

(N. 2308)

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **LEGGIERI, BARRA, ARCUDI, COSTA, DAL CANTON Maria Pia, TORELLI e SALERNO**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 31 OTTOBRE 1975

Provvedimenti urgenti per l'avvio della riforma sanitaria

ONOREVOLI SENATORI. — Nello scorso agosto tutte le forze politiche interessate ad una sostanziale riforma sanitaria nel nostro paese contribuirono a convertire nella legge n. 386 del 17 agosto 1974 il decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, in quanto detto provvedimento, che era stato approvato dal Consiglio dei ministri quasi contemporaneamente al disegno di legge n. 3207 recante l'istituzione del servizio sanitario nazionale, più comunemente definita riforma sanitaria, si poneva esplicitamente come avvio della riforma sanitaria stessa od ancor meglio innestava un meccanismo di trasformazione senza possibilità di ritorno, dell'attuale sistema sanitario caratterizzato, come è ben noto da una massiccia presenza di una rete di istituti mutualistico-assistenziali.

Tutti a quel momento erano ben consci che un ritardo nell'approvazione del disegno di legge sulla riforma sanitaria, in combinato alla necessaria applicazione della legge n. 386, avrebbe causato conseguenze irrazionali sull'attuale sistema sanitario con possibili cadute della qualità e della quantità delle prestazioni che l'attuale sistema sanitario deve pur continuare ad erogare in attesa dell'isti-

tuzione con la riforma del nuovo sistema sanitario nazionale.

L'obiettivo constatazione che, a distanza di oltre un anno dalla sua presentazione alla Camera il disegno di legge n. 3207 è ancora oggi all'esame, in sede referente, della Commissione igiene e sanità della Camera ci induce a presentare questo disegno di legge; esso pure si colloca come ulteriore fase di avvicinamento alla riforma sanitaria, che rimane sempre l'obiettivo fondamentale di questa legislatura e per la cui sollecita approvazione riconfermiamo la totale disponibilità del gruppo DC, anche in considerazione che il disegno di legge n. 3207 in esame è stato ed è ritenuto il testo più avanzato tra quelli in passato elaborati.

Il problema più urgente che oggi si pone relativamente allo stato di applicazione della legge n. 386 è quello dell'inadeguatezza del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera previsto dalla legge n. 386 e regolato dagli articoli 14, 15, 16, 17 della stessa legge.

Si tratta di un fondo il cui ammontare totale non è predeterminato in una cifra precisa, ma è legato prevalentemente alla dinamica salariale e comunque veniva ragione-

volmente stimato che, per l'anno 1975, lo stesso avrebbe avuto un gettito di 2.740 miliardi.

Oggi essendosi ormai compiuta buona parte della gestione ospedaliera relativa al corrente esercizio, le previsioni dell'insufficienza dello stesso, nell'ordine di circa il 28 per cento, sono un fatto certo. È urgente quindi porre rimedio a questo stato di cose, in quanto, il dato negativo, cui si è voluto giustamente ovviare attraverso il radicale rinnovamento del sistema di finanziamento della gestione ospedaliera pubblica contenuto nella legge n. 386, oggi può ripetersi a livello della spesa ospedaliera regionale, in luogo della spesa di ogni singolo ente ospedaliero.

Abolendo la retta giornaliera di degenza che, praticamente incontrollata nel suo espandersi, aveva facilitato l'ampliamento della spesa ospedaliera, si è voluto responsabilizzare le Regioni attribuendo loro una quota percentuale del fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera.

È chiaro però che attribuendo alle Regioni una somma chiaramente insufficiente, ed anche non predeterminata con precisione nel suo ammontare, si impedisce alle Regioni di programmare razionalmente il complesso della spesa regionale, ponendone anche in difficoltà nei confronti dei singoli Enti ospedalieri, che, va ricordato, rimangono ancora istituzionalmente autonomi.

I presentatori di queste proposte ritengono che l'urgenza di adeguare l'ammontare del fondo debba essere affrontata dal Governo il quale ha a sua disposizione un mezzo di tecnica legislativa oltremodo adatta all'uopo, e cioè le note di variazione al bilancio del corrente esercizio finanziario 1975.

