

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1252

DISEGNO DI LEGGE

PRESENTATO DAL MINISTRO DELLA SANITÀ
(DAL FALCO)

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

COL MINISTRO DELL'INTERNO
(COSSIGA)

COL MINISTRO DI GRAZIA E GIUSTIZIA
(BONIFACIO)

COL MINISTRO DEL TESORO
(STAMMATI)

COL MINISTRO DEL BILANCIO
E DELLA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA
(MORLINO)

COL MINISTRO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE
(MALFATTI)

E COL MINISTRO DELL'INDUSTRIA, DEL COMMERCIO E DELL'ARTIGIANATO
(DONAT-CATTIN)

Istituzione del Servizio sanitario nazionale

Seduta del 16 marzo 1977

ONOREVOLI DEPUTATI! — Il progetto di riforma che, con il presente disegno di legge, il Governo, in assolvimento del proprio impegno programmatico, propone al Parlamento, testimonia la volontà di corrispondere, nella misura più ampia possibile,

alle indicazioni della Carta costituzionale in materia di salvaguardia e di tutela della salute.

In attuazione dell'articolo 32 della Costituzione: (« La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana»), il disegno di legge propone come obiettivi:

I - la tutela « globale » della salute, fondata sulla prevenzione delle cause di insorgenza delle malattie e sulla predisposizione di strutture adeguate per interventi sia a livello individuale che collettivo;

II - un impiego programmato delle risorse reali dello Stato e degli enti locali, tale da assicurare, anche nel settore sanitario, una crescita dei livelli di libertà, di democrazia e di giustizia sociale per gli individui, per i gruppi sociali, in particolare per quelli che dispongono di più limitati mezzi materiali, per la comunità;

III - soluzioni adeguate e moderne, non solo in armonia con le direttive comunitarie ma anche sulla scorta di esperienze internazionali, per i problemi legati alla contaminazione ambientale, specie di origine industriale, e per le insidie che possono derivare alla salute dagli alimenti.

La difficile e grave situazione dell'economia nazionale nonché l'esigenza di fronteggiarla con un impiego programmato delle risorse, tale da eliminare le cause di fondo della crisi, combattendo gli sprechi e i doppioni e consentendo, contemporaneamente, l'affermazione di nuove linee di sviluppo economico sociale e civile, suggeriscono di richiamare, brevemente, l'attenzione su alcuni punti significativi del presente disegno di legge.

Essi riguardano la volontà del Governo di applicare rigorosi parametri per quantificare l'entità delle risorse finanziarie da impiegare per la realizzazione di un efficiente Servizio sanitario nazionale e per verificare in concreto, anno per anno, la corrispondenza reale di tali risorse alla dimensione globale di quelle prodotte dal paese.

A questo fine il disegno di legge:

indica nel 6 per cento del prodotto nazionale lordo il limite delle risorse da utilizzare per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, fino alla fiscalizzazione degli oneri sociali;

stabilisce che, a fiscalizzazione avvenuta, il finanziamento sia determinato annualmente nella legge di approvazione del bilancio di previsione dello Stato;

attribuisce al CIPE (su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale) la competenza a deliberare la ripartizione delle somme tra le Regioni, in base a parametri numerici distintamente definiti per spesa corrente e spesa in conto capitale; parametri che abbiano come obiettivo quello di assicurare a tutta la popolazione livelli assistenziali uniformi nonché la graduale attuazione dei programmi di prevenzione.

PARTE PRIMA

I

PRINCIPI E OBIETTIVI

La fine anticipata della VI legislatura ha interrotto l'intenso lavoro che il Parlamento - e, più precisamente, la Commissione igiene e sanità della Camera dei deputati - aveva avviato sulla base di un testo unificato che, in larga misura, recepiva il disegno di legge presentato dal Governo alla Camera dei deputati il 12 agosto 1974. A tale lavoro ha inteso rifarsi anche il Governo, presieduto dall'onorevole Andreotti, il quale ha posto a base delle proprie proposte, da una parte, il testo approvato in sede referente dalla Commissione igiene e sanità della Camera dei deputati (e cioè il « Titolo primo », istitutivo del servizio sanitario nazionale) e, dall'altra, il testo licenziato dal Comitato ristretto della stessa Commissione (« Titolo secondo », attuativo).

D'altra parte, l'attuale disegno di legge ha recepito una serie di considerazioni avanzate e maturate in occasione di confronti e di dibattiti che hanno visto, di volta in volta, in qualità di protagonisti, sindacati, Regioni, organizzazioni medico-sanitarie, esperti e Governo.

La situazione sanitaria del Paese richiede, con sempre maggiore evidenza, interventi coordinati e programmati, ispirati a

chiare norme di principio e volti alla razionalizzazione e alla riqualificazione delle strutture esistenti.

Ma l'urgenza della revisione del sistema assistenziale sanitario attuale si pone anche in vista della estinzione degli enti mutualistici prevista, secondo l'articolo 12-bis della legge n. 386 del 1974, per la data del 30 giugno 1977. Tale scadenza indica da sola la necessità di affrontare, concretamente e tempestivamente, i problemi collegati al trasferimento delle competenze degli enti mutualistici, anche al fine di evitare traumatici « vuoti assistenziali », che potrebbero crearsi durante la delicata fase di transizione.

D'altra parte, le difficoltà nelle quali si dibatte il sistema mutualistico attuale, nonché le sue insufficienze, specie di fronte alla richiesta di prestazioni uniformi e a una più diffusa e più radicata coscienza del diritto alla tutela della salute, hanno ampliato il consenso per il passaggio a un nuovo sistema sanitario più consono con l'articolo 32 della Costituzione.

La crisi degli enti mutualistici è anche la crisi di un sistema di assistenza indirizzato quasi esclusivamente alla cura della malattia, che di fatto ha emarginato la prevenzione.

La mutualità, alla quale va riconosciuto il merito di aver assicurato a gran parte della popolazione l'assistenza sanitaria, sta esaurendo il suo compito nell'attuale contesto sociale italiano. È convinzione largamente diffusa che sia necessario un ribaltamento degli obiettivi, attraverso il rilancio della prevenzione e operando in direzione della salvaguardia e della tutela dello stato di benessere psico-fisico del cittadino.

Da questo mutato ordine di priorità scaturisce il principio fondamentale del disegno di legge, ossia la globalità degli interventi, attraverso uno stretto collegamento e coordinamento dei servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione, tanto a livello operativo che strutturale. Ciò vale soprattutto per le strutture periferiche del Servizio sanitario nazionale, cioè per le unità sanitarie locali che dovranno assicurare tutti i principali interventi.

Per quanto riguarda queste strutture di base, vanno sottolineate le seguenti caratteristiche:

offrire ai cittadini, per la tutela della salute, interventi operativi organici, adegua-

ti alle condizioni reali di vita e di lavoro dell'area territoriale di loro competenza;

corrispondere, per la natura e per la composizione dei rispettivi organi di amministrazione e consultivi, alla domanda di partecipazione dei cittadini. Tale domanda affonda le sue radici nella tradizione democratica dei grandi movimenti popolari italiani.

Altro principio fondamentale, al quale si ispira la riforma sanitaria, è l'estensione delle prestazioni sanitarie alla intera popolazione, principio che costituisce il necessario risvolto di una nuova concezione della salute intesa non soltanto come bene individuale ma, anche, come interesse della comunità.

Nel periodo intermedio, e fino alla totale fiscalizzazione degli oneri per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, per quella fascia di popolazione che ancora ne è priva, è prevista la facoltà di accedere ai servizi assistenziali prima con l'iscrizione volontaria presso l'INAM, e, dopo la liquidazione dell'ente, presso le Regioni.

Altro fondamentale principio è la parificazione dei trattamenti fra tutti gli assistiti. Tale finalità è perseguita con la unificazione dei vari livelli assistenziali. È noto infatti, che l'attuale sistema mutualistico vede determinate categorie di cittadini escluse da alcune prestazioni di assistenza generica, specialistica e farmaceutica.

L'unificazione dei livelli assistenziali, già in atto per l'assistenza ospedaliera, corrisponde, dunque, non solo a una esigenza funzionale del servizio ma attua più concretamente il principio costituzionale dell'uguaglianza fra i cittadini.

I livelli *standards* dell'assistenza saranno fissati dal CIPE, tenuto conto delle risorse finanziarie disponibili.

II

ASSISTENZA PSICHIATRICA

La riforma dell'assistenza psichiatrica rappresenta una necessaria integrazione dei principi sino ad ora esposti.

La legge-ponte psichiatrica del 1968, com'è noto, ha riformato solo in parte questo particolare settore; senza eliminare l'attuale condizione di emarginazione dei malati di mente, relegati in istituti psichiatrici avulsi dalle strutture sociali e dagli altri presidi sanitari.

Al contrario nella filosofia della riforma sanitaria, secondo la quale l'intervento sanitario si esplica in un complesso operativo integrato, anche le malattie mentali trovano la loro naturale collocazione nell'ambito degli altri servizi delle Unità sanitarie locali, nonché delle relative strutture di livello intermedio.

Inoltre, va ricordato che il disegno di legge si muove in una prospettiva nuova anche sotto altro profilo poiché, in considerazione del fatto che vi sono peculiari trattamenti sanitari che possono essere imposti obbligatoriamente, prevede una delega al Governo per riordinare la intera materia, nel rispetto rigoroso della Carta costituzionale.

In particolare dovranno essere riordinate le molteplici, sparse disposizioni che attualmente disciplinano i trattamenti sanitari obbligatori (vaccinazioni, misure quarantene, ricoveri coatti per malattie mentali).

Tali interventi non dovranno comportare discriminazione rispetto agli altri soggetti, comunque bisognosi di assistenza sanitaria; e il ricovero dovrà avvenire non in strutture differenziate bensì presso le strutture generali di ricovero e cura; consentendo contemporaneamente, fatti salvi determinati principi, i necessari contatti umani del paziente con la famiglia.

Alla affermazione di questi principi concorrono, da una parte, i risultati delle più avanzate ricerche sulla natura delle malattie mentali e sulle loro più efficaci terapie e, dall'altra, la tutela e il rispetto della persona umana, dovere-diritto imprescindibile e fondamentale.

III

RUOLO DELLA PREVENZIONE

Uno degli aspetti più significativi della riforma sanitaria è sicuramente rappresentato dal ruolo assegnato alla prevenzione.

Il superamento del sistema mutualistico esige, infatti, che non si operi più « a posteriori », ma che si tenga conto, preventivamente, della reale condizione sanitaria dell'uomo nell'ambiente di vita e di lavoro, intervenendo con la dovuta tempestività contro l'insorgere degli stati patologici e inquinanti.

Si tratta, dunque, di un profondo cambiamento di prospettiva, destinato a ripercuotersi sul piano funzionale come su quello strutturale, quando dalla enunciazione dei principi si passerà alla fase della concreta attuazione.

Inoltre, tale impostazione sollecita e trascina con sé tutta una serie di interventi di tipo non immediatamente sanitario, riguardanti l'azione prevenzionistica pubblica ai diversi livelli come, ad esempio, il riordinamento della normativa in materia di sicurezza nel lavoro, da effettuare mediante delega legislativa, sulla base di principi chiaramente indicati. Per quanto riguarda le strutture esistenti, il Governo, ha previsto la soppressione dell'Ente nazionale prevenzione infortuni (ENPI) e il trasferimento al Servizio sanitario nazionale dei servizi riguardanti la prevenzione sanitaria. Per le restanti attività e servizi è prevista la delega all'Esecutivo per la istituzione di un nuovo organismo alle dipendenze del Ministero del lavoro.

In materia di prevenzione - e in particolare di quella degli infortuni e delle malattie da lavoro e da inquinamento ambientale - il disegno di legge tiene conto di alcuni dati oggettivi che possono essere così sintetizzati:

1) la realtà (sempre più complessa e in rapida trasformazione) della società industriale pone lo Stato e le comunità locali di fronte a problemi di prevenzione qualitativamente nuovi rispetto a quelli del passato;

2) la necessità di un'azione programata a livello centrale, sia in fase di studio che in fase di elaborazione e di attuazione degli interventi, anche secondo modelli prestabiliti e periodicamente aggiornati;

3) l'esigenza di una stretta collaborazione tra strutture centrali e strutture periferiche operanti nel settore.

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

In altri termini, appare evidente che, in questo campo, il successo degli interventi sarà condizionato dalla uniformità degli indirizzi da realizzare e che tale uniformità richiede necessariamente una fase prioritaria da attribuire alle strutture centrali. Altrimenti si potrebbero creare disparità e differenze, espressioni di specifiche, particolari realtà, senza un supporto e una programmazione unitaria, a carattere nazionale.

IV

TERRITORIALITÀ E DEMOCRATIZZAZIONE
DEL SERVIZIO

In relazione ai principi e agli obiettivi enunciati 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, uguaglianza delle prestazioni richiedono non più la verticalizzazione del sistema sanitario, caratteristica dell'ordinamento mutualistico, ma una dimensione orizzontale delle strutture sanitarie, in modo da unificare tutti i servizi ospedalieri ed extraospedalieri ad un livello territoriale più prossimo alle esigenze del cittadino e tale dal consentire una seria partecipazione. Maggiore corrispondenza, dunque, fra presidi sanitari e domanda di assistenza della popolazione ma, anche, gestione e controllo più diretti delle nuove strutture. In questo senso viene affidato un ruolo fondamentale alle Regioni e agli enti locali minori, demandando ad essi compiti di indirizzo e di gestione, così come sono previste forme di partecipazione del cittadino, sia pure a livello consultivo.

V

LE STRUTTURE

Il Servizio sanitario nazionale si articola in tre livelli principali: centrale, con compiti normativi, di indirizzo, di coordinamento e di direttive; regionale, con compiti normativi, di programmazione e di organizzazione; sub-regionale, con le unità

sanitarie locali, destinate a rappresentare lo strumento operativo fondamentale di tutto il Servizio.

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

In tal modo è assicurato uno stretto collegamento con le strutture democratiche locali cioè con i Comuni, con i consorzi di Comuni, con le comunità montane e con organismi intercomunali.

Una posizione particolare occupano i presidi e servizi di prevenzione, diagnosi e cura nonché di profilassi veterinaria i quali, per la natura particolare degli interventi, hanno come necessario punto di riferimento l'ambito di più unità sanitarie. Per questi presidi la partecipazione dei cittadini è assicurata da un organismo di gestione, espressione di tutti gli enti locali interessati e funzionalmente collegato con le relative unità sanitarie locali.

VI

IL PERSONALE

L'unificazione dei servizi già gestiti dai Comuni, dalle Province e dagli enti ospedalieri e mutualistici a livello delle unità sanitarie locali e a livello intermedio, ha posto il problema se il relativo personale dipendente dovesse far parte degli organici dei singoli enti gestori (comuni, province e loro consorzi) ovvero di un ruolo unico regionale.

Si è preferita la seconda soluzione, coerentemente a quanto già deciso dalla Camera dei deputati nella VI legislatura, per varie considerazioni.

Anzitutto perché solo in questo modo è possibile assicurare una unicità di rapporto di impiego e di trattamento economico per tutto il personale addetto al servizio; in secondo luogo, per motivi di efficienza gestionale: la collocazione in un ruolo unico regionale, infatti, assicura la mobilità più completa nell'ambito regionale senza peraltro precludere una mobilità anche interregionale; consentendo maggiore elasticità e rendimento per le singole strutture.

Ferma restando la potestà normativa regionale in materia, il disegno di legge ha poi fissato i criteri e le direttive per la disciplina dello stato giuridico del personale, mentre la determinazione del trattamento economico, in aderenza alle attuali tendenze legislative (v. legge n. 132 del 1968, e le leggi nn. 70 e 382 del 1975) è demandato a un accordo unico nazionale, stipulato, tra Stato e Regioni, da una parte, e le organizzazioni sindacali, dall'altra.

Al fine di assicurare la maggiore efficienza di lavoro dei diversi servizi, è stato affermato il principio della unicità del rapporto di lavoro e del tempo pieno, mentre per il personale medico con funzioni di diagnosi e cura è stato affermato il diritto al libero esercizio della professione, nei limiti e alle condizioni che saranno regolamentate da accordi nazionali, sia all'interno che al di fuori delle strutture pubbliche di appartenenza.

Il riconoscimento di tale diritto, da una parte, riprende e amplia una normativa già in vigore e, dall'altra, rappresenta una concreta risposta a precise istanze formulate dalle organizzazioni sindacali e professionali maggiormente rappresentative del mondo medico.

L'assolvimento dei compiti attribuiti alle strutture locali del Servizio sanitario nazionale non è affidato solamente al personale dipendente: infatti è previsto un largo impiego dei sanitari mediante il ricorso alla convenzione.

Il rapporto convenzionale, viene, dunque, confermato; ma, contemporaneamente, sono fissati precisi criteri per quanto riguarda il suo contenuto (finalità, area territoriale, assistibilità, procedimento di stipula, ecc.).

In proposito è stata largamente recepita una proposta di legge di iniziativa parlamentare presentata e discussa al Senato. Praticamente la stipula delle convenzioni tra Regioni e categorie interessate è preceduta da un accordo unico nazionale, raggiunto fra Governo, Regioni e sindacati, al fine di assicurare un trattamento uniforme, in tutto il territorio nazionale, al personale convenzionato.

