 9.631 pari a 1 medico per 650 abitanti;

Svezia: 9.840 pari a 1 medico per 800 abitanti.

L'aumento del numero degli iscritti alla facoltà di medicina e chirurgia è stato marcato e progressivo:

studenti iscritti nel 1970:	58.800;
studenti iscritti nel 1971:	75.000;
studenti iscritti nel 1972:	93.000;
studenti iscritti nel 1973:	125.000.

La considerazione che si deduce a prima vista da questi dati, ancor più avvalorata dalle indicazioni contenute nella tabella 9, è che non abbiamo necessità di più medici; abbiamo necessità di medici sempre più qualificati. Il disegno di legge non poteva sottovalutare questo aspetto, giacché una delle condizioni necessarie alla buona riuscita della riforma è proprio quella di poter disporre di personale sufficiente e qualificato ad ogni livello di interventi e di servizi.

TAVOLA 9.

PROIEZIONI DEL FLUSSO DI LAUREATI IN MEDICINA E DELL'INCREMENTO LORDO DELL'OFFERTA DI PERSONALE MEDICO NEL PERIODO 1972/73-1982/83, SECONDO DIVERSE IPOTESI SULLA REGOLARITÀ DEGLI STUDI UNIVERSITARI.

ANNI ACCADEMICI IPOTESI DI REGOLARITÀ (a)	Laureati in medicina		Incremento lordo offerta di medici (b)	
	a	b	a	b
1972-73	5.300	6.900	4.450	5.800
1973-74	6.500	8.450	5.450	7.100
1974-75	8.350	10.850	7.000	9.100
1975-76	11.200	14.550	9.400	12.200
1976-77	13.700	17.800	11.500	14.950
1977-78	15.300	19.800	12.850	16.700
1978-79 (c)	13.500	17.500	11.350	14.700
1979-80 (c)	14.000	18.200	11.750	15.300
1980-81 (c)	14.450	18.800	12.150	15.800
1981-82 (c)	15.400	20.000	12.950	16.800
1982-83 (c)	15.850	20.600	13.300	17.300

(a) Le ipotesi si riferiscono all'indicatore « laureati iscritti al 1° anno 5 anni prima », assunto pari rispettivamente a 0,50 ed a 0,75 per le ipotesi a e b.
 (b) Proiezioni ottenute utilizzando un coefficiente moltiplicativo pari a 0,84 il quale corrisponde alla *Pr (Med/L)* riscontrata per l'Italia nel 1961.
 (c) Proiezioni condizionate alle stime sugli iscritti al 1° anno 5 anni accademici prima, formulate nella tabella n. 5 sulla base dell'ipotesi c.

Una riforma dell'assistenza sanitaria di vaste e profonde articolazioni come quella che si presenta non può ignorare uno dei suoi aspetti principali e cioè la formazione degli operatori sanitari. È convinzione ormai generalizzata che vi sia una profonda interrelazione tra la riforma sanitaria e quella delle facoltà di medicina e più in generale della formazione dei quadri per le attività sanitarie.

La situazione paradossale che si potrebbe determinare in Italia è quella di avere in un breve volgere di anni un numero eccessivo di medici — del tutto anomalo rispetto alla media per abitanti di tutti i restanti paesi europei — in carenza di quadri intermedi e di laureati nelle nuove professioni sanitarie che non vengono formati dall'attuale ordinamento degli studi e che, per converso, sono sempre di più

elemento di fondamentale importanza per un moderno sistema sanitario.

Su questo presupposto si fonda la ristrutturazione della facoltà di medicina, articolata in un biennio propedeutico di scienze mediche di base cui possono accedere tutti i cittadini in possesso dei prescritti titoli di studio per adire all'istruzione a livello universitario.

Successivamente si prevede l'istituzione di quattro corsi di laurea differenziati, successivi al biennio.

Inoltre, il riordinamento delle professioni sanitarie non mediche del personale tecnico ed infermieristico è previsto nell'ambito della scuola secondaria di secondo grado, con corsi di formazione per il conseguimento di diplomi abilitanti all'esercizio delle predette professioni.

Il superamento della concezione ausiliaria del ruolo del personale sanitario non medico che comportava una formazione di puro addestramento pratico estremamente limitato ed inadeguato alle nuove responsabilità assunte in proprio da questi operatori è contraddistinto dalla continuità degli studi fino al livello universitario.

La istituzione, in collaborazione fra le università, gli ospedali e le altre strutture del Servizio sanitario nazionale, di corsi obbligatori per il personale sanitario laureato e diplomato, farà sì che i quadri superiori e intermedi siano costantemente chiamati allo aggiornamento professionale a garanzia dell'efficienza e della rispondenza del Servizio alle esigenze della collettività.

Più organici rapporti sono stabiliti tra le strutture del Servizio sanitario nazionale e le Università attraverso integrazioni e modifiche, in quanto necessarie, della normativa contenuta nel decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129, in modo da assicurare il permanente collegamento e la utilizzazione reciproca del personale e dei servizi.

Le strutture ospedaliere.

Le strutture di ricovero che fino ad oggi hanno sostenuto anche quantitativamente un ruolo essenziale nella attività di assistenza sono chiamate a svolgere una diversa e integra funzione, nell'ambito delle unità sanitarie locali, in conseguenza del nuovo rapporto funzionale che si stabilirà con l'abbandono dell'attuale autonomia giuridico-istituzionale.

Tale cambiamento strutturale discende soprattutto da una diversa concezione del soggetto-ammalato, superando anacronistiche e umilianti discriminazioni a seconda del tipo di malattia.

In questa logica viene abrogata la legge del 1904 ed il relativo regolamento riguardanti i cosiddetti « alienati mentali », e vengono giustamente rivalutati gli interessi di natura sanitaria rispetto ai presunti motivi di difesa sociale.

Gli aspetti economici della tutela della salute.

Non è questa la sede più adatta per intrattenersi sulle fasi alterne che hanno caratterizzato la crescita dell'economia italiana nell'ultimo quarto di secolo. Qui basti ricordare come tra le cause che stanno all'origine delle

attuali difficoltà economiche, un posto di primo piano sia ricoperto dall'inefficienza del settore pubblico e parapubblico in genere ed in particolare dall'inefficienza dei settori addetti all'erogazione dei servizi sociali fondamentali. Il settore sanitario, lungi dal costituire un'eccezione, rappresenta l'esempio emblematico delle conseguenze che il mancato funzionamento di un servizio sociale di primaria importanza può spiegare sull'andamento dell'economia. In particolare due aspetti vanno richiamati a questo proposito: l'elevato costo del servizio, costo che anche a causa del sistema di finanziamento in atto si riflette direttamente sulla produzione, e la scarsità dei risultati in termini di benefici sociali.

Appare opportuno analizzare separatamente tali due aspetti anche se, come apparirà in seguito, essi sono strettamente collegati.

L'andamento dei costi della tutela della salute in Italia è rispecchiato abbastanza fedelmente dall'andamento della spesa mutualistica. Nell'ultimo decennio, in termini monetari, tale spesa si è quintuplicata passando da meno di 900 miliardi nel 1964 ad oltre 4.500 miliardi nel 1974. Tale è infatti l'importo che la spesa sanitaria dei maggiori enti mutualistici assumerà nell'anno in corso. Il saggio di incremento annuo della spesa mutualistica per prestazioni sanitarie è stato pertanto pari al 17,45 per cento. Durante il periodo 1964-1973 il reddito nazionale lordo in termini monetari è cresciuto annualmente dell'11,4 per cento. Appare quindi ovvio come la quota di risorse assorbite dalle attività sanitarie svolte nell'ambito della mutualità assuma un'incidenza crescente nel tempo.

Impieghi sociali del reddito.

Dal rapporto sulla evoluzione sociale nella Comunità europea (1972) — si può dedurre un confronto molto significativo.

Le risorse destinate alla Sanità in alcuni paesi industrializzati (per cento del PNL) sono state:

	1962	1971
Belgio	2,5	4,9
Germania Occidentale	5,5	7,3
Francia	4,2	6,-
Olanda	4,1	7,-
Regno Unito	4,1	5,-
Italia	3,2	5,6

È un fatto molto positivo che l'Italia nel giro di 10 anni abbia quasi raddoppiato le proprie risorse destinate alla sanità, dal 3,2 al 5,6 per cento.

La percentuale globale è certamente elevata considerando anche che il reddito *pro capite* degli altri paesi della Comunità è superiore al nostro. L'onere di tale spesa viene sopportato dalla produzione sotto forma di prelievo contributivo, o dalla collettività nazionale in termini di maggiore imposizione fiscale, di svalutazione monetaria e di decurtazione diretta del reddito disponibile. Ciò che da un lato pone il nostro sistema produttivo in particolare difficoltà (non si dimentichi che l'Italia è il paese in cui l'incidenza dei contributi sociali sul costo del lavoro è tra le più elevate nell'ambito del Mercato comune) e dall'altro influisce negativamente sul reddito personale, riducendo le possibilità di consumo e risparmio. Si potrebbe obiettare che l'aumento dell'incidenza della spesa sanitaria sul reddito nazionale costituisce una caratteristica strutturata dei paesi che hanno superato la soglia dello sviluppo, e che quindi di per sé l'incremento proprio del nostro paese va considerato come un fatto del tutto fisiologico. Ciò sarebbe vero se si verificassero due condizioni: se tale incremento fosse contenuto entro limiti ragionevoli e se di fronte ad esso si constatasse un sensibile miglioramento del livello di protezione sanitaria.

Purtroppo nessuna di queste condizioni trova rispondenza nella situazione nazionale attuale. L'andamento a forbice tra crescita della spesa sanitaria e reddito nazionale è troppo pronunciato per poter essere sopportato nel lungo periodo. Ma ciò che più conta è la constatazione della inefficacia della spesa sanitaria nel senso che la sua eccezionale crescita non è stata accompagnata da un miglioramento sensibile dello stato sanitario della popolazione.

Si è già visto come accanto alla sopravvivenza di malattie proprie dei paesi all'inizio del processo di sviluppo, il quadro nosologico italiano si vada progressivamente arricchendo delle forme morbose che di norma accompagnano lo sviluppo industriale spinto. Tali forme morbose, di carattere prevalentemente degenerativo, insieme alle tecnopatie ed agli infortuni sul lavoro, oltre ad essere responsabili di una percentuale crescente della morbidità e della mortalità delle fasce medie di età, hanno quale conseguenza la sottrazione di una elevata percentuale di energie ancora potenzialmente suscettibili di utilizzo produttivo, alle attività economiche. Sebbene si diffidi dei

tentativi di valutazione economica dell'uomo — tentativi che, concependo l'uomo stesso quale strumento di produzione, se portati alle estreme conseguenze finiscono con il generare delle conclusioni aberranti — non si può sotto-cedere che recenti valutazioni fanno ascendere la perdita annua di produzione causata da assenza per malattia comune e professionale, e per infortuni sul lavoro, a circa 4.000-4.500 miliardi annui.

La presenza di un sistema sanitario notevolmente dispendioso e scarsamente efficace, pertanto, se da un lato comporta un notevole aggravio dei costi di produzione, dall'altro non impedisce che la malattia sottragga all'apparato produttivo un cumulo di risorse umane dal valore anche meramente economico tutt'altro che trascurabile.

Le cause dell'aumento della spesa sanitaria.

La riforma sanitaria costituirebbe un fallimento quanto meno parziale se tramite essa non si riuscisse, non solo ad attenuare il saggio di incremento della spesa complessiva, ma anche a rendere più produttiva la spesa stessa aumentando i benefici sociali ad essa connessi. Non appare quindi superfluo rian-dare pur se brevemente alle cause che nel recente passato hanno concorso a provocare l'enorme dilatazione della spesa mutualistica sopra ricordata.

Un'analisi condotta sui dati del principale istituto mutualistico italiano — l'INAM — dà luogo a risultati particolarmente interessanti a questo proposito. L'analisi è consistita nell'isolare la componente « reale » da quella « monetaria » dell'aumento subito dalla spesa per le principali prestazioni sanitarie dell'INAM (prestazioni ospedaliere, medico-generiche e farmaceutiche, rispettivamente) sul quinquennio 1966-1971.

L'andamento della spesa complessiva per ogni singola prestazione mutualistica deriva infatti dall'azione congiunta dell'andamento della popolazione assicurata, della frequenza delle prestazioni (consumo *pro capite*) e infine del costo per unità di prestazione. Le prime due componenti citate sono chiaramente reali — anche se assumono, come si vedrà, significato diverso — l'ultima è la componente monetaria.

I risultati dell'analisi sono esposti nel seguente prospetto.

CAUSE DI DILATAZIONE DELLA SPESA INAM
PER LE PRINCIPALI PRESTAZIONI SANITARIE NEL QUINQUENNIO 1966-1971.

GENERE DI PRESTAZIONE	Aumento degli assicurati	Aumento della frequenza delle prestazioni	Aumento del costo unitario delle prestazioni	Totale aumento della spesa
Medico-generiche	15,0	14,5	70,5	100,0
Farmaceutiche	19,5	48,0	32,5	100,0
Ospedaliere	10,5	19,0	70,5	100,0
Totale prestazioni	12,0	24,0	64,0	100,0

Come si vede fatto uguale a 100 l'incremento totale subito dalla spesa per l'assistenza sanitaria praticata dall'INAM nel periodo 1966-1971 esso risulta così ripartito tra le varie « cause determinanti »: il 12 per cento è stato causato dall'aumento degli assicurati, il 24 per cento, dall'aumento del costo unitario delle prestazioni. Mentre l'aumento delle frequenze (prestazioni per assicurato) è stato particolarmente rilevante nei confronti delle prestazioni farmaceutiche, il costo unitario ha costituito la causa di gran lunga più rilevante per quel che riguarda l'aumento della spesa per prestazioni mediche ed ospedaliere.

Sul totale della lievitazione del costo delle prestazioni considerate, la componente meramente « monetaria » ha quindi inciso per il 64 per cento, mentre quella « reale » per la modesta misura del 36 per cento. Se poi si considera come l'aumento del numero di prestazioni *pro capite* può riflettere, non tanto un miglioramento reale del livello assistenziale, quanto e più semplicemente una tendenza all'esasperazione di taluni consumi sanitari tutt'altro che essenziali (degenza ospedaliera inutilmente prolungata, iperconsumo di farmaci, visite « burocratiche » cioè a scarso contenuto medico, ecc.), si può concludere che l'80-85 per cento dell'incremento del costo dell'assistenza INAM trova scarse giustificazioni.

Dilatazione dei costi unitari, dovuti sia alla inefficiente organizzazione dei servizi, sia al consolidarsi di posizioni di rendita, da un lato, ed esasperazione di alcuni consumi sanitari dall'altro, sono quindi tra gli elementi che più hanno concorso alla dilatazione della spesa sanitaria sostenuta dagli enti mutualistici.

Il fenomeno dell'iperconsumo di alcune prestazioni sanitarie è tanto accentuato da me-

ritare una più attenta considerazione. Nella tavola 10 sono riportati i consumi *pro-capite* delle principali prestazioni sanitarie erogate dall'INAM.

Come può notarsi tutte le prestazioni sono in notevole e costante espansione con un saggio di incremento medio annuo che nel decennio 1961-1971 si colloca di norma a livelli superiori al 5 per cento. Se sono soprattutto gli esami di laboratorio a porsi particolarmente in evidenza, con un saggio di incremento medio annuo pari a quasi il 15 per cento, anche la costante espansione delle restanti prestazioni non può non preoccupare.

Tale fenomeno va combattuto, in quanto assolutamente ingiustificato, non mediante controlli burocratici che si manifestano inefficaci ed incompatibili con l'etica professionale, ma soprattutto da un lato migliorando l'organizzazione del sistema, ciò che si ottiene anche riconducendo ad unitarietà territoriale la gestione dei servizi, e dall'altro migliorando il contenuto della prestazione del medico di primo intervento. Non va infatti dimenticato che la domanda di prestazioni sanitarie è solo in parte determinata dall'assistito: in realtà essa viene interpretata ed espressa dal medico di primo intervento (l'attuale medico generico) dalla cui capacità e coscienza professionale e dalla integrazione con gli altri operatori e presidi sanitari dipende in larga misura il buon andamento anche economico dell'intero settore sanitario. Non si esagera affermando che il buon esito della riforma dipende soprattutto dall'organizzazione periferica dei servizi medici di base che si saprà porre in atto e dalla preparazione di cui si sapranno dotare i medici di primo intervento.

TAVOLA 10.

I CONSUMI SANITARI PRO CAPITE INAM: ANNI 1962-72.

	NUMERO MEDIO ANNUO DI PRESTAZIONI PER ASSICURATO				
	Medico generiche	Farma- ceutiche	Ospeda- liere	Accerta- menti radiologici	Esami di labo- ratorio
1962	7,32	9,92	1,26	0,124	0,211
1963	7,74	10,40	1,34	0,130	0,230
1964	8,26	10,55	1,45	0,139	0,274
1965	8,76	11,90	1,59	0,147	0,333
1966	6,61	12,25	1,66	0,151	0,397
1967	9,37	13,42	1,72	0,167	0,468
1968	9,60	14,56	1,83	0,171	0,582
1969	10,22	15,46	1,84	0,182	0,674
1970	10,73	15,41	1,92	0,187	0,757
1971	10,95	16,52	2,04	0,194	0,867
1972	11,37	17,14	2,15	0,208	1,051
Incremento % 1962-72	55,32	72,78	70,63	67,74	398,10
Incremento % medio annuo	4,50	5,61	5,49	5,31	14,81

Un confronto significativo.

