

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **MACCARRONE, CASSESE, MINELLA MOLINARI** Angiola, **SCOTTI, SIMONUCCI, TOMASUCCI, ZANARDI, BERTOLI, BITOSS, BOCCASSI, BRAMBILLA, CIPOLLA, D'ANGELOSANTE, FABIANI, FIORE, FRANCAVILLA, GIANQUINTO, GIGLIOTTI, MONTAGNANI MARELLI, ORLANDI, PERNA, PIRASTU, SALATI e VACCHETTA**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 12 NOVEMBRE 1965

Attuazione dell'articolo 32 della Costituzione
e istituzione del Servizio sanitario nazionale

ONOREVOLI SENATORI. — Se guardiamo al progresso sanitario compiuto negli ultimi 50 anni, notiamo che esso supera per il ritmo ed i risultati raggiunti, quanto era stato possibile conseguire nei cinquemila e più anni precedenti, fin dalla comparsa delle prime civiltà sulla terra. Nel breve volgere di due generazioni, la durata media della vita è raddoppiata, pestilenze e flagelli sono stati eliminati o circoscritti, nè passa giorno senza che milioni di uomini, prima indifesi di fronte alle malattie, possano essere riportati alla vita e al lavoro produttivo. Se guardiamo alle cause molteplici del progresso sanitario, due fattori concomitanti balzano in primo piano: le scoperte della scienza medica, che hanno consentito di conoscere cause e rimedi di molte malattie, ed il moto di emancipazione di classi e popoli nuovi, che ha consentito di « socializzare » queste scoperte, di porle a disposizione dell'umanità. Dall'incontro di queste due forze sono nati i moderni sistemi di protezione sociale della salute.

Si ha però la diffusa impressione che il ritmo del progresso sanitario vada rallentando, che nuove cause morbose incontrollate si vadano diffondendo, che non si riesca ad affrontare — con il necessario slancio e concentrazione degli sforzi, anche su scala internazionale — i nuovi problemi che sorgono sia nelle società ad alto sviluppo industriale, sia nei Paesi del « terzo mondo ».

Per il Paese più industrializzato — gli USA — ricordiamo l'allarmato messaggio di Johnson sull'assistenza sanitaria (1), rivolto al Congresso il 1° gennaio 1965: « Nonostante quello che è stato fatto, non possiamo indulgere al compiacimento di fronte ai seguenti fatti:

quarantotto milioni degli americani attualmente viventi rimarranno vittime del cancro;

circa quindici milioni di persone soffrono di malattie cardiache, e queste, insieme con le malattie vascolari, sono causa

di oltre il 50 per cento dei decessi che si verificano ogni anno negli Stati Uniti;

dodici milioni di persone soffrono di artrite e reumatismo e dieci milioni sono afflitti da disturbi neurologici;

cinque milioni e mezzo di americani sono dei ritardati mentali, e il loro numero aumenta ogni anno di 126.000 nuovi casi ».

Per i Paesi in via di sviluppo, si accentua lo squilibrio fra l'accrescimento medio della produzione alimentare (1 per cento annuo) e l'incremento demografico (circa il doppio), fra tutti i problemi emerge drammaticamente quello della fame, e la scienza viene posta sotto accusa: la medicina, per aver consentito a troppi uomini di sopravvivere, altre scienze perchè non consentirebbero un balzo produttivo immediato. Si ignora che secondo i procedimenti tecnici già sperimentati, senza contare cioè le nuove acquisizioni, « le stime che fissano intorno al 50 per cento l'ordine di grandezza immediatamente realizzabile nella produzione agricola dei Paesi in via di sviluppo appaiono come perfettamente fondate » (2), che non si può quindi imputare alla scienza ciò che è ritardo politico-sociale, che la scienza stessa progredirebbe con ritmo ben più rapido, in direzioni ben più fruttuose, se la liberazione delle forze produttive e la collaborazione internazionale non fossero impedita da tensioni e compressioni estrinseche.

L'Italia ha visto negli ultimi venti anni, per successive conquiste delle categorie lavoratrici più che per preordinato sviluppo, una rilevante estensione quantitativa della assistenza per malattia. Lo stato di salute della popolazione è però largamente insoddisfacente, ed è caratterizzato dal contemporaneo manifestarsi delle malattie tipiche delle zone più sviluppate e di quelle più arretrate. Le prime non sono inevitabili « malattie del progresso » (3), bensì frutto delle distorsioni del progresso, del prevalere delle leggi del profitto sulle esigenze dell'uomo: il fenomeno più esteso e più tipico in questo campo sono gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, che hanno superato un milione e mezzo di casi accertati

all'anno; difficilmente calcolabili, ma anche più gravi, sono i danni prodotti dagli inquinamenti atmosferici, dalle radiazioni ionizzanti, dalle frodi alimentari, dall'abuso degli eccitanti e dei farmaci, per non parlare dei danni indiretti provocati da incontrollati fenomeni sociali di ampia portata, quali le migrazioni interne ed esterne, lo sviluppo abnorme e caotico delle città, la degradazione di vaste aree agricole, l'inadeguatezza dei servizi civili e particolarmente dei servizi per l'assistenza all'infanzia ed agli anziani. Accanto alle cosiddette « malattie del progresso », che nelle forme cliniche vengono anche definite « malattie degenerative » e che sono raggruppabili per la maggior parte nei tre grandi settori delle malattie cardiovascolari, dei tumori, delle malattie nervose e mentali, permangono in Italia, quale espressione di vecchi problemi sociali irrisolti, numerose « malattie della miseria », da cause infettive, o da carenze alimentari e assistenziali, malattie che sono perfettamente note nelle loro origini e nelle loro manifestazioni, quasi sempre evitabili con metodi profilattici e terapeutici già sperimentati, ma che minano tuttora la salute di tanta parte della popolazione: dell'infanzia, innanzitutto, ove ancora quaranta neonati su mille (il doppio, rispetto alle Nazioni più progredite) muoiono prima di aver raggiunto un anno di vita.

* * *

La soluzione di problemi di così ampia portata implica un diverso sviluppo della economia, della società nel suo complesso. La politica sanitaria può contribuirvi in misura cospicua. Il modo più evidente è quello di portare l'assistenza a disposizione di tutti, mediante un intervento organizzato dallo Stato: è tipico il fatto che negli USA, ove la ricerca terapeutica è forse la più progredita del mondo, l'ingiustizia sociale priva la maggioranza dei cittadini dei possibili benefici. La *American Medical Association* spende ogni anno milioni di dollari per finanziare campagne giornalistiche contro la « medicina socializzata », e nel frattempo — citiamo ancora il messaggio di Johnson

— « i ragazzi delle famiglie con reddito inferiore ai 2.000 dollari possono fruire di un numero di visite mediche pari solo alla metà di quello di cui fruiscono i ragazzi delle famiglie con reddito superiore ai 7.000 dollari », e « circa la metà delle persone anziane non beneficiano di alcuna assicurazione sanitaria ».

Questo è il motivo che ha spinto Paesi scientificamente meno dotati, ma socialmente più progrediti, ad estendere i sistemi di assicurazione contro le malattie, oppure ad affidare direttamente allo Stato compiti di tutela della salute. Le prime, le più positive esperienze sono state compiute dall'URSS e dagli altri Paesi socialisti, malgrado l'arretrato punto di partenza e le perduranti difficoltà. Più tormentati, e ancora non assestati, sono i sistemi sanitari dei Paesi capitalisti, sia nell'Inghilterra, dove è stato introdotto il *National Health Service*, sia nella Francia, nel Belgio, in Italia, dove prevalgono i sistemi assicurativi obbligatori.

In Italia, ove l'estensione dell'assistenza sanitaria è sempre avvenuta sotto la spinta di conquiste sindacali, ed è sempre mancata da parte delle classi dirigenti ogni volontà di riforma, sono in vigore norme spezzate e complicate, carenze assai ampie di attrezzature e di servizi che suscitano profondo malcontento tra i lavoratori. Numerose categorie hanno diritto ad un'assistenza incompleta, vi sono differenze tra agricoltura e industria, ed il medio ceto ha Mutue che forniscono solo una parte delle cure. La pluralità e la dispersione degli Enti, i diversi trattamenti all'interno dello stesso Ente, perfino la suddivisione della malattia in vari sottogruppi (malattia comune, tubercolosi, malattia professionale, eccetera), provocano un'incertezza del diritto di accesso alle cure, oltre che una dispersione di mezzi e di attrezzature. Anche per le indennità economiche dovute ai lavoratori in caso di malattia, vi sono carenze, limiti temporali e monetari, disparità, condizioni contributive difficili da rispettare, tanto che il lavoratore rischia spesso di perdere le indennità quando maggiori si fanno le sue esigenze. Non esiste, più in generale, un « sistema sanitario », bensì una serie di isti-

tuzioni pubbliche e semi-pubbliche prive di collegamenti fra loro: la prevenzione di carattere collettivo è affidata solitamente allo Stato; i ricoveri ospedalieri ad Opere Pie e, per alcune malattie, a grandi Enti previdenziali; le attività ambulatoriali alle Mutue o ai Comuni; le cure domiciliari alle convenzioni con i medici; il pronto soccorso e il trasporto dei malati alla Croce Rossa e ad altre istituzioni similari, e così via. Fra queste repubbliche autonome (o monarchie), alle quali è affidata la salute degli italiani, esistono muraglie cinesi, separazioni talmente nette da divenire spesso ostilità, concorrenza, duplicazione di servizi, separazioni che lasciano per contro scoperti vasti settori dell'assistenza.

Mentre si ha, superficialmente, l'impressione che la costruzione di questo « sistema » sia dovuta al caso, che esso non risponda ad alcuna logica, in realtà l'organizzazione sanitaria risponde più ai fini di conservazione sociale che di tutela della salute, e i diversi istituti sono centri di potere prima ancora che di erogazione dei servizi.

Il fenomeno più evidente è quindi il malcontento, l'insoddisfazione dei lavoratori, di tutti i cittadini, dei sanitari, i quali lamentano che l'estensione quantitativa delle cure si è accompagnata ad un decadimento qualitativo dell'atto sanitario. Il fenomeno più profondo è però la precarietà, l'instabilità dell'equilibrio fra una medicina socializzata male ed una società che rimane capitalistica, che anzi esaspera, nel regime dei monopoli, lo sfruttamento dell'uomo, l'assoggettamento della sua natura, della sua salute, alle esigenze del profitto privato. Il modo più efficace d'intervento della politica sanitaria, per mutare la « condizione umana », non è quindi soltanto quello di estendere a tutti i cittadini le cure, quanto quello di individuare, segnalare e correggere nei rapporti fra individuo e ambiente tutte le situazioni incongrue allo sviluppo psico-fisico dell'individuo, del lavoratore innanzi tutto. La prevenzione delle malattie, che tutti riconoscono essere il moderno orientamento della medicina, esce così dai limiti, pur necessari, della diagnosi precoce, dell'individuazione degli stati premorbosi e delle

predisposizioni individuali, e diviene intervento sociale indispensabile sull'ambiente, che non può essere delegato nè ai singoli professionisti, il cui apporto è peraltro insostituibile, nè ad Enti assicurativi che abbiano con lo Stato e con la società civile un rapporto soltanto indiretto.

Se il primo fine dell'intervento pubblico in materia sanitaria è quello di rendere l'ambiente corrispondente al mantenimento e alla crescita dello stato di salute degli individui, ne consegue che la forma organizzativa più adatta è quella del « Servizio sanitario » collegato agli altri settori di intervento dello Stato; ne deriva che il carattere « nazionale » che si vuol dare al servizio non rappresenta soltanto una qualificazione territoriale, un segno dell'estensione e della capillarità che deve avere il Servizio sanitario, ma è anche un'indispensabile caratterizzazione delle scelte e dei modi d'intervento, che non possono essere presi in prestito (come avviene, e giustamente, con lo scambio dei ritrovati terapeutici) da altri Paesi, ma che devono essere adeguati alla realtà della Nazione ed alle sue peculiari esigenze.

* * *

La proposta di istituire in Italia un Servizio sanitario nazionale, avanzata dalla CGIL già da alcuni anni e dal Partito comunista nel Convegno dell'Eliseo (4), del 1963, si è fatta strada negli ultimi tempi sia nelle coscienze dei lavoratori e dei medici, sia nei documenti politici, compresi alcuni atti di Governo. In particolare, la relazione del CNEL sulla riforma della previdenza sociale (5) afferma l'esigenza che l'assistenza sanitaria sia estesa a tutti i cittadini, ed il Programma di sviluppo economico per il quinquennio 1965-1969 accoglie l'idea di realizzare un Servizio sanitario nazionale (6).