Riconoscimento della libera professione, opportunamente regolamentata, e convenzioni uniche rappresentano una scelta a favore di un migliore rendimento e di più qualificate prestazioni del Servizio sanitario

nazionale; se è vero, come è vero, anche alla luce delle esperienze fatte in proposito da altri paesi, che rendimento e qualità delle prestazioni sono in ragione diretta della valorizzazione professionale e del grado di consenso conseguibili dalle strutture pubbliche.

VII

PROBLEMI ECONOMICI E FINANZIARI

La situazione della economia nazionale, la necessità di un più razionale impiego delle risorse impongono una attenta disamina degli aspetti economico-finanziari della riforma sanitaria.

1) *La spesa sanitaria nella Comunità.*

I Paesi della Comunità economica europea hanno destinato mediamente, nel 1973, il 5,6 per cento del loro PNL (prodotto nazionale lordo) alla spesa sanitaria complessiva: i valori, per i singoli paesi, variano da un minimo del 3,17 per cento del Lussemburgo, ad un massimo del 7,49 per cento della Danimarca.

L'Italia si colloca di poco al di sotto della media della Comunità, con una spesa sanitaria superiore al 5 per cento del prodotto nazionale lordo (1974-5,8 per cento). Pur facendo parte del gruppo dei Paesi europei i cui abitanti dispongono di un reddito *pro-capite* basso, come l'Irlanda e il Regno Unito, il nostro Paese a differenza di questi ultimi, destina alla spesa sanitaria una quota di prodotto nazionale lordo analoga a quella dei Paesi europei con reddito *pro-capite* più alto.

Tale squilibrio risulta ancor più evidente se si considera che, ad esempio, il Regno Unito prevede per la spesa sanitaria una quota di prodotto nazionale lordo nettamente inferiore (4,25 per cento) rispetto a quella italiana, mentre la qualità delle prestazioni viene comunemente ritenuta superiore ai livelli italiani.

2) *La spesa sanitaria in Italia.*

Nell'ultimo decennio (1964/1974) si è registrata una espansione incontrollata della spesa sanitaria, aumentata del 409 per cento.

Nell'ultimo quinquennio tale spesa, compresa quella per indennità economiche, passa da 2.137 miliardi (anno 1970) e 7.427 miliardi (anno 1975). Ciò pone al legislatore, soprattutto in preparazione della riforma sanitaria, un duplice ordine di problemi.

Il primo concerne il *deficit* del sistema mutualistico attuale che, a prescindere dall'attuazione del Servizio sanitario nazionale, deve trovare una urgente e adeguata soluzione.

Il secondo riguarda i costi aggiuntivi collegati alla riforma sanitaria, cioè l'estensione all'intera popolazione delle prestazioni sanitarie secondo uno *standard* unificato, nonché l'inclusione, nelle strutture territoriali del Servizio sanitario nazionale, dei presidi destinati alla assistenza psichiatrica e l'introduzione di nuovi servizi nei settori della prevenzione, della riabilitazione e dei servizi sociali aventi stretta attinenza con l'assistenza sanitaria.

3) I problemi attuali.

L'assistenza sanitaria definibile come pubblica dal punto di vista economico, in quanto a carico delle fiscalità e parafiscalità, attualmente fa capo agli enti mutualistici e mutuo-previdenziali (assistenza medico-generica, farmaceutica, specialistica ed integrativa), alle Regioni (assistenza ospedaliera, esclusa quella psichiatrica) nonché ai comuni, alle province e ai loro consorzi (assistenza sanitaria extra-ospedaliera ai non abbienti, igiene pubblica, assistenza psichiatrica).

a) *Assistenza mutualistica extraospedaliera.* — Per quanto riguarda l'assistenza mutualistica extraospedaliera va tenuto presente che per essa, anche a prescindere dalla riforma sanitaria, è già stabilito il trasferimento alle Regioni a decorrere dal 1° luglio 1977, a norma dell'articolo 12-bis della legge 17 agosto 1974, n. 386. Il costo di tale assistenza, nella sua dinamica, è illustrato nell'allegato 1.

Secondo le previsioni, effettuate sulla base dei bilanci di competenza relativi agli anni 1975-1976, il disavanzo per il 1977 ammonta a lire 1.162 miliardi.

b) *Assistenza ospedaliera.* — Una delle componenti e delle cause della dilatazione

della spesa sanitaria nell'ultimo decennio è da attribuire all'assistenza ospedaliera.

In questo settore, infatti, si scaricano gli effetti delle distorsioni del sistema sanitario.

Da una spesa di 451,77 miliardi del 1965 si è passati a una spesa di 1.112 miliardi circa nel 1970, con un incremento complessivo del 146 per cento e, infine, a 2.716 miliardi circa nel 1974, ultimo anno di gestione di tale forma di assistenza da parte degli enti mutualistici. Per il quinquennio 1965-1970, l'incremento medio annuo delle spese ospedaliere è stato pari al 19,7 per cento; nel quadriennio successivo (1970-1974) tale incremento è rimasto pressoché identico (19,6 per cento).

Dal 1° gennaio 1975, per effetto della legge n. 386 del 1974, la gestione dell'assistenza ospedaliera è stata trasferita alle Regioni.

Di conseguenza, il finanziamento dell'assistenza ospedaliera è assicurato da un fondo nel quale confluiscono tutte le disponibilità finanziarie già destinate a questa forma di assistenza dagli enti mutualistici e dagli altri enti pubblici: disponibilità valutate in lire 2.700 miliardi (anno 1974).

Purtroppo, le reali necessità dell'assistenza hanno evidenziato l'insufficienza dei fondi in tal modo disponibili per le regioni: il CIPE — infatti — ha stimato l'effettivo fabbisogno per il 1975 in lire 3.300 miliardi e in lire 3.750 miliardi per il 1976.

I *deficit* annuali del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera, calcolati sulla base dei dati del CIPE testé citati, sono di circa 400 miliardi per il 1975, 600 miliardi per il 1976, 900 miliardi per il 1977.

c) *L'assistenza praticata dalle Province, dai Comuni e dai loro consorzi.* — Si tratta di un insieme di attività sanitarie comprendente funzioni di igiene e profilassi, assistenza psichiatrica delle Province, condotte mediche e ostetriche, alcune iniziative di medicina preventiva a livello comunale, funzioni proprie dei consorzi provinciali e antitubercolari.

La spesa complessiva sostenuta a questo proposito e riferita al 1974 è stata valutata in lire 638 miliardi.

Ipotizzando un aumento annuo del 12 per cento — pari all'incremento medio annuo degli anni precedenti — si può calcolare che nel 1977 la spesa a carico degli enti locali per l'assistenza sanitaria ammon-

terà a circa 900 miliardi di lire. Ai fini di tale previsione si deve tuttavia considerare che, se da una parte nel 1975 si è avuta l'applicazione dei nuovi e più onerosi trattamenti retributivi del personale degli enti locali a seguito dell'accordo ANCI-UPIANEA del marzo 1974, dall'altra, a decorrere dallo stesso anno, l'assistenza ospedaliera per i non abbienti è stata posta a carico delle Regioni.

Poiché non è possibile valutare in che misura tali oneri siano stati finanziati con disavanzo e poiché gli enti locali hanno sempre affermato che la spesa sanitaria è stata una delle principali cause del *deficit* dei loro bilanci, si ritiene che, per una corretta valutazione del disavanzo dell'attuale sistema sanitario, ai 2.262 miliardi di cui ai punti *a*) e *b*) si debbano aggiungere i 900 miliardi relativi alle spese sostenute dagli enti locali per le attività sanitarie.

4) *Oneri aggiuntivi derivanti dalla attuazione della riforma sanitaria.*

I costi collegati all'attuazione della riforma sanitaria derivano, sostanzialmente, dall'unificazione dei livelli assistenziali; dall'adeguamento dei livelli retributivi del personale destinato a confluire nelle strutture del Servizio sanitario nazionale; dalla graduale attivazione di una serie di servizi che vanno dalla prevenzione alla riabilitazione e ai servizi sociali aventi stretta attinenza con la tutela della salute.

In merito all'estensione dell'assistenza ai soggetti non assistiti da enti e casse mutue, il disegno di legge prevede (articolo 31) che gli stessi partecipino alla relativa spesa con una somma stabilita in relazione ai nuovi costi al fine di evitare maggiori oneri.

L'unificazione dei livelli assistenziali (articolo 30, primo comma) dovrebbe determinare un onere aggiuntivo di 435 miliardi.

In realtà moltiplicando il costo medio *pro-capite* delle prestazioni che verranno estese per il numero degli assistiti (11 milioni di lavoratori e pensionati autonomi) si ha una spesa complessiva di 484 miliardi: che si è ritenuto di poter ridurre del 10 per cento nella considerazione che per gli assistiti addetti ai settori autonomi dovrebbero essere assenti i costi aggiuntivi legati al fenomeno dell'assenteismo. Tale

stima è basata sui dati relativi ai tassi di assenza nell'industria riportati nel supplemento del bollettino statistico del Ministero del lavoro per l'anno 1975, anno durante il quale le assenze di malattia inferiori ai tre giorni sono state dell'1,5 per cento del totale delle assenze per malattie non professionali.

Nel disegno di legge (articolo 30) è, comunque, previsto che a tale maggiore spesa si dovrà far fronte con un aumento delle aliquote contributive destinato a perequare gli oneri attualmente a carico delle categorie interessate.

L'abolizione dell'attuale limite di 180 giorni per l'assistenza sanitaria erogata da tutti gli enti mutualistici (articolo 30), non comporterà apprezzabili costi.

Difatti, premesso che tale limitazione non è più operante per l'assistenza ospedaliera a seguito della legge n. 386 del 1974, anche per le altre prestazioni sanitarie essa è praticamente superata.

In ordine alle convenzioni con i sanitari (articolo 23), si deve anzitutto considerare che gli oneri aggiuntivi sono collegati ai risultati delle trattative sindacali tuttora in corso.

A titolo indicativo, comunque, si rileva che l'aumento dell'1 per cento degli attuali costi dell'assistenza medico-generica comporterebbe un onere aggiuntivo di 8 miliardi di lire e che, per la specialistica, tale onere ammonterebbe a circa 9 miliardi.

I maggiori oneri per l'erogazione ai non abbienti dell'assistenza medico-generica, specialistica e farmaceutica a livelli unificati possono essere valutati in circa 50 miliardi.

Infatti, le prestazioni sanitarie che i Comuni assicurano ai non abbienti sono inferiori a quelle erogate dagli enti mutualistici ai propri assicurati. Ove a ciò si aggiunga il maggior costo dovuto al più frequente ricorso alle prestazioni, collegato alle facilitazioni insite nella modifica dell'attuale disciplina, si può ipotizzare una spesa *pro-capite* di lire 90.000 circa, con un aumento, rispetto ai costi sostenuti dai Comuni, del 30-35 per cento e quindi, considerato che sono circa 1.700.000 i soggetti interessati, si avrà appunto un onere aggiuntivo di 50 miliardi di lire circa.

La perequazione dei trattamenti economici del personale attualmente addetto ai servizi sanitari comunali, provinciali e con-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

sortili e agli ospedali psichiatrici (ufficiali sanitari, medici e ostetriche condotte, veterinari, medici dei laboratori di igiene e profilassi, personale degli ospedali e istituti psichiatrici, ecc.), che affluirà al Servizio sanitario nazionale, comporterà una spesa che non è possibile quantificare in quanto non si può, al momento, prevedere il livello al quale il predetto personale può essere equiparato. Si può tuttavia ritenere che il passaggio del personale in questione al Servizio sanitario nazionale comporterà un costo aggiuntivo non inferiore ai 100 miliardi di lire; onere che peraltro maturerà non prima della costituzione delle unità sanitarie locali.

La prevenzione sanitaria (funzioni in materia di igiene e profilassi, medicina scolastica, servizi di tutela della maternità e dell'infanzia, centri di medicina sociale nonché la prevenzione e l'igiene degli ambienti di lavoro), non dovrebbe comportare oneri aggiuntivi in quanto essa si traduce in interventi che sono già effettuati dallo Stato, dalle Regioni e dagli enti locali territoriali. Anzi, la riforma, riorganizzando i servizi e unificandone la gestione nell'ambito delle unità sanitarie locali, dovrebbe consentire una maggiore economicità della azione prevenzionistica e quindi un suo sostanziale incremento.

CONCLUSIONI

Dalle considerazioni esposte risulta evidente che la espansione della spesa sanitaria non potrà essere né riorganizzata né tanto meno riqualificata se non attraverso una modificazione profonda del sistema, cioè attraverso la riforma sanitaria.

D'altra parte la oggettiva gravità del deficit di gestione del sistema sanitario attuale richiede interventi urgenti e adeguati non solo per il suo ripiano ma anche per garantire la necessaria liquidità.

Per quanto concerne il ripiano delle passività pregresse, il disegno di legge prevede il ricorso al mercato finanziario con la procedura introdotta dalla legge n. 386 del 1974. Per far fronte agli oneri connessi a tali operazioni finanziarie potrà essere necessario stabilire una addizionale sui contributi sociali di malattia.

Per assicurare, fino alla fiscalizzazione degli oneri sociali, la necessaria liquidità e far fronte, altresì, agli oneri aggiuntivi che l'attuazione della riforma comporterà, sono previsti il ricorso, congiuntamente o alternativamente, alla imposizione fiscale o alla revisione delle aliquote contributive, nonché la partecipazione degli assistiti alla spesa sanitaria.

Inoltre, allo scopo anche di responsabilizzare maggiormente le Regioni e gli organi di gestione, è stata introdotta una duplice garanzia. La prima di ordine tecnico-finanziario, che troverà attuazione dopo la fiscalizzazione degli oneri sociali (articolo 26) e che si sostanzia nell'obbligo, per le Regioni, di verificare trimestralmente la gestione dei fondi e di provvedere alla eventuale necessaria integrazione degli stessi disponendo la partecipazione degli assistiti alla spesa sanitaria. La seconda (articolo 24), di ordine amministrativo, consistente nell'adozione della sanzione della decadenza nei confronti degli amministratori che assumano impegni eccedenti i fondi loro assegnati, analogamente a quanto previsto per altri enti a carattere pubblico.

Ma il dato più rilevante del provvedimento è l'introduzione di un parametro per quantificare l'entità delle risorse finanziarie da impiegare nel settore sanitario, fino alla fiscalizzazione degli oneri sociali.

Tale parametro è stato indicato in un rapporto percentuale pari al 6 per cento del prodotto nazionale lordo a prezzi di mercato.

Tale limite di spesa è stato fissato tenendo conto che l'incidenza della spesa sanitaria sul prodotto nazionale lordo per l'anno 1977 è valutabile intorno al 5,6 per cento.

Infatti per detto anno, a fronte di un prodotto nazionale lordo valutato in 170.000 miliardi, c'è una spesa sanitaria complessiva valutabile in 9.500 miliardi e cioè 8.604 miliardi di spesa mutualistica, calcolata al netto dell'ammontare delle indennità economiche (lire 1.088 miliardi), più 900 miliardi di spesa degli enti locali.

Su tali valutazioni non mancherà di soffermare la propria attenzione il Parlamento, con l'ausilio anche delle indicazioni consultive che saranno fornite dal Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, già investito dell'esame del problema.

Non superare il limite prefissato costituisce un obiettivo che il Governo, in col-

laborazione con le Regioni e con tutte le altre forze politiche e sociali, ha il dovere di perseguire, stante la gravità della situazione economica generale.

A fiscalizzazione avvenuta il finanziamento del Servizio sarà determinato annualmente con la legge di approvazione del bilancio dello Stato.

D'altra parte va sottolineato come l'adozione del criterio di determinazione preventiva delle risorse da destinare alla spesa sanitaria globale, corrisponda a una duplice esigenza:

a) di programmazione, senza la quale la crisi in atto nel Paese è destinata ad aggravarsi ulteriormente;

b) di chiarezza negli indirizzi generali riguardanti il funzionamento del Servizio sanitario nazionale, anche per consentire un costante e costruttivo controllo.

CONSIDERAZIONI FINALI

È convinzione del Governo che il presente disegno di legge possa adeguatamente e realisticamente corrispondere, nelle attuali condizioni della società italiana, ai principi voluti dalla Costituzione per quanto riguarda la tutela della salute dei cittadini.

Da tale convinzione il Governo trae motivo per auspicare che, con le integrazioni e i miglioramenti che certamente interver-

ranno nel corso del dibattito parlamentare, possano maturare ampie convergenze e solidarietà tali da potere registrare un'area di vasto, operante e responsabile consenso.

Anche a questo scopo, il Governo ha ritenuto opportuno di richiedere il parere del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro. Tale parere che sarà trasmesso direttamente al Parlamento, assume particolare rilevanza in ordine ai problemi economico-finanziari e del personale, la cui soluzione è destinata a condizionare, è superfluo sottolinearlo, la concreta efficacia della riforma sanitaria.