Si ritiene invece opportuno regolare in modo diverso il meccanismo di riparto tra le regioni del fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera in modo da giungere entro il 31 dicembre 1979 a far cessare ogni differenziazione tra regione e regione, attraverso una rigida distribuzione legata al semplice riferimento della popolazione presente in ogni regione.

Va anche ricordato che i sindacati del personale convenzionato con gli enti mutualistici, in particolare i sindacati medici, hanno

contestato il blocco delle convenzioni, istituito dall'articolo 8, della legge n. 386, la cui validità e opportunità sarebbero state innegabili se la durata del blocco avesse avuto un termine predeterminato, in caso di ritardo nell'approvazione della riforma sanitaria.

I sindacati medici quindi hanno proclamato una serie di agitazioni, prima in forma di sciopero e poi in forma di disapplicazione di norme burocratiche, che stanno determinando notevoli inconvenienti, quali l'aumento delle spese farmaceutiche, calcolate dal solo INAM in oltre 18 miliardi di lire il mese e la protrazione dei periodi di assenza dal lavoro degli assicurati, con duplice danno: per la produzione e per l'istituto assistenziale per l'aumentato onere delle « indennità economiche di malattia ».

Inoltre gli enti mutualistici hanno, dal canto loro, evidenziato che il meccanismo di approvazione delle deroghe al blocco di istituire nuovi servizi assistenziali e di assumere nuovo personale sanitario, previsto dall'articolo 8, è troppo complicato, in quanto prevede l'intervento successivo dei Ministeri del lavoro, della sanità, del tesoro e della Regione interessata, ed ha di fatto impedito agli enti di far fronte a nuove esigenze assistenziali ed anche di ripristinare la funzionalità dei servizi, sovente compromessa dai collocamenti a riposo per esodo volontario o per limiti di età.

I sindacati del personale degli enti mutualistici hanno pure fatto presente la sommarietà delle indicazioni contenute all'articolo 19, che non offrono garanzie sufficienti sia in ordine ai criteri di selezione del personale da destinare a prestare servizio presso le Regioni, sia in ordine alla situazione giuridica ed economica di questo personale che cessa di fatto di essere previdenziale e non diviene regionale, in attesa della riforma. Inoltre, è stato osservato che l'articolo 19 non chiarisce se il personale in questione grava sul fondo ospedaliero o se, invece, deve essere posto a carico dell'ordinario bilancio regionale.

Anche da parte delle Regioni è stato fatto rilevare che l'istituzione di un comitato regionale per il coordinamento degli enti mutualistici con gli enti ospedalieri per i fini della programmazione regionale era valida a

LEGISLATURA VI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

condizione di estendere il coordinamento stesso anche in sede nazionale, per gli aspetti preparatori della riforma, e di estenderlo in sede regionale a « tutte » le istituzioni operanti nel settore dell'assistenza sanitaria.

Infine da più parti è stato fatto rilevare che la legge n. 386 trasferisce alle Regioni la competenza in materia di assistenza ospedaliera, con una grave eccezione, quella dei ricoveri psichiatrici, e ciò nonostante sia ormai di generale accettazione il convincimento che le malattie psichiatriche debbono essere considerate e trattate alla stregua di normali stati morbosi.

In particolare il provvedimento ora proposto, per l'urgenza con la quale deve essere adottato e per i suoi scopi limitati, non può soddisfare l'esigenza di superare la speciale legislazione psichiatrica, ma deve essere l'occasione per colmare almeno talune carenze legislative riguardo all'assistenza psichiatrica.

La legge 17 agosto 1974, n. 386, nel trasferire l'assistenza ospedaliera alle Regioni, non ha stabilito in modo specifico l'assegnazione alla competenza ospedaliera regionale anche dei ricoveri ospedalieri psichiatrici, con la conseguenza non solo di perpetuare la discriminazione tra i cittadini effetti da disturbi psichici e quelli colpiti da altre forme di malattia, ma anzi di aggravarla. Sono stati di fatto riconosciuti a carico delle Regioni gli oneri relativi ai ricoveri di carattere psichiatrico presso le case di cura private senza limiti per la durata della degenza, mentre i ricoveri presso ospedali psichiatrici pubblici continuano a gravare sulle Province, tenute ad esercitare la rivalsa sugli assistiti.