Le condizioni oggettive che rendono questa riforma fra le più mature, e che ne hanno imposto la presenza perfino in un Programma di sviluppo economico il quale, nel suo complesso, si presenta conservatore e arretrato rispetto alle esigenze di trasfor-

mazione della società italiana, sono le seguenti:

lo sviluppo del movimento rivendicativo dei lavoratori dipendenti ed autonomi, e di altri gruppi sociali, che in maniera sempre più esplicita e consapevole tende ad una generale e democratica riforma del sistema sanitario: si possono ricordare in questo quadro le lotte degli operai per la sicurezza nel lavoro, contro gli infortuni e le malattie professionali, per la modifica degli ambienti e dell'organizzazione del lavoro; delle donne e delle loro associazioni per aver riconosciuto e garantito il diritto al lavoro, superando il tradizionale contrasto tra l'attività extradomestica e la maternità, e quindi per la tutela fisica ed economica del periodo di gestazione e di puerperio, per l'istituzione degli asili nido; dei lavoratori agricoli per l'equiparazione dei trattamenti al settore industriale; dei coltivatori diretti, artigiani e commercianti per il miglioramento e il completamento delle prestazioni; dei mutilati e invalidi civili per il diritto alle cure e al recupero, e così via;

la frantumazione delle istituzioni operanti nel campo sanitario non consente la piena utilizzazione nè lo sviluppo delle conoscenze e delle conquiste della medicina, ostacola ogni controllo democratico, avvilisce i sanitari, trasforma l'assistenza sanitaria in uno dei puntelli dell'attuale potere, impedisce la necessaria unitarietà degli interventi nel campo della sanità pubblica;

la spesa sanitaria pubblica supera ormai in Italia, calcolata *pro capite*, quella dei Paesi che hanno i servizi sanitari più completi e più progrediti; ed è noto che l'aumento ingente della spesa non ha peraltro colmato i vuoti dell'assistenza, nè prodotto alcun miglioramento qualitativo delle prestazioni.

Sul piano dell'iniziativa legislativa, il PCI ha proceduto finora presentando progetti di rilevante interesse, limitati tuttavia nell'argomento: produzione dei farmaci; riforma ospedaliera; tutela della maternità e infanzia; assistenza psichiatrica. Ora, non si può più procedere soltanto per riforme parziali, ma occorre impegnare l'attività del

Parlamento, le forze politiche e sociali, ad una riforma globale. Non si può soltanto attendere l'iniziativa del Governo, sia perchè il contenuto concreto del Servizio sanitario nazionale da esso proposto è largamente insoddisfacente (come si vedrà nella successiva analisi), sia perchè il Governo di centro-sinistra, insistendo in modo esasperato sulla « gradualità » delle riforme ed opponendosi di fatto a proposte anche parziali di modifica degli ordinamenti vigenti, mostra di voler evitare o ritardare, oltre ogni limite consentito dall'urgenza del problema, il rapido passaggio dal caotico, antidemocratico ed inefficiente ordinamento delle assicurazioni sociali ad un sistema unitario di tutela generalizzata della salute dei cittadini. Senza l'iniziativa parlamentare che dia uno sbocco positivo alle aspettative, ai movimenti presenti nel Paese, prevarranno ritardi senza fine; prevarrà la tendenza, già in atto, ad impedire ogni piccolo miglioramento, ogni accoglimento di rivendicazioni di categoria, « nell'attesa di una riforma »; prevarrà, nella riforma stessa, il momento centralizzatore e burocratico su quello liberatore delle energie scientifiche e professionali e delle potenzialità democratiche del Servizio sanitario nazionale.

Il nostro progetto, che cerca di presentare in modo organico le finalità e gli ordinamenti del Servizio sanitario nazionale, accoglie anche gli elementi essenziali dei diversi progetti già presentati in Parlamento; tali progetti vengono mantenuti, e di essi singolarmente ne viene richiesta e sollecitata l'approvazione, poichè essi continuano a rappresentare le tappe valide e necessarie di quella più generale riforma sanitaria che con il disegno di legge che ora abbiamo l'onore di presentare, viene interamente e organicamente definita in un disegno di carattere generale.

* * *

Prima di passare alla presentazione delle varie parti del nostro disegno di legge, è necessario fare qualche cenno sul carattere di esso.

Il disegno di legge si presenta fondamentalmente, tranne in alcune parti ove si è ritenuto necessario precisare certe disposizioni anche nei particolari, come una leggequadro per l'attuazione dell'articolo 32 della Costituzione: « La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti ». Esso tende ad attuare anche i principi contenuti in altri articoli della Costituzione: l'articolo 117, secondo il quale « La Regione emana per le seguenti materie norme legislative nei limiti dei principi stabiliti dalle leggi dello Stato, sempre che le norme stesse non siano in contrasto con l'interesse nazionale e con quello di altre Regioni: ordinamento degli uffici e degli enti amministrativi dipendenti dalla Regione ... (omissis) ... beneficenza pubblica e assistenza sanitaria e ospedaliera »; e l'articolo 39, secondo il quale « L'organizzazione sindacale è libera » ed i sindacati « possono, rappresentati unitariamente in proporzione dei loro iscritti, stipulare contratti collettivi di lavoro con efficacia obbligatoria per tutti gli appartenenti alle categorie alle quali il contratto si riferisce ». Molto viene quindi lasciato, nella Costituzione, all'iniziativa legislativa delle Regioni ed alla libera contrattazione sindacale.

Non solo per formale ossequio alla Costituzione, ma per le esigenze proprie della sanità, dell'articolazione democratica del Servizio, del suo adeguamento alle diverse situazioni regionali, per l'utilità che i rapporti con i sanitari non siano regolati — come finora è accaduto — dall'alto, ma siano invece costruiti sulla base di un accordo fra le parti, il presente disegno di legge tende a rompere la tradizione secondo cui, emanata una legge, era il Governo a provvedere alla regolamentazione, fuori di ogni controllo democratico. In alcuni casi, la regolamentazione governativa è necessaria, ed allora se ne prevedono gli indirizzi ed i limiti; ma quasi sempre, si affida alle Regioni (e nel quadro delle leggi regionali, alle Provincie ed ai Comuni) ed agli accordi sindacali la precisazione e la strumentazione degli interventi.

I. — *Scopi e finalità del disegno di legge.*

Nel primo articolo, viene usata la dizione « tutela della salute e assistenza sanitaria », per specificare che i servizi di diagnosi e di terapia costituiscono solo una parte, anche se rilevante, dei compiti del Servizio sanitario nazionale; il secondo articolo pone infatti al primo posto l'esigenza di « rendere l'ambiente corrispondente alle esigenze del mantenimento della salute fisica e psichica, di aumentare le difese dei singoli soggetti e accrescerne e migliorarne lo stato di salute », e gli articoli successivi sottolineano i settori d'intervento principali (ma non esclusivi); le fabbriche e gli altri luoghi di lavoro, la tutela della maternità e dell'infanzia, la medicina scolastica.

La dizione « assicurare a tutti i cittadini » supera il concetto, tuttora difeso, di assistenza ai bisognosi, nega che lo Stato si debba limitare, come chiede la Federazione nazionale degli Ordini dei medici (7), a « garantire a tutti i cittadini che ne abbiano bisogno la copertura integrale dei rischi inerenti all'assistenza sanitaria ». Proprio perchè si parte dal superamento dello « Stato assistenziale » per raggiungere uno « Stato di diritto », proprio perchè non si tratta soltanto di coprire dei rischi ma di tendere ad eliminarli, l'azione non può che essere rivolta alla collettività, ed a tutti i singoli. La critica, della stessa fonte, che si voglia con ciò pretendere « di erogare obbligatoriamente l'assistenza integrale, investendo quindi indiscriminatamente tutte le categorie di cittadini e costringendo così anche coloro che possono provvedervi con i propri mezzi ad usufruire dei servizi collettivi », non è valida, perchè l'unico obbligo previsto per coloro che « possono provvedere con i propri mezzi » all'assistenza è quello di contribuire, in proporzione alle rispettive capacità, al finanziamento del Servizio sanitario nazionale; e cioè un obbligo di solidarietà, al quale non ci si può sottrarre, si voglia o meno usufruire dei servizi che lo Stato pone a disposizione di tutti i cittadini.

Una scelta precisa viene compiuta nell'articolo 3, ove si propone che alla tutela della salute ed all'assistenza sanitaria provvedano: il Ministero della sanità, le Regioni, le Provincie, i Comuni, i Consorzi sanitari intercomunali. È la stessa indicazione contenuta nei primi progetti del Ministero del bilancio, nei quali si parlava di un Servizio sanitario « diretto dallo Stato attraverso il Ministero della sanità, le Regioni, le Provincie, i Comuni », così modificati dal Consiglio dei ministri: « un Servizio sanitario articolato a livello comunale, provinciale e regionale », e basato su « organi dell'amministrazione sanitaria, provinciali e regionali, direttamente dipendenti dal Ministero della sanità ». Il Consiglio dei ministri ha inoltre soppresso un paragrafo del testo, nel quale era precisato che il Servizio sanitario « riassumerà tutte le attività sanitarie attualmente esplicate dagli Enti previdenziali », ed ha inserito come scopo del programma economico quinquennale « la fusione, da attuarsi gradualmente, degli istituti mutualistici ed enti pubblici ». Il Ministro della sanità senatore Mariotti, ha precisato che si vuole « avviare il processo di graduale unificazione della miriade di enti mutualistici esistenti fino a giungere ad un solo, o al massimo due enti ». Al Servizio sanitario resterebbe quindi un compito di puro coordinamento, attuato da organi centralizzati alle dipendenze del Ministero della sanità.

Sono due linee opposte, è evidente: una tende a mantenere in piedi, illudendosi di poterla semplificare mediante la graduale unificazione, la struttura mutualistica, e tende a far nascere le Regioni, quando nasceranno, prive dei necessari poteri, ipotecate da organismi centralizzati perfino nei compiti che la Costituzione affida loro come responsabilità primaria. L'altra linea — sostenuta dal presente disegno di legge — insiste sul ruolo delle Regioni, prevede, ovviamente, una direzione centrale del Ministero, ma demanda le responsabilità dell'attuazione dei servizi agli organi dell'autogoverno locale.

II. — *Diritti del cittadino e del lavoratore in materia di tutela della salute e di assistenza sanitaria*

Per rendere concreto il diritto alla salute lo Stato (articolo 4) non si limita a fornire le cure richieste in caso di malattia, ma « si obbliga a intervenire in modo attivo ». Questo intervento (articolo 5) è gratuito: ciò non significa che si voglia tutto concedere dall'alto, senza partecipazione finanziaria, senza attivo interessamento dei soggetti dell'assistenza; al contrario, quando si insiste sul controllo democratico, sul decentramento amministrativo, sull'efficienza tecnica come garanzia dell'efficacia delle prestazioni, si vuole appunto ristabilire questa « partecipazione personale » dei soggetti ad un livello di consapevolezza collettiva, di responsabilità democratica; e quando si propone il finanziamento pubblico, si intende dare pratica attuazione al dettato costituzionale: « La Repubblica ... garantisce cure gratuite agli indigenti » non con avvilenti forme di beneficenza, bensì con un'equa ripartizione degli oneri del servizio, ponendo tutti i cittadini sul medesimo piano nell'accesso al Servizio e istituendo un tributo differenziato dal quale, ovviamente, gli indigenti saranno esclusi. La proposta di una partecipazione parziale diretta dei soggetti alla spesa per singole prestazioni diagnostico-terapeutiche (soprattutto all'acquisto dei farmaci) è stata considerata inopportuna, perchè il dominio dei monopoli farmaceutici, finchè essi non saranno sottoposti al controllo democratico o la produzione dei farmaci non sarà nazionalizzata, porterebbe al travaso di altre ingenti somme dai redditi di lavoro ai profitti; inattuabile, perchè il reddito assai basso di gran parte dei lavoratori non consentirebbe un'ulteriore spesa e condurrebbe di fatto ad una discriminazione di classe nell'accesso alle prestazioni; inefficace, perchè l'esperienza di altri Paesi mostra che uno o due scellini pagati per ogni ricetta (Inghilterra), oppure il *ticket modérateur*, non hanno portato, globalmente, ad un calo delle prestazioni farmaceutiche.

Fra le diverse prestazioni sanitarie previste dall'articolo 2, l'articolo 6 precisa che le misure d'igiene e medicina preventiva sono affidate all'azione diretta del Servizio, mentre per le attività diagnostico-terapeutiche, il recupero e la riabilitazione, alla forma diretta può essere sostituita, per libera opzione del cittadino, l'assistenza indiretta mediante rimborso. Sempre per le attività diagnostico-terapeutiche, è prevista la possibilità di convenzioni, particolarmente ove le istituzioni del Servizio siano insufficienti: si riconosce cioè, purchè diano garanzie di uguali livelli di trattamento, la funzione integrativa che possono assolvere le attività sanitarie private, comprese le case di cura.