Nel consegnare al Parlamento il disegno di legge per l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, il Governo sente il dovere di mettere in guardia contro due possibili tentazioni che potrebbero compromettere la stessa riforma: cedere, da una parte, a chiuse tendenze corporative e dare spazio, dall'altra, a forme assembleari di stampo populistico, in nome di una malintesa e deformante partecipazione.

Assemblearismo e corporativismo contrastano infatti, con una partecipazione attiva e responsabile, quale si intende perseguire e realizzare come impegno per il miglioramento delle prestazioni per la riorganizzazione e la riqualificazione delle strutture e dei servizi sanitari, per la lotta a tutti gli sprechi e a tutti gli inutili doppioni, per la formazione di una chiara e consapevole educazione sanitaria garanzia di efficacia e di successo del Servizio sanitario nazionale.

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

ALLEGATO N. 1

PREVISIONI SULL'ANDAMENTO DEI COSTI E DELLE ENTRATE PER ASSISTENZA
SANITARIA IN REGIME MUTUALISTICO (IN ASSENZA DI RIFORMA) RELATIVO AL
PERIODO 1975-1978
(in miliardi di lire)

	1975	1976	1977	1978
Medico-generica	669	747	834	931
Farmaceutica	1.201	1.520	1.520	1.672
Specialistica ed altre	714	797	890	993
Indennità economica	809	938	1.088	1.262
Spese di amministrazione e varie . .	376	404	436	470
Interessi passivi	358	358	358	—
	4.127	4.764	5.126	5.328
Ospedaliera	3.300	3.750	4.566	5.022
	7.427	8.514	9.692	10.350
<i>Entrate</i>				
Contributi Enti maggiori	4.586	5.412	6.224	7.157
Contributi Enti minori	275	325	383	440
Contributi Stato, Regioni e varie . .	564	564	264	264
Gettito ticket	—	—	160	160
<i>Altre entrate FNAO</i>				
Contributo Stato	74,0	100,0	100,0	100,0
Storno da capitolo bilancio	51,5	51,5	51,5	51,5
Versamento INAIL	48,5	48,5	48,5	48,5
Versamento INPS	235,0	332,0	399,0	450,0
Utilizzazione 1,65 per cento	386,0	171,0	—	—
	6.220,0	7.004,0	7.630,0	8.671,0
	(a)	(b)	(c)	
Disavanzo d'esercizio	1.207,0	1.510,0	2.062,0	1.679,0
	7.427,0	8.514,0	9.692,0	10.350,0

(a) di cui 400 del fondo nazionale assistenza ospedaliera.

(b) di cui 600 del fondo nazionale assistenza ospedaliera.

(c) di cui 900 del fondo nazionale assistenza ospedaliera.

ALLEGATO N. 2

CRITERI SEGUITI PER LA VALUTAZIONE DEI COSTI E DELLE ENTRATE PER L'ASSISTENZA SANITARIA IN REGIME MUTUALISTICO DAL 1975 AL 1978

Costi.

Per il 1975 sono stati riportati quelli evidenziati dal complesso degli Enti mutualistici nei rispettivi bilanci consuntivi 1975.

Il costo presunto per gli anni 1976, 1977 e 1978 è stato determinato incrementando il costo effettivo 1975 delle percentuali calcolate nel modo seguente.

Medico generica (11,67 per cento).

L'incremento è pari alla media degli incrementi medio annui ponderati verificatisi nell'INAM e nell'ENPAS fra il consuntivo 1975 ed il consuntivo 1974 (+ 15,38 per cento) e fra le previsioni 1976 ed il consuntivo 1975 (7,97 per cento). I dati riportati nei bilanci di previsione sono stati aggiornati con le variazioni apportate a tutto il mese di settembre 1976.

La media così calcolata:

$$\left(\frac{15,38 + 7,97}{2} = 11,67 \text{ per cento} \right)$$

è stata applicata per la determinazione del costo presunto per il 1976, 1977 e 1978.

Farmaceutica (26,48 per cento).

L'incremento è stato calcolato con lo stesso procedimento adottato per il calcolo dell'incremento della spesa medico generica (1975 rispetto al 1974 = 27,07 per cento e 1976 rispetto al 1975 = 25,89 per cento).

La media così calcolata:

$$\left(26,48 = \frac{27,07 + 25,89}{2} \right)$$

è stata applicata sul 1975 per determinare il 1976 mentre il costo per il 1977 è stato valutato nella stessa misura del 1976 nel presupposto che l'aumento del prezzo dei medicinali subisca, in tale anno, un incremento pari allo sconto farmaceutico che dovrebbe essere abolito.

Il costo per il 1978 è stato determinato incrementando quello del 1977 del 10 per cento.

Specialistica ed altre prestazioni.

L'incremento percentuale è stato determinato con lo stesso procedimento attuato per le altre prestazioni (1975 su 1974 = 5,48 per cento; 1976 su 1975 = 17,80 per cento).

La maggiorazione così calcolata:

$$\left(\frac{5,48 + 17,80}{2} = 11,64 \text{ per cento} \right)$$

è stata applicata sul 1975, 1976 e 1977 per determinare rispettivamente il 1976, 1977 e 1978.

Indennità economiche.

E' stato ritenuto congruo un incremento percentuale medio annuo del 16 per cento rispetto all'anno precedente, pari all'incremento effettivo verificatosi nei primi 9 mesi del 1976.

Spese d'amministrazione.

Le spese d'amministrazione sono state incrementate dell'8 per cento per ciascun anno.

Ospedaliera.

Per il 1975 e 1976 sono state assunte le valutazioni del CIPE.

Per il 1977 il costo 1976 è stato incrementato del 13,65 per cento (incremento subito fra il 1975 e 1976 secondo le valutazioni CIPE), aggiungendo 300 miliardi di lire quale maggior costo per rinnovo del contratto del personale medico e non medico.

Per il 1978 il costo è stato calcolato sulla base di quello del 1977 maggiorato del 10 per cento.

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

Entrate.

Le entrate contributive per gli anni 1976, 1977 e 1978 sono state determinate calcolando un incremento percentuale su quelle del 1975 rispettivamente del 18 per cento, 15 per cento e 15 per cento.

Per gli anni 1977 e 1978 è stato previsto l'introito di 160 miliardi di lire per l'introduzione del *ticket* (pari a 200 lire per ogni preparazione galenica e confezione di specialità prescritta) mentre è stata eliminata l'entrata di 300 miliardi per l'abolizione dello sconto medicinale.

I versamenti dell'INPS son stati indicati sulla base delle previsioni formulate dallo stesso Istituto.

PARTE SECONDA

DISPOSITIVI DI ATTUAZIONE

Gli articoli 1 e 2 del disegno di legge, che esauriscono il Capo I dedicato ai principi e ai compiti, esprimono il concetto fondamentale della legge di riforma.

L'articolo 1 raggiunge questo scopo attraverso una sintetica esposizione dei principi su cui deve fondarsi il Servizio sanitario nazionale. L'articolo 2 ribadisce tali concetti attraverso una analisi dei compiti delle nuove strutture.

Il Capo II riguarda la struttura e le competenze del Servizio sanitario nazionale a livello centrale; esso elenca all'articolo 3 le competenze rimaste allo Stato prevedendo inoltre la delega alle Regioni di quelle funzioni amministrative che sono di interesse locale.

La definizione delle competenze statali in materia — e quindi non solo di quelle del Ministero della sanità — è in armonia con i principi fissati dalla legge n. 382 del 1975 e, nel nuovo quadro di rapporti fra Stato e Regioni, amplia la sfera di competenze delle Regioni e degli enti locali anche oltre tali principi.

Nell'articolo 4 sono poi individuate alcune materie per le quali è indicata la competenza concorrente dello Stato e delle Regioni con la riserva, al primo, di fissare e di dettare principi, *standards* e norme generali e con l'attribuzione, alle seconde, di

stabilire norme di attuazione delle leggi statali predette secondo l'articolo 117, terzo comma della Costituzione.

L'articolo 5 determina le competenze governative per l'indirizzo ed il coordinamento amministrativo dell'attività regionale, provvedendo ad una ripartizione di compiti fra il Consiglio dei ministri, il Comitato interministeriale per la programmazione economica e alcuni ministri per i settori di rispettiva competenza.

L'articolo 6 prevede l'istituzione del Consiglio sanitario nazionale quale organo collegiale di consulenza e proposta del Ministro della sanità sia sugli orientamenti di politica sanitaria sia sulla attuazione delle finalità del Servizio sanitario nazionale, nonché sulla ripartizione dei fondi destinati al finanziamento del Servizio.

Il Consiglio è formato:

a) da un rappresentante per ciascuna Regione e per le Province autonome di Trento e Bolzano;

b) da rappresentanti dei Ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e previdenza sociale, del bilancio e programmazione economica, dell'industria, commercio e artigianato, dell'agricoltura e foreste, dei lavori pubblici, dell'interno, della difesa e della pubblica istruzione;

c) da un rappresentante del CNR;

d) da tre rappresentanti dei sindacati dei lavoratori dipendenti e da un rappresentante per ciascuna delle organizzazioni sindacali dei lavoratori autonomi del commercio, artigianato e agricoltura;

e) da tre rappresentanti dei datori di lavoro rispettivamente per l'industria privata e a partecipazione statale, per l'agricoltura e per il commercio;

f) da un rappresentante per ciascuna federazione degli ordini dei medici, biologi, farmacisti, veterinari e dei collegi delle professioni non mediche;

g) da tre professori universitari ordinari di scienze economiche, finanziarie e statistiche.

Il Consiglio sanitario nazionale è presieduto dal Ministro della sanità, dura in carica cinque anni e si articola in sezioni che possono avvalersi di esperti.

L'articolo 7 fissa i rapporti di collaborazione tecnico-scientifica dell'Istituto superiore di sanità con il Servizio sanitario nazionale e prevede che la sua attività di ricerca si sviluppi anche nell'ambito di appositi programmi approvati dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

E' prevista inoltre la disciplina dei rapporti tra l'Istituto superiore e le strutture di sanità pubblica regionali, disciplina da dettarsi nell'ambito della attività governativa di indirizzo e coordinamento.

L'articolo 8 disciplina l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani che si trovino fuori del territorio nazionale per ragioni di lavoro.

Il Capo III disciplina il Servizio sanitario nazionale a livello regionale e locale, sia sotto il profilo strutturale che sotto quello funzionale.

L'articolo 9 determina le competenze regionali in campo legislativo e amministrativo. Esso impone, in particolare, la formazione di piani sanitari regionali e prevede la istituzione con legge regionale di Consigli sanitari regionali con compiti consultivi, di promozione e di iniziativa, garantendo la rappresentanza degli enti locali minori.

L'articolo 10, fissa i criteri in base ai quali le Regioni dovranno disciplinare le strutture e i compiti delle unità sanitarie locali, il cui ambito territoriale deve essere collegato a gruppi di popolazione compresi tra i 50.000 e i 200.000 abitanti, senza peraltro escludere che, in relazione a speciali esigenze, si possa derogare in più o in meno da tali limiti. In tale quadro viene anche sottolineata l'esigenza di far coincidere l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale col territorio comunale o con quello di più comuni oppure, ove esistano con le circoscrizioni.

L'articolo 11 demanda, in particolare, alle regioni la disciplina della organizzazione e del funzionamento della unità sanitaria locale che è strumento operativo del Comune o della associazione di più Comuni. Anche a livello locale è riconosciuto uno spazio alle formazioni sociali organizzate presenti nel territorio e agli operatori sanitari, tramite la costituzione di un Consiglio sanitario locale con funzioni d'impulso e di consultazione. L'autonomia tecnico-funzionale dei servizi non esclude il necessario coordinamento operato da un Collegio di responsabili dei servizi.

L'unità sanitaria locale si pone, dunque, come una entità insieme autonoma sotto il profilo funzionale, operativo e finanziario

ma collegata sia alla Regione, da cui mutua personale, beni strumentali e risorse economiche, sia al comune da cui riceve indirizzo politico ed impulso operativo. Ciò dovrebbe rendere aderente l'azione assistenziale alle esigenze delle comunità ed a quelle dei cittadini.

L'articolo 12 prevede che, sempre con legge regionale, si possa provvedere alla individuazione e alla organizzazione di quei presidi e servizi sanitari e veterinari che per le loro specifiche finalità e per caratteristiche tecniche e specialistiche sono posti al servizio della popolazione di più unità sanitarie locali. La loro gestione peraltro deve essere attuata da appositi organismi collegiali, funzionalmente collegati con le relative unità sanitarie locali, che siano espressione di tutti gli enti locali interessati. Anche i laboratori di igiene e profilassi, trasferiti alle Regioni, vanno da queste riorganizzati in relazione alle esigenze ed ai compiti del Servizio sanitario nazionale.

Il Capo IV riguarda le prestazioni e le funzioni delle unità sanitarie locali.

L'articolo 13 disciplina l'erogazione della assistenza preventiva, curativa e riabilitativa. 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 almeno ai livelli minimi fissati uniformemente per tutto il territorio nazionale.

Innovazione è la parificazione dell'assistenza pediatrica a quella medico-generica, agli effetti delle modalità delle prestazioni.

Da sottolineare in modo particolare il fatto che la utilizzazione di personale medico di ruolo per l'erogazione dell'assistenza medica è stato limitato solo ai casi in cui il personale convenzionato, nonostante l'applicazione dei massimali previsti dalle convenzioni, non copra l'intera richiesta di assistenza.

Il rispetto della dignità e della 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 ovviamente del sistema. Da sottolineare, in particolare, il principio — rilevante anche sotto il profilo economico — che di regola gli interventi di prevenzione sanitaria e di profilassi sono assicurati tramite i medesimi operatori tenuti ad erogare l'assistenza medica ed ospedaliera.

Le Regioni possono avvalersi facendo ricorso alla convenzione (articolo 14) dei servizi sanitari delle università, degli ospedali militari, degli istituti a carattere scientifico, degli istituti ed enti religiosi classificati come ospedali e, quando le strutture pubbliche siano insufficienti, anche di case di cura private, purché attrezzate in maniera tale da garantire livelli di prestazioni ospedaliera non inferiori a quelli degli ospedali pubblici.

Il rapporto convenzionale è esteso anche alle prestazioni sanitarie in genere — ovviamente preventive, curative e riabilitative — e ciò allo scopo di rafforzare la rete assistenziale mediante i servizi di tutte le strutture che erogano in via convenzionale, l'assistenza ospedaliera. È prevista, altresì, la possibilità di convenzionamento con le aziende termali per le prestazioni sanitarie predeterminate.

Il rapporto convenzionale, per le esigenze di uniformità in tutto il territorio nazionale, deve conformarsi a schemi-tipo predisposti a livello centrale, come del resto già previsto dall'articolo 18 della legge 17 agosto 1974, n. 386.

L'articolo 15 concerne l'erogazione della assistenza sanitaria riabilitativa in favore di soggetti affetti da minorazioni fisiche e psichiche; essa è assicurata dall'unità sanitaria locale e dai presidi e servizi di cui all'articolo 12 — nonché — mediante apposite convenzioni — da centri ed istituti idonei allo scopo.

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 sono convenzionate con la Regione. L'assistenza farmaceutica è limitata a preparati galenici e specialità medicinali inclusi nel prontuario terapeutico di cui all'articolo 9 della legge n. 386 del 1974, emanato con decreto del Ministro della sanità e riveduto periodicamente. Viene pure previsto che le unità sanitarie locali, i presidi e servizi di cui all'articolo 12, gli istituti, enti e case di cura convenzionate (articolo 14) possono acquistare i farmaci direttamente dai produttori, ereditando in tale modo una facoltà già esistente in favore degli enti mutualistici e degli ospedali pubblici.

Su questo punto il testo proposto si discosta da quello approvato in sede referente, poiché l'acquisto diretto è una facoltà e non un obbligo, e ciò in quanto è sembrato opportuno responsabilizzare gli ammi-

nistratori delle unità sanitarie locali lasciando ad essi una certa discrezionalità nella gestione degli acquisti. Peraltro non manca il momento unificante costituito dal potere di coordinamento degli acquisti attribuito alle Regioni.

L'articolo 17, in relazione anche a direttive comunitarie, sancisce il divieto di pubblicità al pubblico dei farmaci prescritti con ricetta medica e disciplina la pubblicità e l'informazione scientifica per quel che attiene agli altri farmaci, affidandone il controllo al Ministero della sanità.

L'articolo 18, estremamente importante sotto il profilo economico, prevede la partecipazione degli assistiti alla spesa farmaceutica secondo modalità e misure stabilite dal CIPE.

La partecipazione dell'assistito alla spesa farmaceutica, unitamente alla disciplina della pubblicità sui farmaci tende non solo alla eliminazione degli sprechi di farmaci e quindi alla riduzione dei costi del Servizio sanitario nazionale, ma su di un piano più generale alla formazione di una nuova coscienza sanitaria della popolazione.

L'articolo 19 fissa il principio del diritto alla assistenza religiosa, indipendentemente dal culto professato, per tutti i ricoverati nelle strutture del Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 20 detta le modalità per l'istituzione del libretto sanitario personale. L'estensione graduale del libretto a tutta la popolazione e la possibilità di utilizzazione delle notizie in esso riportate — fatto salvo peraltro il segreto professionale — permettono di dare inizio alla realizzazione di un indispensabile sistema informativo sanitario e costituiscono ulteriore strumento di promozione della coscienza sanitaria della popolazione.