Inoltre, la legge 18 marzo 1968, n. 431, ha introdotto nella legislazione psichiatrica il ricovero volontario, sostituendo almeno parzialmente l'intervento sanitario al provvedimento di polizia, ed ha posto, sul piano amministrativo, la competenza passiva di questi ricoveri a carico degli istituti mutualistici, che l'hanno scarsamente esercitata, ed ai quali istituti, poi, la legge n. 386 ha sottratto ogni competenza ospedaliera. La materia ha registrato un rilevante contenzioso e procurato alle istituzioni psichiatriche pubbliche gravi difficoltà finanziarie, che si ripercuoto-

no negativamente sulla trasformazione dell'assistenza del settore. Va ricordato che venne riconosciuta questa situazione in sede di conversione nella legge n. « 386 » del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, e, con l'ordine del giorno Fusaro ed altri, il Governo venne impegnato nella seduta del 10 agosto 1974 « a prendere gli opportuni, necessari provvedimenti per dare al problema adeguata ed urgente soluzione ».

Un completo intervento di tutela della salute mentale, attraverso i tre momenti della prevenzione, della cura e della riabilitazione, quale già si attua in alcune zone del nostro Paese, richiede una programmazione territoriale, che sin d'ora può essere compiuta dalle Regioni, e presuppone una gestione ospedaliera pubblica. Ed il momento ospedaliero psichiatrico deve essere considerato nel senso di renderlo sempre meno rilevante; la cosiddetta legge stralcio 18 marzo 1968 n. 431, razionalizzando situazioni esistenti e favorendo la creazione di nuove strutture ospedaliere, privilegia invece, con finanziamenti, gli enti che intendono continuare nella politica tradizionale dell'istituzionalizzazione anzichè gli enti che — secondo note e diverse esperienze e le stesse direttive contenute in vari progetti di riforma sanitaria — si sono orientati ad un'attività di deospedalizzazione.

La realtà manicomiale attuale vede ancora l'internamento di interi nuclei di persone in luoghi di ricovero situati anche a centinaia di chilometri di distanza dalle zone di residenza, rispondendo solo alla logica della custodia ed ignorando totalmente la necessità di mantenere legami con il mondo familiare, di lavoro e socio-culturale. Inoltre, negli ospedali psichiatrici è presente un numero assai rilevante di soggetti non bisognosi di assistenza psichiatrica, perchè necessitano di semplice assistenza genitoriale o generica, oppure non bisognosi di assistenza psichiatrica in forma ospedaliera, ma da attuarsi attraverso servizi alternativi sul territorio.

Le Regioni, secondo il presente disegno di legge potrebbero, sin dall'anno 1976, svolgere una precisa e coordinata azione per eliminare l'istituto manicomiale e promuovendo

iniziative, conformemente alle linee di riforma, istituendo non nuovi ospedali psichiatrici ma servizi sociali e sanitari di carattere territoriale, delegandone la gestione alle Province o ai consorzi comprensoriali di enti locali. In questo campo, la Provincia potrà essere considerata, nell'immediato futuro, strumento di transizione tra la situazione precedente e quella prevista dalla riforma per il servizio sanitario nazionale, articolato esclusivamente nei livelli centrale, regionale e sub-regionale, rappresentato quest'ultimo dalle unità sanitarie locali e dai distretti sanitari di base.

Nel quadro dell'integrazione dell'assistenza psichiatrica con quella sanitaria in generale, si rende necessaria e si propone l'estensione all'assistenza psichiatrica delle norme relative alla programmazione ospedaliera regionale, mantenendo, in attesa della riforma sanitaria, la natura giuridica attuale degli ospedali psichiatrici, ovviamente senza costituirli in enti ospedalieri; inoltre, per il personale, l'estensione delle norme per la limitazione degli organici e di quelle relative allo stato giuridico ed al trattamento economico (comprese le norme per l'accesso ai posti dei vari gradi, anche per il personale sanitario).

In ordine agli aspetti finanziari, il presente disegno di legge intende dare alle Regioni, coerentemente con l'attribuzione di funzioni legislative ed amministrative nonché di oneri, la possibilità di disporre di tutti i fondi, derivanti dal fondo ospedaliero nazionale e dagli stanziamenti delle Province e dello Stato (legge n. 431 del 18 marzo 1968), per impiegarli in modo organico, nell'obiettivo di avviare a soluzione il grave problema dell'assistenza psichiatrica, eliminando la sua persistente condizione di emarginazione ed integrandola con gli altri servizi socio-sanitari gestiti a livello locale.