Le certificazioni del Servizio (articolo 7) costituiscono il ponte attraverso il quale si assicura ai lavoratori (non più, in questo caso, a tutti i cittadini) la prosecuzione del guadagno in caso di malattia, ovvero in caso di assenza dal lavoro per misure d'igiene e medicina preventiva.

Nel vastissimo campo delle prestazioni economiche, il progetto si limita ai miglioramenti delle indennità per inabilità temporanea, senza affrontare il vasto campo dell'inabilità permanente (in questo modo, il progetto rimane incentrato sulla tutela della salute). Per i lavoratori dipendenti, vengono abolite le attuali « carenze » (i tre giorni di franchigia, durante i quali il lavoratore non percepisce indennità), e viene riaffermato il carattere « privilegiato », sia per la decorrenza che per la misura dell'indennità, sia soprattutto per la garanzia della prosecuzione dell'indennità qualora il lavoratore non possa essere adibito ad attività confacenti alle sue attitudini, capacità professionali e stato di salute, delle tutele economiche e delle garanzie per gli infortuni o malattie del lavoro, rispetto alle malattie comuni. Per i lavoratori autonomi, si prevede l'istituzione di un'indennità per malattia, in misura dell'80 per cento del reddito di lavoro effettivo o convenzionale. Per le donne in stato di gestazione e di puerperio, il progetto definisce i criteri nuovi ai quali dovranno ispirarsi le future regolamentazioni: si parte dalla considerazione che il valore sociale della maternità non

può trovare soddisfazione nella sola tutela della madre-lavoratrice, ma che invece va accolta la ben più ampia esigenza di garantire una completa tutela alla maternità e alla prima infanzia, superando ogni antagonismo fra i due diritti inscindibili per ogni donna, di essere madre e lavoratrice, e respingendo le pesanti differenziazioni che le leggi in vigore stabiliscono in base alla condizione sociale e allo stato civile delle madri e dei loro figli; su questa base si propone: indennità non inferiore a quella dovuta per malattia; eventuale anticipazione del periodo di assenza dal lavoro, garanzie per la ripresa, dopo il parto, della precedente mansione e conservazione del trattamento economico e della qualifica; eventuale astensione facoltativa dal lavoro durante la prima infanzia del bambino; indennità economica per gestazione e puerperio anche alle lavoratrici autonome.

III. — *Ordinamento del Servizio sanitario nazionale*

Nell'ordinamento del Servizio si intrecciano, ad ogni livello, le autorità di sanità pubblica, le quali sono politicamente responsabili di fronte alla collettività (il Ministro della sanità dinanzi al Parlamento, i Presidenti della Regione, della Provincia ed i Sindaci dinanzi ai Consigli regionali, provinciali e comunali) con le direzioni sanitarie dei servizi, affidate ovunque ai medici.

Al Ministero della sanità sono demandati essenzialmente compiti di direzione, sorveglianza e coordinamento, principalmente al fine di impedire che il decentramento si traduca in inefficienza, in accentuazione degli squilibri territoriali, al fine, anzi, di stimolare e garantire l'uniformità del livello di tutela igienico-sanitaria in tutto il Paese. Il Ministero provvede direttamente ai collegamenti internazionali (sia come difesa da agenti nocivi provenienti dall'estero, sia soprattutto come rafforzamento dell'azione sanitaria in rapporto con le esperienze positive degli altri Paesi), ed alla creazione e gestione di istituzioni di rilevante interesse nazionale. Fra queste, la principale è indub-

biamente l'Istituto superiore di sanità, strumento di ricerca scientifica e di controllo pubblico, di formazione e di aggiornamento dei quadri della sanità, che dovrà essere potenziato, democratizzato, snellito nel suo funzionamento.

Alle Regioni viene affidato il potere normativo, nell'ambito delle leggi dello Stato, ed il compito fondamentale di elaborare il « Piano regolatore generale dei servizi sanitari della Regione », che potrà avere efficacia solo se sarà coordinato con il programma di sviluppo economico e sociale della Regione stessa, se cioè tutta la programmazione, e non solo quella sanitaria, potrà avere nella Regione uno dei suoi pilastri.

Alle Provincie ed ai Comuni, tranne che per la gestione di istituzioni di rilevante interesse regionale, è delegata l'organizzazione ed il controllo dei servizi. Non si tratta di funzioni meramente esecutive, in quanto Provincie e Comuni partecipano preliminarmente alla formazione del Piano regolatore sanitario della Regione, ed al suo aggiornamento. Non è prevista una netta distinzione di compiti fra Provincia e Comune, se non nel senso che la Provincia regolamenta e gestisce gli ospedali specializzati (compresi quelli di psichiatria, tisiatria e ortopedia); per gli altri servizi, si vuole tendere al massimo decentramento verso i Comuni e verso i Consorzi sanitari intercomunali, costituiti ove le ridotte dimensioni dei Comuni non consentano l'economicità della gestione. La Provincia, tuttavia, provvederà direttamente, in via temporanea, ai compiti affidati ai Comuni ed ai Consorzi sanitari intercomunali, quando ciò risulti necessario per garantire che il Servizio sanitario sia efficiente su tutto il territorio ed i cittadini possano usufruire ovunque della migliore assistenza.

Gli organismi essenziali per assicurare su base unitaria, nel territorio, la direzione dei servizi sanitari, sono le Circostrizioni (Unità sanitarie locali). A queste fanno capo (articolo 23) tutti i servizi, compreso l'ospedale circostrizionale. Non si è ritenuto di accogliere la concezione dell'Unità sanitaria locale « con funzioni eminentemente preventive, di medicina sociale e di educazione sa-

nitaria », di cui si parla nel Programma di sviluppo economico 1965-1969 (Piano Pie-raccini), nè la limitazione dei loro compiti « solo ai fini del coordinamento delle attività igienico-profilattiche, attualmente affidate a diversi organi della pubblica Amministrazione », come si pronuncia il documento della Federazione nazionale degli Ordini dei medici presentato al CNEL. Si è voluto insistere, invece, sul concetto unitario dell'intervento sanitario, sul raccordo costante fra prevenzione, cura e recupero, sul coordinamento in un solo organismo di servizi che possono essere differenziati e articolati, ma che debbono tendere ad un fine comune.

Come organismi capillari del Servizio, che possono essere affidati sia a personale in organico, sia a medici convenzionati, si prevedono per le prestazioni diagnostico-terapeutiche unità di base, affidate a medici con mansioni di curante. Si vuole con ciò ribadire il concetto che « il medico del futuro, almeno a livello dei primi contatti con la popolazione, è allo stesso tempo medico e igienista » (8). È ovvio che, sia nella formazione delle unità di base, sia nella costituzione delle Circostrizioni (Unità sanitarie locali), avranno una funzione preminente le istituzioni esistenti, che dovranno essere opportunamente trasformate: le condotte mediche, i poliambulatori mutualistici, gli uffici sanitari comunali.

IV. — *Consiglio nazionale. Comitati regionali, provinciali e comunali di sanità*

Mentre attualmente esiste soltanto un Consiglio superiore e Consigli provinciali di sanità, con compiti limitati a causa della preminenza di enti parastatali (mutue) nell'attività sanitaria, con prevalente struttura burocratica a causa della nomina dall'alto della maggior parte dei componenti, il disegno di legge per il Servizio sanitario nazionale prevede ad ogni livello, anche comunale e consortile, un Consiglio di sanità. Questo avrà non solo funzioni consultive, ma anche capacità di iniziativa e di controllo effettivo, e rappresenterà un punto di incontro tecni-

co-politico fra gli amministratori, i rappresentanti sindacali, gli esperti, i dirigenti dei servizi.

In questo modo, la responsabilità politica primaria delle assemblee elettive viene completata e resa efficace da organismi in cui le istanze della collettività e le esperienze degli specialisti possano saldarsi, senza che prevalgano motivazioni politiche prive del necessario supporto tecnico, senza che le scelte proposte dai tecnici siano avulse dal contesto economico-sociale nel quale dovranno trovare attuazione. La composizione mista del Consiglio nazionale e dei Consigli regionali, provinciali e comunali di sanità, nonchè la rappresentatività o la elettività di quasi tutti i loro componenti, tendono ad assicurare la massima circolazione di idee, la rispondenza di tali organi non già ad interessi particolari, ma alla volontà delle categorie rappresentate, degli organismi periferici, degli esperti.

V. — *Produzione, ricerca scientifica e distribuzione dei farmaci*

Nel campo della produzione, viene ripresa la proposta contenuta, con maggiori particolari, nel disegno di legge Montagnani-Marelli, Maccarrone ed altri (Senato, n. 345) tendente a riservare allo Stato la produzione dei farmaci di preminente interesse sociale, nonchè la produzione delle relative materie di base. Per confermare l'attualità della proposta, valgono i risultati dei lavori della Commissione parlamentare *anti-trust*, e valgono i dati più recenti sulla trasformazione della industria farmaceutica e sul mercato.

Nell'ultimo anno, le aziende estere o controllate da capitale estero hanno raggiunto il 65 per cento del fatturato nazionale (71 per cento per gli antibiotici, 68 per cento per gli ormoni estrattivi e di sintesi, 58 per cento per le vitamine, 62 per cento per i sulfamidici, eccetera). Il fatturato viene costituito in parte sempre maggiore da spese pubbliche, coperte dagli enti mutualistici: la somma spesa soltanto dall'INAM è passata (9) da 9.855 milioni nel 1950 a 40.260

milioni nel 1956, a 167.806 milioni nel 1963, ad oltre 200.000 milioni nel 1964, ad oltre 213 miliardi (previsione) nel 1965. Sulla massa contributiva, relativa alla gestione malattia, l'incidenza della spesa farmaceutica ha gravato per il 16,8 per cento nel 1950, per il 23,8 per cento nel 1956, per il 34,7 per cento nel 1963. Questo sviluppo è dovuto sia all'aumento del costo medio per ogni prescrizione farmaceutica, sia, in maggior misura, all'aumento del numero delle ricette per ogni assistito, fenomeno, questo ultimo, solo in parte giustificato da esigenze terapeutiche, imposto invece molto spesso, come una tipica e pericolosa distorsione dei consumi, da una massiccia propaganda rivolta (e resa possibile proprio dagli elevati margini di profitto) verso i medici come verso gli assistiti. In questo modo si è teso a ridurre la funzione del medico a quella di mediatore fra l'industria privata ed il consumatore, e si è provocata, oltre al danno economico a carico degli istituti mutualistici, la comparsa di numerose malattie da eccessivo o distorto uso dei farmaci.

D'altra parte la produzione privata dei farmaci di largo consumo si rivela, anche negli altri Paesi, incompatibile con l'assunzione, da parte dello Stato, della responsabilità della tutela della salute. La relazione presentata alla Commissione d'inchiesta sui limiti alla concorrenza (10) rileva che in questi Paesi « l'aver lasciato l'industria farmaceutica al di fuori del sistema ha portato ad un'involuzione dell'assistenza farmaceutica, ed ha visto trasformarsi il meccanismo del contributo dell'assistito — all'inizio puramente simbolico ed ai soli fini moderatori della domanda — alla spesa farmaceutica, in un vero e proprio prelievo fiscale che ha reinstaurato così la spirale prezzi-domanda, aggravando notevolmente il bilancio del Servizio stesso. È ora diffusa convinzione negli ambienti britannici che hanno promosso e sostenuto la creazione del *National Health Service*, che senza un controllo diretto ed integrale dell'industria farmacogenica il sistema in atto sarà sempre incompleto ed il relativo bilancio vieppiù deficitario ». Se quindi l'esigenza della pro-

duzione statale esisteva, in Italia, nel regime mutualistico, essa si fa più pressante quando si propone il passaggio al Servizio sanitario nazionale, cioè da un mercato in maggioranza pubblico ad un mercato preminentemente pubblico.

Nel programma quinquennale di sviluppo economico 1965-1969 vi è un capovolgimento delle posizioni affermate nel Programma precedente, nel cosiddetto « Piano Giolitti », nel quale si accoglieva l'idea della produzione statale dei farmaci di largo consumo; ora, invece, si abbandona questa linea e si fa perno sull'introduzione del brevetto, da tempo sollecitato dalle maggiori imprese industriali, per favorire la concentrazione delle aziende e, si dice, per favorire la ricerca privata. In realtà, con l'avvenuto acquisto delle principali aziende farmaceutiche italiane da parte del capitale straniero, con la linea suggerita nel campo della ricerca dal ministro Arnaudi al Senato (« è più conveniente, ai fini produttivi, acquistare brevetti all'estero che non stimolare le ricerche in Italia »), si tende a risolvere il precario equilibrio creato dalla frantumazione non già, come sarebbe necessario, ponendo in primo piano l'interesse collettivo, bensì ponendo la sanità pubblica, e il suo costo, alla mercè dei gruppi finanziari stranieri, spegnendo i pochi centri di ricerca esistenti, riducendo gli istituti scientifici dello Stato a funzioni secondarie e subalterne. La produzione statale potrebbe, al contrario, utilizzare ampiamente le forze dei ricercatori che già operano nell'Istituto superiore di sanità, nelle Università e in altri istituti, e creare nuovi incentivi per lo sviluppo di ricerche che possono trovare utile applicazione.