Le considerazioni finora esposte non autorizzano a ritenere che la realizzazione della riforma sanitaria di per sé costituisca il rimedio all'esasperazione della spesa. Tuttavia all'opinione diffusa secondo cui la realizzazione della riforma sanitaria in Italia comporterebbe sicuramente un duraturo incremento della spesa complessiva per la tutela della salute, si può opporre il confronto con i costi sostenuti da un paese che ormai da un quarto di secolo ha realizzato ciò che in campo sanitario solo ora ci accingiamo a compiere.

Il confronto, ripreso dall'edizione italiana del *Scientific American* (Le Scienze, n. 73, settembre 1974), riguarda i costi capitali dell'INAM e quelli del *National Health Service* (NHS) inglese, per singole prestazioni sanitarie.

L'accostamento che viene riportato nella tavola 11 allegata è in parte arbitrario. Tut-

tavia non lo si ritiene inutile. Infatti il servizio sanitario nazionale inglese, oltre ad essere dotato di molte caratteristiche che si vorrebbero conferire al nostro sistema con la riforma, viene assunto anche al di fuori dei confini della nostra nazione come esemplare nell'ambito dei paesi occidentali. I risultati del confronto permettono di trarre una serie di considerazioni. Ci si limita alle più evidenti o se si vuole incontrovertibili.

In primo luogo, nonostante l'assistenza praticata dall'INAM copra un'area notevolmente ristretta, il nostro sistema comporta un costo maggiore rispetto a quello del NHS. La differenza è sensibile nel primo anno considerato (62.000 lire contro meno di 56.000), mentre è inferiore per il secondo (67.000 contro poco meno di 64.000). Da notare che la differenza sarebbe sicuramente maggiore qualora si depurassero i dati del NHS dai costi afferenti alle prestazioni non erogate dall'INAM.

In secondo luogo, i tipi di assistenza comparativamente più cari in Italia riguardano le

VI LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

TAVOLA 11.

CONFRONTO TRA SPESA SANITARIA PRO CAPITE INAM (ITALIA)
E NATIONAL HEALTH SERVICE - NHS (GRAN BRETAGNA): ANNI 1971 E 1972.

	NHS 1970-1971	INAM 1971	Differenza percentuale tra INAM e NHS	NHS	INAM	Differenza percentuale tra INAM e NHS
				Previsioni		
				1971-1972	1972	
1. Assistenza ospedaliera di cui:	36.087	27.373	— 24,1	41.908	28.786	— 31,3
Spesa corrente	(32.371)	—	—	(37.095)	—	—
Investimenti	(3.716)	—	—	(4.813)	—	—
2. Assistenza medica gene-rica	4.874	10.411	+ 114,2	5.257	10.809	+ 105,6
3. Assistenza farmaceutica	5.743	12.114	+ 110,9	6.472	13.754	+ 112,5
4. Altra assistenza sani-taria	8.301	6.313	— 23,9	9.213	7.209	— 21,8
TOTALE ASSISTENZA SA-NITARIA	55.005	56.241	+ 2,2	62.850	60.553	— 3,7
5. Spese di amministra-zione	757	4.010	+ 429,7	948	4.369	+ 360,9
6. Interessi passivi	—	931	—	—	1.802	—
7. Contributi e varie non sanitarie	—	428	—	—	436	—
TOTALE SPESE DI AMMI-NISTRAZIONE E ALTRE .	757	5.369	+ 609,2	948	6.607	+ 596,9
TOTALE GENERALE	55.762	61.610	+ 10,5	63.798	67.165	+ 5,3

N. B. — Per facilitare la corretta interpretazione del raffronto, si sottolineano i seguenti aspetti che costituiscono i principali fattori di eterogeneità tra le due serie di dati: primo, i dati INAM sono annuali, quelli del NHS invece coprono il periodo che va dal 1° aprile al 31 marzo dell'anno successivo; secondo, le prestazioni sanitarie erogate dal NHS sono notevolmente più estese rispetto a quelle dell'INAM: in particolare l'assistenza ospedaliera del NHS comprende anche quella degli ospedali psichiatrici e sanatoriali (forme di assistenza queste che in Italia non fanno capo all'INAM); inoltre, il costo per tale assistenza comprende anche la spesa per investimenti (in Italia al contrario il costo degli investimenti non è coperto interamente dalle rette ospedaliere); la voce « altra assistenza sanitaria » poi, comprende in Inghilterra a differenza di quanto avviene presso l'INAM, anche le spese relative alla medicina preventiva, a interventi riabilitativi e ad alcune protesi (dentarie, oftalmiche, ecc.); terzo, mentre le spese di amministrazione sostenute dall'INAM sono evidenziate per intero, parte delle corrispondenti spese facenti capo al NHS sono disseminate nelle restanti voci, a causa del sistema di contabilizzazione in uso. Va infine avvertito che il cambio della sterlina usato nel confronto corrisponde a quello ufficialmente in uso all'inizio del 1971 e rispettivamente del 1972.

prestazioni meno complesse e cioè quelle medico-generiche e farmaceutiche. Per queste due voci in Italia si spende più del doppio che in Inghilterra, e ciò per ottenere prestazioni non certamente migliori.

In terzo luogo, i dati esposti mostrano un costo dell'assistenza ospedaliera più elevato presso il NHS. Tuttavia se dal costo sostenuto in Inghilterra si toglie la quota assorbita dall'assistenza ospedaliera psichiatrica e tubercolare, la differenza si attenua notevolmente. Le 36.000 lire circa del NHS figuranti nella tabella per il primo anno diventano infatti poco più di 30.000 (5.760 lire rappresentando il costo dell'assistenza ospedaliera psichiatrica e sanatoriale sostenuta dal NHS). Se poi si toglie l'incidenza degli investimenti, anche nei confronti dell'assistenza ospedaliera la situazione si manifesta sfavorevole all'Italia, anche se di poco (contro le 27.350 lire dell'INAM, si avrebbero 26.610 del NHS).

Rimangono l'assistenza sanitaria residua (quella classificata nella tavola come « altra ») e le « spese di amministrazione ». Nei confronti della prima voce nulla può dirsi se non che la gamma delle prestazioni figuranti sotto di essa in Gran Bretagna è molto più ampia rispetto a quella INAM. Per le spese di amministrazione il confronto non è significativo in quanto parte di quelle sostenute dal NHS sono incluse nelle voci assistenziali. Tuttavia, proprio per questa constatazione la situazione italiana risulta ulteriormente peggiorata.

Le cause di tali diversità nei livelli dei costi sostenuti e dei benefici sociali ottenuti sono varie e complesse da esporre. Tuttavia esse possono con uno sforzo di sintesi essere ricondotte ad un'unica fondamentale ragione: in Gran Bretagna le risorse utilizzate per la tutela della salute sono inferiori in quanto a volume, sono meno retribuite e sono meglio organizzate, rispetto a quanto è dato di constatare in Italia.

Si impone quindi un profondo processo di riorganizzazione dell'intero settore sanitario in Italia, processo che implica:

una radicale riallocazione funzionale di risorse dalla cura alla prevenzione e riabilitazione, e nell'ambito dello stesso settore curativo ove particolare attenzione va attribuita alla medicina di primo intervento;

una riallocazione altrettanto radicale delle risorse in senso territoriale, dal nord al Mezzogiorno ed alle isole, dalla città alla campagna, dalla pianura alle zone collinari e montane;

una drastica revisione dei ruoli ricoperti dai vari operatori sanitari mirante: 1) a riservare al personale laureato esclusivamente quelle funzioni che per essere compiute necessitano veramente di studi superiori (l'Italia, ad esempio, è uno dei pochissimi paesi in cui la professione di « dentista » richiede per essere esercitata qualcosa come otto anni di studi universitari, il che rappresenta una ovvia distruzione di energie e quindi di reddito); 2) a potenziare le professioni paramediche ed a migliorare la preparazione del medico;

una coraggiosa politica dei redditi tra il settore sanitario ed i restanti settori della economia e nell'ambito dello stesso settore sanitario tra le diverse figure professionali che in esso operano, tendente ad eliminare le più ovvie situazioni di rendita e privilegio oggi constatabili ed in genere a perequare i livelli retributivi;

ed infine una politica dei consumi sanitari, mirante ad orientare la domanda verso precise priorità stabilite in base al contenuto sociale dei servizi: ciò che si ottiene, da un lato ponendo sotto controllo determinati consumi oggetto di richiesta irrazionale da parte degli individui, e dall'altro sviluppando i servizi di natura preventiva.

Il settore farmaceutico.

Proprio la necessità di qualificare i servizi sanitari, evitando i consumi superflui ed al limite dannosi, invita a considerare con particolare attenzione il settore farmaceutico.

Le caratteristiche strutturali dell'industria farmaceutica per quel che concerne le unità locali in essa operanti classificate per classe d'ampiezza e gli addetti sono illustrate nella tavola 12. Il settore presenta una struttura assai frazionata, in cui prevalgono chiaramente le aziende di medie e piccole dimensioni, anche se bisogna riconoscere alla luce del raffronto tra il 1961 ed il 1971, che la dimensione media per unità locale (e di conseguenza presumibilmente anche per azienda) tende ad aumentare. Di fatto è in atto un processo di ristrutturazione tendente a spostare le unità locali verso classi di ampiezza via via maggiori in termini di addetti. Ciò non toglie che l'industria farmaceutica operante in Italia sia tuttora caratterizzata dalla massiccia presenza di unità produttive medio-piccole: le grandi aziende (con più di

VI LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

TAVOLA 12.

INDUSTRIA FARMACEUTICA: UNITÀ LOCALI PER CLASSI DI AMPIEZZA OCCUPAZIONALE: ANNI 1961 E 1971.

ANNI	CLASSI DI AMPIEZZA								Totale	
	1 - 99		100 - 499		500 - 999		1.000 ed oltre		Unità locali	Addetti
	Unità locali	Addetti	Unità locali	Addetti	Unità locali	Addetti	Unità locali	Addetti		
1961	954	16.341	88	19.202	13	9.853	2	2.646	1.057	48.042
1971	742	14.026	115	25.992	16	10.934	6	7.494	879	58.466
Incrementi: 1961-71 . .	—	—	22,2	35,4	23,1	11,2	300,0	183,2	16,8	21,7

mille addetti) assorbono infatti nel 1971 solo il 12,8 per cento dell'occupazione.

Quanto alla distribuzione territoriale, si nota una forte concentrazione dell'industria nelle regioni settentrionali, nel Lazio ed in Toscana. Nel 1971 il 90 per cento delle unità produttive assorbenti il 93 per cento dell'occupazione complessiva era localizzata nelle seguenti regioni:

Lombardia, Lazio, Toscana, Piemonte, Veneto ed Emilia-Romagna.

La sola Lombardia contribuisce ad oltre il 50 per cento della produzione nazionale; il Lazio al 15 per cento circa; la Toscana al 9 per cento ed infine il Piemonte all'8 per cento. Da notare che tale concentrazione è andata accentuandosi nell'ultimo decennio, essendo molto meno pronunciata nel 1961.

L'elevato numero di aziende operanti nel settore, non impedisce la concentrazione della produzione in un limitato numero di esse. Di fatto, proprio grazie alla accentuata frammentazione, un numero limitato di aziende contribuisce a larga parte della produzione nazionale. Nel 1970 su poco più di 550 aziende operanti in Italia, le prime 25 contribuivano al 45 per cento della produzione, le prime 50, al 64 per cento, e le prime 75 a ben il 75 per cento: essendo il restante 25 per cento della produzione nazionale frazionato sulle circa 470 aziende rimanenti (vedi tavola 13).

Il valore della produzione oggetto di vendita tramite farmacie, valutata sulla base dei prezzi praticati al pubblico risulta nel 1973 essere pari a lire 1.305 miliardi, ciò che corrisponde ad un fatturato lordo dell'industria di circa 840 miliardi. Per giungere al valore complessivo della produzione bisogna aggiungere alle cifre indicate l'importo delle vendite agli ospedali ed agli enti mutualistici. Ci si trova quindi di fronte ad un'industria che assume dimensioni notevoli sia dal punto di vista dell'occupazione (con quasi 60.000 addetti nel 1971) sia dal punto di vista del valore della produzione, ma soprattutto ci si trova di fronte ad un'industria in rapidissima e costante espansione. Come può notarsi dalla tavola 14, il valore della produzione distribuita tramite farmacie in soli quattro anni è passato da meno di 800 miliardi ad oltre 1.300. La stessa tavola mostra, sia la composizione della produzione facente capo all'industria farmaceutica, sia il valore della produzione assorbita dagli enti mutualistici, valore che nel 1972 assume il volume di 623 miliardi.

Le tavole 15 e 16 mostrano la dinamica dei consumi farmaceutici e dei prezzi delle confezioni negli ultimi quattro anni. L'incremento complessivo del valore della produzione appare chiaramente come il risultato congiunto dell'aumento del numero delle confezioni vendute (confezioni passate da 1.120 milioni nel 1969 a 1.490 milioni nel 1973), e del prezzo medio delle confezioni stesse. A quest'ultimo proposito è bene chiarire che il blocco dei prezzi sui prodotti medicinali in vigore ormai da quattro anni, ha potuto venire in parte eluso dall'industria semplicemente spostando gli sforzi promozionali dai prodotti a prezzo meno elevato ai prodotti più costosi. Di fatto il prezzo medio al pubblico di un prodotto etico è passato da 861 lire nel 1969 a 1.055 lire nel 1973.

Un aspetto peculiare del mercato farmaceutico italiano, è costituito dalla crescente quota assorbita dai consumi mutualistici: consumi che sono passati da un valore complessivo inferiore ai 450 miliardi nel 1969 ad un valore superiore ai 600 miliardi nel 1972. Anche l'aumento del valore complessivo dei consumi mutualistici è il portato dell'aumento del prezzo medio per confezione e dell'aumento del numero di confezioni consumate, come appare chiaramente dalle tavole 14, 15 e 16.

Un aspetto utile da considerare è costituito dalla composizione qualitativa della produzione farmaceutica.

Essa risulta innanzi tutto molto concentrata: nel 1970 su di un complesso di 50 grosse classi terapeutiche le prime 10 assorbono il 64 per cento della produzione e le prime 20, ben l'84 per cento. Alle restanti 30 classi residua una frazione molto modesta del mercato (16 per cento). In secondo luogo tra le classi a più vasta porzione di mercato ne figurano diverse di scarso contenuto terapeutico come può notarsi dalla tavola 17. Infine un'analoga classificazione effettuata su dati INAM, mostra come la composizione dei consumi mutualistici sia fortemente squilibrata, e comunque più squilibrata rispetto alla situazione presentata dal mercato complessivo, a favore di farmaci appartenenti a classi di dubbio contenuto terapeutico, come figura alla tavola 18.

Per completare il quadro succintamente tracciato bisogna infine aggiungere che la produzione farmaceutica italiana è oggi frazionata su 15.000 specialità medicinali e 36.000 confezioni, nonostante l'opera di revisione condotta negli ultimi tempi dal Ministero della sanità.

TAVOLA 13.

VENDITE FARMACEUTICHE TOTALI TRAMITE FARMACIE: ANNO 1970.

Analisi per azienda.

GRUPPI DI AZIENDE	Miliardi di lire	% delle vendite totali	% cumulato
Primo gruppo di 25 aziende	392	45,0	45,0
Secondo gruppo di 25 aziende	165	19,0	64,0
Terzo gruppo di 25 aziende	96	11,0	75,0
Restanti aziende (circa 470)	217	25,0	100,0
	870	100,0	100,0

TAVOLA 14.

MERCATO FARMACEUTICO: VENDITE TRAMITE FARMACIE: ANNI 1969-1973.

(Valore in miliardi di lire).

	1969	1970	1971	1972	1973
Mercato complessivo	780	870	977	1.093	1.305
(Valore: prezzo al pubblico):					
Prodotti etici	699	775	876	977	1.152
Prodotti da banco	41	45	48	55	75
Dietetici	31	41	42	50	61
Farmaceutici	9	9	11	11	17
Di cui:					
Mercato mutualistico al lordo dello sconto	448	482	541	623	n.d.
Di cui:					
Prestazioni INAM al lordo dello sconto	364	393	443	494	n.d.

TAVOLA 15.

NUMERO CONFEZIONI VENDUTE TRAMITE FARMACIE: ANNI 1969-1973.

(Quantità in milioni di confezioni).

	1969	1970	1971	1972	1973
Mercato complessivo	1.124	1.212	1.275	1.336	1.490
Prodotti etici	812	870	925	986	1.092
Prodotti da banco	216	226	229	230	261
Dietetici	74	93	96	95	104
Parafarmaceutici	22	23	25	25	33
Di cui:					
INAM	431	439	468	490	n.d.

TAVOLA 16.

MERCATO FARMACEUTICO: PREZZI MEDI PER CONFEZIONE: ANNI 1969-1973.

(Valori in lire).