L'articolo 21 individua nella regione e nelle unità sanitarie 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.

Il potere di adottare i relativi provvedimenti contingibili ed urgenti spetta rispettivamente al Ministro della sanità, con efficacia estesa a tutto il territorio nazionale o al minore ambito territoriale indicato nei provvedimenti stessi, al Presidente della Giunta regionale su delega del Ministro stesso o al Prefetto, e al Sindaco rispettivamente con efficacia estesa alla Regione, alla Provincia o al Comune ovvero al minore ambito territoriale indicato nei singoli provvedimenti.

Il potere di ordinanza a carattere contingibile e urgente, comportando la possibilità di disporre limitatamente ai diritti del cittadino, è una tipica espressione del potere statale: deve escludersi, pertanto, il rischio degli eventuali conflitti fra gli organi predetti, attesa la prevalenza del provvedimento adottato dall'autorità superiore su quello adottato dall'autorità inferiore e nell'intesa che una corretta informazione eviterà l'adozione di provvedimenti fra loro contrastanti.

Per le necessarie istruttorie e l'esecuzione dei relativi provvedimenti le predette autorità possono avvalersi di tutti i servizi a livello regionale.

Sono fatte salve in materia le attività di istituto svolte dalle Forze armate e dai Corpi di polizia.

Il Capo V riguarda la disciplina del personale del Servizio sanitario nazionale inquadrato a livello regionale.

Ai sensi dell'articolo 22 le leggi regionali detteranno norme per la determinazione delle dotazioni organiche dei ruoli regionali — ordinati in livelli funzionali — e per la disciplina dello stato giuridico.

I ruoli del personale stesso sono distinti in: medico ed equiparato, tecnico-sanitario, amministrativo ed ausiliario.

Lo stesso articolo detta i principi cui deve ispirarsi il legislatore regionale. Fra tali principi fa spicco quello che prevede l'obbligo di lavoro a tempo pieno e quindi l'incompatibilità con altri rapporti di impiego o professionali con enti pubblici nonché con enti privati convenzionati.

Sono tuttavia consentiti ai medici con funzioni di diagnosi e cura l'esercizio professionale nella struttura pubblica di appartenenza secondo modalità determinate con l'accordo triennale unico per la determinazione del trattamento economico e anche al di fuori della struttura stessa in base ad un apposito accordo nazionale raggiunto fra le Regioni, i Ministri del lavoro e della previdenza sociale e della sanità e le organizzazioni nazionali sindacali mediche.

Attraverso i predetti accordi si potrà così pervenire alle soluzioni più soddisfacenti per il pubblico interesse tenendo conto, da un lato, delle innegabili esigenze funzionali delle strutture e, dall'altro, della opportunità di garantire la più ampia libertà di scelta del medico da parte dell'assistito.

È altresì prevista la mobilità del personale fra Regione e Regione: a tal fine con

decreto del Ministro della sanità, su proposta del Consiglio sanitario nazionale si dovrà provvedere all'equiparazione dei servizi e dei titoli acquisiti dal personale.

Apposita normativa è dettata dall'articolo 23 in ordine al trattamento normativo ed economico dei sanitari convenzionati. Il testo recepisce praticamente il contenuto di una proposta di iniziativa parlamentare già discussa ed approvata in sede referente dalla Commissione igiene e sanità del Senato (A.S. n. 202).

Le convenzioni, stipulate dalle Regioni con le categorie interessate debbono essere conformi agli accordi nazionali unici, raggiunti in sede nazionale con i Ministri interessati, le Regioni e le organizzazioni nazionali delle categorie sanitarie e ciò per garantire l'uniformità del trattamento su tutto il territorio nazionale.

Il Capo VI concerne il controllo, la contabilità ed il finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 24 disciplina il controllo ispettivo da parte della Regione sul funzionamento delle unità sanitarie locali e dei presidi e servizi di cui all'articolo 12, nonché il controllo preventivo sugli atti e quello sostitutivo sugli organi, recependo in materia quanto dettato dalla legge 11 febbraio 1953, n. 62. La legge regionale deve determinare gli atti sottoposti a controllo preventivo e quelli per i quali il controllo è esteso al merito.

I Comuni ed i consorzi di Comuni devono presentare al Presidente della Giunta regionale il rendiconto di gestione delle unità sanitarie locali con particolare riguardo ai livelli assistenziali 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 sanitari e sull'impiego dei fondi assegnati alla regione dal fondo nazionale. La stessa relazione è inviata ai Ministeri interessati (sanità, lavoro e previdenza sociale, tesoro).

Come si è detto nella parte generale, a garanzia della corretta gestione dei fondi assegnati alle unità sanitarie locali, è prevista la decadenza degli amministratori, da disporsi con atto regionale qualora l'ammontare degli impegni di spesa superi la quota loro assegnata per la spesa corrente.

L'articolo 25 fissa i criteri cui le regioni devono attenersi per disciplinare, con propria legge, l'amministrazione e la contabilità delle unità sanitarie locali, preve-

dendo in particolare che i bilanci di previsione debbono essere redatti in termini di competenza e di cassa e che i conti consuntivi debbono evidenziare i risultati finanziari, economici e patrimoniali delle gestioni. È esplicitamente previsto che, sebbene i bilanci e i conti consuntivi delle unità sanitarie locali e degli altri presidi e servizi debbano essere iscritti nei bilanci comunali e provinciali o degli enti consorziali, restano fermi il vincolo di destinazione degli stanziamenti regionali e la separazione di eventuali passività.

All'articolo 26 sono dettate le disposizioni che disciplinano il finanziamento del servizio nel suo assetto definitivo e cioè ad avvenuta fiscalizzazione degli oneri sociali: per la fase transitoria valgono invece le norme di cui all'articolo 42. Il finanziamento del servizio è determinato annualmente con la legge di approvazione del bilancio dello Stato. Con deliberazione del CIPE su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, le somme stanziare vengono 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, e a rendere possibile l'attuazione dei programmi di prevenzione primaria. Le quote attribuite alle singole Regioni vengono poi ripartite tra le unità sanitarie locali e gli altri servizi e presidi previo accantonamento delle somme destinate a fronteggiare gli oneri relativi al personale che appartiene ai ruoli regionali nonché gli altri oneri conseguenti ai rapporti convenzionali assunti direttamente dalla Regione.

Allo scopo di responsabilizzare le regioni, gli organismi di gestione e gli stessi utenti del servizio, è poi previsto che le Regioni sono tenute, in caso di insufficienza dei fondi disponibili, ad integrare gli stessi disponendo, se necessario, la partecipazione degli assistiti alle spese sanitarie.

L'attuazione del Servizio sanitario nazionale costituisce l'oggetto del Titolo II il quale, pur ricalcando fedelmente il testo presentato nella precedente legislatura, tiene conto dell'ormai imminente scadenza del termine contenuto nell'articolo 12 *bis* della legge 386/1974 circa l'estinzione degli enti mutualistici alla data del 1° luglio 1977.

Pertanto, si è seguito l'indirizzo di ridurre al minimo i tempi tecnici della complessa fase di passaggio e realizzare nell'arco di 18 mesi l'attuazione della riforma

con la completa operatività delle unità sanitarie locali.

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

Seguendo l'iter cronologico di tale attuazione è prevista anzitutto (articolo 27) la costituzione del Consiglio sanitario nazionale e dei Consigli sanitari regionali i quali prestano la loro opera di consulenza e proposta anche nei procedimenti amministrativi di attuazione del servizio rispettivamente di competenza governativa e regionale.

Segue, nell'articolo 28, una disposizione destinata a riflettersi su gran parte delle norme successive: la costituzione delle strutture sanitarie locali diviene operante su tutto il territorio nazionale in un momento unico. La finalità in tal modo perseguita è quella di evitare che si creino discrasie temporali di attuazione del nuovo sistema fra le Regioni; discrasie che darebbero luogo ad insolubili problemi organizzativi ed economici.

Segue a livello centrale (articolo 29) la soppressione degli enti e gestioni erogatori di assistenza sanitaria, con la necessaria caducazione dei termini previsti dal terzo e quarto comma dell'articolo 12-*bis* della legge n. 386 del 1974.

Sono fatte salve le associazioni mutualistiche liberamente costituite aventi la finalità di erogare solo prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria prestata dal Servizio sanitario nazionale, a condizione che il loro finanziamento sia esclusivamente a carico degli assistiti.

L'unificazione dei livelli assistenziali (articolo 30) a quelli fissati dal CIPE è disposta con decreto del Presidente della Repubblica da emanarsi almeno un mese prima dell'entrata in funzione delle strutture sanitarie locali e ciò a differenza di quanto previsto nel precedente testo che attribuiva tale importante provvedimento al Ministro della sanità, fissando il termine di trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge.

L'articolo 31 prevede l'estensione ai soggetti non assistibili da enti e casse mutue di malattia della assistenza sanitaria, con onere a carico degli stessi. I tempi e i modi di tale estensione nonché la quota da porre a carico degli interessati sono fissati con decreto del Ministro della sanità; nella fase transitoria è prevista l'iscrizione volontaria

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

dei soggetti in questione presso l'INAM, ai fini dell'assistenza extraospedaliera.

Quindi a livello regionale si provvede alla costituzione delle unità sanitarie locali e dei presidi e servizi intermedi (articolo 32). Alle unità sanitarie locali così costituite e agli altri presidi intermedi vengono assegnati in uso i beni trasferiti al patrimonio regionale.

Il capo II disciplina il momento successivo di tale complessa operazione e cioè la liquidazione degli enti soppressi a termini degli articoli precedentemente indicati.

L'articolo 33 prevede il trasferimento alle Regioni dei beni e del personale dei presidi sanitari appartenenti agli enti locali territoriali e agli enti ospedalieri ed enti sanitari pubblici operanti in ambito infra-regionale, sempre con effetto dalla data di entrata in funzione delle unità sanitarie locali.

L'articolo 34, con una disposizione residuale, prevede analogo trasferimento entro gli stessi termini, dei presidi sanitari non compresi fra quelli dell'articolo precedente.

L'articolo 35 disciplina la concreta liquidazione degli enti mutualistici. Giova ricordare a tal riguardo il vincolo di destinazione della sede della Direzione generale dell'INAM, acquisita al patrimonio dello Stato ed assegnata agli organi centrali del Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 36 prevede anzitutto la delega per la disciplina generale in materia di sicurezza del lavoro applicabile a tutti i settori di attività lavorativa in modo da garantire tecniche antinfortunistiche appropriate allo sviluppo della tecnologia nel mondo del lavoro. La stessa delega prevede lo scorporo dall'ENPI dei servizi e del personale che svolgono attività attinenti alle funzioni del servizio sanitario nazionale. Le residue attività verranno riordinate e riorganizzate in apposito Istituto dipendente dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale.

L'articolo 37 prevede il trasferimento dei servizi sanitari svolti dall'INAM, dall'INPS e dalle amministrazioni dello Stato.

Si fa eccezione per le funzioni e strutture sanitarie dell'Azienda autonoma delle ferrovie dello Stato, attesa la loro peculiarità e la loro intima connessione con le funzioni di istituto, e per quelle militari, penitenziarie e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco.

Lo stesso articolo dispone, con puntuali principi, una delega al Governo per disciplinare l'esercizio delle funzioni medico-

legali e di quelle ispettive e di accertamento sanitario.

L'articolo 38 prevede la delega al Governo per ricondurre alle finalità originarie l'attività dell'Associazione della Croce rossa italiana (CRI) e quindi il trasferimento alle Regioni dei residuali beni e servizi di assistenza sanitaria con relativo personale.

L'articolo 39 disciplina in maniera unitaria sulla base dei principi contenuti nella legge 20 marzo 1975, n. 70 il passaggio del personale appartenente alle strutture ed enti soppressi alle Regioni, con garanzia di salvaguardia delle posizioni giuridiche ed economiche acquisite negli enti di provenienza. È vietata l'assunzione di altro personale fino a quando sarà disponibile personale proveniente dagli enti o servizi trasferiti.

Il Governo, comunque, consapevole della complessa problematica del passaggio del personale dall'attuale al nuovo sistema e della necessità di valutare tutti gli aspetti di tale delicata fase, ha costituito un apposito comitato, composto da rappresentanti delle Regioni, dei sindacati confederati e dei Ministeri della sanità, del lavoro, del tesoro, dell'interno e delle Regioni, per approfondire i vari aspetti della complessa problematica e per acquisire eventuali proposte operative da proporre al Parlamento nel corso della discussione del provvedimento.

Il capo terzo del titolo secondo contiene norme finanziarie a carattere transitorio.

Con l'articolo 40 vengono determinate le modalità per la liquidazione degli enti soppressi, modalità che sono quelle di cui alla legge 4 dicembre 1956, n. 1404. Al risanamento dei deficit patrimoniali degli enti soppressi si provvederà con il ricorso al mercato finanziario: a compiere tale operazione è espressamente autorizzato il Ministero 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 41 viene previsto che, limitatamente alla fase transitoria, i contributi siano riscossi, dopo la liquidazione degli enti mutualistici, dall'INPS, al quale viene trasferito il personale degli enti soppressi addetto al predetto servizio.

L'articolo 42 che disciplina il finanziamento sempre a titolo provvisorio, 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 dall'articolo 18 della legge 9 ottobre

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

1971, n. 825. Segue la previsione circa la istituzione del « Fondo nazionale per l'assistenza sanitaria », che non può superare in ogni caso il limite del 6 per cento del prodotto nazionale lordo, al quale affluiscono varie voci di entrata in parte analoghe a quelle che attualmente finanziano il fondo nazionale ospedaliero.

Tali apporti, in fase di entrata, confluiscono in un conto corrente infruttifero aperto presso la Tesoreria generale dello Stato, il cui ammontare a conguaglio è accertato annualmente con decreto del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del lavoro e previdenza sociale e del tesoro.

Per far fronte all'eventuale onere differenziale fra la spesa prevista su base percentuale riferita al prodotto nazionale lordo e i flussi finanziari che alimentano il Fondo, il Governo è autorizzato a fare ricorso all'imposizione fiscale o alla revisione delle aliquote contributive.

Il capo IV del titolo II riguarda la formazione del personale non medico. Nel precedente testo la materia era oggetto di apposita delega al Governo. Si ritiene, invece, di dover dettare norme puntuali per consentire, con sollecitudine la formazione di detto personale, tanto necessario per la esigenza del Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 44 riafferma la competenza regionale in ordine all'istituzione delle scuole preordinate alla formazione degli esercenti le professioni sanitarie ausiliarie e le arti ausiliarie delle professioni sanitarie, ferma restando la competenza statale in ordine ai requisiti di ammissione alle scuole stesse, alle materie di insegnamento, alla durata dei corsi e allo svolgimento dei relativi esami di abilitazione.

L'articolo 45 prevede che le facoltà di medicina e chirurgia delle Università possono istituire le scuole stesse tenuto conto delle indicazioni dei relativi piani sanitari regionali.

L'articolo 46 prevede il trasferimento alle regioni delle scuole di Stato per odontotecnici, ottici e tecnici di radiologia medica, funzionanti presso gli istituti professionali di Stato. In relazione a tale trasferimento è previsto il passaggio facoltativo del relativo personale docente alle Regioni.

Il capo V del titolo II, relativo alle norme finali, contiene alcune deleghe al Governo per riordinare una serie di settori connessi strettamente con la realizzazione del Servizio sanitario nazionale.

Tali deleghe già contenute nel precedente disegno di legge, sono state oggetto di discordanti valutazioni in sede parlamentare: esse tuttavia vengono nuovamente presentate, ma ridotte a quelle assolutamente necessarie proprio per sottolineare l'urgenza di una soluzione dei relativi problemi.

L'articolo 47 quindi, fissa i criteri per l'emanazione entro sei mesi della disciplina generale in materia di finanziamento ed erogazione delle prestazioni economiche di malattia e maternità, accentrati nell'INPS. Il finanziamento è assicurato con quota parte dei contributi per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

L'articolo 48, come già detto nella premessa generale, concerne la delega al Governo per una nuova disciplina delle limitazioni della libertà personale per motivi sanitari, riportando ad unità le normative ora contenute in tante leggi settoriali. I criteri, ispirati ai principi costituzionali, prevedono che i provvedimenti di trattamento coattivo possono essere giustificati solo da esigenze sanitarie di prevenzione e cura delle malattie; che il ricovero deve garantire la conservazione dei contatti umani dell'assistito con la famiglia; ed infine che i procedimenti coattivi di ricovero e dimissione devono essere disposti dall'autorità giudiziaria nel rispetto dei diritti della difesa.

L'articolo 49 detta i criteri per la disciplina della assistenza sanitaria nei confronti dei cittadini che si trovano all'estero per ragioni di lavoro.

L'articolo 50 riguarda la delega per riordinare il Ministero della sanità e ristrutturare il Consiglio superiore di sanità in relazione al mutato quadro di riferimento conseguente all'istituzione del Servizio sanitario nazionale.