Per la distribuzione dei farmaci, si parte dal principio di una coesistenza di esercizi privati con esercizi pubblici, di un collegamento fra la pianta organica delle farmacie e l'insieme dei servizi sanitari (nell'ambito del piano regolatore generale dei servizi sanitari della Regione), dei contributi ai farmacisti residenti in zone disagiate al fine di consentire una presenza capillare dei punti di distribuzione. Si riaffermano, in sostan-

za, i principi esposti in modo particolareggiato nel progetto di legge Messinetti ed altri (11).

VI. — Ospedali e assistenza ospedaliera

Il problema ospedaliero è assai noto nel suo aspetto quantitativo: particolarmente nel Mezzogiorno, vi è una carenza assoluta di posti-letto; nella maggioranza delle Regioni, tuttavia, la carenza è soltanto relativa. Il numero dei letti è cioè pari, talvolta superiore, agli *standards* dell'Organizzazione mondiale della Sanità, ma gli ospedali risultano ugualmente sovraffollati, i ricoveri sono spesso intempestivi, tardivi, le cure ed il trattamento umano dei pazienti sono oggetto di continue lamentele. Recentemente sono stati stanziati dei fondi per costruire nuovi ospedali, particolarmente nel Mezzogiorno, cioè per sopperire alle carenze assolute, non a quelle relative, le quali sono dovute a tre ordini di motivi:

a) al fatto che la dislocazione degli ospedali si è attuata in base ad esigenze particolari, alla presenza di interessi privati, prevalentemente caritativi nel passato e clientelari oggi;

b) al fatto che la gestione degli ospedali, basata sulle vecchie leggi, è ancorata al concetto di autonomia dei singoli istituti;

c) al distacco che esiste, nella pratica e nelle leggi, fra l'assistenza domiciliare ed ambulatoriale (affidata essenzialmente alle mutue) e quella ospedaliera.

Per questi motivi, non è consentito agli Enti locali di programmare e gestire in modo unitario i servizi sanitari della regione; cresce in modo abnorme la tendenza alla specializzazione, ed anche ove esiste una rete di istituti che sarebbe sufficiente al fabbisogno normale, questa viene sommersa da una richiesta di ricoveri non giustificata se non da manchevolezze dei servizi extra-murali; aumenta il costo e la durata delle degenze, in quanto manca ogni legame con il filtro diagnostico dell'assistenza esterna; il malato, una volta dimesso, viene abbandonato a se stesso, nè si può svolgere una

opera di recupero: spesso, quindi, si hanno ricadute, e nuovi, costosi ricoveri.

Se quindi ci si limitasse alla costruzione di nuovi ospedali, senza programmare la costruzione in base alle esigenze di un ampio territorio (la Regione), senza soprattutto modificare contemporaneamente le leggi e gli ordinamenti, non si otterrebbe altro che accrescere lo spreco di pubblico denaro, la già grave dispersione di mezzi nel campo della sanità. Mentre per il calcolo del fabbisogno quantitativo, e per il riconoscimento del principio che « il problema dell'ubicazione dei diversi tipi di unità ospedaliere sarà affrontato dai singoli piani regionali sulla base delle caratteristiche socio-economiche e geografiche delle singole regioni » il Programma di sviluppo economico per il quinquennio 1965-1969 prospetta orientamenti positivi, permane ancora nelle dichiarazioni governative un indirizzo equivoco sul problema centrale: quale istituto è l'ospedale? Chi lo deve gestire? Nel quadro di quale ordinamento sanitario generale?

Il Ministro della sanità, senatore Mariotti, ha dichiarato che è in preparazione una legge governativa tendente (12) « nel rispetto dell'autonomia giuridica ed amministrativa degli ospedali, ad inserire in queste strutture espressioni democratiche degli Enti autarchici (Comuni, Provincie e domani le Regioni) ». Rispetto agli statuti medioevali che ancora reggono tante « Opere Pie » ospedaliere, questa formulazione sembrerebbe rappresentare un certo progresso. Le moderne esigenze richiedono tuttavia che si vada ben oltre l'inserimento di rappresentanze democratiche nelle vecchie strutture, come suggerisce il Ministro e lo schema del disegno di legge, di cui si conosce il testo, peraltro non ancora approvato dal Consiglio dei ministri, contiene principi più organici e più accettabili di quelli esposti dal senatore Mariotti o di quelli contenuti nella relazione, presentata dal professore A. M. Dogliotti a conclusione dei lavori della Commissione ministeriale per lo studio della riforma ospedaliera (13).

In esso è accolto il principio che l'ospedale deve essere un ente pubblico e che le amministrazioni ospedaliere debbono essere

rette da consigli interamente nominati dagli Enti locali e responsabili dinnanzi ai cittadini.

Viene riconosciuta l'esigenza di un ampio decentramento istituzionale e viene affidata alla Regione la tutela fondamentale sulla amministrazione ospedaliera; viene dato rilievo alla politica della programmazione e della divisione dei compiti, su base territoriale, dell'attività ospedaliera, conferendo anche per questo aspetto, ampi poteri alla Regione — come del resto è richiesto dalla nostra Costituzione (articolo 117) e riproponendo in tal modo la esigenza non più differibile dell'attuazione dell'ordinamento regionale in tutto il paese —. Viene accolto il principio della organizzazione interna della vita ospedaliera sulla base di un corpo di sanitari, impegnati a tempo pieno, esclusivamente dediti alla vita dell'ospedale chiamati a partecipare alla direzione sanitaria dello ospedale a mezzo di un consiglio sanitario, eletto democraticamente da tutti i medici (primari, aiuti, assistenti). Viene infine stabilito il coordinamento, attorno all'ospedale, di tutte le attività e i presidi ambulatoriali di un determinato territorio, prescindendo dai soggetti tenuti al pagamento dell'assistenza sanitaria.

La formulazione di questo disegno di legge del Ministero della sanità su i cui difetti, contraddizioni, manchevolezze ed erronee formulazioni non è qui il caso di soffermarci, rappresenta, tuttavia, l'implicito riconoscimento della illusorietà, più volte da noi denunciata, che un parziale inserimento degli Enti locali nelle amministrazioni ospedaliere, ponga « automaticamente in moto un processo di graduale trasformazione delle strutture giuridiche e amministrative delle Opere Pie » come ha sostenuto il senatore Mariotti, mentre costituisce una valida conferma di quanto noi abbiamo sempre proposto ed ora concretizziamo nel disegno di legge che presentiamo al Senato.

Il progetto per il Servizio sanitario nazionale prevede infatti che tutti gli istituti pubblici di cura, sia quelli dipendenti da Opere Pie che da Enti mutualistici o da altri enti pubblici di qualsiasi natura, facciano parte del Servizio; siano trasferiti ai Comuni, alle

Province, alle Regioni, sulla base del piano regolatore ospedaliero inserito nel piano generale dei servizi sanitari della Regione; siano amministrati da Consigli di amministrazione nominati dai Consigli locali competenti, e da essi vigilati.

La classificazione degli ospedali viene semplificata, nel senso che vengono previsti due soli tipi di ospedali: quelli specializzati e quelli generali, questi ultimi suddivisi in due categorie: centrali (normalmente situati nel capoluogo di provincia) e circoscrizionali.

Il punto più complesso riguarda il collegamento fra l'ospedale (particolarmente quello circoscrizionale) e gli altri servizi sanitari della zona, soprattutto quelli diagnostico-terapeutici. Sebbene si sia di fronte ad una molteplicità di situazioni (ambulatori inseriti nell'ospedale, e per contro poliambulatori efficienti in zone sprovviste di istituti di ricovero), che richiederanno da parte delle Regioni un'elasticità di comportamento, si è voluto precisare (articolo 51) che esiste nella Circoscrizione (Unità sanitaria locale) una direzione dei servizi diagnostico-terapeutici, compresi quelli ospedalieri, ambulatoriali e domiciliari. Nel quadro di tale direzione unitaria, gli ospedali hanno una propria gestione e direzione sanitaria, ed i servizi extramurali hanno con l'ospedale un collegamento diretto, tecnico-funzionale e non amministrativo nè gerarchico. In tale quadro si ritiene di poter mettere a disposizione dei servizi esterni l'attrezzatura tecnica e l'esperienza (nonchè, se possibile, il personale stesso, in un'intercambiabilità di funzioni) degli ospedali, senza gravare questi con compiti di coordinamento amministrativo, senza agevolare, concentrando ogni direzione nell'ospedale, un'eccessiva tendenza alla spediizzazione, senza ostacolare un ampio e capillare sviluppo dei servizi ambulatoriali e domiciliari. I problemi del personale, come altri aspetti della vita ospedaliera, sono considerati più ampiamente nella proposta di legge apposita, d'iniziativa degli onorevoli Longo, Scarpa ed altri (14), di cui riconfermiamo in questa sede la piena validità e attualità e della quale sollecitiamo l'esame e l'approvazione.

VII. — *Tutela della salute mentale e assistenza psichiatrica*

L'esigenza di una riforma dell'assistenza psichiatrica e degli istituti ad essa preposti è ormai sollecitata da anni, specie da parte di chi si occupa di questo delicato settore, che più di ogni altro risente il danno di concezioni superate sia dal punto di vista medico che sociale; è stata anche oggetto di apposite proposte di legge, presentate nel corso della passata legislatura, ma senza che si avesse una soluzione, sia pure parziale. È noto che l'assistenza psichiatrica è tuttora regolata dall'acranostica legge del 1904, che, riflettendo le scarse possibilità terapeutiche della psichiatria del tempo, aveva come scopo fondamentale il ricovero e la custodia di quei malati che erano considerati « pericolosi a sè e agli altri » e quindi « non potevano essere convenientemente curati fuorchè nei manicomi » e demandava unicamente all'autorità giudiziaria la facoltà delle ammissioni e dimissioni. Tale legge, aggravata dall'articolo 604 del Codice di procedura penale che stabilisce l'obbligo dell'iscrizione nel casellario giudiziario di ogni provvedimento di ricovero, relega ancor oggi le persone affette da disordini mentali, e che abbiano bisogno di cure prolungate, in ospedali « a sbarre » e perpetua l'errato e dannoso concetto della pericolosità e inguaribilità del male. Soltanto il ricovero in costose case di cura — accessibile ai più facoltosi — consente di evitare il marchio di una malattia che, oltre a togliere al malato i diritti civili, determina situazioni dannose ai familiari.

I notevoli progressi compiuti dalla scienza medica, e la preoccupante estensione dei fattori che incidono negativamente sull'equilibrio psichico dei cittadini, esigono una sollecita e completa revisione dei criteri e delle istituzioni preposte alla tutela della salute mentale. Già nel 1953 l'Organizzazione mondiale della sanità, nell'auspicare la riforma delle legislazioni vigenti in materia di psichiatria, raccomandava la soppressione di ogni forma che potesse ricordare il diritto penale, lo sviluppo dei servizi di prevenzio-

ne al fine di ridurre al minimo la spedalizzazione a lunga durata, la volontarietà del ricovero. Avvalendosi anche delle elaborazioni compiute dagli Enti e dalle Associazioni più qualificate, quali la Unione Province d'Italia e la Associazione medici ospedali psichiatrici italiani (UPI e AMOPI), è stato presentato un organico progetto di legge per la tutela della salute mentale e l'assistenza psichiatrica, il cui criterio fondamentale è rappresentato dalla equiparazione del malato mentale al malato affetto da qualsiasi altro tipo di malattia (15). Il malato che soffre di disordini mentali è un malato come gli altri, che può o no guarire a seconda della forma da cui è affetto, e la cui « pericolosità sociale » è analoga a quella di ogni altro cittadino colpito da forma infettiva o contagiosa; la sola differenziazione consiste nell'intervento terapeutico che richiede preparazione ed istituzioni adeguate e particolarmente specializzate. Scompaiono pertanto nel nostro disegno di legge sia il casellario giudiziario che quello sanitario; viene abolito ogni intervento dell'autorità di pubblica sicurezza e giudiziaria che non abbia come scopo la salvaguardia degli interessi del malato; viene superato il concetto di « manicomio » quale istituzione atta a ricoverare i malati pericolosi a sè e agli altri. Si prospetta, in sostanza, una liberalizzazione dell'assistenza psichiatrica ed una riforma delle strutture assistenziali, tale da permettere una azione di prevenzione, cura e recupero, articolata e moderna, nell'ambito delle strutture generali del Servizio sanitario nazionale.