	1969	1970	1971	1972	1973
Mercato complessivo	693	718	767	817	875
(Prezzi al pubblico):					
Prodotti etici	861	890	901	991	1.055
Prodotti da banco	187	199	210	237	286
Dietetici	420	436	437	525	584
Parafarmaceutici	425	406	436	436	518
Costo per prescrizione INAM . . .	846	892	946	1.001	n.d.
Numero prescrizioni per assicurato INAM	15,5	15,4	16,5	17,1	n.d.

TAVOLA 17.

CONSUMI FARMACEUTICI TOTALI TRAMITE FARMACIE: ANNO 1970.

Analisi per classi terapeutiche.

CLASSI TERAPEUTICHE	Miliardi di lire	% del consumo totale	% cumulato
PRIME DIECI CLASSI	557	64,0	64,0
Antibiotici			
Ormoni			
Cardiovascolari			
Antitosse e antiartritici			
Vitamine			
Lipotropi			
Analgesici e antiinfluenzali			
Dermatologici			
Ricostituenti			
Antianemici			
SECONDE DIECI CLASSI	174	20,0	84,0
Antireumatici			
Antiacidi - spasmolitici			
Colagoghi e coleretici			
Psicofarmaci - antiemorroidali			
Enzimi - oftalmici e otolatrici			
Antidiarroici - lassativi			
RIMANENTI CLASSI	139	16,0	100,0
Terapeutiche (n. 30)			
TOTALE CLASSI . . .	870	100,0	100,0

TAVOLA 18.

CONSUMI FARMACEUTICI INAM: ANNO 1970.

Analisi per classi terapeutiche.

CLASSI TERAPEUTICHE	Miliardi di lire	% del consumo totale	% cumulato
Cardiovascolari	55	14,0	14,0
Epatoprotettori e colagoghi	51	13,0	27,0
Antibiotici-chemioterapici	47	12,0	39,0
Estratti d'organo - Ormoni	47	12,0	51,0
Analgesici, antireumatici, antipiretici	39	10,0	61,0
Dermatologici, antiemorroidali	31	8,0	69,0
Vitaminici	24	6,0	75,0
Antiacidi - Digestivi	20	5,0	80,0
Balsamici	12	3,0	83,0
Sedativi	8	2,0	85,0
Oftalmici - Otolatrici	8	2,0	87,0
Altre classi terapeutiche	51	13,0	100,0
TOTALE . . .	393	100,0	100,0

Particolarmente utile per una esatta configurazione della situazione farmaceutica italiana

è il seguente raffronto internazionale al 1973.

PAESI	Numero imprese	Fatturato) (miliardi di lire)	Numero prodotti	Numero confezioni
Italia	520	840	15.000	36.000
Francia	454	1.091	4.563	9.000
Germania occidentale	616	1.145	10.200	18.900
Regno Unito	400	437	3.300	7.340

È da notare che il fatturato è qui espresso in termini di ricavo percepito dall'industria e che la situazione del Regno Unito non risulta confrontabile direttamente con quella degli altri paesi comunitari in quanto numerosi prodotti altrove classificati come medicinali, in Inghilterra non hanno tale qualifica e vengono venduti a carico totale del consumatore presso drogherie ed esercizi analoghi. Come si nota, il nostro paese si pone particolarmente in vista per l'elevato numero di prodotti e soprattutto di confezioni in commercio.

Infine bisogna notare che mentre i restanti paesi sviluppati destinano quote non trascurabili della produzione nazionale all'esportazione, mostrando una bilancia commerciale strutturalmente attiva, l'interscambio di materie prime e prodotti farmaceutici italiani è di norma in pareggio: ciò significa che il valore della produzione nazionale coincide grosso modo con il valore dei consumi interni.

In definitiva il settore farmaceutico italiano si presenta caratterizzato da una notevole frammentarietà sia in termini di aziende sia in termini di prodotti e da una altrettanto notevole concentrazione presso poche aziende e presso un limitato numero di classi terapeutiche. L'espansione produttiva che ha caratterizzato il settore anche durante gli anni più recenti, ha trovato il proprio sostegno più dinamico nell'espansione costante del mercato mutualistico, mercato che oltretutto si è manifestato poco selettivo.

Il costante e sostenuto aumento dei consumi mutualistici ha creato condizioni parti-

colarmente positive per lo sviluppo in senso quantitativo della produzione farmaceutica.

Le prospettive di profitto così emerse dalla situazione del mercato interno, da un lato hanno richiamato il capitale straniero che attualmente controlla il 60 per cento della produzione nazionale e dall'altro hanno reso poco allettanti i mercati stranieri. Ancora: il mercato interno facile e l'assenza di protezione brevettuale hanno scoraggiato la ricerca ed indotto le imprese a concentrare i propri sforzi nell'azione di propaganda rivolta sia verso i medici sia verso il grosso pubblico.

Da tutto ciò emerge la necessità di intervenire con provvedimenti decisi, sia per utilizzare ai fini della riforma energie di cui il mondo della produzione è dotato, sia per limitare la spesa pubblica (cioè il finanziamento pubblico della produzione di medicinali), sia e soprattutto per garantire ai cittadini italiani livelli assistenziali via via più elevati dal punto di vista qualitativo.

Un'azione che al riguardo ci si propone di compiere con la riforma può essere sintetizzata nelle seguenti linee:

un'azione tesa ad incentivare la ricerca, a qualificare la produzione ed a contenere i prezzi. Per il raggiungimento di tali finalità la costituzione di una impresa finanziaria pubblica che operi anche mediante partecipazioni di maggioranza si manifesta uno strumento indispensabile. Tanto più indispensabile in quanto le recenti vicissitudini di grosse industrie sono andate creando una pericolosa situazione tendenzialmente oligopolistica;

un'azione diretta ad indirizzare i consumi verso fini sociali. Tale azione che vede il suo perno nella revisione delle registrazioni, e nella introduzione brevettuale, si spiega anche attraverso il controllo pubblico dell'informazione scientifica ed il contenimento della pubblicità;

infine un'azione volta direttamente a contenere la spesa farmaceutica pubblica ed a combattere il consumismo farmaceutico da attuarsi soprattutto mediante l'introduzione generalizzata di un elenco selezionato di far-

maci da ammettere alla distribuzione gratuita, salvo una modesta compartecipazione dell'assistito. Questo tipo di compartecipazione è già in vigore in numerosi paesi (cfr. tavola 19).

L'insieme delle misure che con le riforme ci si accinge ad assumere, si è certi spiegherà effetti positivi non solo nei confronti dei consumatori-assistiti, ma anche nei confronti della stessa industria agevolandone la ristrutturazione.

TAVOLA 19.

PAESE	Quota a carico
Australia	Quota fissa di \$ 0,50 per ogni specialità
Regno Unito	Quota « nominale » per ogni specialità
Svezia	Quota variabile da 5 a 15 corone per ogni specialità
Belgio	Quota fissa del 10 % su ogni specialità
Francia	Quota variabile dal 20 al 30 %
Germania Ovest	Quota di 2,50 DM per ogni ricetta
Danimarca	Quota fissa del 25 % per ogni specialità
Spagna	Quota fissa di 5 Pts per specialità il cui prezzo di vendita non superi le 30 Pst.
Portogallo	Quota fissa del 25 % su ogni specialità
Svizzera	Quota fissa del 25 % circa per ogni specialità
Ungheria	Quota fissa del 15 % per ogni specialità
Polonia	Quota fissa del 30 % per ogni specialità
	(In questi due ultimi Paesi sono escluse dalla quota a carico alcune categorie di persone, quali pensionati, ecc.)

I costi in prospettiva.

Appare ovvio come il programma sopra tratteggiato volto a rendere più efficiente l'intero sistema sanitario, per essere realizzato necessiti, sia di tempi medio-lunghi, sia di volontà politica e capacità organizzative ed amministrative decisamente notevoli. Il presupposto su cui si basa la riforma consiste

nel ritenere che tali volontà e capacità (che gli enti mutualistici non sono stati in grado di esprimere e che probabilmente erano nella impossibilità di esprimere a causa della loro natura assicurativa) siano proprie delle regioni che con la riforma stessa vengono ad assumere un ruolo di primissimo piano.

Resta il problema dei tempi medio-lunghi cui si è accennato. A questo proposito è do-

veroso essere estremamente chiari per evitare da un lato facili illusioni e dall'altro pessimismi ingiustificati quando non addirittura interessati.

Si è detto che se è lecito attendersi risultati economici positivi dalla riforma nel medio-lungo periodo, tali risultati dipendono da profonde modifiche organizzative, strutturali e di comportamento che per essere attuate richiedono tempo. Nel breve periodo invece, dovendo necessariamente utilizzare l'apparato organizzativo e strutturale esistente, qualsiasi estensione e miglioramento dei livelli assistenziali attuali comporta evidentemente una maggiore spesa. In questo sta il costo economico della riforma: costo in termini di maggior spesa nel breve periodo per il miglioramento dei livelli assistenziali che sarà più che compensato dalla minor spesa (o dai maggiori benefici) nel medio-lungo periodo.

A causa delle particolari difficoltà economiche del momento che stiamo vivendo e dell'elevato volume di spese attualmente sopportato, il problema consiste nel minimizzare la maggior spesa che si dovrà sopportare nei prossimi due anni. È ciò che si è cercato di fare calibrando la fase di avvio della riforma in maniera da ottenere, da un lato l'estensione delle prestazioni sanitarie fondamentali all'intera massa di mutuatati in condizioni di uniformità, e dall'altro la limitazione dei

consumi superflui oggi constatabili soprattutto in campo farmaceutico. Sulla base delle disposizioni valide durante la prima fase di attuazione della riforma, fase caratterizzata dalla liquidazione degli enti mutualistici, si sono formulate le seguenti previsioni di costi, contenute nelle tavole 20 e 21.

La prima contiene la dinamica della spesa dei dieci maggiori enti mutualistici nel decennio 1964-1974. Dopo quanto detto essa non necessita di alcun particolare commento: gli enormi aumenti di spesa in genere ed in particolare della spesa ospedaliera appaiono in tutta evidenza.

La tavola successiva riguarda i cosiddetti « costi della riforma » nel suo primo biennio di attuazione. Alcune precisazioni sono necessarie per la corretta interpretazione dei dati.

Innanzitutto i dati esposti riguardano i seguenti enti mutualistici: INAM, ENPAS, INADEL, ENPDEDP, ENPALS, Casse mutue di Trento e Bolzano, nonché le Federazioni nazionali delle Casse mutue dei coltivatori diretti, degli artigiani e dei commercianti. La popolazione assicurata da tali enti è nel 1974 superiore ai 51 milioni di abitanti; la spesa da essi sostenuta è pari a circa il 97 per cento della spesa mutualistica complessiva (vedi tabella 22).

TAVOLA 20.

IL COSTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA PRATICATA DAI MAGGIORI ENTI MUTUALISTICI:
DECENNIO 1964-1974.

PRESTAZIONI	VALORI ASSOLUTI (miliardi di lire correnti)		Incrementi assoluti	Incrementi %	Composizione %	
	1964	1974			1964	1974
Medico-generiche	158	596	+ 438	+ 277	17,75	13,14
Ospedaliere	304	2.364	+ 2.060	+ 678	34,15	52,13
Farmacentriche	213	736	+ 523	+ 246	23,93	16,23
Specialistiche e altre . .	113	550	+ 437	+ 386	12,69	12,13
Totale prestaz. sanitarie .	788	4.246	+ 3.458	+ 439	88,53	93,64
Spese di amministrazione	102	288	+ 186	+ 182	11,47	6,36
Complesso spese	890	4.534	+ 3.644	+ 409	100,00	100,00

VI LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

TAVOLA 21.

EVOLUZIONE PREVISTA DELLA SPESA NEGLI ANNI 1975 E 1976 IN ASSENZA ED IN PRESENZA DELLA RIFORMA.

(Miliardi di lire correnti).

PRESTAZIONI	In assenza di riforma		In presenza di riforma		DIFFERENZE							
					Assolute		%					
	1975	1976	1975	1976	1975	1976	1975	1976				
Medico-generiche	621	647	701	708	+	80	+	61	+	12,9	+	9,4
Ospedaliere	2.486	2.614	2.791	2.934	+	305	+	320	+	12,3	+	12,2
Farmaceutiche:												
ipotesi di massima	736	839	925	988	+	139	+	149	+	17,7	+	17,8
ipotesi intermedia	(786)	(839)	(851)	(909)	(+)	65	(+)	70	(+)	8,3	(+)	8,3
ipotesi minima	(786)	(839)	(601)	(642)	(—)	185	(—)	197	(—)	23,5	(—)	23,8
Specialistiche ed altre	602	660	602	660	—	—	—	—	—	—	—	—
Spese di amministrazione	305	323	305	323	—	—	—	—	—	—	—	—
Complesso spese:												
ipotesi di massima	4.800	5.083	5.324	5.613	+	524	+	530	+	11,7	+	11,1
ipotesi intermedia	(4.800)	(5.083)	(5.250)	(5.534)	(+)	450	(+)	451	(+)	10,0	(+)	9,5
ipotesi minima	(4.800)	(5.083)	(5.000)	(5.267)	(+)	200	(+)	184	(+)	4,5	(+)	3,9

TAVOLA 22.

SPESA SANITARIA PER ENTE: ANNO 1974.

(Miliardi di lire).

ENTE	PRESTAZIONI SANITARIE					Spese di amministrazione	Complesso delle spese	Assicurati (migliaia)
	Medico generiche	Ospedaliere	Farmaceutiche	Specialistiche e altre	Totale			
INAM	416	1.593	511	284	2.804	139	2.943	30.008
ENPAS	77	174	111	74	436	44	480	5.520
INADEL	38	121	38	41	238	39	277	2.520
ENPDÉDP	16	44	23	28	111	13	124	1.237
ENPALS	2	10	2	2	16	3	19	161
C.M. Trento	2	11	3	2	18	2	20	236
C.M. Bolzano	2	10	2	1	15	2	17	197
Federazione artigiani	6	116	11	52	185	13	198	3.960
Federazione coldiretti	27	191	18	27	263	19	282	4.688
Federazione commercianti	10	94	17	39	160	14	174	2.825
TOTALE	596	2.364	736	550	4.246	288	4.534	51.352

In secondo luogo è bene tenere presente che: *a)* la spesa farmaceutica è espressa al netto degli sconti di legge; *b)* la spesa ospedaliera è stata ricalcolata sulla base delle rette effettivamente approvate dai Consigli di amministrazione degli enti ospedalieri e ratificate dai Comitati regionali di controllo.

In terzo luogo le spese di amministrazione esposte riguardano la sola quota di esse che si riferisce all'assistenza sanitaria.

In quarto luogo per l'assistenza farmaceutica, stante l'impegno gravante sul Ministero della sanità di determinare una nuova lista di farmaci da ammettere alla distribuzione gratuita, si sono formulate tre ipotesi: la prima (ipotesi di massima) è stata formulata sulla base dell'attuale prontuario terapeutico INAM; la seconda (ipotesi intermedia), sulla base del prontuario INAM depurato dalle specialità di mero conforto; infine la terza ipotesi (ipotesi minima) è stata formulata sulla base del criterio che vuole distribuiti gratuitamente i soli farmaci essenziali, cioè indispensabili per la cura di malattie specifiche.

Da ultimo, va fatto notare che le previsioni sono a moneta e reddito costanti, cioè sono state effettuate sulla base dei prezzi e dei redditi 1974.

Fatte queste precisazioni, gli incrementi di spesa dovuti all'attuazione della riforma (riforma che per ovvie ragioni di comodo si considera abbia inizio al 1° gennaio 1975) sono esclusivamente dovuti all'estensione ed al miglioramento delle prestazioni mutualistiche.

Come si vede, l'ipotesi di massima per il 1975 comporta una maggiore spesa di 524 miliardi, cioè un incremento rispetto alla situazione che si avrebbe in assenza di riforma, pari all'11,7 per cento. Tali valori, nell'ipotesi di minima scendono rispettivamente a 200 miliardi ed al 4,5 per cento. Nel 1976, di fronte ad incrementi in termini assoluti leggermente superiori, si hanno incrementi percentuali meno pronunciati.

Accanto alle maggiori spese esposte bisogna considerare alcune minori spese che non sono state indicate nella tavola in quanto non esattamente quantificabili. La difficoltà di quantificazione accurata, tuttavia, non deve far ritenere che tali risparmi siano inesistenti. Essi sono al contrario reali almeno quanto gli incrementi di spesa, solo che il loro importo è di meno agevole determinazione.

Ecco in sintesi le possibili fonti di risparmio:

innanzitutto il rifinanziamento degli ospedali, attuato con il recente decreto-legge

8 luglio 1974, n. 264, annulla l'onere degli interessi passivi oggi sostenuto dalle amministrazioni ospedaliere: tale onere è prudenzialmente valutabile intorno ai 250 miliardi;

in secondo luogo, l'abolizione del limite dei 180 giorni attualmente in vigore presso l'INAM, attenua l'onere per ospedalità agli indigenti oggi gravante sui comuni. Tale onere è prudenzialmente valutabile sui 50 miliardi;

in terzo luogo, l'estensione dell'assistenza farmaceutica ai lavoratori autonomi provoca un risparmio alle regioni che finora si sono impegnate in tale ambito valutabile intorno ai 30 miliardi;

infine è da ricordare l'introduzione della compartecipazione da parte dell'assistito sulle prestazioni farmaceutiche, compartecipazione il cui gettito può ritenersi ragionevolmente compreso tra i 100 ed i 150 miliardi a seconda che si scelga l'ipotesi di minima o di massima sopra prospettata.