L'articolo 1 prevede due elementi innovatori rispetto alla prassi ed alla legislazione attuale: il primo è il riferimento ai criteri informativi della riforma sanitaria ed il secondo è la riserva del potere contrattuale alle organizzazioni sindacali, con ciò abrogando quanto previsto dall'articolo 8 della legge 21 febbraio 1963, n. 244, dall'articolo

6 comma 7° ultimo periodo della legge 29 dicembre 1956, n. 1533 e dall'articolo 11 comma 7° ultimo periodo della legge 27 novembre 1960, n. 1397, che attribuivano legislativamente alla FNOM il ruolo di controparte nella trattativa con alcuni enti mutualistici.

All'articolo 2 si prevede la conservazione della validità della convenzione praticamente « unica » già in atto, quella « enti-medici ambulatoriali », imponendone nel successivo articolo 3 la ricezione da parte degli enti indicati all'articolo 1, previa le garanzie, di cui al terzo comma, assicurate alle organizzazioni stipulanti.

L'articolo 3 prevede la sostituzione delle convenzioni uniche agli accordi attualmente in essere.

L'articolo 4, con l'abrogazione del 3° e 4° comma dell'articolo 8 della legge 386/74 e con la conseguente sostituzione con il comma proposto si propone due obiettivi: il primo di consentire una procedura più svelta, con la semplice intesa tra il Ministero della sanità e la Regione interessata, per la istituzione di nuove strutture o servizi sanitari, il secondo, anch'esso vincolato a « improponibili esigenze funzionali dei servizi sanitari » di consentire la stessa procedura per quanto si riferisce al personale.

La procedura che viene proposta nell'articolo 5, ad integrazione della norma fissata nell'articolo 19 della 386/74 per la fissazione dei contingenti di personale degli enti mutualistici da assegnare alla Regione e per la individuazione del personale stesso si basa sulla esperienza maturata nella applicazione della 386/74.

La procedura proposta, in particolare per la scelta del personale, è quella che in generale è stata adottata dopo averne concordato i termini, in sede di Ministero del lavoro e della previdenza sociale, con le Regioni, gli Enti mutualistici e i sindacati dei lavoratori dipendenti.

L'articolo 6 costituisce l'« interpretazione autentica » della norma prevista al 3° comma dell'articolo 19 della 386/74: detta interpretazione si rende necessaria, ad avviso dei proponenti, di fronte agli equivoci sorti tra alcune Regioni ed Enti mutualistici.

LEGISLATURA VI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Particolare rilievo ha, nel complesso delle integrazioni e modifiche proposte alla più volte citata legge 386/74, l'articolo 7; esso si propone di realizzare il coordinamento della attività degli Enti mutualistici, nell'ambito regionale, con le altre strutture sanitarie.

Costituiscono, le norme citate, un essenziale urgente raccordo tra quanto previsto dalla legge 386/74 e la istituzione del S.S.N. all'esame del Parlamento; si ritiene infatti che in una fase che conserva l'autonomia giuridica degli Enti, pur se commissariati, ai Ministeri vigilanti debba aggiungersi la determinante presenza delle Regioni, destinate ad ereditare — pur se in un quadro riformatore evidentemente più organico e completo — le funzioni oggi connesse agli enti mutualistici.

L'articolo 8 prevede la proroga della validità dei Consigli di amministrazione delle Casse mutue provinciali e comunali sia che siano scaduti e che comunque non siano stati rinnovati sia che vengano a scadere entro il 1° luglio 1977, data di scioglimento degli Enti stessi; ciò al fine di evitare nella fase ultima di transizione, elezioni che non potrebbero offrire agli iscritti alle Casse alcun potere di effettiva scelta che non sia la ge-

stione ad esaurimento della loro struttura mutualistica.

L'articolo 9 si ispira alla esigenza di facilitare il passaggio di personale amministrativo mutualistico, stimato esuberante rispetto alle esigenze di personale amministrativo del S.S.N., ad altre forme di impiego.