All'articolo 51 è formulata una norma di salvaguardia delle competenze delle regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e Bolzano.

Chiude il disegno di legge la disposizione (articolo 52) che prevede la determinazione della data di piena attuazione del Servizio sanitario nazionale con l'estensione delle prestazioni a tutta la popolazione residente.

Tale data è fissata con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, e comunque non può essere successiva al quinquennio dall'entrata in vigore (articolo 53) della legge di riforma.

DISEGNO DI LEGGE

TITOLO PRIMO

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

CAPO I

I PRINCIPI E I COMPITI

ART. 1.

(I principi).

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

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

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

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

ART. 2.

(I compiti del Servizio sanitario nazionale).

Compiti del Servizio sanitario nazionale sono:

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

la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie fisiche e psichiche;

la ricerca, l'accertamento e la rimozione in modo sistematico e con il concorso di tutte le parti sociali interessate dei fattori di rischio sanitario presenti ne-

gli ambienti di lavoro e di vita, nonché la pubblicizzazione dei dati accertati;

la tutela della maternità e della prima infanzia con interventi di prevenzione sanitaria e di assistenza sociale, nonché dei soggetti in età evolutiva predisponendo, in particolare, i mezzi atti al recupero degli handicappati fisici, psichici e sensoriali al fine di evitare ogni forma di emarginazione;

la tutela sanitaria delle attività sportive;

la tutela dello stato di benessere psicofisico degli anziani;

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

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

l'igiene degli alimenti e delle bevande;

l'igiene degli animali.

Il Servizio sanitario nazionale cura anche il collegamento e il coordinamento delle attività e degli interventi con tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi che svolgono compiti comunque incidenti sulle condizioni socio-sanitarie degli individui e della collettività.

Nel conseguimento dei propri compiti istituzionali e attraverso il collegamento ed il coordinamento delle attività e degli interventi di cui al comma precedente, il Servizio sanitario nazionale persegue il superamento delle condizioni di arretratezza socio-sanitaria particolarmente nelle aree di sottosviluppo.

CAPO II

IL SERVIZIO SANITARIO A LIVELLO CENTRALE

ART. 3.

(Competenze statali).

Restano ferme allo Stato, tra l'altro, le competenze in ordine:

1) ai rapporti internazionali, alla programmazione nazionale ed alla ricerca e sperimentazione scientifica;

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

- 2) all'organizzazione sanitaria militare;
- 3) alla profilassi delle malattie infettive e diffuse per le quali siano previste la vaccinazione obbligatoria o misure quarantenarie; alla sanità marittima, aerea, di confine;
- 4) agli interventi contro le epidemie;
- 5) alle professioni sanitarie e agli esami di idoneità per l'esercizio delle professioni sanitarie negli ospedali; alle professioni sanitarie ausiliarie e arti ausiliarie delle professioni sanitarie; agli ordini e collegi professionali;
- 6) al riscontro diagnostico e al prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e al trapianto, al medesimo scopo, di organi e tessuti da persone viventi;
- 7) alla ricerca, sperimentazione, produzione e commercio dei medicinali; alla produzione delle sostanze usate in medicina; alla produzione e commercio dei presidi medico-chirurgici e dei prodotti usati nella cosmesi, alla informazione scientifica dei medicinali, nonché alla pubblicità dei mezzi per la prevenzione e la cura delle malattie, delle specialità medicinali e dei presidi medico-chirurgici; al riconoscimento delle proprietà terapeutiche delle acque minerali e alla relativa pubblicità per la loro utilizzazione a scopo sanitario;
- 8) alla coltivazione, produzione, impiego, commercio all'ingrosso, importazione, esportazione e transito, acquisto, detenzione e somministrazione di sostanze stupefacenti e di sostanze psicoattive e loro derivati;
- 9) alla produzione e commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia; agli aspetti igienico-sanitari della produzione, commercio e lavorazione delle sostanze alimentari e bevande e dei relativi additivi, coloranti, surrogati e succedanei; alla produzione e commercio dei fitofarmaci e dei presidi delle derrate alimentari immagazzinate;
- 10) alla produzione, commercio e impiego dei gas tossici e delle altre sostanze pericolose;
- 11) alla produzione dell'energia di origine convenzionale e nucleare e alla produzione, commercio e impiego delle sostanze radioattive;
- 12) alla profilassi e polizia veterinaria; all'igiene delle produzioni zootecniche e dell'alimentazione degli animali;
- 13) alla polizia mortuaria.

Le funzioni amministrative di interesse locale nelle materie di cui al comma precedente sono delegate alle Regioni.

ART. 4.

(Normativa statale di principio).

Con legge della Repubblica sono dettate norme tese ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi e standards per tutto il territorio nazionale particolarmente in materia di:

- 1) inquinamento atmosferico;
- 2) igiene in ambienti di lavoro e di vita;
- 3) igiene delle attività sportive,
- 4) vaccinazione e malattie infettive e diffusive;
- 5) ordinamento dei servizi ospedalieri;
- 6) normativa tecnica relativa alle case di cura private;
- 7) raccolta, conservazione e distribuzione del sangue umano.

Le Regioni emanano ai sensi dell'articolo 117, terzo comma, della Costituzione, norme per l'attuazione delle leggi di cui al precedente comma con l'osservanza dei seguenti principi:

I) adeguare la normativa alle esigenze delle singole situazioni regionali;

II) coordinare l'intervento sanitario con gli interventi negli altri settori economico-sociali di competenza delle Regioni;

III) unificare l'organizzazione sanitaria su base territoriale e funzionale.

ART. 5.

(Competenze governative).

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

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

In relazione a quanto previsto dagli articoli 26 e 42 della presente legge, i programmi globali di prevenzione primaria nonché i livelli assistenziali minimi e gli organici corrispondenti, sono determinati annualmente dal Comitato interministeriale per la programmazione economica che delibera, su proposta del Ministro della sanità, previo parere del Consiglio sanitario nazionale. Con la stessa procedura, anche in deroga a quanto previsto dalle vigenti disposizioni, sono determinati alla data di cui all'articolo 28 e successivamente, quando siano accertati fattori significativi di modificazione, moduli organizzativi e relativi organici degli ospedali ai quali debbono adeguarsi i servizi a livello regionale.

Il Ministro della sanità esercita, nei limiti delle competenze stabilite dalle leggi vigenti, le funzioni non trasferite né delegate alle Regioni, emana le direttive concernenti le attività delegate alle Regioni ed elabora le proposte dei piani nazionali ed interregionali per la tutela della salute, da approvarsi dal Consiglio dei ministri secondo la procedura prevista nel primo comma del presente articolo.

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

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

ART. 6.

(Consiglio sanitario nazionale).

È istituito il Consiglio sanitario nazionale con funzioni di consulenza e proposta al Ministro della sanità per la determina-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

zione delle linee generali della politica sanitaria nazionale e per l'attuazione dei compiti del Servizio sanitario nazionale. Esso deve essere sentito obbligatoriamente in ordine ai programmi globali di prevenzione primaria e alla determinazione dei livelli assistenziali minimi nonché alla ripartizione degli stanziamenti di cui all'articolo 26. Il Consiglio predispose una relazione annuale sullo stato sanitario del Paese, che sarà presentata dal Ministro della sanità al Parlamento entro il 31 marzo di ogni anno.

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

da un rappresentante per ciascuna Regione e, per quanto concerne la Regione Trentino-Alto Adige, da un rappresentante della provincia di Trento e da un rappresentante della provincia di Bolzano;

da tre rappresentanti del Ministero della sanità; da due rappresentanti del Ministero del tesoro e da un rappresentante per ciascuno dei seguenti Ministeri: lavoro e previdenza sociale, bilancio e programmazione economica, industria commercio e artigianato, agricoltura e foreste, lavori pubblici, interno, difesa, pubblica istruzione, designati dai rispettivi Ministri;

da un rappresentante del Consiglio nazionale delle ricerche designato dal Ministro per il coordinamento della ricerca scientifica;

da tre rappresentanti dei lavoratori dipendenti designati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative;

da un rappresentante per ciascuna delle organizzazioni sindacali dei lavoratori autonomi del commercio, dell'artigianato e dell'agricoltura, designati dalle medesime;

da tre rappresentanti dei datori di lavoro indicati uno dalle organizzazioni dell'industria privata e a partecipazione statale, uno dalle organizzazioni dell'agricoltura ed uno da quelle del commercio;

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

da tre professori universitari ordinari di scienze economiche, finanziarie e statistiche designati dal Ministro della pubblica istruzione.

Per ogni membro effettivo deve essere nominato un membro supplente che subentra in caso di assenza o impedimento del titolare.

All'inizio di ogni quinquennio il Consiglio elegge tra i suoi componenti due vice-presidenti.

Il Consiglio si articola in sezioni le quali possono avvalersi per la trattazione di problemi particolari, di esperti esterni.

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

ART. 7.

(Istituto superiore di sanità).

L'Istituto superiore di sanità è organo tecnico scientifico del Ministero della sanità. L'attività di ricerca scientifica è svolta anche in collegamento e in collaborazione con gli istituti pubblici a carattere scientifico e con le altre istituzioni pubbliche operanti nel settore in attuazione di programmi approvati 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 con particolare riguardo ai luoghi di lavoro.

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

ART. 8.

(Assistenza sanitaria all'estero).

Il Ministero della sanità provvede all'assistenza sanitaria ed ospedaliera nei confronti di tutti i cittadini italiani aventi diritto all'assistenza stessa che si trovino fuori del territorio nazionale per ragioni di lavoro.

Il finanziamento dell'assistenza è annualmente determinato con la legge di approvazione del bilancio dello Stato. L'importo relativo è iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

CAPO III

IL SERVIZIO SANITARIO A LIVELLO
REGIONALE E LOCALE

ART. 9.

(Competenze regionali).

Le Regioni legiferano in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera nel rispetto delle norme fondamentali e dei principi stabiliti dalla presente legge ed esercitano le funzioni amministrative attribuite e delegate con legge dello Stato.

Per la gestione unitaria della tutela della salute, le Regioni organizzano il servizio sanitario articolato in unità sanitarie locali e in presidi e servizi di secondo livello ed attuano ogni altra misura necessaria alla realizzazione dei compiti del servizio sanitario.

Le Regioni predispongono piani sanitari regionali nell'ambito dei programmi economici regionali e previa consultazione degli enti locali e dei Consigli sanitari locali, se costituiti.

Con legge regionale è istituito il Consiglio sanitario regionale con compiti consultivi, di promozione e di iniziativa. Deve essere assicurata la rappresentanza delle Province e dei Comuni singoli o associati, delle organizzazioni sindacali dei lavoratori e dei datori di lavoro maggiormente rappresentative, degli operatori sanitari nonché della sanità militare territorialmente competente.

ART. 10.

(Unità sanitarie locali. Loro coordinamento con organi, centri, istituzioni e servizi di carattere sociale).

L'ambito territoriale dell'attività di ciascuna unità sanitaria locale è delimitato in base a gruppi di popolazione di regola compresi tra 50.000 e 200.000 abitanti, tenuto conto delle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche della zona. Nel caso di aree a popolazione particolarmente sparsa o concentrata sono consentiti limiti più ristretti o, rispettivamente, più elevati.

L'ambito delle unità sanitarie locali corrisponde al territorio di più comuni, al territorio di un solo Comune, ovvero ad una parte del territorio comunale. Di regola la delimitazione del territorio, qualora com-

prenda più Comuni, deve coincidere con eventuali altre strutture comprensoriali o consortili, e, qualora sia parte del Comune, deve coincidere con la suddivisione in circoscrizioni.

Con legge regionale sono stabiliti, in conformità ai principi indicati nella presente legge, la struttura e i compiti delle unità sanitarie locali.

Anche in riferimento al penultimo comma dell'articolo 2, la stessa legge può fissare norme particolari di coordinamento delle unità sanitarie locali con i servizi sociali esistenti sul territorio e connessi alla tutela della salute.

La legge regionale disciplina l'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 concentrata o sparsa in zone rurali e montane.

Nel determinare la struttura dei distretti di base, la legge regionale deve tener conto degli eventuali servizi sociali da decentrarsi a livello distrettuale e deve prevedere le strutture e il personale necessario per la gestione del servizio sanitario di base.

L'unità sanitaria locale provvede tra l'altro:

- a) all'educazione sanitaria;
- b) all'igiene dell'ambiente;
- c) alla prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche;
- d) alla protezione sanitaria materno-infantile e all'assistenza pediatrica;
- e) all'igiene e medicina scolastica negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado;
- f) all'igiene e medicina del lavoro, nonché alla protezione socio-sanitaria nei confronti dei rischi di lavoro;
- g) alla medicina dello sport e alla tutela sanitaria delle attività sportive;
- h) all'assistenza medico-generica, domiciliare e ambulatoriale;
- i) all'assistenza specialistica;
- l) all'assistenza ospedaliera per le malattie fisiche e psichiche;
- m) alla riabilitazione;

n) all'assistenza farmaceutica e alla vigilanza sulle farmacie;

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

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

q) agli accertamenti, alle certificazioni e alle altre prestazioni medico-legali con esclusione di quelli di competenza della organizzazione sanitaria militare.

ART. 11.

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

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

La legge regionale fissa norme per:

1) la costituzione e la gestione dell'unità sanitaria locale, che deve essere strumento operativo del Comune o dell'associazione di più Comuni da costituire in consorzio obbligatorio;

2) la definizione delle strutture dell'unità sanitaria locale prevedendo in particolare la creazione di un organo collegiale di gestione, con garanzia di presenza delle minoranze, che sia espressione:

a) del Consiglio comunale nel cui territorio essa è compresa;

b) dell'assemblea del consorzio o dell'organo rappresentativo della comunità montana;

c) dei Consigli comunali e insieme dei Consigli circoscrizionali interessati, se l'ambito dell'unità sanitaria locale corrisponde ad una parte del territorio comunale;

3) la ripartizione delle attribuzioni fra i Consigli comunali e gli organi collegiali di gestione, con riserva a questi ultimi quanto meno degli atti di ordinaria amministrazione;

4) garantire l'autonomia tecnico-funzionale dei servizi nei limiti del coordina-

mento assicurato da un collegio composto dai responsabili dei servizi stessi e le modalità per la nomina del dirigente dei servizi;

5) il coordinamento dei servizi di assistenza medico-generica e specialistica da affidare ad un sanitario di ruolo dell'unità sanitaria locale;

6) la creazione di un Consiglio sanitario locale articolato a livello di distretti sanitari di base di cui all'articolo 10 e con compiti di proposta nonché di consultazione obbligatoria in ordine agli indirizzi di politica sanitaria a livello locale, composto da rappresentanti delle formazioni sociali organizzate presenti nel territorio, degli operatori sanitari e delle strutture sanitarie militari territorialmente interessate.

ART. 12.

(Presidi e servizi di secondo livello).

La legge regionale provvede alla individuazione ed alla organizzazione dei presidi sanitari ospedalieri ed extra ospedalieri che, per le finalità specifiche perseguite e per le loro caratteristiche tecniche e specialistiche, siano riferibili a comprensori la cui estensione includa il territorio di più unità sanitarie locali.

La legge regionale provvede alla ristrutturazione dei laboratori provinciali di igiene e profilassi in aderenza ai compiti derivanti dalla istituzione del Servizio sanitario nazionale.

La legge regionale provvede alla individuazione ed alla organizzazione di servizi veterinari a livello intermedio 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 zoonosi, della lotta contro le zoonosi, della vigilanza sugli alimenti di origine animale.

L'amministrazione dei predetti servizi e presidi sanitari è affidata ad organismi di gestione che siano espressione di tutti gli enti locali interessati e che siano funzionalmente collegati con le relative unità sanitarie locali.

CAPO IV.

LE PRESTAZIONI E LE FUNZIONI

ART. 13.

(Prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione).

Le unità sanitarie locali provvedono alla erogazione dell'assistenza sanitaria preventiva, curativa e riabilitativa garantendo, in ogni caso, i livelli assistenziali minimi di cui al precedente articolo 5 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.

Gli utenti del Servizio sanitario nazionale sono iscritti presso l'unità sanitaria locale nel cui territorio hanno o trasferiscono la propria residenza.

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

Il personale militare ha diritto di accedere ai servizi di assistenza della località ove presta servizio.

Gli interventi di prevenzione sanitaria e di profilassi sono assicurati di norma dagli stessi operatori che erogano l'assistenza medica ed ospedaliera.

L'assistenza medica generica e pediatrica è prestata dai medici convenzionati ai sensi dell'articolo 23, e da personale medico dell'unità sanitaria locale cui l'utente appartiene nelle zone in cui, e sino a quando, permangono carenze assistenziali nonostante la previsione della generalizzata estensione ai medici appartenenti all'albo unico del rapporto massimale di cui al punto 2, secondo comma, dell'articolo 23.

La scelta del medico di fiducia deve avvenire tra i medici convenzionati.

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

L'assistenza medico-specialistica, con esclusione di quella pediatrica, è prestata di norma presso gli ambulatori dell'unità sanitaria locale di appartenenza e presso gli ambulatori degli istituti convenzionati di cui all'articolo 14 collegati con l'unità sanitaria locale di appartenenza.

