

(N. 2258)

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori MINNOCCI, CAVEZZALI, PITTELLA e FERRALASCO

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 29 SETTEMBRE 1975

Modificazioni al decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, recante norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria

ONOREVOLI SENATORI. — Le norme contenute nel decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito nella legge 17 agosto 1974, n. 386, presupponavano che la legge di riforma sanitaria ultimasse il suo *iter* e divenisse operante in termini temporali limitati.

Il protrarsi della discussione parlamentare della legge di riforma ha provocato l'insorgere di una serie di sfasature e di vuoti che creano non poche incertezze e disagi e rischiano di tradursi in cause di ritardi nella futura applicazione della riforma.

Gli emendamenti che questo disegno di legge apporta alla normativa sopra indicata, tendono ad ovviare a tali scompensi ed a risolvere alcune questioni interpretative emerse nella applicazione della normativa stessa, così da agevolare l'attuazione della legge di riforma.

Tale è la *ratio* di alcune disposizioni del presente disegno di legge, che intende altresì risolvere i problemi del trattamento economico e normativo del personale sanitario e farmaceutico delle mutue: al riguardo, l'articolo 8 della legge n. 386 aveva previsto la proroga delle convenzioni in applicazione fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria, nel presupposto di una rapida approvazione della medesima.

Il ritardo dell'*iter* parlamentare della riforma suggerisce di prevedere il ritorno, con le opportune garanzie, al principio della libera contrattazione con le categorie dei medici, dei farmacisti e dei sanitari ausiliari.

L'adozione di una convenzione unica per tutte le categorie interessate dovrebbe eliminare disparità nel trattamento del personale convenzionato; mentre la partecipazione

LEGISLATURA VI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI • DOCUMENTI

delle Regioni accanto al Governo nella fase di contrattazione della convenzione, rispecchia il ruolo che le Regioni hanno ormai virtualmente acquisito — una volta iniziato il processo di liquidazione degli Enti mutualistici — nella cura degli interessi pubblici in materia di assistenza sanitaria. Ciò anche al fine di consentire l'inquadramento delle attività di assistenza sanitaria nel quadro della programmazione regionale.

Il commissariamento degli enti mutualistici pone inoltre il problema del coordinamento delle attività dei commissari liquidatori. A tal fine è rivolta la disposizione dell'articolo 9, che prendendo le mosse dall'articolo 20 del citato decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito nella legge 17 agosto 1974, n. 386, è disciplinata e prevista più adeguatamente per il coordinamento dell'attività degli enti mutualistici con la programmazione regionale e rende più incisiva l'attività regionale di coordinamento, prevedendo inoltre un comitato centrale composto dal Ministro della sanità che lo presiede, dai Ministri del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro, dai commissari liquidatori delle Mutue e dai rappresentanti delle Regioni a statuto ordinario e speciale, per coordinare e impartire direttive affinché l'attività di liquidazione degli enti si svolga nel periodo transitorio sino alla riforma, senza ritardi o intralci e in modo organico.

È infatti evidente che soltanto iniziando sin d'ora e in modo coordinato l'attività di liquidazione degli enti mutualistici sarà possibile contenere in tempi limitati la fase transitoria di attuazione della riforma sanitaria.

Al comitato centrale (di cui fa parte, come si è detto, il Ministro del lavoro e della previdenza sociale cui spetta l'indirizzo e la vigilanza nei confronti degli Enti mutualistici) sembra altresì opportuno attribuire il compito di risolvere, impartendo ai commissari straordinari degli enti mutualistici le opportune direttive, le eventuali situazioni di attrito o di disfunzione eventualmente insorte in sede locale, nell'applicazione delle direttive dei comitati regionali.

Per superare inoltre una perplessità insorta nell'applicazione della legge si è ritenuta poi necessaria la adozione di una norma di

interpretazione autentica del terzo comma dell'articolo 19 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito nella legge 17 agosto 1974, n. 386. Si tratta cioè di chiarire che il Fondo nazionale per l'assistenza deve intendersi costituito per far fronte a tutti gli oneri derivanti alle Regioni per la erogazione della assistenza ospedaliera. Il che comprende oltre alle spese per i beni primari, anche tutte quelle per i beni strumentali che si rendono indispensabili alla gestione dei servizi, nonché quelle per il personale che svolge le attività amministrative. Tale interpretazione per vero deriverebbe già, a giudizio dei proponenti, dal combinato disposto del predetto articolo 19 e dell'articolo 14 della legge numero 386; ma le divergenze emerse in proposito tra le amministrazioni competenti suggeriscono una soluzione legislativa del problema.