L'articolo 10 modifica la disciplina del fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera, adeguandola, sulla scorta degli insegnamenti che emergono dalle prime esperienze di applicazione del nuovo metodo di finanziamento della spesa ospedaliera introdotto dalla legge n. « 386 ».

Gli articoli 11, 12, 13 e 14 concernono il settore dell'assistenza psichiatrica che è rimasto sinora sostanzialmente avulso dalle competenze e dai poteri delle regioni. Con le norme proposte si avvia la compenetrazione nel settore dell'assistenza psichiatrica nel più ampio e generale settore della tutela della salute.

Sono queste considerazioni e di carattere generale e di carattere particolare che ci hanno indotto a presentare il seguente disegno di legge che auspichiamo ottenga il consenso del Parlamento.

DISEGNO DI LEGGE**Art. 1.**

I Ministri della sanità, del lavoro e previdenza sociale e del tesoro, e per l'organizzazione della pubblica amministrazione, d'intesa con le Regioni, sono autorizzati in via transitoria ed in attesa dell'approvazione della riforma sanitaria a stipulare con le organizzazioni nazionali delle categorie sanitarie convenzioni nazionali uniche aventi durata non inferiore ad un biennio e non superiore ad un quadriennio, per la disciplina del trattamento normativo ed economico degli appartenenti alle categorie medesime per la attività svolta in favore degli assistiti degli Enti e delle Casse mutue.

Le convenzioni devono uniformarsi ai seguenti principi direttivi:

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

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

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

4) l'incompatibilità dell'assunzione e del mantenimento di altro rapporto di impiego e di lavoro, fatta salva per il personale sanitario dipendente dagli enti locali territoriali

e dagli enti ospedalieri la conservazione delle posizioni giuridiche acquisite;

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

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

7) la fissazione del rapporto ottimale per un medico generico relativamente ai medici generici che potranno essere convenzionati in ogni Comune o raggruppamento intercomunale;

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

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

10) le forme di incentivazione in favore dei sanitari convenzionati residenti nelle zone particolarmente disagiate;

11) le modalità per l'aggiornamento del personale sanitario convenzionato.

Art. 2.

L'accordo 28 maggio 1974 stipulato dagli Enti mutualistici con le organizzazioni dei medici ambulatoriali sostituisce la Convenzione unica nazionale della categoria medesima ai sensi della presente legge, fino alla scadenza stabilita dal citato accordo.

Art. 3.

Le convenzioni di cui all'articolo 1 e 2 sostituiscono tutte le convenzioni attualmente esistenti che regolano i rapporti dei medici generici, gli specialisti esterni, i medici ambulatoriali, i farmacisti, i biologi, della categoria sanitaria ausiliaria con gli Enti mutualistici.

Art. 4.

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

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

Art. 5.

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 in attesa del definitivo trasferimento è comandato presso le Regioni sulla base di contingenti numerici fissati dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale d'intesa con la Regione interessata.

Il personale in questione viene comandato in sede regionale dagli Enti mutualistici sentite le organizzazioni sindacali dei dipendenti a livello regionale, sulla base di oggettivi criteri di valutazione fissati dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale, sentite le Regioni, gli Enti mutualistici e le confederazioni sindacali dei lavoratori ».

Art. 6.

La disposizione di cui al terzo 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. 7.

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:

« Ogni regione istituisce un comitato regionale di coordinamento.

Il comitato è nominato dalla Regione ed è presieduto dall'assessore alla sanità. Di esso fanno parte rappresentanti della Regione, degli Enti locali e degli enti mutualistici.

Il comitato regionale formula pareri e proposte alla Regione ai fini del coordinamento delle attività degli Enti mutualistici con l'attività degli Enti ospedalieri e degli altri enti e istituzioni operanti nel settore dell'assistenza sanitaria, nel quadro della programmazione regionale, per realizzare la unitarietà e la globalità della tutela della salute.

Il comitato di vigilanza di cui all'articolo 3 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, integrato da 3 rappresentanti degli Enti mutualistici, è incaricato del coordinamento degli Enti nel periodo di temporanea gestione di cui all'articolo 12-*bis* della legge suddetta allo scopo di uniformare le attività, formulare direttive comuni, facilitare il coordinamento regionale e favorire un ordinato passaggio al servizio sanitario ».

Art. 8.