L'assistenza ospedaliera è prestata normalmente attraverso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati, ai sensi del-

l'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 particolari esigenze terapeutiche che rendano necessario il ricorso a strutture ospedaliere ad alta specializzazione.

ART. 14.

(Assistenza sanitaria e ospedaliera prestata attraverso strutture convenzionate).

Le Regioni, con idonei atti deliberativi, stipulano convenzioni con le università, il Ministero della difesa, 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, le istituzioni di cui alla legge 26 novembre 1973, n. 817, l'Ordine Mauriziano di Torino, l'Ospedale Galliera di Genova, e, qualora sia necessario per esigenze dei servizi sanitari, con case di cura private in possesso dei requisiti previsti dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Le Regioni stipulano, altresì, convenzioni con le aziende termali per le prestazioni sanitarie previste dai livelli assistenziali fissati a termini del terzo comma dell'articolo 5.

Le convenzioni devono essere conformi a schemi predisposti dal Ministro della sanità, di concerto con i Ministri del tesoro, della pubblica istruzione, del lavoro e della previdenza sociale e della difesa previo parere del Consiglio sanitario nazionale, ed approvati dal Consiglio dei ministri.

ART. 15.

(Assistenza sanitaria riabilitativa).

Le unità sanitarie locali e gli altri presidi e servizi previsti dalla presente legge erogano l'assistenza sanitaria riabilitativa per il recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali direttamente nonché, qualora ve ne sia l'esigenza, tramite strutture in possesso delle caratteristiche funzionali indicate dalla legge, convenzionate con le Regioni ai sensi dell'articolo 14.

ART. 16.

(Assistenza farmaceutica).

L'unità sanitaria locale eroga l'assistenza farmaceutica attraverso le farmacie pubbli-

che e le farmacie private convenzionate con le Regioni in conformità ad uno schema tipo predisposto ai sensi dell'articolo 23.

Gli assistiti possono ottenere dalle farmacie di cui al precedente comma, su presentazione di ricetta compilata dal medico curante, la fornitura di preparati galenici e specialità medicinali compresi nel prontuario terapeutico di cui all'articolo 9 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264 convertito con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, n. 386 riveduto periodicamente. Nel prontuario non possono comunque essere iscritti i prodotti da banco.

L'unità sanitaria locale, i presidi e servizi di cui all'articolo 12 e gli istituti ed enti convenzionati di cui all'articolo 14, possono acquistare direttamente le preparazioni farmaceutiche di cui al secondo comma del presente articolo per la distribuzione agli assistiti nelle farmacie pubbliche e per l'impiego negli ospedali, negli ambulatori e in tutti gli altri presidi sanitari. Le Regioni dettano norme per l'acquisto coordinato di detti medicinali e del restante materiale sanitario da parte delle unità sanitarie locali e dei presidi e servizi di cui all'articolo 12.

Il diritto di prelazione in ordine alle farmacie vacanti e di nuova istituzione previste dall'articolo 9 della legge 2 aprile 1968, n. 475, è esercitato dalla Regione.

ART. 17.

(Pubblicità e informazione scientifica sui farmaci).

È fatto divieto di pubblicità al pubblico con ogni mezzo, ivi compresa la stampa e la radio televisione, dei medicinali che sono distribuiti solo mediante presentazione di ricetta medica.

La pubblicità al pubblico di medicinali che possono essere venduti dalle farmacie senza ricetta medica è regolamentata con decreto del Ministro della sanità sulla base anche delle direttive comunitarie.

Il servizio di informazione scientifica sui farmaci, da consentire solo alle imprese titolari delle registrazioni oggetto della informazione e alle strutture del Servizio sanitario nazionale cui compete la tutela della salute pubblica, è posto sotto il controllo del Ministero della sanità.

Con decreto del Ministro della sanità sono regolamentati il servizio di informazione scientifica sui farmaci, finalizzato anche ad iniziative di educazione sanitaria,

nonché l'attività degli informatori scientifici, prevedendo adeguate forme e mezzi pubblici di informazione biomedica e farmacologica ad uso degli operatori sanitari.

ART. 18.

(Partecipazione degli assistiti alla spesa farmaceutica).

A decorrere dal 1° luglio 1977, coloro i quali hanno diritto all'assistenza farmaceutica corrisponderanno una quota del prezzo di vendita al pubblico delle specialità medicinali inserite nella seconda classe del prontuario determinato e revisionato prima dell'anzidetta data con decreto del Ministro della sanità, avendo anche presente la necessità della puntuale rispondenza, ai fini dell'inserimento nelle distinte classi di cui agli allegati A) e B) al decreto ministeriale 19 ottobre 1976, delle specialità stesse alle caratteristiche terapeutiche indicate nel predetto decreto ministeriale.

Del Comitato previsto dal secondo comma dell'articolo 9 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, è membro di diritto anche il direttore generale del servizio farmaceutico del Ministero della sanità; due degli esperti del predetto Comitato saranno designati dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale.

Le modalità e le misure per la corresponsione delle quote di cui al primo comma sono stabilite dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità e del Ministro del lavoro e della previdenza sociale.

ART. 19.

(Servizio di assistenza religiosa).

Presso le strutture di ricovero del Servizio sanitario nazionale è assicurata l'assistenza religiosa.

L'ordinamento del servizio di assistenza religiosa cattolica è determinato di intesa con gli ordinari diocesani competenti per territorio; quello degli altri culti di intesa con le autorità religiose competenti per territorio.

ART. 20.

(Libretto sanitario personale).

Le unità sanitarie locali forniscono gratuitamente i cittadini di un libretto sanitario personale. Il libretto sanitario riporta

i dati caratteristici principali sulla salute dell'assistito. L'unità sanitaria locale provvede alla compilazione ed all'aggiornamento del libretto sanitario personale, i cui dati sono rigorosamente coperti dal segreto professionale.

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

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

Con lo stesso provvedimento sono determinate le modalità per la graduale distribuzione a tutti i cittadini, a partire dai nuovi nati, tramite i competenti servizi regionali, del libretto sanitario.

Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, viene stabilito il modello del registro dei dati ambientali e di rischio, che deve essere tenuto presso le aziende obbligate per legge.

I dati complessivi derivanti dai libretti sanitari, facendo comunque salvo il segreto professionale, vengono utilizzati a scopo epidemiologico, oltre che di aggiornamento e di miglioramento dell'attività sanitaria da parte delle unità sanitarie locali, delle Regioni e del Ministero della sanità. L'elaborazione centralizzata di tali dati spetta al Ministero della sanità che li metterà a disposizione delle Regioni.

ART. 21.

(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.

Nelle medesime materie, le ordinanze predette possono essere emesse dal Presidente della Giunta regionale per delega conferitagli dal Ministro della sanità, nonché dal Prefetto, e dal Sindaco, con efficacia estesa rispettivamente alla Regione, alla Provincia ed al Comune o al minor ambito territoriale indicato nei singoli provvedimenti.

Il Ministro della sanità può sempre annullare o revocare le ordinanze emesse a norma del comma precedente.

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

Sono fatte salve in materia di ordinanze, di accertamenti preventivi, di istruttorie o di esecuzione dei relativi provvedimenti le attività di istituto delle Forze armate e degli organi di polizia che, nel quadro delle suddette misure sanitarie, ricadono sotto la responsabilità delle competenti autorità.

CAPO V

IL PERSONALE

ART. 22.

(Personale del servizio sanitario nazionale a livello regionale).

Con legge regionale sono istituiti 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 in livelli funzionali caratterizzati dalle mansioni per essi stabilite e dai titoli di studio prescritti.

La legge regionale fissa nei limiti delle disponibilità organiche il contingente massimo di personale assegnato alle unità sanitarie locali e agli altri presidi e servizi previsti dalla presente legge sulla base delle esigenze essenziali dei servizi, determinando le modalità di distribuzione del personale fra i servizi stessi.

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.

Lo stato giuridico del personale addetto al servizio sanitario è disciplinato dalla legge sulla base dei seguenti principi:

a) l'assunzione del personale avviene mediante pubblico concorso, a base nazionale, per esame o per titoli ed esami; resta la facoltà della Regione di stipulare convenzioni con ordini religiosi per l'espletamento di servizi nelle strutture delle unità sanitarie locali e degli altri presidi e servizi sanitari con personale idoneo alle funzioni rispettivamente assegnate;

b) deve essere stabilito l'obbligo di lavoro a tempo pieno e quindi l'incompatibilità con altri rapporti di impiego o professionali con enti pubblici e privati convenzionati; al personale medico con funzioni di diagnosi e cura sono consentiti l'esercizio professionale nella struttura pubblica di appartenenza secondo le modalità determinate con l'accordo di cui al sesto comma del presente articolo, nonché, al di fuori della medesima struttura di appartenenza, l'attività libero professionale regolamentata attraverso un accordo nazionale raggiunto tra le Regioni, i Ministri del lavoro e della previdenza sociale e della sanità e le organizzazioni nazionali sindacali mediche più rappresentative, sentite le Confederazioni sindacali nazionali dei lavoratori dipendenti rappresentate nel CNEL e la Federazione nazionale degli Ordini dei medici;

c) deve essere stabilito l'obbligo della residenza nel territorio del Comune nel quale insiste la struttura pubblica di appartenenza;

d) i procedimenti ed i provvedimenti disciplinari devono essere strutturati in analogia con quanto previsto per gli impiegati civili dello Stato; devono altresì essere fis-

sate le competenze in materia disciplinare delle Regioni, delle unità sanitarie locali e degli altri presidi e servizi presso i quali opera il personale;

e) all'amministrazione del personale provvedono direttamente le Regioni mediante i propri uffici;

f) il personale dipende dal punto di vista funzionale e disciplinare direttamente dalle unità sanitarie locali e dagli altri presidi e servizi cui è assegnato;

g) il dipendente può essere trasferito ad altra Regione per esigenze di servizi analoghi a quelli cui appartiene; il trasferimento può essere disposto con il consenso dell'interessato e della Regione di appartenenza e comporta l'inquadramento in ruolo, in base alla equiparazione prevista nel penultimo comma, con la valutazione per intero dell'anzianità di servizio;

h) per esigenze delle unità sanitarie locali possono essere disposti comandi o trasferimenti da altre unità sanitarie locali.

Il rapporto di lavoro, per quanto attiene al trattamento economico ed agli istituti normativi di carattere economico, salvaguardando il principio della onnicomprensività, è 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 della previdenza sociale e del tesoro dall'altra.

Con provvedimento della Regione sulla base dei criteri fissati negli accordi nazionali, saranno individuate le sedi particolarmente disagiate che danno diritto, per il personale ad esse assegnato, alle speciali forme di incentivazione stabilite negli accordi stessi.

Al fine anche di consentire la mobilità del personale del Servizio sanitario nazionale fra le regioni, con decreto del Ministro della sanità, su proposta del Consiglio sanitario nazionale, sarà stabilita l'equiparazione dei servizi e dei titoli acquisiti dal personale dei ruoli unici regionali nonché di quello dipendente da enti e istituti di cui all'articolo 129 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130.

Il Ministero della difesa può stipulare convenzioni con le Regioni per prestazioni

professionali presso l'organizzazione sanitaria militare da parte del personale medico ed equiparato e del personale tecnico sanitario di cui la primo comma del presente articolo nei limiti del lavoro a tempo pieno previsto per detto personale.

ART. 23.

(*Convenzioni con i sanitari*).

I Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro sono autorizzati, d'intesa con le Regioni, a stipulare con le organizzazioni nazionali delle categorie sanitarie accordi nazionali unici aventi durata non inferiore ad un biennio e non superiore ad un triennio, per la disciplina del trattamento normativo ed economico degli appartenenti alle categorie medesime per l'attività svolta in favore degli assistiti dal Servizio sanitario nazionale.

Gli accordi, approvati dal Consiglio dei ministri, devono prevedere:

1) la istituzione e la tenuta di elenchi unici - tenuto conto delle strutture operanti e dei relativi organici - per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti convenzionati esterni e per gli specialisti ambulatoriali;

2) il numero massimo globale degli assistiti per ciascun medico generico o pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia, salvo il diritto ad esercitare libere attività professionali compatibili; eventuali deroghe al massimale degli assistiti dovranno essere autorizzate dalle Regioni in relazione a particolari situazioni locali indicate dalle convenzioni nazionali dandone comunicazione al Ministero della sanità;

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

4) l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private convenzionate e le farmacie esistenti nella Regione e con qualsiasi rapporto di interesse con le industrie farmaceutiche;

5) il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e pediatrica

di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che possono essere convenzionati in ogni comune o raggruppamento comunale;

6) la differenziazione del trattamento economico a seconda del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate di diagnosi, cura e medicina preventiva; saranno fissate a tal fine tariffe sanitarie costituite, per i medici generici, da un compenso globale annuo per assistito che terrà conto dell'anzianità di laurea del medico, e, per gli specialisti, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste forme integrative di remunerazione.

Saranno altresì disciplinate le forme di previdenza a favore dei sanitari convenzionati con onere a carico degli stessi sanitari e delle Regioni;

7) le forme di controllo sull'attività dei sanitari convenzionati, nonché le ipotesi di infrazione da parte dei sanitari degli 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, prevedendo la partecipazione anche di rappresentanti degli assistiti;

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

9) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei sanitari convenzionati;

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

Le Regioni recepiscono tali accordi stipulando convenzioni conformi con le categorie sanitarie interessate.

I criteri di cui ai commi precedenti si estendono alle convenzioni con le categorie non sanitarie in quanto applicabili.

Gli stessi criteri, per la parte compatibile, si estendono, altresì, ai sanitari che erogano le prestazioni specialistiche e di

riabilitazione in ambulatori dipendenti da enti o istituti privati convenzionati con la regione.

È nullo di pieno diritto qualsiasi altro atto stipulato con organizzazioni professionali o sindacali per la disciplina dei rapporti convenzionali.

È altresì nulla di pieno diritto qualsiasi convenzione con singoli appartenenti alle predette categorie che sia in contrasto con gli accordi nazionali.

Gli ordini e collegi professionali sono tenuti a dare esecuzione ai compiti che saranno ad essi demandati dagli accordi nazionali. Sono, altresì, tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi professionali, che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali, indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione.

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

CAPO VI

CONTROLLO, CONTABILITÀ E FINANZIAMENTO

ART. 24.

(Controlli regionali).

Le Regioni per il tramite dei propri uffici e avvalendosi anche del servizio ispettivo da disciplinare con legge, sovrintendono al funzionamento delle unità sanitarie locali e degli organismi di gestione di cui all'articolo 12.

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

La legge regionale determina gli atti delle unità sanitarie locali sottoposti a controllo preventivo, ed altresì quelli sottoposti a controllo esteso al merito, ai sensi dell'articolo 60 della legge predetta.

Con legge regionale sono previste forme di controllo sostitutivo per singoli provvedimenti, nonché il potere di scioglimento degli organi di gestione delle unità sanitarie locali e dei presidi e servizi di cui all'articolo 12 per ipotesi determinate.

Sono dichiarati decaduti con atto della Regione gli organi collegiali delle unità sanitarie locali e degli altri presidi e servizi di cui all'articolo 12, qualora l'ammontare degli impegni di spesa, superi la quota loro assegnata per la spesa corrente.

I Comuni o i loro consorzi presentano annualmente allegato al rendiconto della gestione delle unità sanitarie locali una 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 previdenza sociale con allegato un riepilogo dei bilanci consuntivi per singole voci delle unità sanitarie locali e degli altri presidi e servizi di cui all'articolo 12.

ART. 25.

(Norme di contabilità).

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge le Regioni provvedono con legge a disciplinare l'amministrazione del patrimonio e la contabilità delle unità sanitarie locali e degli altri presidi e servizi sanitari 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 degli enti locali territoriali;

2) i bilanci 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;

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

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

5) le risultanze complessive delle previsioni di entrata e di spesa, nonché di quelle consuntive delle unità sanitarie locali devono essere iscritte rispettivamente nel bilancio di previsione e nel conto consuntivo del Comune e del consorzio, in apposito capitolo delle contabilità speciali. I correlativi bilanci e rendiconti debbono essere allegati alle contabilità degli enti territoriali cui si riferiscono;

6) gli stanziamenti iscritti in entrata ed in uscita dei bilanci comunali o consorziali, per le esigenze delle unità sanitarie locali e di quelle degli altri presidi e servizi sanitari, debbono corrispondere alle correlative dotazioni iscritte nei bilanci regionali e non possono essere utilizzate in alcun caso per altre finalità.

ART. 26.

*(Finanziamento
del Servizio sanitario nazionale).*

Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale è annualmente determinato con la legge di approvazione del bilancio dello Stato. Gli importi relativi devono risultare stanziati in distinti capitoli della parte corrente e della parte in conto capitale da iscriversi, rispettivamente, nello stato di previsione del Ministero del tesoro ed in quello del Ministero del bilancio e della programmazione economica.