Con l'articolo 10 del disegno di legge si provvede inoltre ad adeguare l'entità del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera, che si è rivelata insufficiente rispetto alle esigenze di finanziamento delle spese per l'assistenza ospedaliera stessa.

Si provvede, infine, con gli articoli 11 e 12 del disegno di legge, a completare il quadro delle funzioni e dei servizi trasferiti alle Regioni, con il trasferimento dei compiti relativi all'assistenza psichiatrica attualmente esercitati dallo Stato, dalle provincie e da altri enti pubblici, eccettuate, come è ovvio, le cliniche ed istituti universitari e gli istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico, che congiuntamente ai compiti assistenziali, svolgono compiti di ricerca scientifica di spettanza statale. Viene così armonicamente completato il quadro del trasferimento alle Regioni dei servizi di assistenza ospedaliera, in attesa di ricostruire in capo alle Regioni, con la riforma sanitaria, l'intera competenza e responsabilità per la tutela della salute e la cura degli ammalati.

Confidiamo che il presente disegno di legge, che, come la legge n. 386, intende spianare la strada ad una rapida approvazione della riforma sanitaria e precostituire condizioni idonee ad agevolare l'attuazione di quest'ultima, possa in tempi brevi ottenere il voto favorevole del Parlamento.

DISEGNO DI LEGGE**Art. 1.**

Fino al compimento del termine di cui all'ultimo comma dell'articolo 12-*bis* della legge 17 agosto 1974, n. 386, gli enti anche previdenziali e le casse mutue, anche aziendali, che gestiscono forme di assistenza contro le malattie, sono tenuti ad uniformarsi, per la disciplina dei rapporti con i medici generici, con gli specialisti esterni, con i medici ambulatoriali, con i farmacisti, con i biologi e con gli appartenenti alle categorie sanitarie ausiliarie alle convenzioni nazionali uniche stipulate ai sensi della presente legge.

Art. 2.

Entro il 31 dicembre 1975, i Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro, d'intesa con le Regioni e tenuto conto dei criteri informativi della riforma sanitaria stipulano con le organizzazioni sindacali a carattere nazionale più rappresentative di ciascuna delle categorie di cui all'articolo 1, o che hanno firmato i precedenti accordi convenzionali, convenzioni nazionali uniche per la disciplina del trattamento normativo ed economico. Nel quadro di tale disciplina si provvederà altresì alla regolamentazione o revisione dei sistemi di adeguamento delle tariffe o dei compensi mutualistici alle variazioni del costo della vita spettanti agli appartenenti alle categorie medesime per l'attività svolta, in regime convenzionale, in favore degli assistiti dagli Enti e dalle Casse mutue.

Nei confronti di titolari di farmacie e nei confronti dei medici operanti negli ambulatori direttamente gestiti dagli Enti e Casse mutue, le normative in vigore presso gli Enti mutualistici che hanno stipulato con le Organizzazioni dei titolari di farmacia e dei medici ambulatoriali la Convenzione nazionale farmaceutica del 29 marzo 1974 e, rispettivamente, l'accordo 28 maggio 1974, costituisco-

no le Convenzioni uniche nazionali delle categorie medesime ai sensi della presente legge, fino alle scadenze stabilite dai citati accordi.

Art. 3.

Gli Enti e le Casse mutue indicati all'articolo 1 sono tenuti ad adottare le Convenzioni nazionali uniche entro 30 giorni dalla notificazione delle Convenzioni stesse da parte del Ministero del lavoro e della previdenza sociale.

Per le Convenzioni di cui al secondo comma dell'articolo precedente il predetto termine decorre dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Le deliberazioni adottate dagli organi di amministrazione degli enti e casse mutue ai sensi del primo comma debbono essere comunicate ai Ministeri del lavoro e della previdenza sociale, della sanità e del tesoro.

Le normative e gli accordi vigenti presso ciascun Ente o Cassa mutua alla data di entrata in vigore della presente legge cessano di avere efficacia dalla data delle deliberazioni che recepiscono le corrispondenti Convenzioni nazionali uniche.

Art. 4.

Nel caso di mancata osservanza del disposto del primo comma del precedente articolo, i collegi dei sindaci o dei revisori dei conti degli Enti e Casse mutue ne danno immediata notizia ai Ministeri vigilanti per la adozione degli interventi, anche sostitutivi, che si rendessero necessari e per l'eventuale applicazione a carico dei responsabili delle sanzioni previste dall'articolo 15 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386.