Fino al compimento del termine indicato nell'ultimo comma dell'articolo 12-*bis* della legge 17 agosto 1974, n. 386, è prorogata la validità dei Consigli di amministrazione delle Casse mutue provinciali e comunali dei lavoratori autonomi, scaduti e non rinnovati posteriormente al 1° luglio 1975 e che verranno a scadere entro il termine sopra citato.

Art. 9.

Per un periodo di 5 anni dalla data di entrata in vigore della presente legge i posti comunque vacanti nelle carriere del personale amministrativo presso gli Enti ospedalieri sono coperti esclusivamente mediante concorsi per soli titoli riservati ai dipendenti degli Enti ospedalieri e degli Enti mutualistici in possesso dei necessari requisiti ed in servizio di ruolo ed anche in servizio non di ruolo purchè assunti da almeno un anno alla data di entrata in vigore della presente legge.

Sono pure riservate al personale suddetto le procedure concorsuali per titoli di cui al quinto comma dell'articolo 3 del decreto presidenziale 27 marzo 1969, n. 130, per la copertura per incarico temporaneo dei posti sopra citati.

Il servizio prestato presso gli enti mutualistici è equiparato al servizio prestato presso enti ospedalieri sia ai fini del possesso dei requisiti di ammissione sia ai fini della valutazione come titolo di servizio.

Il personale degli enti mutualistici assunto per incarico presso l'ente ospedaliero ha diritto al collocamento in aspettativa presso l'ente di provenienza per tutta la durata dell'incarico.

Le normali procedure concorsuali possono essere utilizzate una volta che sia stato espletato negativamente il concorso riservato di cui sopra.

Art. 10.

A decorrere dal 1° gennaio 1976 l'entità del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera, di cui all'articolo 14 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, è determinata annualmente con la legge di approvazione del bilancio nella misura necessaria per far fronte alla spesa effettiva, che è prevista nella misura della spesa pubblica del settore ospedaliero nell'anno 1974 ed incrementata sulla scorta delle risultanze delle verifiche annuali di cui all'ultimo comma dell'articolo 16 del predetto decreto-legge.

A decorrere dalla stessa data sono versate all'entrata del bilancio dello Stato entro 15 giorni dalla riscossione o dall'accertamento:

1) una quota percentuale dei contributi e delle altre entrate di ciascun ente, gestione o cassa aziendale, che gestisce forme di assistenza contro le malattie, determinata nella misura di cui al punto 1 dell'articolo 14, secondo comma, del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386;

2) le somme destinate all'assistenza ospedaliera iscritte nello stato di previsio-

ne della spesa degli Enti pubblici, ovvero, in mancanza di qualificazione della stessa, una quota parte delle somme destinate all'assistenza sanitaria, determinata nella misura e nei modi di cui al punto 2 dell'articolo 14 — secondo comma, del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386;

3) gli avanzi annuali della gestione della assicurazione contro la tubercolosi gestita dall'INPS;

4) le somme destinate ai sensi del terzo comma dell'articolo 5 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386.

A decorrere dal 1976 negli stati di previsione della spesa dei Ministeri sono soppressi gli stanziamenti destinati all'assistenza ospedaliera e quelli destinati in generale all'assistenza sanitaria sono ridotti sulla base del rapporto di cui al punto 1 dell'articolo 14 — secondo comma — del decreto-legge 8 luglio 1974 n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386.

Sono abrogati il punto 2 — limitatamente ai Ministeri — nonchè i punti 4 e 6 dell'articolo 14 — secondo comma — del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, nonchè il terzo comma del medesimo articolo 14.

Il quarto comma dell'articolo 5 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, numero 386, è sostituito dal seguente:

« La somma stabilita in base al precedente comma è prelevata da detto conto corrente di tesoreria e versata all'entrata del bilancio dello Stato ».

A decorrere dal 1° gennaio 1976 l'entità dell'apporto integrativo dello Stato al fondo nazionale dell'assistenza ospedaliera già stabilita dal soppresso punto 6 dell'articolo 14 — secondo comma — del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, è determinata annualmente con la legge di approvazione del bilancio nella misura neces-

saria per coprire la differenza fra l'entità totale del fondo e l'entità delle altre entrate che alimentano il fondo ai sensi del predetto articolo 14, secondo comma.