Le somme ivi stanziare vengono ripartite con delibera del Comitato interministeriale per la programmazione economica tra tutte le Regioni, comprese quelle a statuto speciale, sulla base di parametri numerici 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, nonché a rendere possibile la graduale attuazione dei programmi di prevenzione primaria.

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 ed intesi ad unificare il livello delle prestazioni sanitarie, provvedono a ripartire tra le unità sanitarie locali ed i presidi e servizi di cui all'articolo 12 la predetta quota destinata al finanziamento delle spese correnti loro assegnata. Per il riparto della quota loro assegnata per il finanziamento delle spese in conto capitale, le Regioni provvedono sulla base delle indicazioni formulate dal piano sanitario regionale.

Prima di procedere ai riparti delle assegnazioni di parte corrente, le Regioni provvedono ad accantonare le somme destinate a fronteggiare gli oneri relativi al personale dipendente o convenzionato, nonché gli altri oneri conseguenti a rapporti convenzionali assunti direttamente dalle regioni.

Con provvedimento regionale, all'inizio di ciascun trimestre, è trasferita alle unità sanitarie locali ed ai presidi e servizi di cui all'articolo 12 la quota ad essi spettante ai sensi del quarto comma del presente articolo.

Le Regioni sono tenute a verificare trimestralmente l'andamento della gestione dei fondi, e, ove riscontrino la loro insufficienza per assicurare i livelli assistenziali fissati ai sensi dell'articolo 5, provvedono, con legge, all'integrazione degli stessi disponendo, se necessario, la partecipazione degli assistiti alle spese sanitarie.

TITOLO SECONDO

ATTUAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

CAPO I

PROVVEDIMENTI GOVERNATIVI E REGIONALI

ART. 27.

(Costituzione del Consiglio sanitario nazionale e del Consiglio sanitario regionale).

Entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, vengono costituiti il

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

Consiglio sanitario nazionale e i Consigli sanitari regionali i quali devono, fra l'altro, essere sentiti nei procedimenti amministrativi di attuazione del servizio sanitario rispettivamente di competenza governativa e regionale.

ART. 28.

(Entrata in funzione delle unità sanitarie locali e dei presidi e servizi).

La costituzione delle unità sanitarie locali e dei presidi e servizi di cui all'articolo 12 diventa operante a tutti gli effetti a partire dall'inizio del diciannovesimo mese successivo a quello dell'entrata in vigore della presente legge.

A decorrere dalla data indicata al primo comma, le unità sanitarie locali e i presidi e servizi di cui all'articolo 12 erogano l'assistenza sanitaria a tutti coloro che ne abbiano diritto secondo le norme vigenti.

ART. 29.

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

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

Con decreto del Presidente della Repubblica, previa delibera del Consiglio dei ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro da emanarsi entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, è dichiarata l'estinzione 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 è dichiarata entro lo stesso termine con provvedimenti provinciali che recheranno del pari la nomina del commissario liquidatore.

Con il decreto di cui al secondo comma del presente articolo le gestioni dei servizi di assistenza sanitaria degli enti di previdenza sociale sono rese autonome, in vista del loro trasferimento alle regioni, ai sensi dell'articolo 35. Il medesimo decreto indica le nuove modalità delle predette gestioni e reca la nomina di un commissario ai servizi sanitari.

Resta fermo 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 sono trasferite, tenuto conto delle affinità dei compiti istituzionali o all'Istituto nazionale della previdenza sociale o all'Amministrazione dello Stato che potrà decentrarle con decreto del ministro competente.

Non sono soppresse le associazioni mutualistiche liberamente costituite, con onere a totale carico degli associati, aventi l'esclusiva finalità di erogare prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria prestata dal Servizio sanitario nazionale.

ART. 30.

(Unificazione dei livelli assistenziali).

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 almeno un mese prima del termine di cui all'articolo 28 della presente legge, sarà stabilita la data di de-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

correnza dell'unificazione delle prestazioni sanitarie erogate dagli enti mutualistici ai livelli fissati dal CIPE a termine del terzo comma dell'articolo 5.

A partire dalla data di cui all'articolo 28, è abolito il limite di 180 giorni per la assistenza sanitaria erogata da tutti gli enti mutualistici.

Alla conseguente maggiore spesa si farà fronte, per i singoli enti, casse e gestioni, con un aumento delle aliquote contributive fissato 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.

Entro il termine di cui al primo comma il Governo della Repubblica, su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale di concerto con quello del tesoro e della sanità, è delegato ad emanare uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria, per disciplinare la partecipazione contributiva, applicando aliquote non superiori, fatto salvo quanto previsto al comma successivo, a quella massima in vigore per l'assistenza sanitaria e per il settore industria, dei lavoratori autonomi e dei liberi professionisti, con riferimento, eventualmente, all'imponibile lordo ai fini dell'IRPEF ovvero al reddito agrario e dominicale sulla base di coefficienti di rivalutazione.

In ogni caso l'aliquota da applicare per le categorie dei lavoratori autonomi dovrà garantire per ciascuna di esse un gettito contributivo non inferiore a quello accertato a titolo di contributi obbligatori, integrativi e facoltativi per l'anno 1976 o successivo e per i liberi professionisti da un gettito pari al prodotto tra il numero degli iscritti e la quota capitaria media annua per tutte le prestazioni sanitarie, ivi compresa quella ospedaliera con riferimento allo stesso anno 1976 o successivo.

ART. 31.

*(Soggetti non assistiti
da enti o casse mutue).*

Sino alla data dalla quale sarà attuata la fiscalizzazione degli oneri per l'assistenza sanitaria, i soggetti che non hanno diritto all'assistenza sanitaria secondo le norme vigenti possono ottenere l'assistenza stessa, ivi compresa l'assistenza psichiatrica, mediante l'iscrizione in appositi ruoli regionali.

Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, è fissata la quota annua da porre a carico degli interessati, nonché i tempi ed i modi di attuazione.

Fino alla data di cui all'articolo 28, i soggetti non assistibili da enti e da casse mutue possono ottenere l'assistenza sanitaria mediante l'iscrizione in appositi elenchi tenuti dall'INAM e dalle Casse mutue di malattia di Trento e Bolzano.

L'iscrizione in tali elenchi comporta il diritto anche all'assistenza ospedaliera di cui all'articolo 13 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264 convertito con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, n. 386.

Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con quelli del lavoro e della previdenza sociale, del tesoro e del bilancio è fissata la quota annua per l'assistenza sanitaria ed ospedaliera da porre a carico degli interessati.

Le quote sono riscosse a mezzo ruoli dagli esattori delle imposte dirette nei termini e con la procedura privilegiata stabilita per l'esazione delle imposte stesse.

Per coloro che si avvalgono della facoltà di cui al terzo comma del presente articolo, la riscossione dei ruoli regionali, di cui all'articolo 13 della citata legge n. 386 del 1974, cessa dal primo giorno dell'anno successivo a quello dell'iscrizione negli elenchi previsti al primo comma.

ART. 32.

(Costituzione delle unità sanitarie locali).

Con legge regionale da emanarsi entro diciotto mesi dall'entrata in vigore della presente legge vengono individuati, sulla base delle indicazioni contenute nel piano sanitario regionale, gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali e delle loro articolazioni nonché dei presidi e dei servizi indicati nell'articolo 12 e vengono disciplinati i compiti, la struttura, la gestione, l'organizzazione, l'articolazione, il funzionamento delle unità sanitarie locali e degli altri servizi sanitari.

Con provvedimento della Regione, 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 nella presente legge.

Con il medesimo provvedimento i beni trasferiti al patrimonio regionale sono assegnati in uso alle unità sanitarie locali ed agli altri presidi e servizi sanitari.

CAPO II

LIQUIDAZIONE DEGLI ENTI

ART. 33.

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

Con legge regionale i beni mobili ed immobili destinati ai servizi igienico sanitari appartenenti ai Comuni, Province ed ai consorzi tra tali enti sono trasferiti al patrimonio regionale.

Con provvedimento regionale i beni mobili ed immobili e i rapporti attivi e passivi, salvo quanto previsto dal punto 4) dell'articolo 42, degli enti ospedalieri e degli altri ospedali pubblici, ancorché non riconosciuti o costituiti in enti ospedalieri, nonché i beni mobili ed immobili destinati istituzionalmente alla assistenza sanitaria degli ospedali psichiatrici, dei laboratori provinciali di igiene e profilassi, e degli altri istituti di prevenzione e cura dipendenti dalle Province, dai Comuni e loro consorzi, sono trasferiti al patrimonio regionale.

Le farmacie ed i dispensari comunali sono trasferiti al patrimonio regionale e sono gestiti dalle unità sanitarie locali.

Il trasferimento dei beni e dei rapporti ha effetto dalla data di cui all'articolo 28. Dalla stessa data i predetti ospedali, istituti ed enti, perdono ove l'abbiano, la personalità giuridica.

Gli immobili e le attrezzature necessarie per l'erogazione dell'assistenza sanitaria sono di diritto assegnati in uso alle unità sanitarie locali e agli altri presidi e servizi di cui all'articolo 12.

Il personale dipendente dagli enti indicati nel primo e secondo comma del presente articolo, che sia addetto ai servizi trasferiti, in modo continuativo, da data non successiva al 31 dicembre 1976, nonché il personale dipendente dagli enti ed istituti indicati nel secondo comma del presente articolo che sia in servizio alla predetta data, salvo le assunzioni conseguenti all'espletamento dei concorsi già banditi alla stessa data, è trasferito, qualunque funzione e mansione svolga, nei ruoli regio-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

nali del Servizio sanitario con effetto dalla data di cui all'articolo 28.

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 22 lettera b), le posizioni giuridiche e di carriera acquisite ed ha la preferenza nell'assegnazione dei compiti di cui al numero 5 del secondo comma dell'articolo 11.

Nulla è innovato alle vigenti disposizioni per quanto concerne il regime giuridico-amministrativo dell'Ospedale Galliera di Genova e dell'Ordine Mauriziano di Torino.

ART. 34.

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

Con decreto del Ministro della sanità o con provvedimento 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 diciotto mesi dalla entrata in vigore della presente legge, è attuato, previa, ove occorra, la soppressione della personalità giuridica degli enti e con effetto dalla data indicata all'articolo 28, il trasferimento alle Regioni dei presidi sanitari ancora non trasferiti indicati dal precedente articolo, nonché degli altri organismi erogatori di servizi di prevenzione, cura e riabilitazione, dei quali la presente legge non preveda l'inserimento diretto, ovvero attraverso convenzioni, nel Servizio sanitario nazionale.

Con i decreti di cui al precedente comma è pure attuato il trasferimento dei beni, dei rapporti e del personale dei predetti enti, organismi ed istituti secondo le norme previste dagli articoli 22, 33, 35 e 39 e con effetto dalla data di cui all'articolo 28.

Alla spesa derivante dall'applicazione del presente articolo e di quello precedente si

VII LEGISLATURA --- DOCUMENTI --- DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

provvede a carico dello stanziamento di parte corrente destinato al finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

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

ART. 35.

(Liquidazione degli enti mutualistici e trasferimento dei beni).

Con effetto dalla data di cui all'articolo 28 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 dalla scadenza del termine sopra indicato.

Con successivo provvedimento regionale, da emanarsi entro un mese dalla pubblicazione del predetto decreto interministeriale, i medesimi beni sono destinati ai presidi e servizi di cui all'articolo 12 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 29.

I rimanenti beni sono realizzati dalla gestione di liquidazione ai sensi dell'articolo 40 ad eccezione dell'immobile sede della Direzione generale dell'INAM che è attribuito al patrimonio dello Stato ed assegnato agli organi centrali del Servizio sanitario nazionale. Gli oneri relativi graveranno sullo stanziamento di cui all'articolo 42.

ART. 36.

(Riordinamento delle norme in materia di sicurezza del lavoro; soppressione dell'ENPI).

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, il Governo della Repubblica, su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, è delegato, sentita una commissione parlamentare composta da dieci senatori e dieci deputati no-

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

minati 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 sicurezza del lavoro applicabili a tutti i settori dell'attività lavorativa da chiunque esercitata e ai quali siano addetti lavoratori dipendenti e lavoratori autonomi, secondo i seguenti criteri:

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

Inoltre si terrà conto delle prescrizioni e delle indicazioni contenute, rispettivamente, in strumenti giuridici internazionali e comunitari ovvero in documenti adottati da organismi internazionali riconosciuti;

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

3) dovrà essere prevista la facoltà regolamentare su proposta del Ministro del lavoro e previdenza sociale di concerto con il Ministro della sanità di 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 l'ammenda non superiore a lire 10 milioni, nonché la confisca dei mezzi di lavoro che risultino non conformi alle disposizioni sulla omologazione.

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 la estinzione dell'Ente nazionale per la prevenzione degli infortuni (ENPI) ed è nominato il relativo commissario.

Le funzioni ed i servizi attualmente svolti dall'ente per la realizzazione dei compiti trasferiti al Servizio sanitario nazionale saranno svolti, a partire dal termine di cui all'articolo 28, dalle unità sanitarie o dai presidi e servizi di cui all'articolo 12.

Il passaggio al servizio sanitario nazionale dei beni e del personale destinato ai servizi trasferiti è regolato dalle disposizioni degli articoli 22, 33, 35 e 39 in quanto compatibili.

Con i decreti di cui al primo comma si provvederà a ristrutturare in un nuovo istituto dipendente dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale i servizi ed i compiti già svolti dall'Ente nazionale per la prevenzione degli infortuni e non trasferiti con le disposizioni del presente articolo secondo i seguenti criteri:

1) sarà proceduto al riordinamento delle strutture e dei compiti che saranno ridefiniti in funzione della peculiare materia residua 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 d'impianti, macchine, apparecchi e strumenti, l'omologazione dei prototipi ai fini della sicurezza 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 nel nuovo istituto dovrà essere garantita la presenza delle Regioni e di rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro designati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, nonché di rappresentanti dei Ministeri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e dell'industria, commercio e artigianato.

Restano ferme le attribuzioni dei servizi del Corpo nazionale dei vigili del fuoco secondo le vigenti disposizioni di legge.

ART. 37.

(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, 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 istituiti per le Forze armate e i Corpi di polizia nonché di quelli penitenziari e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco, sono trasferiti con decorrenza dalla data indicata all'articolo 28 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 22, 33, 35 e 39 della presente legge.

Con lo stesso decreto è stabilita la misura dei contributi di competenza di ciascun ente, da versare annualmente al conto corrente infruttifero aperto presso la tesoreria centrale dello Stato, di cui all'articolo 42, in relazione al trasferimento alle unità sanitarie locali dei servizi soppressi e del personale trasferito.

Le disposizioni sul trasferimento dei servizi sanitari alle Regioni non si applicano ai servizi dell'Azienda autonoma delle ferrovie dello Stato relativi all'accertamento tecnico sanitario delle condizioni del personale dipendente.

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 del lavoro e della previdenza sociale, della difesa e del tesoro, sentita una Commissione parlamentare formata da dieci senatori e da 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 l'esercizio delle

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

funzioni medico-legali e quelle ispettive e di accertamento sanitario, escluse quelle di competenza dell'organizzazione sanitaria militare, 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 cause 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 sia l'ente tenuto al pagamento delle prestazioni economiche possano 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 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 sia rimesso alle amministrazioni ed agli istituti competenti all'erogazione delle prestazioni economiche per gli adempimenti di competenza, ferme restando le discipline vigenti per quanto attiene all'accertamento del diritto alle prestazioni ed al relativo contenzioso;

5) dovrà essere prevista una disciplina che, nel rispetto dei principi contenuti nella legge 20 maggio 1970, n. 300, assicuri la tempestività e l'efficacia del controllo delle assenze dal lavoro per infermità; dovranno in particolare essere fissati criteri

uniformi per gli accertamenti, le certificazioni mediche giustificative e i giudizi di idoneità.

ART. 38.

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

Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale con effetto dalla data di cui all'articolo 28 sarà attuato il trasferimento alle Regioni dei servizi di assistenza sanitaria svolti dall'Associazione della Croce rossa italiana (CRI) e non connessi direttamente alle sue originarie finalità nonché dei beni mobili ed immobili destinati ai predetti servizi e del personale, previa individuazione del relativo contingente, ad essi adibito.

Si applicano al trasferimento dei beni e del personale le disposizioni degli articoli 22, 33, 35 e 39 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 con l'osservanza dei seguenti criteri:

1) l'organizzazione dell'associazione dovrà essere ristrutturata in conformità del principio volontaristico dell'associazione;

2) i compiti dell'associazione dovranno essere rideterminati in relazione alle finalità del proprio statuto ed agli adempimenti 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, 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. 39.

(Norme per il trasferimento del personale).

Con effetto dall'entrata in vigore della presente legge, le Regioni, per l'assolvimento dei compiti dei servizi sanitari, sono tenute ad utilizzare esclusivamente personale proveniente dalle amministrazioni ed enti che abbiano attribuzioni destinate ad essere trasferite al servizio sanitario.

In ogni caso è vietata l'assunzione e l'utilizzazione di personale anche straordinario e precario sino a quando sarà disponibile personale proveniente dagli enti o servizi trasferiti.