Fatte le dovute compensazioni tra maggiori e minori spese, si può ragionevolmente ritenere che la riforma sanitaria nel primo biennio di attuazione non comporti una spesa complessivamente superiore a quella che si sopporterebbe qualora si conservasse immutato l'attuale sistema.

Ovviamente ciò non risolve tutti i problemi di finanziamento della spesa, in quanto bisogna pur sempre provvedere a coprire i disavanzi patrimoniali che gli enti mutualistici hanno accumulato in passato. Tuttavia si ritiene che il contenimento della spesa entro i limiti che essa avrebbe comunque raggiunto con l'attuale sistema anche nel primo biennio di attuazione della riforma, costituisca di per sé un risultato notevolmente apprezzabile.

Decorso il primo biennio, istituite le Unità sanitarie locali ed unificati nel loro ambito tutti i servizi sanitari, si potrà attuare quella politica di razionale impiego delle risorse cui si è più volte alluso, politica che permetterà di contenere la spesa per l'assistenza curativa entro limiti tali da permettere un progressivo finanziamento delle attività di prevenzione e riabilitazione.

Le disposizioni.

Gli articoli 1 e 2 del disegno di legge, che esauriscono il capo I dedicato ai principi, esprimono il concetto fondamentale della legge di riforma rappresentato dalla globalità delle attività e dei compiti relativi alla tutela della

salute. L'articolo 1 raggiunge questo scopo attraverso un'espressione di sintesi, e l'articolo 2 ribadisce il principio attraverso una dettagliata analisi dei principali compiti del servizio.

L'articolo 3, nel quadro costituzionale delle competenze ripartite tra Stato, regioni ed enti locali, delinea le competenze governative attribuendo:

a) al Consiglio dei Ministri la funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative spettanti alle regioni ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione che attendano ad esigenze di carattere unitario, secondo il criterio già enunciato nell'articolo 17 della legge 16 maggio 1970, n. 281; la predetta funzione può essere delegata dal Consiglio dei ministri al CIPE quando investa problemi di sua competenza o al Presidente del Consiglio d'intesa col Ministro della sanità quando si tratti di affari particolari;

b) al CIPE la determinazione dei livelli minimi di assistenza sanitaria, nel quadro degli obiettivi del programma economico nazionale, e per la correlazione esistente tra tale forma di spesa pubblica ed il reddito nazionale;

c) al Ministro della sanità l'emanazione delle direttive alle regioni per l'esercizio delle attività ad esse delegate in materia sanitaria, nonché l'esercizio delle funzioni nella stessa materia residue allo Stato e la elaborazione dei piani nazionali o interregionali per la tutela della salute.

Le competenze così definite consentono al Governo di individuare l'attività regionale nel rispetto del decentramento amministrativo e di elaborare quegli interventi per la tutela della salute che nella politica di piano si estendono a tutto il territorio nazionale o a quello di più regioni ed attendano ad esigenze di carattere unitario.

L'articolo 4 prevede l'istituzione del Consiglio sanitario nazionale quale organo collegiale di consulenza e proposta al Ministro della sanità sia sugli orientamenti di politica sanitaria sia sulla attuazione delle finalità del Servizio sanitario nazionale, nonché sulla ripartizione del fondo finanziario.

Il Consiglio è formato in maggioranza dai rappresentanti delle regioni, — con garanzie alla partecipazione delle minoranze —, ed inoltre da rappresentanti dei comuni e delle province, da esperti delle Amministrazioni statali interessate e da rappresentanti degli operatori sanitari designati dai rispettivi ordini e collegi professionali.

Nel periodo transitorio in cui il finanziamento del Servizio sanitario nazionale è assicurato anche con i contributi obbligatori di malattia, del Consiglio faranno parte anche i rappresentanti dei lavoratori dipendenti e autonomi designati dalle rispettive organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

Il Consiglio sanitario nazionale è presieduto dal Ministro della sanità e dura in carica cinque anni.

Sono altresì dettate le norme per il funzionamento del Consiglio.

Accanto al Consiglio sanitario nazionale, la cui composizione è determinata in funzione dei compiti essenzialmente politici ad esso demandati, l'articolo 5 colloca il Consiglio superiore di sanità con funzioni esclusivamente tecniche. Di esso è prevista una ristrutturazione per adeguarne i compiti, al fine di ottenere la sua collocazione nel senso indicato nel nuovo assetto istituzionale, e per modificare il criterio di scelta dei suoi componenti che dovranno essere esclusivamente dei tecnici.

L'articolo 6 fissa i rapporti di collaborazione tecnico-scientifica dell'Istituto superiore di sanità con il Servizio sanitario nazionale e sottopone la sua attività di ricerca all'apposito programma stabilito dal Ministero della sanità sentito il Consiglio sanitario nazionale. È prevista inoltre la disciplina dei rapporti tra l'Istituto superiore e le strutture di sanità pubblica regionali, che dovrà avvenire, in modo costituzionalmente corretto, attraverso un atto di indirizzo e coordinamento secondo la procedura indicata all'articolo 3.

I compiti dell'Istituto vengono peraltro collegati, per la parte di competenza, all'analoga attività demandata, per le particolari esigenze di ordine prevenzionistico, al costituendo Istituto, di cui all'articolo 34.

L'esperienza dell'ultimo biennio ha reso evidenti i difetti, che conducono alla frammentarietà di attribuzione di poteri sancita dal decreto del Presidente della Repubblica n. 4 del 1972.

Per ovviarvi, l'articolo 7 delega il Governo a completare il trasferimento e riordinare la delega delle funzioni amministrative alle regioni in modo da restituire all'ordinamento unità e coerenza di decisione, e di responsabilità, nel rispetto dell'autonomia regionale e per l'efficienza dei servizi sanitari.

L'attività normativa delle regioni non potrà sfuggire alla logica del decentramento ed al rispetto della corretta dialettica con gli enti locali minori, atteso che se il momento programmatico attiene a momenti superiori esso

rappresenta pure la sintesi e l'inizio delle istanze di ordine operativo di base.

In tale logica, l'attività consultiva e di proposta riconosciuta al Consiglio sanitario regionale, previsto dall'articolo 8 rappresenta una componente essenziale del processo di democratica gestione dei servizi sanitari.

L'articolo 9, a tal fine, pone a carico delle regioni l'onere ineliminabile della consultazione preventiva di comuni, province e consiglio sanitario regionale in tema di organizzazione delle Unità sanitarie locali e di individuazione delle relative aree comprensoriali.

La linea di tendenza indicata con questo articolo al legislatore regionale vuole conseguire risultati di massima efficienza dei servizi e di piena aderenza, per quanto possibile, alla situazione socio-economica dell'area interessata.

Infatti, non dovranno essere trascurati i servizi sociali connessi alla tutela della salute della popolazione ed altre iniziative adottate per lo sviluppo economico e sociale, come nel caso delle comunità montane.

L'articolo 10 demanda ancora una volta alla regione la disciplina dell'organizzazione e del funzionamento delle unità sanitarie locali, fissando il principio che il comitato di gestione dovrà essere espresso dalla realtà comunale. Anche a livello locale è riconosciuto un proprio spazio di iniziativa e di consultazione sugli indirizzi della politica sanitaria alle formazioni sociali organizzate nel territorio, agli assistiti ed agli operatori sanitari.

L'autonomia tecnico-funzionale dei servizi è temperata dal necessario coordinamento: un collegio dei responsabili dei servizi dovrà evitare che si possano riproporre anche nel nuovo sistema i tradizionali e criticati vizi di netta separazione tra le diverse strutture assistenziali.

Il ruolo del comune nell'attività gestionale è confermato dalla previsione di necessari adempimenti amministrativi che la legge regionale dovrà compiutamente individuare.

L'Unità sanitaria locale, dunque, nelle prospettive di riforma della legge comunale e provinciale, ma anche in attesa della legge-quadro sui servizi sociali, si pone come struttura collegata sia alla regione, da cui mutua personale, beni strumentali e risorse finanziarie, sia al comune da cui riceve indirizzo politico e impulso operativo. Ciò dovrebbe rendere aderente l'azione assistenziale alle esigenze della comunità ed ai bisogni dei cittadini, esplicitati nelle sedi istituzionali di partecipazione, ma anche espressi — per delega o in via diretta — negli altri luoghi di vita

civile, produttiva, culturale (quartieri, ambienti di lavoro, distretti scolastici, ecc.).

L'articolo 11 fissa la struttura funzionale tipica dei servizi dell'unità sanitaria locale prevedendo sia i servizi per la prevenzione e la profilassi della collettività sia quelli diretti alla tutela della salute individuale nei momenti della prevenzione, cura (domiciliare, ambulatoriale, ospedaliera), e della riabilitazione dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali.

In relazione alla dimensione dell'unità sanitaria locale si prevede l'eventuale articolazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento in distretti sanitari di base per una popolazione di circa 10 mila abitanti salvo limiti più bassi per le zone rurali e montane.

Circa il servizio ospedaliero è di notevole importanza la gestione degli ospedali e dei luoghi pubblici di cura da parte dell'unità sanitaria locale con conseguente soppressione della personalità giuridica degli enti ospedalieri. Le loro strutture sono trasferite alle regioni e destinate da queste alle unità sanitarie locali. Alla stessa disciplina sono assoggettati gli ospedali psichiatrici attualmente dipendenti dalle province. Si supera — per tale via — l'emarginazione, anche strutturale, fin qui esistente nell'ordinamento a danno dei soggetti affetti da malattie mentali.

Il riordinamento e l'articolazione del servizio veterinario a livello regionale e di unità sanitaria locale è demandato alle singole regioni che vi provvedono con apposita legge, in relazione alla consistenza del patrimonio zootecnico, alle esigenze della zooprofilassi, alla dislocazione degli impianti di macellazione e conservazione delle carni, alla vigilanza sanitaria degli alimenti di origine animale.

Per il servizio farmaceutico le unità sanitarie locali si avvalgono sia della rete pubblica delle farmacie già comunali (che vengono trasferite alla regione) sia della rete delle farmacie private.

L'articolo 12 disciplina la collocazione di quei servizi sanitari che per le loro specifiche finalità o per caratteristiche tecniche e specialistiche sono posti a servizio della popolazione di più unità sanitarie locali. Essi sono trasferiti alle regioni e la loro gestione è delegata o agli enti locali o a consorzi di unità sanitarie locali.

I laboratori di igiene e profilassi sono altresì trasferiti alle regioni e da queste ristrutturati in relazione alle esigenze e ai compiti del Servizio sanitario nazionale.

Con il trasferimento di questi servizi alle regioni anche i beni, i rapporti patrimoniali

e il relativo personale passano all'amministrazione regionale.

Il capo IV relativo alle prestazioni si apre con l'articolo 13 che disciplina l'erogazione dell'assistenza medica e ospedaliera. Essa è estesa a tutta la popolazione senza distinzione alcuna e l'Unità sanitaria locale vi provvede — di regola — in favore dei soggetti residenti nel proprio comprensorio.

Le unità sanitarie locali devono garantire l'assistenza preventiva, curativa e riabilitativa almeno nei livelli minimi fissati uniformemente per tutto il territorio nazionale.

Il rispetto della dignità e libertà della persona affermato tra i principi che caratterizzano il Servizio sanitario nazionale viene realizzato consentendo all'utente la libera scelta del medico e del luogo di cura nell'ambito — s'intende — del sistema.

Sono poi dettate particolari norme per attuare il principio affermato, che, senza invalidare il rapporto tra assistito e unità operativa del servizio, estende, in omaggio alla necessità del rapporto di fiducia tra medico ed assistito, la facoltà di scelta anche al di fuori dell'ambito delle unità sanitarie locali.

Queste norme stanno a significare che l'unità operativa non si impone all'assistito ma deve ottenerne la fiducia.

Costituiscono quindi una notevole spinta all'efficienza stessa del servizio erogato.

Per l'articolo 14 le regioni si avvalgono anche dei servizi ospedalieri delle università, degli istituti a carattere scientifico, degli istituti ed enti religiosi classificati come ospedali, mediante convenzione, e quando le strutture pubbliche siano insufficienti, anche di case di cura private purché attrezzate in maniera tale da garantire livelli di prestazioni ospedaliere non inferiori a quelli degli ospedali pubblici.

Il rapporto convenzionale, per esigenze di uniformità in tutto il territorio nazionale, deve conformarsi a schemi-tipo predisposti a livello centrale.

L'articolo 15 concerne l'erogazione dell'assistenza sanitaria riabilitativa in favore dei soggetti affetti da minorazioni fisiche e psichiche assicurata dai servizi dell'unità sanitaria locale nonché, mediante convenzione, da centri ed istituzioni idonei allo scopo.

Viene altresì prevista l'istituzione di centri regionali per la prevenzione delle tossicosi da sostanze stupefacenti o psicotrope e da alcool, la cura e la riabilitazione dei soggetti affetti da tali forme morbose, rispondendo così ad una esigenza attuale della nostra società che non ha ancora visto un deciso inter-

vento sul fenomeno dell'accrescente diffusione della droga.

L'assistenza farmaceutica è disciplinata dall'articolo 16 che prevede la coesistenza della rete pubblica con quella privata di distribuzione dei farmaci. Le farmacie private per la erogazione dei farmaci sono convenzionate con l'unità sanitaria locale. La assistenza farmaceutica è limitata a preparati galenici, specialità medicinali e prodotti di medicazione inclusi in un elenco formato dal Ministero della sanità in base a criteri di efficacia terapeutica e di economicità. L'assistito peraltro partecipa alla spesa farmaceutica mediante una quota fissata dal Governo. È prevista l'esenzione per alcune categorie di assistiti. Viene così introdotto anche in Italia, un correttivo all'espansione della spesa farmaceutica per scoraggiare un consumo di farmaci non sempre rispondenti ad effettive necessità terapeutiche.

Viene pure previsto che le regioni e le unità sanitarie locali possono acquistare i farmaci direttamente dai produttori conservandosi in tal modo una facoltà già esistente in favore degli enti mutualistici.

L'articolo 17 detta le modalità per l'istituzione del libretto sanitario personale.

Le notizie, coperte dal segreto professionale, e la estensione graduale del libretto a tutta la popolazione realizzano il sistema informativo sanitario e costituiscono idoneo strumento di promozione della coscienza sanitaria nella popolazione.

L'articolo 18 individua nella regione e nelle unità sanitarie locali gli organismi preposti all'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica e polizia veterinaria ad esse delegate ai sensi dell'articolo 118 della Costituzione.

L'adozione di provvedimenti contingibili e urgenti nelle materie predette spettano rispettivamente al Ministro della sanità con efficacia estesa a tutto il territorio nazionale o per ambito territoriale superiore a quelli di una singola regione, al Presidente della giunta regionale per il territorio della regione o al sindaco per il territorio comunale.

Per le necessarie istruttorie e l'esecuzione dei relativi provvedimenti le predette autorità possono avvalersi dei servizi regionali e delle unità sanitarie locali.

L'articolo 19 estende le prestazioni del servizio sanitario facendo salve le particolari necessità della custodia, ai ristretti nei luoghi di prevenzione e pena.

L'articolo 20 costituisce il risultato di un lungo e approfondito dibattito svolto so-

prattutto in sede sindacale poi trasferito nel confronto con il Governo e tra i Ministeri a vario titolo interessati agli aspetti settoriali della prevenzione.

La soppressione di un ente come l'ENPI impegna il Governo in sede di delega a ricondurre tale materia nel più vasto ambito della protezione sanitaria, coinvolgendo le comunità locali in tutta l'attività di difesa dell'igiene e delle condizioni di sicurezza del lavoro.

Il ruolo fin qui svolto dagli ispettorati del lavoro viene ricondotto a tali obiettivi globali; invece taluni compiti di livello centrale anche riferibili alle esigenze interregionali, oltre che di carattere unitario, sono coerentemente portati — come si vedrà nell'articolo 34 — nell'ambito del Ministero della sanità.

L'articolo 21 fa rinvio a leggi regionali per la determinazione delle dotazioni organiche del personale occorrente ai servizi sanitari, fissando i principi che devono essere posti a base dello stato giuridico e distinguendo i ruoli del personale stesso in medico ed equiparato; tecnico-sanitario; amministrativo; ausiliario.

Apposita normativa è dettata in ordine agli istituti contrattuali, ai tempi ed alle sedi di stipula e di esecuzione degli accordi.

Ai servizi di diagnosi, cura e riabilitazione le regioni provvedono — secondo l'articolo 22 — con personale di ruolo e con sanitari liberi professionisti convenzionati.

Le convenzioni, al fine di assicurare su tutto il territorio nazionale l'uniformità del trattamento economico, devono corrispondere agli accordi nazionali e consentire la possibilità ai medici generici e specialisti di esercitare la propria attività fino a raggiungere massimali che comportano, per ovvie esigenze di tutela degli assistiti, il divieto di esercizio delle libere professioni.

I criteri indicati offrono occasione per garantire una copertura delle esigenze assistenziali in tutto il territorio nazionale, anche in zone disagiate, prevedendo opportune forme di incentivazione ad ulteriore rafforzamento del principio della scelta articolata e libera da parte dei cittadini.

Viene comunque sancita l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta ed indiretta da parte dei medici con case di cura private ed industrie farmaceutiche.