Con la legge di approvazione del bilancio è altresì determinata l'entità minima globale del fondo, sulla base delle previsioni formulate sull'entità dell'entrate ad esso devolute.

Il riparto del fondo fra le Regioni è effettuato sulla base dell'importo minimo, determinato ai sensi del comma precedente, salvo conguaglio successivo effettuato in base all'accertamento delle eventuali maggiori entrate affluite al fondo medesimo.

Negli anni dal 1976 al 1979 il riparto è effettuato sulla base dei parametri determinati a norma dell'articolo 16 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, numero 386, per una quota del fondo medesimo pari all'80 per cento nel 1976, al 60 per cento nel 1977, al 40 per cento nel 1978, al 20 per cento nel 1989 e, per la restante quota, in base al criterio di cui al comma seguente.

A decorrere dal 1° gennaio 1980 il riparto fra le Regioni del fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera è effettuato in proporzione alla popolazione presente in ciascuna Regione al 31 dicembre dell'anno immediatamente precedente, accertata con apposita rilevazione dell'ISTAT.

A decorrere dal 1976 il riparto fra le Regioni del fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera è effettuato entro il 10 gennaio di ogni anno e le quote attribuite a ciascuna Regione sono versate ad esse in sei rate bimestrali anticipate, entro il giorno 15 del primo mese di ciascun bimestre.

Le somme relative sono accreditate su appositi conti correnti infruttiferi di tesoreria intestati a ciascuna Regione, dai quali questa potrà effettuare prelievi esclusivamente mediante mandati emessi a favore degli Enti ospedalieri, degli Istituti di ricovero e cura e delle Case di cura convenzionate, dei titolari dell'assistenza ospedaliera indiretta e a rimborso, ovvero a favore del tesoriere della Regione per le sole spese, diverse da quel-

le precedentemente indicate, finanziate col fondo per l'assistenza ospedaliera ed iscritte nel bilancio regionale ai sensi delle leggi regionali di attuazione del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386.

Art. 11.

A decorrere dal 1° gennaio 1976 le Regioni esercitano funzioni di programmazione, indirizzo, promozione, coordinamento e controllo in materia di assistenza psichiatrica, provvedendo in particolare a programmare il deconcentramento territoriale dell'assistenza psichiatrica ospedaliera ed extra ospedaliera, ivi compresi i servizi di igiene mentale, integrandola con gli altri servizi sanitari e sociali, secondo le esigenze del rispettivo territorio.

I compiti in materia di assistenza psichiatrica delle Province e dello Stato, sono trasferiti dalla stessa data alle Regioni a statuto ordinario e speciale con tutte le modalità previste dal decreto-legge 8 luglio 1974, numero 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386.

Le convenzioni di cui all'articolo 18, primo comma, del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, sono previste in via prioritaria con gli esistenti ospedali psichiatrici dipendenti da enti pubblici.

Art. 12.

Sino alla data di entrata in vigore della riforma sanitaria le Regioni, con riferimento all'articolo 118, terzo comma, della Costituzione, delegano alle Province la gestione dei servizi di assistenza psichiatrica con le connesse funzioni amministrative. La Regione può altresì delegare a consorzi comprensoriali di Enti locali per i servizi sociali e sanitari la gestione di servizi di assistenza psichiatrica extra ospedaliera e di servizi ospedalieri decentrati.

Art. 13.

Ferma restando la natura degli ospedali psichiatrici prevista dal vigente ordinamento, per la trasformazione degli ospedali psichiatrici esistenti, le Province e gli altri enti devono attenersi alle indicazioni del piano regionale ospedaliero di cui all'articolo 29 della legge 12 febbraio 1968, n. 132.

In mancanza del piano è necessario la preventiva autorizzazione della Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare competente.

È vietata l'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 nonché 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. 14.

Le Regioni provvedono agli oneri derivanti dall'applicazione della presente legge mediante il fondo regionale per l'assistenza ospedaliera, che è incrementato dall'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.

Anche ai fini degli oneri derivanti dall'applicazione del quarto comma del precedente articolo 13 il Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera è incrementato delle somme, destinate in via diretta o strumentale all'assistenza psichiatrica, iscritte negli stati di previsione della spesa dei Ministeri, con particolare riguardo agli stanziamenti indicati dalla legge 18 marzo 1968, n. 431, e successive modifiche ed integrazioni.