Confermando alla Provincia il compito di provvedere alla istituzione, regolamentazione e gestione dei servizi di igiene mentale e degli ospedali psichiatrici quali ospedali specializzati, si indicano gli obiettivi di prevenzione, cura e recupero da realizzarsi attraverso i servizi psichiatrici per adulti e per soggetti in età evolutiva, organizzati sulla base della Circostrizione (Unità sanitaria locale), e tra i quali assumono particolare rilievo le funzioni di prevenzione verso i lavoratori e la popolazione scolastica.

La descrizione dei servizi e degli istituti di ricovero per adulti e per soggetti in età

evolutiva, le modalità per le ammissioni e le dimissioni, sono ampiamente descritti nell'apposito progetto di legge n. 2185 presentato alla Camera dai deputati (Balconi ed altri); ci limitiamo a segnalare, per gli adulti, la istituzione di centri psichiatrici diurni e notturni, di pensionati post-cura e di laboratori speciali; per i soggetti in età evolutiva, la istituzione di scuole speciali, gli ospedali medico-psico-pedagogici e gli istituti medico-psico-pedagogici.

Nel periodo che precede l'intera assunzione da parte dello Stato dell'onere relativo alla gestione del Servizio sanitario nazionale, le spese dell'assistenza psichiatrica per i lavoratori e i loro familiari assicurati è posta a carico degli enti assicurativi, al pari di qualsiasi altra malattia.

VIII. — Assistenza alla maternità e alla prima infanzia

Il disegno di legge è unitariamente teso a dare principi e contenuti nuovi alla legislazione italiana in ordine alla maternità, al suo grande valore umano e sociale.

La situazione attuale non consente la generale utilizzazione dei progressi delle scienze, pur così notevoli, e contrasta con la coscienza dei cittadini che saldamente ha acquisito l'evento della maternità come evento di alto valore sociale; mantiene discriminazioni inaccettabili tra « legittimità » o « illegittimità » della maternità e della nascita; tra « stato di bisogno » e diritto alla assistenza; tra condizione di « casalinga » e di « lavoratrice » della madre, tra lavoratrice con rapporto di « lavoro dipendente » e « lavoro autonomo ».

Sul terreno delle prestazioni, mutue e ONMI, Comuni e Province intervengono secondo orientamenti diversi e contrastanti.

Il principio che viene costantemente leso è quello elementare per la coscienza moderna, in base al quale l'evento materno, che rimane un fatto squisitamente individuale, è nel contempo anche un fatto sociale e come tale esso instaura, ogni qual volta si verifichi, un rapporto tra la donna e la

società, che va risolto garantendo alla madre ed ai suoi figli la pienezza dei diritti.

Si assumono quindi, nel presente disegno di legge, le posizioni esposte nel disegno di legge presentato al Senato dal gruppo del PCI su iniziativa dei senatori Minella, Mac-carrone, Perna, Bitossi ed altri (16).

Di quel disegno non solo vengono accolte le impostazioni ideali e le argomentazioni di carattere sociale ed economico, ma anche le linee di ordine pratico e legislativo. Esse comportano il superamento di ogni soluzione settoriale dell'assistenza alla maternità e all'infanzia, e quindi l'abrogazione del testo unico del 24 dicembre 1934, n. 2316, la conseguente soppressione dell'ONMI e dei criteri autoritari e burocratici che hanno caratterizzato e caratterizzano la sua attività, e collocano la nuova regolamentazione legislativa della maternità nel contesto più vasto della generale riforma sanitaria. Al titolo VIII del presente disegno di legge si individuano come parti inscindibili del programma la istituzione dei servizi medico-sociali per la maternità e la prima infanzia e la realizzazione di una rete capillare di istituzioni (asili-nido) atte a garantire l'ospitalità ai bambini fino a tutto il terzo anno di vita (articoli 67, 68, 69 e 70); al titolo II (articolo 13) vengono introdotte le norme necessarie a superare le angustie e le contraddizioni della legge di tutela della lavoratrice-madre, sia rinnovando le prestazioni economiche, sia perequando i trattamenti tra le diverse figure di lavoratrici, sia riordinando i periodi di astensione dal lavoro.

IX. — Rapporti tra i sanitari e il Servizio sanitario nazionale

Il Servizio sanitario dovrà avere, ovviamente, propri organici (che saranno basati inizialmente sull'assorbimento del personale già collegato a istituzioni sanitarie pubbliche) di medici, infermieri, tecnici, amministrativi, in modo da poter garantire il Servizio su tutto il territorio nazionale. Viene chiaramente esclusa, tuttavia, una generale « funzionarizzazione » di tutti i medici. Sulla

base della libera contrattazione fra le associazioni sindacali dei medici e gli organi del Servizio sanitario nazionale, sono previsti — oltre all'esercizio della libera professione, al di fuori di ogni collegamento col servizio — il rapporto di impiego ovvero il rapporto convenzionato. Alla libera contrattazione vengono anche demandate le modalità di attuazione dei due tipi di rapporto, in modo che esse possano variare sulla base delle diverse esigenze delle varie zone del Paese, sulla base dell'evoluzione della scienza medica e delle attrezzature sanitarie, sulla base della volontà liberamente espressa dalle categorie. Se si deve tendere a superare il rapporto privatistico fra medico e malato, se si vuole affermare la maggiore aderenza di un servizio organizzato alle esigenze della medicina moderna, ciò può avvenire non già con misure amministrative, con sovrastrutture burocratiche, come si è verificato in gran parte nella recente evoluzione della mutualità, ma con il continuo perfezionamento del Servizio, della sua efficienza, del suo rapporto con i singoli soggetti. Questo indirizzo non corrisponde soltanto all'esigenza di ottenere il consenso della maggioranza dei medici all'idea del Servizio sanitario nazionale, ma anche alla esigenza pratica dei lavoratori, dei cittadini, di avere un'assistenza qualificata.

Mentre negli altri paesi occidentali la « socializzazione » della medicina si verifica fra l'ostilità dei medici, ed anche in Italia ciò è accaduto in larga misura, nel futuro si aprono nel nostro paese possibilità nuove: purchè da parte delle organizzazioni sanitarie si assuma non più un atteggiamento di ripulsa (che è stato dannoso, nel passato, sia per la tutela della salute dei lavoratori che per il prestigio dei medici), ma di attiva collaborazione.

Da questo punto di vista ha avuto grande rilievo l'Assise nazionale medica di Salerno (17), al termine della quale sono state approvate le seguenti proposizioni conclusive:

1) il sistema assistenziale e le strutture sanitarie necessitano di urgenti e sostanziali riforme, atte soprattutto a consentire una sempre maggiore qualificazione dell'atto me-

dico ed un perfezionamento delle strutture, nell'interesse soprattutto della salute pubblica;

2) il passaggio della forma assicurativa al sistema di sicurezza sociale — oggetto della riforma governativa prospettata con il piano di sviluppo 1965-69 — non trova opposizione sostanziale nè pregiudiziale purchè:

a) la riforma venga attuata con l'attiva ed operante collaborazione dei rappresentanti qualificati dei medici, elemento fondamentale ed indispensabile di ogni sistema inteso a proteggere la salute dei cittadini;

b) la riforma garantisca la libera scelta del curante da parte dell'ammalato;

c) la riforma salvaguardi, con l'esclusione di ogni forma di impiegatizzazione, l'esercizio professionale improntato ai millenari principi della scienza e coscienza del medico.

L'Assise di Salerno può dare inizio ad una feconda collaborazione fra medici e lavoratori. Si deve impedire, come è accaduto nel Belgio, che gli interessi degli uni vengano posti in aperto contrasto con quelli degli altri, far sì che i medici, nel Servizio sanitario nazionale, non siano più come nella mutualità burocratica e accentrata « assai simili ai personaggi muti che compaiono nelle tragedie: giacchè al pari di quelli hanno aspetto e veste e maschera d'attore, ma attori non sono » (18). Si deve garantire una alta qualità delle prestazioni sanitarie ai cittadini, e fare in modo che la necessaria evoluzione dei « millenari principi » della medicina avvenga senza scosse, senza nulla perdere della tradizione positiva, aggiungendo nuovi valori scientifici e sociali a quelli già acquisiti dalla professione medica.

Molto di ciò dipende dalla formazione universitaria, le cui carenze sono oggi universalmente riconosciute. Se si vuole che i migliori talenti si dedichino alla professione medica (negli USA, ha affermato Johnson, « metà dei laureati in medicina provengono da famiglie con reddito superiore ai 10.000 dollari l'anno », ed anche in Italia, trattandosi degli studi più lunghi e della carriera più lenta, è assai forte la selezione in base al censo, anzichè alle capacità) occorre una

trasformazione democratica della scuola, dalle medie all'università. Se si vogliono medici ben preparati, occorre modificare i metodi di insegnamento e l'organizzazione degli studi durante gli anni universitari, garantire un biennio di servizio retribuito negli ospedali dopo la laurea, assicurare un continuo aggiornamento per tutta la vita professionale.

Attorno a questi temi, soprattutto a quello della riforma universitaria, si va sviluppando tra i futuri professionisti (gli studenti), tra gli assistenti e parte dei docenti, un forte movimento, che respinge l'idea che un semplice adeguamento quantitativo dei mezzi (Piano Gui) ed il consolidamento delle strutture accademiche attuali possano risolvere la crisi degli studi universitari, un movimento che propone soluzioni rinnovatrici. Anche per la riforma degli studi medici sono state proposte interessanti e concrete attuazioni di nuovi principi. La costituzione del Servizio sanitario nazionale, se non può di per sé modificare le università, soggette a leggi ed ordinamenti che devono, giustamente, tener conto delle funzioni eminentemente didattiche e scientifiche di tali istituti, può tuttavia prospettare alle università e al Ministero della pubblica istruzione nuove esigenze e contribuire in tal modo alla riforma degli studi.

X. — *Tutela dei diritti del cittadino nei confronti del Servizio sanitario nazionale*

È noto che uno dei maggiori inconvenienti che si verificano nell'attuale mutualità è l'assenza di vere garanzie per la tutela dei diritti del lavoratore. Ciò può essere superato in gran parte da una maggiore efficienza e democraticità del sistema; resta tuttavia l'esigenza di stabilire le procedure del « contenzioso », dei ricorsi contro le decisioni adottate dagli organi del Servizio sanitario nazionale.

Gli articoli 76 e 77 del disegno di legge, rispettivamente dedicati il primo alle prestazioni sanitarie, il secondo alle prestazioni economiche, stabiliscono una notevole semplificazione delle attuali procedure, una mag-

giore certezza di veder tutelati i diritti lesi, una maggiore celerità delle procedure. È da augurarsi, ovviamente, che i cittadini ed i lavoratori non abbiano per il futuro — come oggi accade — motivi frequenti di contestare le decisioni prese nei loro riguardi in materia di diritti sanitari ed economici; ma ove sussistano motivi di contestazione, è necessario far sì che il « muro di gomma » che si oppone ad un effettivo riconoscimento dei diritti sia sostituito da organismi spediti nelle loro decisioni, costituiti in modo che il cittadino ed il lavoratore trovino in ogni istanza il modo di tutelare le motivate richieste.

XI. — *Finanziamento del Servizio sanitario nazionale*

L'articolo 78 prevede che l'onere relativo al Servizio sanitario nazionale sia posto a carico del bilancio dello Stato. Si afferma in questo modo una chiara distinzione tra le fonti di finanziamento di un servizio pubblico per tutti i cittadini, come la sanità, e le fonti di finanziamento della previdenza, la quale deve tendere principalmente a garantire la prosecuzione della retribuzione in caso di malattia, invalidità, vecchiaia, e deve quindi essere finanziata essenzialmente con il sistema contributivo. Questa distinzione è valida anche per gli organi, ai quali deve essere affidata, rispettivamente, la gestione sanitaria e quella previdenziale: lo Stato per la prima, un apposito Istituto (che noi proponiamo sia gestito direttamente dai lavoratori) per la seconda.

Affermato il principio del finanziamento statale, sorgono diversi problemi pratici: quali siano le somme necessarie; come possano essere reperite; come avviare il finanziamento nella fase transitoria.