L'articolo 23 disciplina il controllo ispettivo da parte della regione sul funzionamento delle unità sanitarie locali, nonché il controllo preventivo sugli atti delle unità sanitarie locali e quello sostitutivo degli organi, re-

cependo in materia quanto dettato dalla legge 11 febbraio 1953, n. 62.

La legge regionale deve determinare gli atti sottoposti al controllo preventivo e quelli per i quali il controllo è esteso al merito.

I comuni o i consorzi di comuni devono presentare al presidente della giunta regionale il rendiconto della gestione delle unità sanitarie locali con particolare riguardo ai livelli assistenziali raggiunti ed alle esigenze manifestatesi nel corso dell'anno; a sua volta il presidente della giunta regionale presenta una relazione al consiglio regionale sulla gestione ed efficienza dei servizi generali e sull'impiego dei fondi assegnati alla regione dal fondo sanitario nazionale.

La stessa relazione è inviata ai Ministeri interessati (sanità, lavoro e previdenza sociale, tesoro).

L'articolo 24 fissa i criteri cui le regioni devono attenersi per disciplinare, con propria legge, l'amministrazione e la contabilità delle unità sanitarie locali, prevedendo in particolare la disciplina dei bilanci di previsione in termini di competenza e di cassa, ed i conti consuntivi diretti ad evidenziare i risultati finanziari, economici e patrimoniali delle gestioni.

All'articolo 25 sono dettate le disposizioni che disciplinano il finanziamento del servizio. Trattasi della disciplina definitiva che entrerà in vigore dopo la completa fiscalizzazione degli oneri sociali fino alla quale, il finanziamento sarà disciplinato dalle norme dell'articolo 40.

L'articolo si apre con la previsione di stanziamenti indicati come incrementi 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 medesima legge, iscritti in appositi capitoli del bilancio dello Stato rispettivamente della parte corrente e della parte in conto capitale.

Viene quindi previsto che, con delibera del Comitato interministeriale per la programmazione economica su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, le somme stanziare vengano ripartite tra tutte le regioni, comprese quelle a statuto speciale, sulla base di parametri che devono tendere a garantire livelli assistenziali uniformi su tutto il territorio nazionale eliminando progressivamente le differenze esistenti tra le regioni.

Attraverso altri parametri, da determinarsi con legge regionale ed intesi ad unificare il livello delle prestazioni sanitarie, le

quote così attribuite alle singole regioni, vengono poi ripartite tra le unità sanitarie locali ed i servizi sanitari regionali, previo accantonamento delle somme destinate a fronteggiare gli oneri relativi al personale, che appartiene a ruoli regionali e quindi è in carico delle regioni.

L'attuazione del servizio sanitario nazionale costituisce l'oggetto del secondo titolo, che comprende gli articoli dal 26 al 41.

I provvedimenti si succedono ai vari livelli fino al momento nel quale saranno operative le unità sanitarie locali.

Vengono, infatti, contemporaneamente costituiti il Consiglio sanitario nazionale e quelli regionali i quali prestano la loro opera di consulenza e proposta anche nei procedimenti amministrativi di attuazione delle varie strutture previste nel disegno di legge.

Segue, al livello centrale, la soppressione degli enti e gestioni erogatori di assistenza sanitaria e l'unificazione dei livelli assistenziali, ed a livello regionale, la costituzione delle unità sanitarie locali destinate a sostituirsi agli enti e gestioni sopresse.

Alle unità così costituite ed alle regioni, secondo le modalità indicate nell'articolo 12, vengono quindi trasferiti i presidi sanitari operanti nella regione.

Alla soppressione degli enti, segue, dopo un biennio, la loro liquidazione che costituisce l'oggetto del terzo capo del secondo titolo.

Alle unità sanitarie ormai costituite passano i servizi sanitari degli enti mutualistici,

e quelli degli enti previdenziali e delle amministrazioni statali, ad eccezione di quelle militari, nonché i servizi della Croce rossa che vengono scorporati e quelli di alcuni enti che vengono in un unico contesto soppressi e liquidati (ONMI ed ENPI).

La soppressione dell'ENPI avrebbe comportato il trasferimento al Servizio sanitario nazionale di alcuni delicati e specialissimi compiti di studio dei problemi prevenzionistici che sono nettamente al di fuori delle competenze mediche. Allo scopo di conservare le competenze esistenti in alcune strutture nell'ente soppresso e che costituiscono il più valido strumento per il lavoro di ricerca e rimozione delle cause di pericolo derivanti dalle macchine ed impianti, è stata prevista una delega per la ristrutturazione dei servizi e compiti di ricerca antinfortunistica dell'ENPI e la loro concentrazione in un nuovo istituto dipendente dal Ministero della sanità, il quale completa, per la parte di sua competenza, l'attività dell'Istituto superiore di sanità.

Sono quindi previsti il riordinamento dell'associazione della Croce rossa italiana e l'incorporazione eventuale degli enti previdenziali, le cui gestioni sanitarie sono state sopresse, all'INPS od all'amministrazione statale secondo il criterio dell'affinità dei compiti istituzionali.

Tutta la fase dell'attuazione è schematicamente riportata nella tavola allegata.

VI LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

TAVOLA 23.

L'ATTUAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.

Tempi dall'entrata in vigore della legge	L'ASSETTO ISTITUZIONALE — Oggetto, natura dell'atto e fonte	SOPPRESSIONE DI ENTI E TRASFERIMENTO DELLE LORO FUNZIONI ALLE REGIONI — Oggetto, natura dell'atto e fonte	LE PRESTAZIONI — Oggetto, natura dell'atto e fonte	IL PERSONALE — Oggetto, natura dell'atto e fonte
All'entrata in vigore			Promozione di accordo nazionale unico tra i rappresentanti dei sanitari convenzionati ed i commissari degli enti in liquidazione (decreto ministeriale, articolo 28) Contribuzione dell'assistito alla spesa farmaceutica (articolo 28) Unificazione dei livelli assistenziali ed abolizione del limite di 180 giorni per la assistenza sanitaria erogata da tutti gli enti mutualistici	Vincolo per le regioni di utilizzare per i servizi sanitari personale degli enti le cui attribuzioni confluiscono nel Servizio sanitario nazionale (articolo 37)
Entro 30 giorni	Costituzione del Consiglio sanitario nazionale (decreto del Presidente della Repubblica, articolo 26)	Dichiarazione estinzione enti di assistenza di malattia, delle casse mutue di Trento e Bolzano - Nomina dei commissari liquidatori (articolo 27 - decreto del Presidente della Repubblica - decreto del presidente delle province di Trento e Bolzano) Nomina commissario liquidatore ONMI (decreto ministeriale, articolo 33) Scorporo delle gestioni di assistenza sanitaria degli enti previdenziali - Nomina dei commissari di gestione (decreto del Presidente della Repubblica, articolo 27) Estinzione dell'ENPI - Nomina del relativo commissario (decreto del Presidente della Repubblica, articolo 34)		

VI LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

Segue: TAVOLA 23.

Tempi dall'entrata in vigore della legge	L'ASSETTO ISTITUZIONALE — Oggetto, natura dell'atto e fonte	SOPPRESSIONE DI ENTI E TRASFERIMENTO DELLE LORO FUNZIONI ALLE REGIONI — Oggetto, natura dell'atto e fonte	LE PRESTAZIONI — Oggetto, natura dell'atto e fonte	IL PERSONALE — Oggetto, natura dell'atto e fonte
Entro 60 giorni	Istituzione del Consiglio sanitario regionale (legge regionale, articolo 29)			
Entro 90 giorni	Emanazione norme di contabilità delle unità sanitarie locali (legge regionale, articolo 24)			
Entro 6 mesi		Concentrazione nell'INPS o nella amministrazione dello Stato delle gestioni residue degli enti previdenziali (decreto del Presidente della Repubblica, articolo 27)		
Entro 11 mesi	Individuazione dell'ambito territoriale delle unità sanitarie locali e dei distretti sanitari di base; disciplina dei compiti — struttura, gestione, organizzazione e funzionamento delle unità sanitarie locali Trasferimento alle regioni dei beni appartenenti ai servizi igienico-sanitari dei comuni, province e consorzi (legge regionale, articolo 30)			Trasferimento alle regioni del personale addetto da data non posteriore al 31 luglio 1974 ai servizi sanitari dei comuni, province e consorzi e al compimento dell'11° mese — del personale in servizio nelle sedi periferiche dell'ONMI — salvo per quest'ultima — un contingente della sede centrale trasferito al Ministero della sanità (decreto ministeriale, articolo 33 — legge regionale, articolo 30)

VI LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

Segue: TAVOLA 23.

Tempi dall'entrata in vigore della legge	L'ASSETTO ISTITUZIONALE — Oggetto, natura dell'atto e fonte	SOPPRESSIONE DI ENTI E TRASFE- RIMENTO DELLE LORO FUNZIONI — ALLE REGIONI — Oggetto, natura dell'atto e fonte	LE PRESTAZIONI — Oggetto, natura dell'atto e fonte	IL PERSONALE — Oggetto, natura dell'atto e fonte
Al compimento all'11° mese	Trasferimento al patrimonio delle regioni dei beni desti- nati ai servizi sanitari o attività assistenziali del- l'ONMI (decreto ministeria- le, articolo 32)			Il personale si considera in posizione di comando
Entro 1 anno	Costituzione delle unità sani- tarie locali; assegnazione alle stesse dei beni trasfe- riti al patrimonio regionale (decreto del presidente del- la giunta regionale, arti- colo 30) Trasferimento alle regioni dei presidi sanitari degli enti e istituti pubblici a ca- rattere nazionale, interre- gionale e locale (ospedali, consorzi provinciali antitu- bercolari, laboratori provin- ciali di igiene e profilassi, strutture extra ospedaliere, centri di medicina sociale (decreto ministeriale — de- creto del presidente della giunta regionale, artico- lo 31) Assegnazione in uso alle uni- tà sanitarie locali dei beni dell'ONMI, comuni, provin- ce e consorzi (decreto del presidente della giunta re- gionale, articoli 30 e 33)	Scorporo dalla CRI dei ser- vizi di assistenza sanitaria non rientranti nei fini isti- tuzionali, e trasferimento degli stessi alle regioni ove sono ubicati (decreto mini- steriale, articolo 36)	Le unità sanitarie locali for- niscono il libretto sanitario personale (articolo 17) Svolgimento da parte delle regioni delle funzioni am- ministrative in materia di prevenzione e di igiene del lavoro svolto dall'ENPI e dall'Ispettorato del lavoro (legge delegata, articolo 20) Svolgimento da parte delle regioni e delle unità sani- tarie locali delle funzioni in materia di igiene e sa- nità pubblica e polizia ve- terinaria (articoli 18 e 30)	Trasferimento alle regioni del personale addetto ai presidi sanitari degli enti nazio- nali, interregionali e locali i cui beni sono stati conte- stualmente trasferiti alle regioni (decreto ministeria- le — decreto del presidente della giunta regionale, arti- coli 31 e 36). Emanazione delle tabelle di equiparazione tra qualifi- che e posizioni giuridiche del personale che viene tra- sferito al Servizio sanitario nazionale (articolo 37)

VI LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

Segue: TAVOLA 23.

Tempi dall'entrata in vigore della legge	L'ASSETTO ISTITUZIONALE — Oggetto, natura dell'atto e fonte	SOPPRESSIONE DI ENTI E TRASFE- RIMENTO DELLE LORO FUNZIONI — ALLE REGIONI — Oggetto, natura dell'atto e fonte	LE PRESTAZIONI — Oggetto, natura dell'atto e fonte	IL PERSONALE — Oggetto, natura dell'atto e fonte
Al compimento del biennio	Trasferimento dei beni, pertinenze e servizi destinati ai servizi sanitari degli enti, casse mutue e gestioni soppresses alle regioni ove sono ubicati, con decreto interministeriale da emanarsi almeno tre mesi prima e con le modalità concrete per il passaggio dei beni predetti stabilito - almeno un mese prima - con decreto ministeriale (articolo 32) I beni residui degli enti mutualistici, casse mutue e gestioni soppressi sono trasferiti al patrimonio dello Stato ed utilizzati per le necessità del Servizio sanitario nazionale e delle amministrazioni centrali dello Stato (decreto ministeriale, articolo 32) Le sedi centrali degli enti soppressi sono trasferiti al patrimonio dello Stato ed utilizzati per le necessità del Servizio sanitario nazionale e delle amministrazioni centrali dello Stato (decreto ministeriale, articolo 32)	Scorporo dall'INPS, dall'INAIL e dalle amministrazioni, anche autonome, dello Stato dei servizi sanitari e relativi beni e trasferimento alle regioni ove sono ubicati (decreto del Presidente della Repubblica, articolo 35)	Le unità sanitarie locali erogano l'assistenza mutualistica a tutti coloro che in base alle norme vigenti ne hanno diritto (articolo 32) Piena attuazione del Servizio sanitario nazionale con la erogazione dell'assistenza sanitaria in condizioni di uniformità ed uguaglianza a tutta la popolazione (decreto del Presidente della Repubblica, articolo 48)	Trasferimento alle regioni del personale proveniente dagli enti, gestioni soppressi e dagli uffici fiduciari, nei limiti del fabbisogno necessario all'espletamento dei compiti del Servizio sanitario nazionale (decreto ministeriale, articoli 32 e 37) Trasferimento alle regioni di contingente di personale addetto ai servizi sanitari dell'INPS, INAIL e amministrazioni - anche autonome - dello Stato (decreto del Presidente della Repubblica, articolo 35)
Entro 5 anni				

Meritano maggiore attenzione le norme relative al finanziamento del servizio nella fase di attuazione.

Con l'articolo 38 vengono determinate le modalità per la liquidazione degli Enti soppressi e viene individuato nell'apposito ufficio istituito presso il Ministero del tesoro l'organo competente ad effettuarlo. Naturalmente, essendovi un passivo nei bilanci degli enti, e dovendosi provvedere al suo ripiano, era necessario prevedere un sistema di finanziamento che viene individuato poi nel ricorso al mercato finanziario. A tale scopo viene autorizzato il Ministro del tesoro. Si raggiunge, in tal modo, il fine di consegnare alle regioni un sistema indenne dagli oneri finanziari connessi ai debiti preesistenti.

All'articolo 39 viene previsto, in relazione alla conservazione dei contributi sociali di malattia, limitatamente alla fase transitoria, che i contributi siano riscossi, dopo la liquidazione degli Enti mutualistici, dall'Istituto nazionale della previdenza sociale, al quale verrà trasferito il personale degli enti soppressi addetto al servizio di riscossione.

L'articolo 40 si apre con una precisa affermazione in ordine alla fiscalizzazione degli oneri sociali che dovrà essere attuata attraverso la graduale sostituzione del prelievo fiscale alla contribuzione obbligatoria, secondo il sistema previsto nell'articolo 18 della legge 9 ottobre 1971, n. 825. Seguono quindi le indicazioni delle varie voci di entrata, che comprendono oltre i contributi sociali di malattia di cui si è parlato, il consolidamento delle spese destinate all'assistenza sanitaria ed iscritte nello stato di previsione della spesa dei Ministeri ed Enti pubblici, gli avanzi della gestione dell'assicurazione contro la tubercolosi dell'INPS, le disponibilità finanziarie degli Enti ospedalieri, l'importo residuo derivante dalle operazioni di ripiano dei debiti degli ospedali attuato con il recente decreto-legge 9 luglio 1974, n. 264, i contributi degli assistiti alla spesa farmaceutica, il fondo nazionale ospedaliero di cui alla legge 12 febbraio 1968, n. 132, l'apporto degli enti locali corrispondente alla spesa sostenuta per il personale trasferito, l'apporto integrativo dello Stato determinato in misura non superiore a 100 miliardi, ed infine l'eventuale apporto di una addizionale sui contributi che il Governo è autorizzato a determinare in relazione al fabbisogno del servizio sanitario.

Tali apporti, in fase di entrata, confluiscono in un conto corrente infruttifero aperto presso la tesoreria centrale dello Stato. L'ammontare a conguaglio è accertato annual-

mente con decreto del Ministro della sanità di concerto con i ministri del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro.

Durante la fase transitoria, vengono iscritti, nel bilancio del Ministero della sanità, capitoli distinti per la parte corrente e per quella in conto capitale. Quindi, attraverso apposita procedura, le somme vengono ripartite tra tutte le regioni sulla base di parametri che, distintamente definiti, devono garantire livelli assistenziali uniformi su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze esistenti tra le regioni.

Sotto il capo quinto vengono raggruppate alcune deleghe necessarie per mantenere la coerenza del sistema fortemente modificato dalla istituzione del Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 42 detta i criteri in base ai quali il Governo, entro un anno, deve disciplinare il finanziamento e l'erogazione delle prestazioni economiche di malattia e maternità, accentrando nell'INPS. Il finanziamento è assicurato con quota parte dei contributi per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Allo stesso Istituto è trasferito il personale addetto a questo servizio negli Enti per l'assicurazione contro le malattie.

L'articolo 43 fissa i criteri per l'emanazione da parte del Governo, entro un anno, della disciplina generale in materia di prevenzione degli infortuni sul lavoro ed igiene del lavoro applicabili a tutti i settori dell'attività lavorativa, in modo da garantire l'adozione di tecniche antinfortunistiche appropriate allo sviluppo della tecnologia nel mondo del lavoro.