Il personale delle amministrazioni e degli enti pubblici comunque in servizio alla data del 31 dicembre 1976 indispensabile all'esercizio delle funzioni di cui al primo comma è trasferito alle Regioni, con effetto dalla data di cui all'articolo 28, per contingenti determinati con decreto del Presidente del Consiglio, su proposta dei ministri vigilanti di concerto con i Ministri della sanità e del tesoro, da emanarsi entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, sentita la commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281, tenuto conto, nell'ordine, dei seguenti criteri:

a) esigenze delle Regioni nell'organizzazione del servizio sanitario, tenuto conto della dotazione di personale, in sede locale, delle amministrazioni ed enti di cui al primo comma;

b) qualifica ed anzianità di servizio di ciascun interessato alla data di entrata in vigore della presente legge.

Al personale trasferito si applicano le disposizioni dei commi settimo ed ottavo dell'articolo 2 della legge 20 marzo 1975, n. 70.

Al personale non compreso nei contingenti di cui al secondo comma si applicano le disposizioni dei commi decimo ed undicesimo dell'articolo 2 della predetta legge 20 marzo 1975, n. 70.

Al personale trasferito, compreso quello collocato nei ruoli ad esaurimento, si applicano le norme sullo stato giuridico ed il trattamento economico, di attività e di quiescenza, previsti per il personale dell'amministrazione o ente di destinazione. L'eventuale maggiore trattamento economico

di carattere fisso e continuativo è conservato a titolo di assegno personale e riassorbibile con la progressione economica di carriera.

Il Governo della Repubblica è delegato ad emanare entro 3 mesi prima del termine di cui all'articolo 28 un decreto avente valore di legge ordinaria per disciplinare i rapporti finanziari tra le Regioni e gli enti di provenienza del personale ad esse destinato relativi al trattamento di quiescenza e di previdenza.

CAPO III

NORME FINANZIARIE

ART. 40.

(Ripiano delle passività degli enti soppressi).

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

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

ART. 41.

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

A partire dalla data di cui all'articolo 28 e fino alla completa fiscalizzazione degli oneri sociali l'accertamento e la riscossione dei contributi sociali di malattia è affidata all'INPS che terrà contabilità separate per ciascuno degli enti o gestioni soppressi.

I contributi di competenza degli enti di malattia devono affluire — unitamente a quelli dovuti alle gestioni INPS — in un conto corrente fruttifero di tesoreria intestato all'Istituto mediante versamento da parte dei datori di lavoro o degli esattori o enti, incaricati alla riscossione a mezzo

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

ruolo, con bollettino di conto corrente postale o altro idoneo sistema stabilito con decreto del Ministro del tesoro di concerto con quello del lavoro e della previdenza sociale su proposta del Consiglio di amministrazione dell'INPS.

Il Governo della Repubblica, su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con i Ministri della sanità e del tesoro, è delegato ad emanare entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge norme dirette a disciplinare i criteri, le modalità, i controlli e il contenzioso per l'effettuazione dell'accertamento e dei versamenti contributivi di cui ai commi precedenti, tenendo conto delle particolari caratteristiche contributive delle categorie interessate, sulla base di quelle in vigore nella disciplina delle assicurazioni generali obbligatorie gestite dall'INPS.

In caso di inadempienza degli obblighi previsti dal presente articolo il datore di lavoro è tenuto a pagare, oltre ai contributi, una somma aggiuntiva commisurata, per il periodo di ritardo nel versamento dei contributi, all'interesse annuo stabilito con decreto del Ministro del tesoro in relazione all'andamento dei tassi bancari.

Qualora l'inadempienza derivi da omissione, o infedele denuncia della contribuzione dovuta, la misura percentuale dell'interesse di cui sopra è aumentata, a titolo di sanzione civile, di cinque punti.

Restano salve le sanzioni penali previste in materia dalla vigente legislazione.

Le stesse norme si applicano nei confronti degli altri soggetti tenuti in proprio al versamento dei contributi.

Mensilmente l'INPS attingerà dal conto corrente di tesoreria e verserà all'entrata del bilancio dello Stato un dodicesimo dell'importo delle entrate per assistenza sanitaria relative all'anno precedente per essere successivamente iscritte nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

Trimestralmente saranno effettuati i conguagli in relazione agli accertamenti delle entrate per assistenza sanitaria relativi al periodo considerato.

Per l'attuazione dei compiti trasferiti ai sensi del presente articolo, l'INPS è tenuto ad avvalersi esclusivamente di personale degli enti già preposti a tali compiti.

Le competenze fisse ed accessorie ed i relativi oneri riflessi sono a carico dell'INPS.

ART. 42.

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

Sino alla data dalla quale sarà attuata la fiscalizzazione degli oneri per l'assistenza sanitaria ai sensi dell'articolo 18, ultimo comma, della legge 9 ottobre 1971, n. 825 e con la decorrenza indicata all'articolo 28, al finanziamento del Servizio sanitario nazionale si provvede mediante un fondo, denominato « Fondo nazionale per l'assistenza sanitaria » iscritto in apposito capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

L'ammontare del fondo, che in ogni caso non può superare il 6 per cento del prodotto nazionale lordo ai prezzi di mercato stimato per l'anno considerato, è alimentato con:

1) la quota parte dei contributi sociali di malattia relativa all'attività trasferita da determinarsi con decreto del Ministro del tesoro di concerto con il Ministro della sanità e con i ministri competenti;

2) il consolidamento annuale delle somme destinate all'assistenza sanitaria iscritte nei bilanci degli enti pubblici per l'anno 1976 o per gli anni successivi ove lo stanziamento sia d'importo superiore;

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

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

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

6) i contributi di cui al terzo comma del precedente articolo 18;

7) l'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;

8) le entrate di cui all'articolo 31;

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

9) l'apporto dello Stato corrispondente al consolidamento delle somme destinate a qualunque titolo all'assistenza sanitaria ivi compresa quella ospedaliera iscritte nel bilancio dello Stato per l'anno finanziario in corso alla data di cui all'articolo 28.

Alla copertura dell'eventuale onere differenziale fra la spesa prevista su base percentuale riferita al prodotto nazionale lordo e i flussi finanziari di cui al precedente comma si provvede con mezzi che saranno individuati con uno o più decreti, aventi valore di legge, che il Governo della Repubblica è autorizzata ad emanare entro un mese prima del termine indicato all'articolo 28 facendo ricorso, congiuntamente o alternativamente, all'imposizione fiscale o alla revisione delle aliquote contributive, nonché chiamando, ove occorra, le categorie assistite a concorrere, all'atto dell'erogazione individuale delle prestazioni sanitarie, alla relativa spesa sostenuta dal Servizio sanitario nazionale.

Le somme relative ai cespiti indicati nei punti: 1), 6), 7) e 8) del precedente comma per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale sono trimestralmente versate dagli enti e amministrazioni competenti su apposito conto corrente infruttifero aperto presso la Tesoreria centrale dello Stato. Sullo stesso conto corrente saranno altresì versate — entro il 30 giugno di ciascun anno — le somme destinate all'assistenza sanitaria iscritte nei bilanci degli enti pubblici di cui al punto 2), gli avanzi annuali della gestione dell'assicurazione contro la tubercolosi, di cui al punto 3) e le disponibilità finanziarie degli enti ospedalieri di cui al punto 4). L'ammontare a conguaglio è accertato annualmente con decreto del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro. Per detti cespiti si applica l'articolo 15 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito nella legge 17 agosto 1974, n. 386 ed i relativi proventi sono versati al medesimo conto corrente.

Le somme indicate nel precedente comma sono prelevate da detto conto corrente di tesoreria e versate all'entrata del bilancio dello Stato. Analoga procedura sarà seguita per l'importo di cui al punto 5) del primo comma.

Con effetto dalla data indicata all'articolo 28 è abrogato l'articolo 14 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito nella

legge 17 agosto 1974, n. 386, salvo il disposto dell'ultimo comma dello stesso articolo.

Tutte le somme come sopra versate all'entrata del bilancio statale, nonché l'apporto dello Stato di cui al punto 9), saranno con decreti del Ministro del tesoro iscritte nel fondo di cui al primo comma distinto per la parte corrente e per la parte in conto capitale.

Le somme stanziare vengono ripartite con delibera del CIPE fra tutte le Regioni, anche a statuto speciale, sulla base di parametri numerici 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 e devono tener conto dei beni mobili ed immobili e delle altre attività acquisiti dalle regioni ai sensi della presente legge.

ART. 43.

*(Eventuale addizionale
ai contributi sociali di malattia).*

A decorrere dal 1° gennaio 1978 annualmente con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro del tesoro, di concerto con i Ministri del lavoro e della previdenza sociale, della sanità e del bilancio, in relazione agli oneri connessi alle operazioni finanziarie necessarie per il ripiano di cui all'articolo 40, potrà essere stabilita una addizionale sui contributi sociali di malattia.

CAPO IV

FORMAZIONE
DEL PERSONALE SANITARIO
NON MEDICO

ART. 44.

La formazione professionale diretta allo svolgimento di professioni sanitarie ausiliarie e di arti ausiliarie delle professioni sanitarie è compito delle Regioni.

Per le scuole dirette al conseguimento dell'abilitazione all'esercizio di professioni sanitarie ausiliarie e di arti ausiliarie delle

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

professioni sanitarie, il Ministro della sanità di concerto con il Ministro della pubblica istruzione e, per le scuole per il personale militare anche il Ministro della difesa, sentito il Consiglio superiore di sanità, determina, in mancanza di espresse disposizioni di legge e tenendo conto delle direttive comunitarie, i requisiti di ammissione, le materie di insegnamento, la durata dei corsi e lo svolgimento degli esami di abilitazione professionale.

ART. 45.

Le università con facoltà di medicina e chirurgia, nell'ambito dell'autonomia di cui all'articolo 18 del regio decreto 31 agosto 1933, n. 1592, possono istituire scuole dirette al conseguimento dell'abilitazione all'esercizio di professioni sanitarie ausiliarie e di arti ausiliarie delle professioni sanitarie, tenuto conto delle indicazioni contenute nel piano sanitario regionale di cui al precedente articolo 9, e sentita la Regione, nel cui territorio le università hanno sede.

Resta ferma la facoltà per il Ministero della difesa di istituire scuole per la formazione del personale militare.

ART. 46.

(Trasferimento alle regioni delle scuole e sezioni per la formazione di personale sanitario non medico funzionanti presso gli istituti professionali di Stato).

A partire dall'anno scolastico successivo all'entrata in vigore della presente legge è prevista la graduale cessazione delle scuole e sezioni di arti sanitarie ausiliarie per odontotecnico, ottico e tecnico di radiologia medica funzionanti presso gli istituti professionali di Stato. È fatta salva la facoltà della Regione di avvalersi delle sedi, del personale e delle attrezzature dei predetti istituti, secondo modalità stabilite con decreto del Ministro della pubblica istruzione, per la contemporanea graduale attivazione di corsi regionali di formazione professionale diretta allo svolgimento di arti sanitarie ausiliarie.

Le attrezzature didattiche specifiche delle predette scuole e sezioni sono trasferite alle Regioni al momento della cessazione del loro funzionamento; allo stesso momento il personale che era addetto anche parzial-

mente alle suddette scuole e sezioni può chiedere di essere trasferito alle dipendenze della Regione che ne faccia richiesta, fermi restando i diritti concernenti il trattamento economico e di carriera.

In mancanza, al personale docente si applica il disposto di cui all'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 31 maggio 1974, n. 417.

CAPO V

NORME FINALI

ART. 47.

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

A decorrere dalla data di cui all'articolo 28 è devoluta all'Istituto nazionale della previdenza sociale l'erogazione delle prestazioni economiche per malattia e per maternità, nonché la quota parte dei contributi relativi a tali prestazioni.

Il Governo della Repubblica è delegato, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale di concerto con il Ministro del tesoro, a disciplinare, con uno o più decreti aventi valore di legge, le prestazioni economiche temporanee di malattia e di maternità, in sostituzione del trattamento retributivo, avendo particolare riguardo alle modalità di erogazione delle prestazioni stesse che dovranno uniformarsi al sistema del conguaglio in vigore nell'ordinamento degli assegni familiari, nonché la determinazione e la riscossione dei relativi contributi, il cui ammontare deve essere riveduto con frequenza biennale allo scopo di assicurare l'equilibrio della gestione.

Per l'attuazione dei compiti trasferiti ai sensi del presente articolo, l'INPS è tenuto ad avvalersi esclusivamente di personale degli enti già preposti organicamente e stabilmente a tali compiti alla data del 31 dicembre 1976.

Le competenze fisse ed accessorie ed i relativi oneri riflessi sono a carico dell'INPS.

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

ART. 48.

(Delega per una nuova disciplina delle limitazioni della libertà personale per scopi sanitari).

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge il Governo della Repubblica è delegato ad emanare, sentita una commissione composta 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 per dettare, nel quadro dei diritti di cui all'articolo 1 della presente legge, una nuova disciplina delle limitazioni della libertà personale per motivi sanitari, sulla base dei seguenti principi:

1) si procederà all'unificazione e ristrutturazione in modo organico di tutti i procedimenti preordinati alle limitazioni della libertà personale quale che ne sia la causa sanitaria;

2) le limitazioni della libertà personale singolarmente individuate, dovranno essere giustificate esclusivamente da esigenze sanitarie;

3) il ricovero non potrà comportare la esclusione di contatti umani con la famiglia e, fatte salve le esigenze sanitarie e di sicurezza sociale, dovrà avvenire nelle strutture generali di ricovero e cura;

4) l'ammissione e la dimissione dai servizi sanitari, ogni qualvolta comportino limitazioni della libertà personale, dovranno essere disposte dall'autorità giudiziaria nel rispetto dei diritti della difesa.

ART. 49.

(Delega per la disciplina dell'assistenza sanitaria all'estero).

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, il Governo della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri degli affari esteri, del lavoro e della previdenza sociale, del tesoro e con gli altri ministri interessati è delegato ad emanare uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare l'erogazione dell'assistenza sanitaria all'estero secondo i prin-

cipi generali della presente legge e con l'osservanza dei seguenti criteri:

a) dovrà essere assicurata, attraverso forme di assistenza diretta o indiretta anche integrativa delle prestazioni assistenziali garantite dalla legge locale, la tutela della salute dei lavoratori, e dei loro familiari aventi diritto, per tutto il periodo di permanenza all'estero connesso alla prestazione di attività lavorativa;

b) dovranno essere previste particolari forme e procedure, anche attraverso convenzioni dirette, per l'erogazione dell'assistenza ai dipendenti pubblici, e ai loro familiari aventi diritto, nonché ai contrattisti stranieri, che prestino la loro opera presso rappresentanze diplomatiche, uffici consolari, istituzioni scolastiche e culturali ovvero in delegazioni o in servizio di assistenza tecnica.

Le disposizioni di cui al presente articolo avranno applicazione con la decorrenza di cui all'articolo 28.

Fino a tale data l'assistenza sarà erogata secondo le modalità stabilite in base ai vigenti ordinamenti degli enti mutualistici.

Sino alla data dalla quale sarà attuata la fiscalizzazione degli oneri per l'assistenza sanitaria, agli oneri derivanti dall'applicazione del presente articolo il Ministero della sanità provvede con una quota parte dei contributi sociali di malattia da determinarsi con decreto del Ministro del tesoro di concerto con quello della sanità.

ART. 50.

(Riordinamento del Ministero della sanità e 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 ad emanare, sentita una Commissione parlamentare composta 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 il riordinamento dei servizi del Ministero della sanità, in osservanza dei principi della presente legge, per adeguarli alle esigenze derivanti dalla istituzione del Servizio sanitario nazionale.

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

In sede di riordinamento del Ministero della sanità, sarà stabilita la dotazione organica della segreteria amministrativa e tecnica del Consiglio sanitario nazionale e la 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.

Le attribuzioni del Consiglio superiore di sanità 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. 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. 51.

(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. 52.

Le Regioni, nel primo anno di attuazione del Servizio sanitario nazionale, sono tenute a trasmettere al Ministero della sanità rapporti trimestrali sull'andamento della gestione del Servizio sanitario a livello regionale secondo le indicazioni stabilite dallo stesso Ministero della sanità.

Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, è costituita una commissione presieduta dal Ministro della sanità o da un suo delegato, composta da quattro esperti economici e da quattro

esperti sanitari particolarmente qualificati con il compito di verificare l'andamento delle spese e delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale nel primo anno dalla sua attuazione e di formulare anche proposte di assestamento e modificazioni.

La commissione potrà utilizzare personale e strumenti tecnici messi a disposizione dai Ministeri della sanità, del tesoro e del lavoro e della previdenza sociale nonché dagli enti da essi vigilati.

I servizi sanitari regionali sono tenuti a fornire alla commissione ogni informazione e documentazione richiesta.

Alla spesa relativa si provvede con i normali stanziamenti iscritti nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

ART. 53.

(Piena attuazione del Servizio sanitario nazionale).

Con decreto del Presidente della Repubblica, previa delibera del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, verrà determinata la data dalla quale il Servizio sanitario nazionale eroga a tutta la popolazione presente nel territorio della Repubblica, in condizioni di 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. 54.

(Entrata in vigore).

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