Nel Programma di sviluppo economico per il quinquennio 1965-1969 vi è la previsione (Cap. V, 5) che nel campo sanitario l'intervento dello Stato « più che attraverso un aumento dei mezzi finanziari, si manifesterà con misure razionalizzatrici capaci di ottenere notevoli riduzioni di costi e una più efficiente offerta di beni e di servizi », vi è

cioè una illusione particolare (nel quadro dell'illusione generale del programma, che si possa ottenere con il libero gioco delle forze economiche uno sviluppo annuale del 5 per cento del reddito nazionale) che sia possibile mantenere al livello attuale la spesa sanitaria, senza per giunta introdurre con rapidità e radicalità quelle riforme che sono necessarie per ridurre effettivamente i costi del servizio. Il programma prevede che la spesa sanitaria pubblica sia nel prossimo quinquennio di 5.300 miliardi, dei quali 4.920 per consumi (meno di 1.000 miliardi annui) e 380 per investimenti, essenzialmente per costruzioni ospedaliere. Il raffronto con il 1964, quando già la spesa sanitaria pubblica per consumi ha raggiunto e superato i 1.000 miliardi, mostra che la previsione è destinata ad essere largamente superata già nel corrente anno. Soltanto l'INAM prevede nel suo bilancio per il 1965 spese sanitarie per 630 miliardi (dei quali, 213 per assistenza farmaceutica): dato che la spesa dell'INAM rappresenta circa la metà della spesa sanitaria pubblica, si giungerà probabilmente nel 1965 ad almeno 1.250 miliardi, senza calcolare gli investimenti, senza consentire l'estensione dell'assistenza a categorie insufficientemente protette, senza avviare un'efficace prevenzione delle malattie (la quale nel tempo lungo è fonte di risparmio, ma immediatamente richiede una spesa aggiuntiva).

La spesa *pro capite* può essere contenuta (non certo nel limite delle 18.000 lire annue previste nel programma fino al 1969), ma a condizione di intaccare innanzitutto il profitto farmaceutico, di saldare in un servizio unitario prevenzione, cura e recupero delle malattie. Altrimenti, non può esservi riduzione di costi nè più efficiente offerta di beni e di servizi. Se queste riforme non vengono attuate con la necessaria rapidità e organicità, si va incontro ad una dilatazione ulteriore della spesa, si va verso una riduzione delle prestazioni, una « unificazione dei trattamenti » ai livelli più bassi, una compressione dei redditi professionali dei medici, un rifiuto di estendere a nuove categorie l'assistenza e di intervenire nel campo della prevenzione.

Le somme necessarie al Servizio sanitario nazionale sono quindi ingenti, ma possono essere reperite in parte, attraverso effettive riforme tendenti alla riduzione dei costi (solo nel campo farmaceutico, è stato calcolato che la produzione statale dei farmaci di largo consumo porterebbe a ridurre almeno del 30 per cento questo capitolo di spesa, che è il più ingente); in parte attraverso uno spostamento di somme dalla spesa sanitaria privata a quella pubblica, che può essere possibile soltanto con una tale qualificazione del servizio sanitario pubblico, da indurre spontaneamente i cittadini a ricorrervi preferenzialmente; in parte, da un aumento reale della spesa statale, che può essere giustificato dal fatto che si tratta di tutelare la salute, la base cioè di ogni attività produttiva e di ogni benessere, e che può essere reso possibile da uno sviluppo programmato dell'economia nazionale e dalla destinazione di una sempre maggiore aliquota del reddito nazionale ai consumi essenziali.

Non è ovviamente prevedibile che il passaggio al finanziamento statale del Servizio sanitario nazionale possa avvenire d'un colpo, sia perchè mancherebbero immediate fonti di copertura, sia perchè, con l'attuale sistema tributario che grava essenzialmente sulle imposizioni indirette, la ripartizione del carico sarebbe ancor meno equa di quella garantita attualmente dal sistema contributivo. Non è d'altra parte auspicabile che l'istituzione del Servizio sia rinviata fino alla riforma tributaria, fino al reperimento, mediante tributi proporzionali ai redditi o progressivi, di tutte le somme necessarie. Per questi motivi è previsto nelle norme transitorie (articolo 89) che il finanziamento iniziale avvenga con il passaggio al Servizio sanitario degli attuali contributi di spettanza degli Enti previdenziali (naturalmente, per la parte relativa alle prestazioni sanitarie) e di tutte le somme stanziare nel bilancio dello Stato per l'assistenza sanitaria e per altri scopi attribuiti al Servizio, nonchè con uno stanziamento integrativo, del quale dovrà essere determinata l'entità e la copertura in base alle esigenze.

XII. — *Fasi e tempi di attuazione del Servizio sanitario nazionale*

Poichè non basta stabilire le linee di riforma, ma occorre anche impedire che l'attuazione, annacquata nel tempo, perda di efficacia, viene proposto che entro tre anni si provveda a realizzare in modo completo il Servizio sanitario nazionale. Al Governo viene attribuito il compito di emanare le norme relative, sentita una Commissione di parlamentari, nel rispetto, naturalmente, dei poteri che la Costituzione e il disegno di legge conferiscono alle Regioni ed agli altri Enti locali.

La gradualità della riforma viene vista non già come un susseguirsi di atti amministrativi che modifichino, al vertice dell'ordinamento sanitario, le competenze e le gestioni, ma essenzialmente come un progresso rapido delle prestazioni, dei benefici che i cittadini devono trarre dall'entrata in funzione del Servizio sanitario, e viene vista, sul piano amministrativo, come un passaggio al Ministero della sanità, alle Regioni, Province e Comuni, immediatamente dei compiti di coordinamento, iniziativa e controllo per tutte le attività e attrezzature sanitarie pubbliche, nonchè della proprietà e gestione degli ospedali, e successivamente, entro il secondo anno, al trasferimento di tutte le attrezzature e servizi alle dirette dipendenze delle nuove autorità di sanità pubblica.

Per il miglioramento delle prestazioni, e per la loro estensione, si prevedono due fasi: nel primo anno, viene abolita ogni limitazione per l'assistenza ai lavoratori dipendenti, e vengono estese le forme di assistenza ai lavoratori autonomi ed ai loro familiari; nel secondo anno, le prestazioni sanitarie vengono estese a tutti i cittadini.

XIII. — *Norme finali e transitorie.*

Oltre alle norme transitorie relative al finanziamento, delle quali si è trattato precedentemente, l'ultimo capitolo del disegno di legge affronta i seguenti argomenti: soppressione di enti e trasferimento di gestioni,

a seguito dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale; norme per il trasferimento del personale; attribuzione di funzioni a Commissioni regionali, nelle Regioni nelle quali non sia ancora attuato l'ordinamento regionale.

Sul primo punto, si afferma chiaramente che devono essere soppressi quegli istituti pubblici che gestiscono esclusivamente forme di assicurazione obbligatoria contro le malattie, o che assolvono a funzioni che vengono assorbite dal Servizio sanitario nazionale. Le gestioni sanitarie di tali enti (per esempio l'INAM) passano al Servizio sanitario, con tutte le attrezzature, mentre le gestioni monetarie (indennità economiche per malattia) sono trasferite all'Istituto nazionale della previdenza sociale. Vengono anche trasferite al Servizio sanitario le gestioni sanitarie di enti previdenziali (per esempio la gestione tubercolosi) i quali hanno funzioni miste, di assicurazioni contro la malattia e contro altri eventi (per esempio lo stesso INPS). Viene parimenti trasferito, e dichiarato « patrimonio indisponibile » del Ministero della sanità, Regioni, Province e Comuni, il patrimonio funzionale degli enti previdenziali, degli enti pubblici di qualsiasi natura e degli ospedali, cioè il patrimonio utilizzato o utilizzabile per le attività sanitarie. I beni patrimoniali degli ospedali, invece, cioè quelle proprietà terriere, azionarie, immobiliari, eccetera, che sono il retaggio di una concezione superata dell'ospedale, e che rendono quasi sempre in misura minima rispetto al loro valore, vengono ugualmente trasferiti, ma senza essere dichiarati « patrimonio indisponibile »: gli utili dovranno essere devoluti esclusivamente alla protezione sanitaria, ma tali beni potranno anche essere alienati, su iniziativa della Regione, con il solo vincolo dell'utilizzazione dei mezzi così ricavati per la realizzazione del piano ospedaliero.

Anche il Programma di sviluppo economico quinquennale prevede per la previdenza (capitolo III, 13) « l'unificazione dei vari istituti in un unico ente nazionale », come il presente disegno di legge, il quale tende ad accentrare tali compiti nell'INPS. A questa necessaria semplificazione delle gestioni monetarie deve però accompagnarsi l'unità del-

le gestioni sanitarie nel Servizio sanitario nazionale, e soprattutto uno sviluppo della democrazia, che si attui nel Servizio sanitario attraverso un'ampia valorizzazione degli Enti locali, e nelle gestioni monetarie attraverso una partecipazione diretta dei lavoratori, una linea di autogestione. È ovvio quindi che l'INPS dovrà essere ampiamente democratizzato, e la sua direzione affidata a rappresentanze dei lavoratori.

Altrimenti, non si può neppure parlare di « nazionalizzazione », perchè senza una adesione politica un interesse dei lavoratori e dei cittadini a lottare contro le incrostazioni burocratiche per sostituirvi non già una burocrazia più efficiente, ma una direzione democratica e insieme concreti miglioramenti nei trattamenti sanitari e previdenziali, vince quasi sempre la stagnazione, e non si riesce a modificare alcunchè. Nella scorsa legislatura, per esempio, il Governo ha cercato più volte di passare una sola gestione, quella della tubercolosi, da un istituto all'altro (dall'INPS all'INAM), senza una visione generale del problema; vi era il disinteresse generale, attorno a questo progetto, e la opposizione di pochissimi: questa, come è ovvio, ha prevalso sulle intenzioni del Governo.

Solo un organico piano di riforme ha possibilità, oggi, di farsi strada. In questo piano, si deve tener conto non solo dei diritti acquisiti dai dipendenti degli enti previdenziali, ma anche del contributo che essi possono dare, con la loro esperienza e qualifica, tecnica o amministrativa, al Servizio sanitario nazionale. L'articolo 88 del progetto stabilisce come ciò possa essere attuato, con reciproco vantaggio del personale e del Servizio.

Infine, l'articolo 92 prevede che ove non siano costituite le Regioni a statuto ordinario le funzioni siano attribuite a Commissioni composte da consiglieri provinciali, e presiedute dal Presidente della Provincia capoluogo. Soluzione transitoria, e come tale insoddisfacente, poichè risulta dall'insieme del disegno di legge che soltanto la piena attuazione del dettato costituzionale sulla Regione potrà consentire di avere a disposizione l'istituto che rappresenta un

pilastro fondamentale del Servizio sanitario nazionale.

* * *

Onorevoli colleghi, il disegno di legge che proponiamo al Senato, rappresenta secondo noi un programma organico di riforme corrispondenti alle esigenze e alle rivendicazioni che da ogni parte vengono avanzate per eliminare il caos sanitario e per costruire un sistema nel quale alla responsabilità diretta dello Stato sulla tutela della salute dei cittadini, corrisponda il massimo di libertà e di autonomia dei soggetti che operano nel sistema, il massimo di decentramento dei poteri e delle decisioni per far sì che il programma sanitario nazionale, stabilito nelle sue linee fondamentali dal Parlamento, nel rispetto dei diritti dei cittadini e dell'interesse della Nazione, sia il risultato, nella fase di elaborazione e di attuazione, di centri autonomi di potere e di organismi capaci di decidere, con coordinamento tra loro, l'impiego dei mezzi e delle risorse disponibili ai fini del pieno successo del programma.

Non è vero, secondo noi, che la prima diretta responsabilità dello Stato nel servizio sanitario deve comportare una minore libertà dei medici, un livellamento dell'attività professionale, una spersonalizzazione dei rapporti tra medici e ammalati. Secondo noi è vero il contrario. Quello che si teme avvenga per effetto della istituzione di un Servizio sanitario nazionale è già avvenuto, e non poteva non avvenire, col sistema attuale nel quale non solo il medico è sempre meno libero ma la sua attività professionale si degrada sempre di più essendo egli costretto a lavorare entro schemi e regole predeterminate che lo costringono, di fronte ad ogni caso clinico ad applicare non le regole della sua scienza e le decisioni che vengono dettate dalla sua coscienza, ma il formulario deciso dall'Ente che si pone come intermediario tra il medico e il malato; se il formulario non prevede il caso o la terapia che al caso si adatta il medico entro il sistema ora vigente è costretto ad ignorare persino l'esistenza della malattia o la possibilità di curarla.