Gli istituti a carattere scientifico verranno riordinati in base ai criteri disposti nell'articolo 44 con un decreto delegato da emanarsi entro un anno dall'approvazione della legge. Sul piano istituzionale anche le regioni, con loro rappresentanti, parteciperanno alla gestione degli istituti; verranno disciplinate le funzioni tipiche nei settori della ricerca, diagnosi e cura delle malattie, le fonti di finanziamento e la disciplina del personale il cui ordinamento dovrà essere agganciato a quello del personale del Servizio sanitario nazionale.

Con l'articolo 45 viene delegato il Governo alla emanazione di una nuova disciplina per la formazione del personale sanitario, di cui si riportano le principali innovazioni.

La ristrutturazione della facoltà di medicina si articola in un biennio propedeutico

di scienze mediche di base ed in quattro successivi corsi di laurea differenziati.

Il corso di laurea in medicina ha la durata di 4 anni, in cui è preminente l'obiettivo di formare il medico generico, di base, con funzione di medicina preventiva, diagnostica generale e terapia di routine e d'urgenza.

L'ammissione a questo corso dovrà garantire che l'afflusso degli studenti sia programmato al fine di evitare la formazione di personale medico in soprannumero e la dequalificazione della preparazione medica causata dal sovraffollamento dei corsi. Il numero dei posti di questo corso di laurea, come pure quello in odontostomatologia (quest'ultimo della durata di 3 anni), verrà fissato annualmente dal Ministro della pubblica istruzione di concerto con il Ministro della sanità, sentite le regioni e i Consigli superiori della pubblica istruzione e della sanità, in modo da adeguarlo alle esigenze della programmazione sanitaria, ovviamente nel pieno rispetto del diritto allo studio.

Gli altri due corsi di laurea riguardano la formazione di personale altamente qualificato a livello tecnologico (laurea in tecnologie sanitarie e di laboratorio della durata di anni 3) ed a livello delle scienze infermieristiche e dell'organizzazione sanitaria: laurea in organizzazione sanitaria ed infermieristica della durata di due anni.

Questi nuovi corsi di laurea radicalmente innovatori per quanto riguarda la formazione del personale sanitario dovrebbero consentire al nostro paese di allinearsi a livello degli Stati più avanzati.

Per le professioni sanitarie non mediche del personale tecnico ed infermieristico, nella scuola secondaria di secondo grado dovranno essere previsti corsi di formazione per il conseguimento di diplomi per l'esercizio delle predette professioni.

Tali corsi avranno la durata fino a cinque anni e ad essi potranno accedere allievi in possesso della licenza di scuola media. Saranno comunque previste forme di accesso dai primi due anni alle iniziative di qualificazione professionale di competenza delle regioni.

Viene così creata una ampia fascia di formazione professionale orientata alla preparazione dei diversi tipi di operatori sanitari a livello di « quadri intermedi » sia assistenziali, sia tecnici.

L'articolo 46 delega il Governo a disciplinare, entro un anno dall'entrata in vigore

della legge, la sperimentazione, la ricerca, la produzione, la registrazione, la determinazione dei prezzi, l'informazione scientifica e la pubblicità dei farmaci, secondo criteri diretti:

alla tutela della dignità umana e della libertà personale dei soggetti che volontariamente si prestano alla sperimentazione clinica dei farmaci;

alla produzione programmata dei farmaci secondo un piano organico di ricerca finalizzata, alla quale dovranno contribuire le imprese sia pubbliche sia private;

alla costituzione di un'impresa finanziaria pubblica per la produzione dei farmaci fondamentali e per la ricerca di base orientata a fini sociali e per l'equilibrio dei prezzi;

all'adeguamento alla normativa comunitaria della registrazione dei farmaci ed alla riduzione del numero dei farmaci in commercio, alle effettive esigenze;

alla nuova disciplina dei prezzi che tenga conto solo dei costi essenziali;

alla limitazione della pubblicità dei farmaci alle esigenze di assicurare mezzi pubblici di informazione biomedica e farmacologica per gli operatori sanitari;

al controllo dell'informazione scientifica sui farmaci da parte del Ministero della sanità, a fini anche di educazione sanitaria.

La riforma sanitaria non poteva non toccare l'organizzazione, i compiti e la struttura del Ministero della sanità, che — secondo l'articolo 47 — verranno rivisti con decreto legislativo da emanarsi in adempimento della delega generale sul riordinamento della pubblica Amministrazione e tenuto conto delle nuove esigenze che ad esso derivano dalla istituzione del Servizio sanitario nazionale.

All'articolo 48 è formulata una norma di salvezza delle competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano ed un rinvio alle procedure previste nei rispettivi statuti per il trasferimento delle corrispondenti funzioni.

Chiude il disegno di legge una disposizione che prevede, per la determinazione della data di piena attuazione del servizio sanitario con l'estensione delle prestazioni a tutti i cittadini, un decreto del Presidente della Repubblica, previa delibera del Consiglio dei ministri. E comunque stabilito che la data in questione non debba andare oltre il quinquennio dall'entrata in vigore della legge.

DISEGNO 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 italiana mediante il Servizio sanitario nazionale, costituito dal complesso unitario delle attività e delle strutture destinate 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.

La tutela della salute deve avvenire nel rispetto della dignità e libertà della persona e secondo modalità che assicurino l'egualianza del trattamento.

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

ART. 2.

(Compiti del Servizio sanitario nazionale).

Il Servizio sanitario nazionale ha, in particolare, i seguenti compiti:

a) la prevenzione intesa come complesso delle attività preordinate alla salvaguardia dell'integrità psico-fisica dei cittadini in tutte le esplicazioni di vita sociale e di lavoro;

b) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie;

c) la riabilitazione ed il recupero fisico, psichico e sociale dei soggetti che hanno subito malattie ed infortuni o dei minorati per qualsiasi causa;

d) la difesa della salute nei luoghi di lavoro, nella scuola, nello sport ed in genere nelle collettività;

e) la tutela dell'igiene e della salubrità dell'ambiente;

f) la tutela della maternità e dell'infanzia e dei soggetti più esposti alla malattia per età o per condizioni ambientali;

g) la tutela della salute mentale;

h) la profilassi e la vigilanza veterinaria;

i) il controllo igienico-sanitario sulla produzione dei farmaci, dietetici, cosmetici, alimenti e bevande;

l) l'attuazione di un sistema informativo sanitario;

m) la promozione di una coscienza sanitaria.

Il Servizio sanitario nazionale collabora alla formulazione ed all'attuazione di programmi per la formazione professionale e per l'educazione permanente di tutto il personale da adibire alle attività sanitarie, nonché per la ricerca biologica, medica e farmacologica programmata.

CAPO II.

IL SERVIZIO SANITARIO A LIVELLO CENTRALE.

ART. 3.

(Competenze governative).

La funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative regionali che, in materia sanitaria, attengono ad esigenze di carattere unitario, anche con riferimento agli obiettivi del programma economico nazionale ed agli impegni derivanti dagli obblighi internazionali, 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 Presidente del Consiglio dei ministri, d'intesa con il 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 Presidente del Consiglio dei ministri d'intesa con il 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 dei Ministri della sanità e del lavoro e della previdenza sociale nelle materie di rispettiva competenza, dispone il compimento degli atti relativi in sostituzione dell'Amministrazione regionale.

ART. 4.

(Consiglio sanitario nazionale).

È istituito il Consiglio sanitario nazionale con funzioni di consulenza e proposta al Ministro della sanità per la determinazione delle linee generali della politica sanitaria nazionale e per l'attuazione 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 25.

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

da tre rappresentanti per ciascuna regione designati dal consiglio regionale con procedura atta a garantire la rappresentanza delle minoranze. Per la regione Trentino-Alto Adige i tre rappresentanti sono designati uno dalla regione, uno dalla provincia di Trento ed uno dalla provincia di Bolzano;

da cinque rappresentanti dei comuni e da tre delle province, designati rispettivamente dall'Associazione nazionale dei comuni d'Italia e dall'Unione delle province d'Italia, garantendo la rappresentanza delle minoranze;

da sei esperti designati dal Ministro della sanità e da tre esperti per ciascuno dei

seguenti Ministeri, designati dai rispettivi Ministri: lavoro e previdenza sociale; pubblica istruzione; interno; tesoro; bilancio e programmazione economica; agricoltura e foreste;

da un rappresentante per ciascuna delle seguenti categorie degli operatori sanitari, indicato rispettivamente dalle Federazioni nazionali degli ordini dei medici, biologi, farmacisti, veterinari e congiuntamente dalle Federazioni dei collegi delle professioni paramediche.

Fino alla completa soppressione dei contributi obbligatori di malattia, la composizione del Consiglio sanitario nazionale è integrata da dieci rappresentanti dei lavoratori dipendenti, di cui uno in rappresentanza dei dirigenti di azienda, designati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e da un rappresentante per ciascuna delle organizzazioni sindacali dei lavoratori autonomi del commercio, dell'artigianato e dell'agricoltura, designati dalle medesime. Le organizzazioni maggiormente rappresentative dei lavoratori dipendenti ed autonomi vengono individuate dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale.

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

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

Nella ristrutturazione del Ministero della sanità, prevista dal successivo articolo 47, sarà stabilita la dotazione organica della segreteria amministrativa e tecnica del Consiglio e l'attribuzione funzionale degli uffici in cui si ripartisce.

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

ART. 5.

(Delega per la ristrutturazione del Consiglio superiore di 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 da 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. 6.

(Istituto superiore di sanità).

L'Istituto superiore di sanità, fermo restando il riordinamento e la ristrutturazione attuati con la legge 7 agosto 1973, n. 519, è organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale.

Esso svolge attività di ricerca scientifica, anche in collaborazione con le 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 alla programmazione ed effettuazione di studi e ricerche sul rapporto tra uomo, ambiente e tecnologie nei luoghi di vita e di lavoro.

Nell'ambito dell'attività di indirizzo e coordinamento di cui al primo comma dell'articolo 3, saranno emanate disposizioni per disciplinare i rapporti dell'Istituto superiore di sanità con le strutture regionali di sanità pubblica, aventi analoghi compiti.

CAPO III.

IL SERVIZIO SANITARIO A LIVELLO REGIONALE E LOCALE.

ART. 7.

(Competenze regionali).

Le regioni emanano norme legislative in materia sanitaria nel rispetto delle norme fondamentali e dei principi stabiliti dalla presente legge ed esercitano le funzioni am-

ministrative attribuite e delegate con legge dello Stato.

L'attività delle regioni viene svolta nel quadro del piano sanitario regionale.

Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, il Governo della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità, sentita la Commissione parlamentare per le questioni regionali, è delegato ad emanare uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per:

a) completare il trasferimento alle regioni delle funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera comprendendovi le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;

b) riordinare la delega delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica conservando allo Stato il solo esercizio delle funzioni che rispondono ad esigenze di carattere internazionale, nazionale o interregionale.

ART. 8.

(Consiglio sanitario regionale).

Con legge regionale viene istituito il consiglio sanitario regionale quale organo consultivo e di proposta alla regione in materia sanitaria. Nella sua composizione deve essere assicurata la presenza di rappresentanti degli enti locali in numero non inferiore alla metà dei componenti, garantendo la rappresentanza delle minoranze; deve, inoltre, essere prevista la presenza delle principali categorie degli operatori sanitari i cui rappresentanti saranno indicati dagli ordini professionali. I componenti del consiglio sanitario regionale durano in carica cinque anni.

Fino alla completa soppressione dei contributi obbligatori di malattia, la composizione del consiglio sanitario regionale è integrata da rappresentanti delle organizzazioni sindacali dei lavoratori dipendenti ed autonomi maggiormente rappresentative, designati dalle medesime.

ART. 9.

(Unità sanitarie locali).

La regione organizza il servizio sanitario a mezzo delle unità sanitarie locali, al fine di garantire la gestione unitaria della tutela della salute.

Le unità sanitarie locali sono istituite con legge regionale, sentiti i comuni e le province interessati ed il consiglio sanitario regionale.

Con la legge di cui al precedente comma è delimitato l'ambito territoriale dell'attività di ciascuna unità sanitaria locale, in base a gruppi di popolazione, di regola compresi tra 50.000 e 200.000 abitanti, tenuto conto delle caratteristiche geomorfologiche e socioeconomiche 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.

Con legge regionale sono stabiliti, in conformità ai principi indicati nella presente legge, la struttura ed i compiti delle unità sanitarie locali nei quali potranno essere compresi i servizi sociali connessi alla tutela della salute della popolazione.

ART. 10.

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

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

La legge di cui al precedente comma dovrà prevedere:

un comitato di gestione, nominato con decreto del presidente della giunta regionale, i cui componenti saranno eletti con procedura atta a garantire la rappresentanza delle minoranze, dal consiglio comunale nel cui territorio è compresa l'unità sanitaria locale, ovvero, quando l'ambito dell'unità sanitaria locale comprende più comuni, dall'organo deliberante del consorzio obbligatorio a tale scopo costituito oppure individuato nelle strutture comprensoriali o consortili già esistenti. I componenti del Comitato durano in carica cinque anni e non possono essere scelti tra i consiglieri comunali;

un funzionario preposto alla direzione dei servizi dell'unità sanitaria locale;

un consiglio sanitario locale con eventuali articolazioni a livello dei distretti sanitari di base indicati nell'articolo successivo con compiti di impulso e di iniziativa nonché di consultazione obbligatoria in ordine alla determinazione degli indirizzi di politica

sanitaria a livello locale, composto da rappresentanti degli utenti e degli operatori sanitari, indicati dalle formazioni sociali organizzate presenti nel territorio e, ove l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale coincida con un quartiere anche dagli organi di decentramento comunali, se costituiti;

l'autonomia tecnico-funzionale dei servizi nei limiti del coordinamento assicurato da un collegio composto dai responsabili dei servizi stessi.

La legge regionale individuerà gli atti di competenza del consiglio comunale e dell'assemblea del consorzio costituito tra i comuni interessati.

Il conto di gestione delle unità sanitarie locali è allegato al bilancio del comune e del consorzio con l'indicazione delle entrate e delle spese, divise in parte corrente ed in conto capitale, ed è soggetto all'approvazione ed ai controlli propri del bilancio comunale.

ART. 11.

(Strutture dell'unità sanitaria locale).

L'unità sanitaria locale comprende di regola:

- a) un servizio per l'esercizio delle funzioni delegate in materia di igiene e sanità pubblica;
- b) un servizio per la prevenzione;
- c) un servizio di profilassi e vigilanza igienico-sanitaria;
- d) un servizio ambulatoriale e domiciliare, generico e specialistico per la diagnosi e cura delle malattie;
- e) un servizio per la riabilitazione dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali;
- f) un servizio sanitario ispettivo e di accertamento;
- g) un servizio ospedaliero;
- h) un servizio farmaceutico;
- i) un servizio veterinario.

La legge regionale disciplina l'eventuale articolazione funzionale delle unità sanitarie locali in distretti sanitari di base che erogano il servizio sanitario di primo livello e di pronto intervento in favore di gruppi di popolazione intorno ai 10.000 abitanti, salvo aree con popolazione particolarmente sparsa in zone rurali e montane.

Nel determinare la struttura dei distretti di base, la legge regionale dovrà tenere conto

degli eventuali servizi sociali da decentrarsi a livello distrettuale e dovrà prevedere le strutture ed il personale necessario per la gestione del servizio sanitario di base.

Gli enti ospedalieri e gli altri ospedali pubblici, ancorché non riconosciuti o costituiti in enti ospedalieri, nonché gli ospedali psichiatrici e gli altri istituti di prevenzione e cura dipendenti dalle province, dai comuni e loro consorzi, sono trasferiti alle regioni, e, salvo quanto previsto dall'articolo successivo, sono gestiti dalle unità sanitarie locali.

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

La legge regionale provvede al riordinamento dei servizi veterinari a livello della amministrazione regionale e delle unità sanitarie locali, istituendo, nell'ambito delle stesse, servizi veterinari, 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.

Le farmacie ed i dispensari farmaceutici comunali sono trasferiti al patrimonio della regione. Il personale addetto ai relativi servizi è trasferito nei ruoli regionali del servizio sanitario.

Il diritto di prelazione in ordine alle farmacie vacanti o di nuova istituzione, previsto dall'articolo 9 della legge 2 aprile 1968, n. 475, in favore dei comuni e degli ospedali è esercitato dalla regione.

Le farmacie ed i dispensari farmaceutici di cui ai precedenti commi sono gestiti dalle unità sanitarie locali.

ART. 12.

(Altri servizi sanitari).

I presidi sanitari ospedalieri ed extra-ospedalieri che, per le finalità specifiche perseguite e per le loro caratteristiche tecniche e specialistiche, sono individuati dalla legge regionale come riferibili a comprensori la cui estensione comprenda il territorio di più unità sanitarie locali, sono trasferiti alle regioni nelle quali sono ubicati.

I laboratori provinciali di igiene e profilassi sono altresì trasferiti alle regioni le

quali con legge provvederanno alla loro ristrutturazione in conformità dei nuovi compiti conseguenti alla istituzione del Servizio sanitario nazionale.

L'amministrazione dei predetti presidi sanitari ospedalieri ed extra-ospedalieri è delegata dalla regione ad enti locali ai sensi dell'articolo 118 terzo comma della Costituzione, ovvero, curata da comitati eletti dalle unità sanitarie locali interessate, costituite in apposito consorzio.