È nullo ad ogni effetto qualsiasi atto stipulato dagli Enti e Casse mutue di cui all'articolo 1 con organizzazioni professionali o sindacali delle categorie contemplate dalla presente legge per la disciplina dei rapporti convenzionali degli appartenenti alle categorie medesime.

È altresì nulla qualsiasi Convenzione tra gli Enti e Casse mutue e singoli appartenenti alle categorie professionali di cui all'articolo 1 che non sia conforme alle clausole delle Convenzioni nazionali uniche stipulate ai sensi della presente legge.

Art. 5.

Sono abrogati il sesto comma dell'articolo 8 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, ed ogni altra disposizione di legge o regolamento incompatibile con quelle della presente legge.

Art. 6.

Il terzo comma dell'articolo 8 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, è sostituito dal seguente:

« Eventuali deroghe ai commi precedenti per improrogabili esigenze funzionali dei servizi sanitari debbono essere preventivamente autorizzate dal Ministero della sanità d'intesa con la Regione interessata ».

Art. 7.

Il secondo comma dell'articolo 19 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, è sostituito dai seguenti:

« Detto personale è determinato sulla base dei contingenti numerici fissati dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale d'intesa con la Regione interessata.

Il personale in questione, viene scelto in sede regionale a cura di una commissione paritetica nominata dalla Regione, con la partecipazione delle rappresentanze locali degli enti mutualistici e delle organizzazioni sindacali più rappresentative a livello regionale, sulla base di oggettivi criteri di valutazione fissati dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale sentite le Regioni, gli Enti mutualistici e le Confederazioni sindacali dei lavoratori.

LEGISLATURA VI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

In attesa della riforma sanitaria il personale in questione viene inquadrato, dalla data di effettivo trasferimento, in appositi ruoli transitori regionali, e conserva, fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria, lo stato giuridico ed il trattamento economico dell'ente di provenienza ».

Art. 8.

La disposizione di cui all'ultimo comma dell'articolo 19 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, va intesa nel senso che le competenze fisse ed accessorie ed i relativi oneri riflessi, posti a carico delle Regioni, vanno fronteggiati con parte della quota del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera assegnata a ciascuna Regione ai sensi dell'articolo 16 del predetto decreto-legge.

Art. 9.

L'articolo 20 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, è sostituito dal seguente:

« Fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria, la Regione provvede al coordinamento delle attività degli enti mutualistici e delle casse mutue di cui all'articolo 1 con la attività degli enti ospedalieri e degli altri enti e istituzioni operanti nel settore dell'assistenza sanitaria, nel quadro della programmazione regionale, per realizzare l'unitarietà e la globalità della tutela della salute.

Ogni Regione istituisce un Comitato regionale per la formulazione di pareri e proposte ai fini del coordinamento di cui al primo comma. Il Comitato è nominato dal Consiglio regionale ed è presieduto dall'Assessore alla sanità. Di esso fanno parte rappresentanti della Regione, degli Enti locali e di altri enti e istituzioni operanti nel settore dell'assistenza sanitaria.

Al coordinamento dell'attività degli enti mutualistici e delle casse mutue nel periodo transitorio di cui all'articolo 12-bis della presente legge provvede, fino all'entrata in vigo-

re della riforma sanitaria, un comitato centrale istituito presso il Ministero della sanità. Il Comitato è composto dal Ministro della sanità, che lo presiede, dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale, dal Ministro del tesoro o da loro delegati, da un rappresentante per ciascuna delle Regioni a statuto ordinario e speciale, nonchè dai Commissari straordinari degli enti di cui all'articolo 12-bis, primo comma.

Il Comitato è convocato d'iniziativa del Presidente o su richiesta di almeno un quarto dei suoi membri.

Il Comitato è assistito da una segreteria tecnica costituita da 7 membri, nominati dal Ministro della sanità, su proposta del Comitato.

Spetta al Comitato centrale di cui ai commi precedenti impartire direttive ai Commissari straordinari degli enti di cui all'articolo 12-bis della presente legge per:

1) programmare, coordinare e unificare le attività e le procedure di liquidazione degli enti mutualistici e quelle preparatorie alla attuazione della riforma sanitaria;

2) coordinare, nel quadro delle programmazioni regionali, l'attività degli enti stessi, con l'attività delle strutture sanitarie operanti sul territorio e consentire il superamento delle eventuali difficoltà che si presentassero nell'attività regionale di coordinamento di cui al primo comma ».