Secondo noi il Servizio sanitario nazionale che proponiamo crea condizioni nuove per l'esercizio della professione sanitaria; senza impossibili ritorni alle vecchie e ormai obiettivamente inesistenti condizioni libero-professionistiche, nel Servizio il medico può tornare ad essere il protagonista dell'azione sanitaria nel senso che organizza, dirige e decide quale servizio o prestazione è idonea nella situazione data secondo la sua scienza e la sua coscienza, essendo precipuo interesse del Servizio sanitario nazionale il raggiungimento di un certo risultato: la tutela della salute, la diminuzione della morbosità e della morbilità, la durata media della vita, la durata media della degenza ospedaliera, la durata media dell'assenza dal lavoro, la diminuzione della mortalità, il pieno recupero dello stato di salute e della capacità lavorativa del cittadino ammalato.

In queste condizioni tutto il lavoro sanitario viene valorizzato: le capacità del medico e la qualità del suo lavoro diventano la misura per determinare il suo posto e la sua retribuzione nel Servizio.

I rapporti tra medico e cittadino, tra medico e malato tornano ad essere diretti, essendo il Servizio non un intermediario, ma il terreno di incontro del medico e del suo paziente, la condizione che fa sì che ciascun cittadino, indipendentemente dal suo stato sociale ed economico può avere tutto quanto la scienza ha messo a disposizione dell'uomo per la tutela e il recupero dello stato di salute, per la lotta contro le malattie; mentre il medico dal canto suo può dare, senza limitazioni di sorta tutto ciò che possiede e può utilizzare tutti i mezzi diagnostici e terapeutici che egli conosce per raggiungere gli scopi cui sopra si è fatto cenno.

Infine il sistema che vi proponiamo di attuare rappresenta la condizione indispensabile per una politica sanitaria che voglia spostare l'accento sulla prevenzione. Non è possibile nè nel nostro, nè in altri Paesi, una politica sanitaria che si ponga come obiettivo principale della sua azione la prevenzione dalle malattie, senza una utilizzazione programmatica ai fini della prevenzione, anche di tutti i mezzi strumentali, di

tutti i presidi e di tutte le competenze professionali predisposte per la diagnosi e la cura delle malattie, in modo da ottenere il massimo risultato al minimo costo senza creare duplicazioni, senza accrescere in misura insostenibile, il peso economico rappresentato dalla quota di reddito destinato alla tutela della salute.

È quindi nella fiducia di poter contribuire alla soluzione di uno dei problemi essenziali della vita del Paese, un problema che ci vien posto dalla Costituzione oltre che dalla lotta viva e dalle aspirazioni diffuse dei lavoratori e di larghissimi strati della opinione pubblica nazionale, che affidiamo, onorevoli colleghi, al vostro esame e alla vostra considerazione il presente disegno di legge.

(1) *Il messaggio di Johnson sull'assistenza sanitaria*, U.S.I.S., Sezione Stampa, Documenti, 8 gennaio 1965, vol. 15, n. 3.

(2) D. Bovet: *Difficile battaglia contro la fame*, Relazione al Congresso mondiale sull'alimentazione (Washington, 10 giugno 1963), in « Rinascita », A. 20, n. 26 (29 giugno) e n. 27 (6 luglio) 1963.

(3) G. Bertolini e altri: *Le malattie del progresso*, Feltrinelli editore, Milano, pp. 320, 1963.

(4) *Riforma sanitaria e sicurezza sociale*, Atti del Convegno tenuto a Roma dal 28 febbraio al 2 marzo 1963, Editori Riuniti, Roma, pp. 272, 1963.

(5) Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro: *Osservazioni e proposte sulla riforma della previdenza sociale*, Assemblea, 3 ottobre 1963, numero 1/35, Roma, Istituto Poligrafico dello Stato.

(6) Ministero del Bilancio: *Progetto di programma di sviluppo economico per il quinquennio 1965-1969*, Roma, gennaio 1965, Istituto Poligrafico dello Stato.

(7) *Documento della F.N.O.M., presentato il 16 febbraio 1965 al CNEL*, « Il medico d'Italia », A. II, n. 4, febbraio 1965.

(8) A. Giovanardi: *L'igienista è un medico con una « coscienza sociale »*, intervista in « Tempo medico », n. 33, gennaio 1965, pp. 35-43.

(9) M. Belloni: *L'assistenza farmaceutica dell'INAM dal 1950 al 1963*, « I problemi della sicurezza sociale », A. XIX, n. 6, novembre-dicembre 1964, pp. 905-937.

(10) *Indagine sull'industria chimico-farmaceutica italiana*, Doc. Lav. n. 8 della « Commissione di inchiesta sui limiti alla concorrenza ».

(11) Camera dei deputati, n. 898: *Modificazioni delle norme del T.U. delle leggi sanitarie approvate con R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, relative alla disci-*

LEGISLATURA IV - 1963-65 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

plina del servizio farmaceutico, ad iniziativa dei deputati Messinetti, Monasterio, Scarpa ed altri.

(12) Conferenza stampa del senatore Mariotti, 19 febbraio 1965: resoconto del quotidiano *Avanti!*, 20 febbraio 1965.

(13) *La relazione del professor A. M. Dogliotti al Ministro della sanità sui lavori della Commissione ministeriale di studio per la riforma ospedaliera*, in « Rivista ospedaliera italiana », n. 1, 1965, pagine 31-52.

(14) Camera dei deputati, n. 444: *Norme per l'ordinamento sanitario, tecnico ed amministrativo dei servizi degli ospedali pubblici e del personale sanitario*, d'iniziativa dei deputati Longo, Scarpa ed altri.

(15) Camera dei deputati, n. 2185: *Tutela della salute mentale ed assistenza psichiatrica*, d'iniziativa dei deputati Balconi, Perinelli, Spagnoli ed altri.

(16) Senato della Repubblica, n. 967: *Nuove norme per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia e piano decennale per lo sviluppo degli asilini*, presentato il 23 gennaio 1965 ad iniziativa dei senatori Minella, Maccarrone, Perna, Bitossi ed altri.

(17) Salerno, 6-7 febbraio 1965. Gli Atti sono in corso di stampa, a cura dell'Ordine dei medici della Provincia di Salerno.

(18) Ippocrate: *La legge*, in « Opere », a cura di M. Vegetti, UTET, Torino, 1965, p. 395.

DISEGNO DI LEGGE

TITOLO I

SCOPI E FINALITA' DELLA LEGGE

Art. 1.

Per assicurare a tutti i cittadini italiani la tutela della salute e l'assistenza sanitaria è istituito il Servizio sanitario nazionale.

Art. 2.

Al Servizio sanitario nazionale sono attribuiti i seguenti scopi:

1) l'attuazione dei servizi e delle misure, nonché la definizione delle norme, di igiene generale, individuale e ambientale, di profilassi individuale e collettiva, al fine di rendere l'ambiente corrispondente alle esigenze del mantenimento della salute fisica e psichica, di aumentare le difese dei singoli soggetti e accrescerne e migliorarne lo stato di salute;

2) l'attuazione dei servizi di prevenzione sia individuale che collettiva, al fine di assicurare in ogni caso una diagnosi precoce e un intervento sanitario tempestivo e di prevenire il manifestarsi delle malattie;

3) l'attuazione dei servizi di medicina del lavoro e medico-sociali nelle fabbriche e in ogni altro luogo di lavoro in cui si renda opportuno, per attuare in modo coordinato le misure atte a contribuire alla sicurezza nel lavoro, rimuovendo le condizioni ambientali e di lavoro pregiudizievoli alla salute del lavoratore, organizzando sui luoghi di lavoro sia i servizi di igiene che di medicina preventiva;

4) l'attuazione dei servizi di tutela della maternità e dell'infanzia, per assicurare, con una efficace e completa assistenza sanitaria, psico-pedagogica e sociale, e prescindendo dal loro stato civile e sociale, a tutte le donne la pienezza dei loro diritti e a tutti i bambini le migliori condizioni di sviluppo fisico e psichico;

5) l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna;

6) l'attuazione dei servizi per la diagnosi e terapia di qualsiasi malattia con l'impiego di ogni mezzo più avanzato e senza alcuna limitazione, nè per ciò che riguarda gli interventi medico-generici o specialistici e il ricovero in ospedale, nè per ciò che riguarda i mezzi terapeutici;

7) l'attuazione dei servizi di riabilitazione dei guariti mediante una adeguata assistenza ed eventualmente il soggiorno in appositi luoghi climatici e in appositi istituti;

8) l'attuazione dei servizi di rieducazione di tutti i soggetti invalidi per qualsiasi causa, in modo da consentire la ripresa di un'attività lavorativa corrispondente alle nuove condizioni fisiche e psichiche dei soggetti colpiti.

Art. 3.

Alla tutela della salute e all'assistenza sanitaria previste dalla presente legge provvedono, entro i limiti di competenza stabiliti per ciascuno di essi dagli articoli seguenti: il Ministero della sanità, le Regioni, le Province, i Comuni e i Consorzi sanitari intercomunali.

Tutte le competenze relative alla tutela della salute e alla assistenza sanitaria passano sotto la direzione degli enti di cui al primo comma del presente articolo.

TITOLO II

DIRITTI DEL CITTADINO E DEL LAVORATORE IN MATERIA DI TUTELA DELLA SALUTE E ASSISTENZA SANITARIA

Soggetti dei diritti

Art. 4.

Ai trattamenti previsti dalla presente legge e ad ogni attività del servizio volta agli scopi di cui agli articoli 1 e 2 hanno diritto

tutti i cittadini italiani e, sulla base di accordi di reciprocità, i cittadini stranieri residenti in Italia, nonché gli apolidi residenti in Italia.

Ogni persona che si trova nelle condizioni di ricevere un vantaggio dalle prestazioni del servizio o che abbia bisogno, per il mantenimento del suo stato di salute o per il recupero di essa, di interventi sanitari, di cure mediche e di altre prestazioni fornite dal servizio sulla base della presente legge o di altre disposizioni legislative e regolamentari approvate a norma della presente legge, ha diritto di ottenere gli interventi di cui necessita.

Lo Stato si obbliga, con la istituzione del servizio, a intervenire in modo attivo per la tutela della salute e per fornire al cittadino le cure e l'assistenza di cui ha bisogno.

Prestazioni sanitarie

Art. 5.

L'erogazione delle prestazioni sanitarie di cui agli articoli precedenti è attuata in modo coordinato, capillare e unitario, senza alcuna limitazione di tempi e di mezzi, con la piena utilizzazione delle acquisizioni della scienza medica.

L'erogazione delle prestazioni è gratuita. Il finanziamento è pubblico.

Il controllo democratico, il decentramento amministrativo, l'autonomia e l'efficienza tecnica del servizio sono garanzia della efficacia delle prestazioni.

Art. 6.

Le misure di igiene e di medicina preventiva sono affidate all'azione diretta del Servizio sanitario nazionale, nei suoi diversi organi centrali e periferici.

L'erogazione delle prestazioni diagnosticoterapeutiche, di recupero funzionale e riabilitazione avviene in forma diretta. Per tali prestazioni il cittadino può tuttavia optare per l'assistenza indiretta, mediante rimbor-

so alle stesse condizioni dell'assistenza diretta.

Il Servizio sanitario nazionale ha facoltà di erogare le prestazioni diagnostico-terapeutiche attraverso servizi convenzionati, ove le sue istituzioni e attrezzature siano insufficienti a garantire la capillarità e l'efficienza delle prestazioni. Le convenzioni dovranno assicurare livelli di trattamento corrispondenti a quelli delle prestazioni direttamente erogate dal Servizio sanitario nazionale.

Certificazioni

Art. 7.

Gli organi preposti alla protezione sanitaria, attraverso i propri servizi, provvedono agli accertamenti, alle valutazioni e alle certificazioni, attestanti l'inizio, la prosecuzione e la cessazione dello stato di incapacità al lavoro del lavoratore in conseguenza di infortuni e malattie in genere, infortuni sul lavoro e malattie per cause di lavoro.

I predetti organi provvedono anche a stabilire la data presunta del parto della lavoratrice in stato di gravidanza, nonchè l'esistenza delle condizioni che danno diritto alla lavoratrice in stato di gravidanza e puerperio di usufruire dei benefici previsti dall'articolo 13.

Le certificazioni di cui ai precedenti comma costituiscono la base sulla quale gli enti previdenziali competenti provvedono alla erogazione delle prestazioni economiche in caso di malattia, infortunio e maternità.

Tali certificazioni devono essere tempestivamente trasmesse al lavoratore avente diritto alle prestazioni economiche, al datore di lavoro, nonchè agli enti previdenziali competenti preposti alla loro erogazione.

Le certificazioni di cui ai primi due comma del presente articolo sono atti amministrativi che servono anche a giustificare la assenza dal lavoro e fanno fede nei confronti del datore di lavoro fino a querela di falso.

*Prestazioni economiche per inabilità
temporanea*

Art. 8.

Le prestazioni economiche per inabilità temporanea sono dovute a tutti i lavoratori dipendenti ed autonomi.