Al patrimonio regionale sono trasferiti i beni mobili ed immobili ed i rapporti attivi e passivi di tutti gli enti ed istituti indicati nel primo comma del presente articolo e nell'articolo precedente nonché i beni degli ospedali psichiatrici mobili ed immobili destinati istituzionalmente all'assistenza sanitaria.

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

Il personale in servizio al 31 luglio 1974, salvo le assunzioni conseguenti all'espletamento dei concorsi banditi alla stessa data dagli enti ed istituti indicati nel primo comma del presente articolo e nell'articolo precedente nonché quello dipendente dalle province ed addetto ai servizi di assistenza psichiatrica ed ai laboratori provinciali di igiene e profilassi, qualunque funzione e mansione svolga, è trasferito nei ruoli regionali del servizio sanitario.

CAPO IV.

LE PRESTAZIONI E LE FUNZIONI.

ART. 13.

(Assistenza medica e ospedaliera).

Le unità sanitarie locali provvedono all'erogazione dell'assistenza sanitaria preventiva, curativa e riabilitativa assicurando, comunque, i livelli assistenziali minimi, determinati secondo la procedura di cui al precedente articolo 3, a tutta la popolazione.

I servizi assistenziali sono organizzati, compatibilmente con le esigenze obiettive dell'assistenza, in modo da consentire agli assistiti la libera scelta del medico e del luogo di cura.

Per essere ammessi ai servizi assistenziali gli utenti del Servizio sanitario nazio-

nale sono iscritti, a domanda, presso l'unità sanitaria locale nel cui territorio hanno o trasferiscono la propria residenza anagrafica.

L'assistenza ospedaliera è prestata attraverso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati, ai sensi del successivo articolo 14, esistenti nel territorio della regione di residenza dell'iscritto.

Il ricovero in ospedali pubblici o in istituti convenzionati di altra regione è ammesso per motivi di urgenza ovvero è autorizzato dall'unità sanitaria di appartenenza, su richiesta motivata del medico curante, in relazione a particolari esigenze terapeutiche che rendano necessario il ricorso a strutture ospedaliere ad alta specializzazione.

I rapporti economici tra le regioni, derivanti dai ricoveri disposti ai sensi del precedente comma, sono regolati annualmente in base ai criteri che saranno stabiliti con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

L'assistenza medico-generica è prestata attraverso il personale medico di ruolo addetto ai servizi di diagnosi e cura dell'unità sanitaria locale cui l'utente appartiene e attraverso i medici convenzionati ai sensi del successivo articolo 22.

Qualora l'utente intenda avvalersi di un medico convenzionato, la scelta è effettuata tra gli iscritti nell'elenco dei sanitari convenzionati esercenti la professione nella provincia e deve essere comunicata per iscritto entro dieci giorni all'unità sanitaria di appartenenza a cura dell'utente e del medico prescelto.

La scelta del medico di fiducia ha validità annuale e si intende rinnovata per un altro anno qualora entro il 30 novembre non ne sia comunicata all'unità sanitaria locale la revoca da parte dell'utente. La scelta può essere revocata in qualsiasi momento.

L'assistenza medico-specialistica, ivi compresa quella pediatrica, ostetrica e odontoiatrica, è prestata di norma presso gli ambulatori dell'unità sanitaria locale di appartenenza, ovvero, previa comunicazione a quest'ultima, presso ambulatori di altre unità sanitarie locali e presso ambulatori convenzionati ai sensi del successivo articolo 22 a cui l'utente dichiara di volersi rivolgere.

L'erogazione di prestazioni relative agli accertamenti sanitari a scopo diagnostico presso ambulatori siti in regioni diverse da quella di residenza dell'utente è autorizzata solo quando ricorrano esigenze che non possono essere soddisfatte mediante le attrezza-

ture specialistiche delle unità sanitarie della regione di appartenenza.

I rapporti economici tra le regioni, derivanti dall'erogazione dell'assistenza medico-specialistica sono regolati secondo quanto previsto dal sesto comma del presente articolo.

Gli utenti hanno diritto di accedere, nei casi di urgenza, ai servizi di assistenza medica di qualsiasi unità sanitaria locale.

ART. 14.

(Convenzioni).

Le regioni, con idonei atti deliberativi, stipulano convenzioni con le cliniche universitarie, gli istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico, gli istituti ed enti di cui all'articolo 1, penultimo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, nonché quelli di cui alla legge 26 novembre 1973, n. 817, e qualora sia necessario per esigenze del servizio ospedaliero, con case di cura private in possesso dei requisiti previsti dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Le convenzioni devono essere conformi a schemi, predisposti dal Ministro della sanità, di concerto con i Ministri del tesoro, della pubblica istruzione e del lavoro e della previdenza sociale, sentite le regioni, ed approvati dal Consiglio dei ministri ai sensi dell'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4.

ART. 15.

(Assistenza sanitaria riabilitativa).

Le unità sanitarie locali e gli altri servizi previsti dalla presente legge erogano l'assistenza sanitaria riabilitativa diretta al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche e psichiche.

Le prestazioni sanitarie vengono rese dalle unità sanitarie locali presso i propri centri di recupero e, ove manchino, presso altre istituzioni con le quali la regione può stipulare convenzioni ai sensi del secondo comma dell'articolo precedente, sempre che siano in possesso delle caratteristiche funzionali indicate dalla legge regionale.

Per la prevenzione delle tossicosi da sostanze stupefacenti o psicotrope e da alcool e per la diagnosi di tali forme morbose, la

cura e la riabilitazione dei soggetti affetti da esse, possono essere istituiti centri regionali aventi le finalità innanzi indicate.

ART. 16.*(Assistenza farmaceutica).*

L'unità sanitaria locale eroga l'assistenza farmaceutica attraverso le farmacie di cui all'articolo 11 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 in un elenco formato ed 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.

Gli assistiti partecipano alla spesa farmaceutica mediante un contributo fissato annualmente con atto di indirizzo e coordinamento ai sensi del precedente articolo 3. Con il medesimo atto verranno stabilite le categorie di persone esonerate da detto contributo.

Le regioni e le unità sanitarie locali possono avvalersi della facoltà di acquisto diretto dei farmaci dai produttori ai sensi della legge 4 agosto 1955, n. 692.

ART. 17.*(Libretto sanitario personale).*

A partire dalla loro costituzione, le unità sanitarie locali forniscono gratuitamente i nuovi nati di un libretto sanitario personale nel quale dovranno essere annotate le notizie di maggiore importanza attinenti alla salute dell'interessato.

I servizi di protezione materna ed infantile, quelli di medicina scolastica e gli altri servizi sanitari dell'unità sanitaria locale sono tenuti alla compilazione e all'aggiornamento del libretto sanitario personale. Le no-

tizie in esso riportate sono coperte dal segreto professionale.

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

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.

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

ART. 18.

(Funzioni in materia di igiene e sanità pubblica).

Le Regioni e le unità 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, i quali dovranno comunque interessare un comprensorio maggiore di quello di una singola regione.

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 sanitarie locali competenti per territorio.

ART. 19.

(Assistenza ai ristretti negli istituti di prevenzione e pena).

Il sistema di tutela della salute previsto dalla presente legge trova applicazione anche nei confronti dei ristretti negli istituti di prevenzione e pena.

Alla determinazione delle modalità di detta assistenza si provvede tenuto conto delle esigenze della custodia e del trattamento. Non si applicano le disposizioni dell'articolo 13.

Particolari convenzioni stipulate tra il Ministro di grazia e giustizia, il Ministro della sanità e le regioni stabiliranno la forma di utilizzazione dei servizi sanitari regionali e delle unità sanitarie locali.

ART. 20.

(Delega alle Regioni delle funzioni in materia di prevenzione 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 e con quello 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 al fine di delegare alle Regioni le funzioni amministrative in materia di prevenzione e di igiene del lavoro svolte dall'Ente nazionale per la prevenzione degli infortuni (ENPI), ad eccezione di quanto previsto al quarto comma dell'articolo 34, e le funzioni amministrative in materia di prevenzione degli infortuni e di igiene del lavoro svolte dall'Ispettorato del lavoro con l'osservanza dei seguenti criteri:

1) dovrà essere assicurata la globalità dell'intervento prevenzionistico;

2) dovrà essere garantito il coordinamento tra le attività dei competenti servizi sanitari regionali e quelli dell'Ispettorato del lavoro;

3) fermo restando l'esercizio delle funzioni di polizia giudiziaria di cui all'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1955, n. 520 da parte dell'Ispettorato del lavoro, sarà previsto che, nei limiti

del servizio cui sono destinati e secondo le attribuzioni ad essi conferite dalla legge e dai regolamenti, gli addetti ai competenti servizi regionali e prevenzionali abbiano la qualità di ufficiali di polizia giudiziaria;

4) la delega delle funzioni amministrative, disposta con i decreti di cui al presente articolo, dovrà avere effetto dalla costituzione delle unità sanitarie locali a norma dell'articolo 30 della presente legge.

CAPO V.

IL PERSONALE.

ART. 21.

(Personale del Servizio sanitario nazionale).

La regione, con propria legge, stabilisce i ruoli organici del personale addetto al servizio sanitario distinti in:

- ruolo del personale medico ed equiparato;
- ruolo del personale tecnico-sanitario;
- ruolo del personale amministrativo;
- ruolo del personale ausiliario.

I ruoli sono ordinati su qualifiche caratterizzate dalle mansioni per esse stabilite e dal livello del titolo di studio prescritto.

La legge regionale fissa nei limiti delle disponibilità organiche, di cui al primo comma, il contingente massimo di personale assegnato alle unità sanitarie locali e di tutti gli altri organismi sanitari regionali previsti dalla presente legge sulla base delle esigenze essenziali dei servizi, determinando le modalità di distribuzione del personale tra i servizi stessi.

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 di 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 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.

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

Il personale di cui al presente articolo dipende, dal punto di vista funzionale, direttamente dalle unità sanitarie locali e dagli altri servizi cui è assegnato.

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

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 stipulato 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.

Gli accordi di cui al precedente comma verranno integralmente recepiti nell'ordinamento regionale con apposite leggi, nelle quali saranno altresì indicate le sedi particolarmente disagiate che daranno diritto, per il personale ad esse assegnato, alle speciali forme di incentivazione stabilite nell'accordo predetto.

ART. 22.

(Convenzioni con i sanitari).

Le regioni provvedono alle esigenze dei servizi di diagnosi, cura e riabilitazione con proprio personale di ruolo e con sanitari liberi professionisti convenzionati.

Le convenzioni, al fine di assicurare su tutto il territorio nazionale l'uniformità del trattamento economico dei sanitari convenzio-

nati, devono essere conformi agli accordi nazionali tipo stipulati tra le organizzazioni nazionali delle categorie sanitarie da una parte e le regioni, nonché i Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, del tesoro e per l'organizzazione della pubblica amministrazione, dall'altra.

Le convenzioni devono uniformarsi ai seguenti principi direttivi prevedendo tra l'altro nei riguardi dei sanitari convenzionati:

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

2) il numero massimo degli assistiti per i quali può stipularsi la convenzione e l'orario minimo di ambulatorio obbligatorio, per i medici generici convenzionati secondo il criterio indicato al numero precedente;

3) la incompatibilità con la libera professione dei medici generici e degli specialisti che si convenzionino rispettivamente per un numero di assistiti e per un orario di ambulatorio superiore a quello determinato come massimo ai fini della compatibilità con la libera professione;

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

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

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

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

8) le ipotesi di infrazione da parte dei medici agli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni ed il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e determinando la composizione delle commissioni di disciplina che saranno formate da medici;

9) le forme di incentivazione in favore dei sanitari convenzionati residenti nelle zone particolarmente disagiate indicate nelle leggi

regionali di cui all'ultimo comma dell'articolo precedente;

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

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

Le convenzioni sono rinnovabili previo parere del consiglio sanitario regionale.

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

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

CAPO VI.

CONTROLLO, CONTABILITÀ E FINANZIAMENTO.

ART. 23.

(*Controlli regionali*).

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

Il controllo preventivo sugli atti delle unità sanitarie locali 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 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 sanitarie locali per ipotesi determinate.

I comuni o i loro consorzi presentano annualmente il rendiconto della gestione delle unità 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 Ministeri della sanità, del tesoro e del lavoro e della previdenza sociale.

ART. 24.

(Norme di contabilità).

Entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge le regioni provvederanno con propria legge a disciplinare l'amministrazione del patrimonio e la contabilità delle unità sanitarie locali 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 sanitarie locali e degli altri servizi sanitari delle regioni devono recare analitiche previsioni tanto in termini di competenze quanto in termini di cassa;

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

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

ART. 25.

(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 16 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 stanziate 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 bilancio 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 definiti da determinarsi con legge regionale e intesi ad unificare il livello delle prestazioni sanitarie, provvedono a ripartire tra le unità 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 del Servizio sanitario 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 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. 26.

(Costituzione del Consiglio sanitario nazionale).

Entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, viene costituito il Consiglio sanitario nazionale, il quale deve essere sen-

tito nei procedimenti amministrativi di attuazione della riforma sanitaria previsti dai successivi articoli.

ART. 27.

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

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

Con il medesimo decreto sono nominati i commissari liquidatori degli enti a carattere nazionale ed interregionale e delle federazioni nazionali degli enti che erogano l'assistenza ai lavoratori autonomi e vengono stabilite le modalità per la 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 decreti dei Presidenti delle Giunte provinciali di Trento e Bolzano, che rechneranno del pari la nomina del Commissario liquidatore.

Con il 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 32 e 37. 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 collegio 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.

Non sono soppresse le associazioni mutualistiche liberamente costituite, aventi la esclusiva finalità di erogare prestazioni di carattere economico integrative dell'assistenza sanitaria prestata dal Servizio sanitario nazionale, con onere a totale carico dei soggetti liberamente iscritti. È fatto divieto agli enti ed imprese pubbliche di contribuire in qualsiasi modo al finanziamento delle predette associazioni.

ART. 28.

(Unificazione dei livelli assistenziali e concorso dell'assistito alla spesa farmaceutica; stipulazione di un accordo nazionale unico con i medici).

A partire dal trentesimo giorno successivo a quello di entrata in vigore della presente legge, le prestazioni sanitarie erogate dagli enti mutualistici sono unificate ed i loro livelli sono quelli indicati da un decreto del Ministro della sanità da emanarsi entro lo stesso termine.

Alla medesima data è abolito il limite di 180 giorni per l'assistenza sanitaria erogata da tutti gli enti mutualistici.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge gli assistiti da enti o casse mutue, anche aziendali, concorrono alla spesa dell'assistenza farmaceutica con un contributo di lire 200 per ogni preparazione galenica e per ogni confezione di specialità medicinale ritirata in farmacia.

Il contributo di cui al comma precedente è riscosso direttamente dalle farmacie ed è portato in detrazione delle somme dovute dagli enti o casse mutue, e, successivamente, dalle regioni.

Il corrispondente importo è versato dagli enti o casse mutue e, successivamente, dalle regioni trimestralmente su apposito conto corrente infruttifero, aperto presso la tesoreria centrale dello Stato.

Sono esonerati dal contributo di cui al presente articolo i disoccupati che non beneficiano

dei trattamenti previsti dall'articolo 8 della legge 5 novembre 1968, n. 1115, dall'articolo 1 della legge 2 febbraio 1970, n. 12 e dall'articolo 25 della legge 8 agosto 1972, n. 457; i sospesi dal lavoro che non beneficiano di trattamenti di integrazione salariale; i titolari di pensione sociale di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, nonché i familiari degli appartenenti alle predette categorie in quanto non assistibili a diverso titolo.

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 22 in quanto applicabili, la stipula di accordo nazionale unico tra le rappresentanze dei sanitari convenzionati con gli enti soppressi o con quelli le cui gestioni sanitarie sono state rese autonome, ed i commissari preposti agli enti ed alle gestioni di cui sopra. Alla medesima data le convenzioni attualmente in corso si considerano scadute e di diritto prorogate fino alla conclusione dell'accordo unico.

CAPO II.

PROVVEDIMENTI REGIONALI.

ART. 29.

(Costituzione del consiglio sanitario regionale).

Entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge le regioni istituiscono il consiglio sanitario regionale il quale deve essere sentito nei procedimenti amministrativi di attuazione della riforma sanitaria previsti dai successivi articoli.

ART. 30.

(Costituzione delle unità sanitarie locali).

Entro undici 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 sanitarie locali e delle loro articolazioni periferiche ed i servizi sanitari indicati nell'articolo 12, nonché la legge con la quale, sulla base dei principi indicati negli articoli 9, 10, 11 e 12 della presente legge vengono disciplinati i compiti, la struttura, la ge-

stione, l'organizzazione, l'articolazione, il funzionamento delle unità 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 igienico-sanitari 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, da data non successiva al 31 luglio 1974.

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 sanitarie locali, le quali organizzano i propri servizi e svolgono le funzioni indicate nell'articolo 18 della presente legge. Con il medesimo decreto i beni trasferiti al patrimonio regionale sono destinati ai servizi sanitari regionali o assegnati in uso alle unità sanitarie locali, secondo le modalità stabilite con legge regionale.