Art. 10.

A decorrere dal 1° gennaio 1976 l'apporto integrativo dello Stato al Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera, di cui all'articolo 14, quarto comma, n. 6, del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, è elevato a lire 700 miliardi.

In relazione a quanto disposto dagli articoli 1 e seguenti del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, nel corso degli esercizi finanziari 1976 e 1977 il Ministro del tesoro è autorizzato ad effettuare operazioni di ricorso al mercato finanziario fino alla concorrenza di un ricavo netto pari alla somma necessaria per provvedere alla

totale estinzione dei crediti vantati, alla data del 1° gennaio 1975, dagli enti ospedalieri e dagli altri istituti di ricovero pubblici o privati nei confronti degli enti mutualistici e dei Comuni, e, comunque, nei limiti di un ricavo netto non superiore a lire 1.000 miliardi. Si applicano le disposizioni di cui agli articoli 1, terzo, quarto, quinto e sesto comma, 2, 2-bis e 3 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386.

Art. 11.

Dal 1° gennaio 1976 i compiti e le funzioni esercitati dallo Stato, dalle province e da altri enti pubblici in materia di assistenza psichiatrica ed igiene mentale, gli uffici, le strutture ed il personale addetti allo svolgimento di tali compiti e funzioni e i relativi patrimoni, ivi compresi gli ospedali psichiatrici dipendenti dalle province e da altri enti pubblici, sono trasferiti alle Regioni.

Le Regioni erogano le relative prestazioni, senza limiti di tempo, agli iscritti negli elenchi degli enti previdenziali ed assistenziali che ne abbiano titolo, nonchè ai non abbienti assistiti dalle province in base alla legislazione vigente.

Il contingente del personale e l'elenco dei beni trasferiti sarà determinato, entro la stessa data, con provvedimenti del Ministro della sanità o del Presidente dell'Amministrazione provinciale competente, d'intesa con la Regione interessata. Al trasferimento predetto sono estese, in quanto applicabili, le disposizioni degli articoli 9 e 10, nonchè degli articoli 14 e seguenti del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4.

Alle cliniche ed istituti universitari e agli istituti pubblici di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro della pubblica istruzione si applicano, per la parte assistenziale, le norme vigenti per gli enti ospedalieri.

L'assistenza ospedaliera alle persone affette da disturbi psichici in regime di convenzione è regolata dall'articolo 18 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, le cui disposizioni sono estese alla ma-

teria disciplinata dalla presente legge, in quanto compatibili.

Fino alla data di entrata in vigore della riforma sanitaria, è vietata la istituzione di nuovi ospedali psichiatrici.

Lo stato giuridico ed il trattamento economico dei dipendenti degli enti ospedalieri previsti nel decreto presidenziale 27 marzo 1969, n. 130 e successive modificazioni, sono estesi al personale operante negli ospedali psichiatrici, nei centri di igiene mentale e negli istituti medico-psico-pedagogici dipendenti dalle province nonchè al personale degli ospedali psichiatrici dipendenti da altri enti pubblici.

Con riferimento all'articolo 117 della Costituzione, a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge e sino all'entrata in vigore della riforma sanitaria, è vietato aumentare gli organici degli enti di cui al comma precedente ed assumere, anche temporaneamente, nuovo personale, salvo la sostituzione del personale cessato dal servizio e collocato in aspettativa senza assegni o in congedo per gravidanza e puerperio.

Eventuali deroghe al divieto di cui al comma precedente devono essere preventivamente autorizzate dai competenti organi regionali.

Art. 12.

Il Fondo per l'assistenza ospedaliera, previsto dall'articolo 14 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, è incrementato dalle somme destinate, in via diretta o strumentale, all'assistenza psichiatrica, iscritte negli stati di previsione della spesa dei vari Ministeri.

Il Fondo di cui al comma precedente è altresì incrementato mediante un apporto finanziario da parte di ciascuna provincia corrispondente all'ammontare delle somme destinate all'assistenza psichiatrica iscritte nei singoli bilanci provinciali per l'esercizio finanziario 1974, aumentate in misura percentuale pari al tasso di aumento delle entrate complessive delle province tra l'anno 1974 e l'esercizio di riferimento. Le somme sono trimestralmente versate dalle province su apposito conto corrente infruttifero aperto presso la Tesoreria centrale dello Stato.