Fino a quando la legge regionale non avrà disciplinato lo stato giuridico e determinato il trattamento economico del personale trasferito alla regione, il personale stesso si considera in posizione di comando. Le competenze fisse ed accessorie ed i relativi oneri riflessi sono a carico delle regioni.

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

Il personale sanitario degli enti territoriali conserva, anche in deroga alle disposizioni stabilite dall'articolo 21, lettere b) e d), le posizioni giuridiche e di carriera acquisite.

ART. 31.

*(Trasferimento dei 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 negli articoli 11 e 12 della presente legge, nonché degli altri organismi erogatori di servizi di prevenzione, cura e riabilitazione, dei quali la presen-

te legge non preveda l'inserimento diretto, ovvero attraverso convenzioni, nel Servizio sanitario nazionale.

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 21, 32 e 37 della presente legge; detto trasferimento avrà effetto dalla costituzione delle unità sanitarie locali a norma del precedente articolo 30.

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, al quale sarà destinata, allo scopo, parte dei contributi affluiti al conto corrente infruttifero di cui all'articolo 28.

Il relativo importo da prelevarsi da detto conto corrente infruttifero, sarà versato all'entrata del bilancio dello Stato e correlativamente iscritto, con decreto del Ministro del tesoro, allo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

ART. 32.

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

Alla scadenza del biennio dalla data di entrata in vigore della presente legge i beni immobili e mobili destinati prevalentemente ai servizi sanitari appartenenti agli enti casse mutue e gestioni soppressi, 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 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 27.

I rimanenti beni sono realizzati dalla gestione di liquidazione ai sensi del successivo articolo 38.

A decorrere dalla data indicata al primo comma, le unità 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 25.

ART. 33.

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

L'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia (ONMI) è soppressa e le attribuzioni ad essa demandate, ai sensi del testo unico 24 dicembre 1934, n. 2316, del regolamento di esecuzione approvato con regio decreto 15 aprile 1926, n. 718, e successive modificazioni ed integrazioni, sono trasferite al Servizio sanitario nazionale. Con decreto del Ministro della sanità, da emanarsi entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, viene nominato il commissario liquidatore.

Al compimento dell'undicesimo mese dall'entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono trasferiti al patrimonio delle regioni, nel cui ambito sono ubicati, i beni mobili ed immobili appartenenti all'ente predetto e destinati ai servizi sanitari ed alle attività assistenziali, ed al patrimonio dello Stato i beni non trasferiti alle regioni.

Con decreto del presidente della regione, da emanarsi entro un mese dalla pubblicazione del decreto di cui al comma precedente, i beni mobili ed immobili trasferiti alle regioni sono assegnati in uso alle unità sanitarie locali o ai servizi assistenziali delle regioni.

Con il decreto di cui al secondo comma il personale dell'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia (ONMI) è trasferito alle regioni nelle quali presta servizio per essere inquadrato nei ruoli regionali salvo per il caso di saturazione delle esigenze dei servizi regionali, eventuali determinazioni di contingenti individuati tra il personale addetto agli uffici centrali che verranno assegnati al Ministero della sanità e ad altre pubbliche amministrazioni.

Al personale predetto si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui al successivo articolo 37.

ART. 34.

(Suppressione dell'Ente nazionale per la prevenzione degli infortuni - ENPI).

Con decreto del Presidente della Repubblica, previa delibera del Consiglio dei ministri, su proposta dei Ministri del lavoro e della previdenza sociale, della sanità, dell'industria, commercio e artigianato e del tesoro, da emanarsi entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, è dichiarata l'estinzione dell'Ente nazionale per la prevenzione degli infortuni ed è nominato il relativo commissario.

Tutte le funzioni ed i servizi attualmente svolti dall'ente indicato nel precedente comma, ad eccezione di quelli previsti nel quarto comma del presente articolo saranno svolti, a partire dal compimento del primo anno dall'entrata in vigore della presente legge, dalla regione.

Il trasferimento dei beni e del personale è regolato dalle disposizioni degli articoli 31, 32 e 37 in quanto compatibili.

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 quello del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro, 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 ristrutturare, concentrando in un unico istituto dipendente dal Ministro della sanità, i servizi ed i compiti già svolti dall'Ente nazionale per la prevenzione degli infortuni (ENPI) relativi allo studio, alla promozione ed alla ricerca nella materia antinfortunistica secondo i seguenti criteri:

1) sarà proceduto al riordinamento delle strutture e dei compiti che saranno rideterminati in funzione della peculiare materia residuata allo Stato; tra i compiti assegnati al nuovo istituto dovranno comunque essere compresi la definizione dei criteri e dei livelli di sicurezza ai fini della omologazione, collaudo e controllo di esercizio di impianti, macchine, apparecchi e strumenti, l'omologazione dei prototipi ai fini della prevenzione nonché i collegamenti con analoghe istituzioni estere, la collaborazione alla stipula di accordi internazionali e la cura dell'adempimento delle relative prescrizioni;

2) nella composizione degli organi di gestione del nuovo istituto dovrà essere garantita la presenza delle regioni e di rappresentanti dei lavoratori designati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, nonché di rappresentanti dei Ministeri della sanità, del tesoro, del lavoro e previdenza sociale e dell'industria, commercio e artigianato;

3) dovranno essere individuati i beni, le attrezzature nonché i contingenti di personale dell'ENPI che saranno trasferiti al nuovo istituto secondo le modalità indicate negli articoli 31, 32 e 37 in quanto compatibili.

ART. 35.

(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 dall'entrata in vigore della presente legge, i servizi sanitari dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, dell'Istituto nazionale della previdenza sociale e delle Amministrazioni, anche autonome, dello Stato, ad eccezione di quelli militari, 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 31, 32 e 37 della presente legge.

Limitatamente all'Azienda autonoma delle ferrovie dello Stato restano fermi i compiti svolti dalla medesima in materia di individuazione dei criteri di accertamento tecnico-sanitario di idoneità specifica del personale dipendente mediante proprio personale medico di ruolo, mantenendo i relativi presidi ed attrezzature.

All'esercizio dell'attività già svolta dai medici fiduciari l'Azienda autonoma delle ferrovie dello Stato provvede mediante la stipula

di convenzione con le regioni sulla base di uno schema tipo approvato con decreto del Ministro dei trasporti e dell'aviazione civile di concerto con il Ministro della sanità sentiti il consiglio di amministrazione dell'Azienda autonoma delle ferrovie dello Stato ed il Consiglio sanitario nazionale.

Entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge il Governo della Repubblica è delegato ad emanare su proposta del Ministro della sanità di concerto con quello del lavoro e della previdenza sociale 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 lo esercizio delle funzioni medico-legali e quelle ispettive e di accertamento sanitario con l'osservanza dei seguenti principi:

1) l'accertamento del grado di invalidità permanente, congenita o da qualsiasi altra causa originata, ad eccezione di quelle per causa di guerra, dovrà essere effettuato da una commissione regionale formata esclusivamente da medici esperti nella materia; detta commissione potrà anche articolarsi in sezioni decentrate; la sua composizione sarà determinata con legge regionale che dovrà prevedere la presenza in ogni sezione di un medico designato dagli enti tenuti al pagamento delle prestazioni economiche;

2) dovrà essere previsto che, avverso l'accertamento effettuato ai sensi del numero precedente sia l'interessato che l'ente tenuto al pagamento delle prestazioni economiche possono proporre ricorso ad una commissione di appello costituita per ogni regione con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del lavoro e della previdenza sociale; detta commissione di appello dovrà essere composta esclusivamente da medici legali;

3) dovrà essere previsto che l'accertamento del grado di invalidità temporanea sia effettuato dall'unità sanitaria locale in cui risiede l'interessato e che alla commissione regionale di accertamento possa essere proposto ricorso da parte dell'interessato contro il giudizio di idoneità o di invalidità temporanea, formulato dal servizio sanitario ispettivo e di accertamento dell'unità sanitaria locale;

4) dovrà essere previsto che il risultato degli accertamenti sanitari sarà rimesso alle amministrazioni ed agli istituti competenti all'erogazione delle prestazioni economiche per gli adempimenti di competenza, ferme restan-

VI LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

do le discipline vigenti per quanto attiene all'accertamento del diritto alle prestazioni ed al relativo contenzioso.

ART. 36.

(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 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 31, 32 e 37 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 nazionali;

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. 37.

(Norme per il trasferimento del personale).

Con effetto dalla entrata in vigore della presente legge, le regioni, per l'assolvimento dei compiti del Servizio sanitario, sono tenute ad utilizzare esclusivamente personale proveniente dalle amministrazioni od enti che abbiano attribuzioni destinate ad essere trasferite al Servizio sanitario.

L'utilizzazione di detto personale da parte delle regioni avverrà, fino alla data di inquadramento negli appositi ruoli, attraverso comando; i predetti comandi verranno programmati e disposti dai commissari liquidatori di intesa tra le regioni, e le altre amministrazioni interessate.

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

I dipendenti trasferiti conservano fino alla data di tale inquadramento il trattamento giuridico ed economico previsto dalle amministrazioni ed enti di provenienza.

L'inquadramento nei ruoli avverrà con unica decorrenza fissata dal primo accordo nazionale stipulato per la determinazione del trattamento del personale del Servizio sanitario. Tale accordo dovrà, tra l'altro, disciplinare l'inquadramento di detto personale sulla base della qualifica o posizione giuridica rivestita da ciascun interessato e in relazione all'ordinamento dei ruoli del personale del Servizio sanitario.

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

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

CAPO IV.

NORME FINANZIARIE.

ART. 38.

(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.

ART. 39.

(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 27 la riscossione dei contributi sociali di malattia avviene a cura degli enti stessi ovvero degli enti previdenziali le cui gestioni di malattia sono sopresse.

A partire dal primo del mese successivo alla scadenza del biennio previsto dall'articolo 32 e fino alla fiscalizzazione degli oneri sociali la riscossione sarà effettuata dall'Istituto nazionale della previdenza sociale che terrà contabilità separate per ciascuno degli enti o gestioni soppressi.

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

Con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale di concerto con quelli del tesoro e della sanità, da emanarsi entro trenta giorni dalla data di liquidazione degli enti e gestioni soppressi, il personale dei medesimi già addetto ai servizi di vigilanza e riscossione dei contributi di malattia, è trasferito all'Istituto nazionale della previdenza sociale.

ART. 40.

(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 39;
- 2) il consolidamento annuale delle somme destinate all'assistenza sanitaria iscritte nello stato di previsione della 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;
- 6) i contributi di cui al terzo comma del precedente articolo 28;
- 7) 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;
- 8) 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;
- 9) dall'apporto integrativo dello Stato da determinarsi annualmente con la legge di approvazione del bilancio in misura non superiore a cento miliardi di lire;
- 10) dalle entrate di cui al successivo articolo 41.

Le somme relative ai cespiti indicati nei punti 1), 3), 4), 6), 8), 10) 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 congruaglio 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 ap-

plica l'articolo 15 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264 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, salvo il disposto dell'ultimo comma dello stesso articolo.

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 Ministero 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 25.

ART. 41.

(Eventuale addizionale ai contributi sociali di malattia).

A decorrere dal 1° gennaio 1975 annualmente con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro del tesoro, di concerto con i Ministri del lavoro e della

previdenza sociale e della sanità, in relazione al fabbisogno del Servizio sanitario nazionale ed agli oneri connessi alle operazioni finanziarie necessarie per il ripiano di cui all'articolo 38 potrà essere stabilita un'addizionale ai contributi di cui all'articolo 39.

CAPO V.

NORME FINALI.

ART. 42.

(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 provveduto alla soppressione delle gestioni previdenziali ai sensi del precedente articolo 27:

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

ART. 43.

(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 dal 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 tecnopa-

tie, 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 previdenza sociale di concerto 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. 44.

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

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge il Governo della Repubblica, su proposta del Ministro della pubblica istruzione di concerto con il Ministro della sanità, sentita la Commissione nella composizione integrata di cui al successivo articolo, è delegato ad emanare uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per il riordinamento degli istituti pubblici a carattere scientifico, ad esclusione dell'università, con l'osservanza dei seguenti criteri direttivi:

1) dovranno essere dettati i criteri di individuazione degli istituti a carattere scienti-

fico e dovranno essere dettate norme sulle funzioni degli istituti stessi nei settori della ricerca, diagnosi e terapia delle malattie;

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

3) dovranno essere emanate norme per la disciplina degli organi di amministrazione dei predetti istituti prevedendosi, tra l'altro, la partecipazione di rappresentanti delle regioni nelle quali sono ubicati, nonché norme sul controllo dell'attività e sugli organi dei predetti istituti;

4) dovranno essere disciplinate le fonti di finanziamento delle attività degli istituti in questione, anche per il rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie;

5) dovrà essere emanato un nuovo ordinamento del personale dipendente dai predetti istituti prevedendosi, tra l'altro, l'agganciamento allo stato giuridico ed al trattamento economico del personale del Servizio sanitario nazionale.

ART. 45.

(Delega per la disciplina della formazione del personale sanitario).

Entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge il Governo della Repubblica è delegato ad emanare, su proposta del Ministro della pubblica istruzione di concerto con i Ministri della sanità e del tesoro, sentita una Commissione parlamentare formata da dieci senatori e dieci deputati nominati rispettivamente dal Presidente del Senato e dal Presidente della Camera integrata da dieci esperti di cui tre nominati dal Ministro della pubblica istruzione, tre nominati dal Ministro della sanità, due designati dal Consiglio superiore della pubblica istruzione e due dal Consiglio superiore di sanità e, per quanto concerne i punti di cui ai successivi numeri 3) e 4), le regioni, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per la disciplina della formazione del personale sanitario, con l'osservanza dei seguenti criteri:

1) dovrà essere riformato l'ordinamento delle professioni sanitarie non mediche sia infermieristiche che tecniche. A tal fine, nel quadro dell'ordinamento della scuola secondaria di secondo grado, dovranno essere previsti corsi di formazione specializzata per il conseguimento di diplomi per l'esercizio delle predette professioni sanitarie. A detti corsi possono accedere allievi in possesso della licenza di scuola media. I corsi stessi possono avere

durata fino a cinque anni e dovranno essere previste comunque forme di accesso dai primi due anni alle iniziative di qualificazione professionale di competenza delle regioni in questa materia. Dovranno, inoltre, essere previste particolari norme per permettere l'accesso diretto al quarto anno dei corsi anzidetti dei dipendenti di istituzioni sanitarie che siano in possesso del diploma di infermiere generico e di almeno otto anni di scolarità;

2) dovrà essere riformato l'ordinamento della facoltà di medicina:

a) mediante l'organizzazione in dipartimenti quali unità di base per la ricerca e l'insegnamento. Dovranno essere determinati gli ambiti di competenza e i rapporti di coordinamento tra gli organi preposti alla organizzazione dei corsi di laurea e gli organi dipartimentali. Dovranno essere previste forme di collegamento tra diversi dipartimenti al fine di favorire le attività interdisciplinari;

b) mediante l'istituzione di un biennio propedeutico di scienze mediche di base cui possono accedere tutti i cittadini in possesso dei prescritti titoli di studio per adire all'istruzione a livello universitario;

c) mediante l'istituzione di corsi differenziati, successivi al biennio per il conseguimento della laurea: in medicina della durata di anni 4 e in odontostomatologia della durata di anni 3 ai quali si accede nei limiti del numero dei posti fissati annualmente dal Ministro della pubblica istruzione di concerto con il Ministro della sanità, sentite le regioni, il Consiglio superiore della pubblica istruzione ed il Consiglio superiore di sanità, e tenuto conto del risultato scolastico nel biennio; in tecnologie sanitarie e di laboratorio della durata di anni tre; in organizzazione sanitaria e infermieristica della durata di anni due;

d) mediante particolari norme riferite al conseguimento delle specializzazioni successive alla laurea attraverso la ristrutturazione delle attuali scuole di specializzazione in connessione con la organizzazione dipartimentale;

3) dovrà essere dettata, anche attraverso integrazioni e modifiche, in quanto necessarie, della normativa contenuta nel decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129, la disciplina dei rapporti intercorrenti tra le strutture del servizio sanitario nazionale e le università in modo da assicurare il permanente collegamento e la utilizzazione reciproca del personale e dei servizi;

4) dovrà essere prevista l'istituzione, in collaborazione tra le università, gli ospedali e le altre strutture del Servizio sanitario nazio-

nale, di corsi obbligatori di aggiornamento professionale per personale sanitario laureato e diplomato;

5) saranno dettate particolari norme per garantire il diritto allo studio ai giovani di disagiate condizioni economiche e meritevoli di conseguire i vari livelli di preparazione, con particolare riguardo per i residenti in sede diversa da quella dei corsi di studio.

Tutti i programmi di studio delle scuole indicate nel precedente comma dovranno essere determinati dal Ministro della pubblica istruzione di concerto con il Ministro della sanità, sentiti il Consiglio sanitario nazionale e il Consiglio superiore della pubblica istruzione.

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, 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;

2) un adeguato livello di ricerca pura ed 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 rilasciate, 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 pre-

visti dalla legge di delega sul riordinamento delle attribuzioni e dei servizi dei Ministeri e degli uffici periferici dipendenti.

ART. 48.

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

ART. 49.

(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 quinquennio dall'entrata in vigore della presente legge.

ART. 50.

(Entrata in vigore).

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