Per lavoratori dipendenti, ai sensi della presente legge, si intendono coloro che, comunque, anche nel proprio domicilio, prestano la loro opera retribuita contro corresponsione di stipendio o salario o partecipazione agli utili, anche con rapporto di carattere temporaneo, stagionale o giornaliero, nonchè i coloni, i mezzadri e compartecipanti ed i familiari tenuti per contratto a prestare la loro opera lavorativa.

Per lavoratori autonomi, ai sensi della presente legge, si intendono gli artigiani, i coltivatori diretti, i commercianti, gli ambulanti e gli ausiliari del commercio, il cui reddito derivi prevalentemente dal proprio lavoro e che siano iscritti negli elenchi previsti da apposite leggi.

Art. 9.

Ai lavoratori dipendenti spetta una indennità giornaliera per l'astensione dal lavoro conseguente a infortunio o malattia di qualunque tipo o natura, nonchè a disposizioni delle autorità sanitarie per misure di igiene e medicina preventiva, ovvero a prescrizioni rivolte al recupero e alla riabilitazione da stati invalidanti e che impediscono al lavoratore di esplicare la sua normale attività lavorativa.

Ove l'astensione dal lavoro derivi da infortunio sul lavoro o malattia per causa di lavoro, l'indennità giornaliera è corrisposta dal primo giorno successivo all'evento e senza limiti di tempo, nella misura minima dell'80 per cento della retribuzione giornaliera, sino al massimo del 100 per cento in rapporto alla durata dell'astensione dal lavoro.

Ove l'astensione dal lavoro derivi da altra malattia di qualunque tipo e natura, l'in-

dennità giornaliera è corrisposta dal primo giorno dell'insorgenza della malattia o del verificarsi dell'infortunio, qualora l'astensione dal lavoro si prolunghi oltre i due giorni. Tale indennità è corrisposta senza limiti di durata, in ragione almeno dell'80 per cento della retribuzione giornaliera, ed è dovuta per gli eventi che si verifichino nei periodi di occupazione, effettiva o convenzionale, e nei tre mesi successivi al licenziamento.

Ove l'astensione dal lavoro derivi da misure di igiene e medicina preventiva, recupero e riabilitazione, l'indennità giornaliera è dovuta nella misura almeno dell'80 per cento della retribuzione giornaliera e decorre dal primo giorno di astensione.

Art. 10.

Ai lavoratori dipendenti che in seguito a infortunio sul lavoro o malattia per causa di lavoro, risultino non idonei a svolgere le normali mansioni, ovvero effettuino la loro prestazione d'opera in condizioni di lavoro o ambientali pregiudizievoli alla loro salute, qualora non possano essere adibiti, nell'ambito della stessa azienda, ad altra attività confacente alle loro attitudini, capacità professionale e stato di salute, e si verifichi pertanto il licenziamento, spetta una indennità giornaliera in ragione dell'80 per cento della retribuzione giornaliera. Tale indennità è corrisposta sino al reimpiego in occupazione confacente o sino alla liquidazione della rendita o della pensione per invalidità.

Art. 11.

Ai lavoratori autonomi, per i giorni di effettiva astensione dal lavoro, sono estese le seguenti indennità:

- a) indennità giornaliera per infortunio;
- b) indennità giornaliera per malattia, limitatamente alle malattie di durata superiore ai 3 giorni.

Tali indennità sono dovute in misura dell'80 per cento del reddito di lavoro effettivo o convenzionale.

Art. 12.

Le indennità giornaliera di cui ai precedenti articoli sono ridotte al 50 per cento della retribuzione o del reddito di lavoro giornaliero, per i giorni di ricovero ospedaliero qualora i lavoratori interessati non abbiano famiglia a carico.

Art. 13.

In caso di gestazione e puerperio della lavoratrice dipendente la legge determina:

i periodi di astensione obbligatoria dal lavoro precedenti e successivi al parto e l'ammontare della indennità economica, in misura non inferiore a quella dovuta per assenza dal lavoro per cause di malattia;

le condizioni alle quali il periodo di astensione obbligatoria precedente al parto può essere anticipato e le relative indennità;

le condizioni alle quali, terminato il periodo di astensione obbligatoria, può avvenire lo spostamento della lavoratrice madre ad altre mansioni; le garanzie per la ripresa della precedente mansione e la conservazione del trattamento economico e della qualifica;

la durata e le modalità dei permessi giornalieri retribuiti al 100 per cento che devono essere usufruiti dalla lavoratrice, successivamente all'astensione obbligatoria, ai fini di provvedere all'allattamento;

le modalità secondo cui la lavoratrice madre ha diritto di astenersi dal lavoro nei casi in cui il bambino di età inferiore ai tre anni si ammali o nei casi di difficoltà psico-fisiche nell'allevamento, nonchè l'ammontare della indennità economica.

Allo scopo di favorire l'astensione dal lavoro delle lavoratrici autonome in stato di gestazione e puerperio, la legge stabilisce le condizioni e le modalità nonchè l'ammontare della indennità economica loro spettante.

TITOLO III

ORDINAMENTO DEL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE*Autorità di sanità pubblica*

Art. 14.

Sono autorità di sanità pubblica il Ministro della sanità, il Presidente della Regione, il Presidente della Provincia, il Sindaco e il Presidente del Consorzio sanitario intercomunale. I Presidenti della Regione e della Provincia e il Sindaco di norma delegano le loro attribuzioni agli Assessori competenti.

Direzioni sanitarie dei servizi

Art. 15.

Le attribuzioni di cui agli articoli 14 e seguenti sono attuate dalle Direzioni sanitarie del Servizio sanitario nazionale ai diversi livelli.

La direzione dei servizi sanitari a tutti i livelli è attribuita ai medici.

Le Direzioni sanitarie sono organi esecutivi, collegiali e di esse fanno parte i Direttori dei vari servizi: responsabile di ciascuna direzione sanitaria è un direttore circoscrizionale, provinciale o regionale.

Compiti del Ministero della sanità

Art. 16.

Il Ministero della sanità fissa le direttive generali in materia di tutela della salute e assistenza sanitaria, e assicura l'alta sorveglianza e il coordinamento dell'azione svolta dalle Regioni, dalle Provincie e dai Comuni, anche allo scopo di garantire l'uniformità del livello di tutela igienico-sanitaria nel territorio nazionale.

Esso provvede inoltre:

- a) alla creazione e gestione diretta di istituzioni sanitarie di rilevante interesse nazionale;
- b) alla difesa da agenti nocivi provenienti dall'estero;
- c) alle relazioni con istituzioni sanitarie internazionali.

Compiti delle Regioni

Art. 17.

Nell'ambito delle leggi sanitarie dello Stato italiano, le norme di attuazione relative alla istituzione, regolamentazione, gestione e controllo dei servizi sanitari pubblici, nonché le norme che disciplinano l'apertura e l'esercizio delle istituzioni sanitarie private sono emanate dalle Regioni.

La Regione emana altresì, su proposta delle Provincie e dei Comuni, norme di attuazione per determinare la ripartizione del territorio nelle circoscrizioni previste agli articoli 23 e 24 della presente legge, e delle quali regola la tipizzazione dei servizi e delle attrezzature, nonché norme di attuazione atte a fissare obiettivi, fasi, modalità, tempi e mezzi di attuazione del piano regolatore regionale dei servizi sanitari, in coordinamento sia con la programmazione sanitaria nazionale che con quella economica e sociale regionale.

Art. 18.

I Consigli regionali adottano il piano regolatore generale dei servizi sanitari di ogni Regione.

Il piano regolatore, elaborato dall'autorità sanitaria della Regione sulla base delle proposte delle Provincie, dei Comuni e delle categorie sanitarie, viene sottoposto ai Consigli provinciali; successivamente, tenuto conto dei pareri di essi e sentito il Comitato regionale di sanità, viene approvato dal Consiglio regionale.

Il piano regolatore deve essere periodicamente aggiornato, con la medesima procedura.

Art. 19.

La Regione, ai sensi dell'articolo 118 della Costituzione, delega normalmente la gestione dei servizi sanitari a Provincie, Comuni e Consorzi di Comuni. Provvede direttamente alla gestione delle istituzioni sanitarie di rilevante interesse regionale.

La Regione coordina il funzionamento dei servizi sanitari operanti nell'ambito della sua giurisdizione territoriale.

Eccezionalmente, laddove particolari condizioni demografiche e topografiche ovvero criteri di economicità e funzionalità dei servizi sanitari lo consiglino, la Regione ha facoltà di provvedere direttamente, in via temporanea, ai compiti affidati alle Provincie o ai Comuni o ai Consorzi sanitari intercomunali, a norma degli articoli 20 e 21 della presente legge.

Compiti delle Provincie

Art. 20.

La Provincia provvede, nell'ambito del proprio territorio, in attuazione degli articoli 17 e 18, all'istituzione, regolamentazione e gestione dei seguenti servizi:

a) prevenzione e profilassi, individuale, collettiva e ambientale, nonché vigilanza igienico-sanitaria;

b) lotta contro le malattie di rilevante interesse sociale;

c) igiene e medicina del lavoro;

d) igiene e medicina della scuola;

e) protezione medico-sociale per l'infanzia e la maternità, per gli anziani e gli inabili;

f) protezione sanitaria diagnostica e terapeutica ambulatoriale, nel campo specialistico;

g) statistica sanitaria;

h) educazione sanitaria;

i) igiene mentale;

l) recupero e riabilitazione.

Ha inoltre il compito di provvedere alla regolamentazione e gestione degli Ospedali

specializzati, compresi quelli di psichiatria, fisiatria e ortopedia.

Eccezionalmente, laddove particolari condizioni demografiche e topografiche ovvero criteri di economicità e funzionalità dei servizi sanitari lo consiglino, la Provincia ha facoltà:

di provvedere direttamente, in via temporanea, ai compiti affidati ai Comuni o ai Consorzi sanitari intercomunali a norma dell'articolo 21 della presente legge;

di affidare, sia pure temporaneamente, ai Comuni o ai Consorzi sanitari intercomunali la regolamentazione e la gestione di uno o più servizi tra quelli indicati nel primo comma del presente articolo.

La Provincia coordina il funzionamento dei servizi sanitari operanti nell'ambito della sua giurisdizione territoriale.

Compiti dei Comuni e dei Consorzi sanitari intercomunali

Art. 21.

Il Comune ovvero il Consorzio sanitario intercomunale, in attuazione degli articoli 17 e 18, provvede alla istituzione, regolamentazione e gestione dei seguenti servizi:

a) prevenzione e profilassi individuale, collettiva e ambientale, nonchè vigilanza igienico-sanitaria;

b) igiene e medicina del lavoro, ivi compreso il servizio medico di fabbrica e i servizi sanitari aziendali;

c) igiene e medicina della scuola;

d) protezione medico-sociale per l'infanzia e la maternità (ivi compresi gli asilini), per gli anziani e gli inabili;

e) protezione sanitaria diagnostica e terapeutica, ambulatoriale e domiciliare;

f) statistica sanitaria;

g) educazione sanitaria;

h) igiene mentale;

i) soccorso medico d'urgenza e servizio trasfusionale.

Inoltre, il Comune ovvero il Consorzio sanitario intercomunale provvede alla rego-

lamentazione e gestione dei servizi ospedalieri di carattere generale e — qualora ne venga delegato — alla regolamentazione e gestione dei servizi istituiti dal Ministero della sanità, dalla Regione o dalla Provincia. Per il trasporto dei malati e la raccolta del sangue, il Comune o il Consorzio sanitario intercomunale può avvalersi, tramite apposite convenzioni, dei servizi espletati da Associazioni volontaristiche non aventi fine speculativo.

Il Comune e il Consorzio sanitario intercomunale controllano le istituzioni sanitarie private, vigilano sull'esercizio delle professioni ed arti sanitarie, assicurano l'approvvigionamento e la distribuzione dei medicinali e del materiale sanitario nel loro territorio.

Comitati aziendali di sanità

Art. 22.

Su richiesta dei lavoratori interessati, il Comune o Consorzio sanitario intercomunale costituisce presso le aziende un Comitato aziendale di sanità composto, in maggioranza, da rappresentanti eletti dai lavoratori dell'azienda interessata e da esperti designati dai sindacati.

Il Comitato aziendale di sanità ha il compito di segnalare e proporre al Servizio di medicina del lavoro tutto ciò che attiene alla tutela della salute e all'assistenza sanitaria dei lavoratori dell'azienda, con particolare riferimento alla sicurezza nel lavoro, e di coadiuvare il Servizio nella direzione dei rispettivi servizi sanitari aziendali.

Circoscrizione sanitaria: Unità sanitaria locale

Art. 23.

Le Circoscrizioni sanitarie locali costituiscono gli organismi di direzione unitaria su base territoriale del Servizio sanitario nazionale.

Esse prendono anche il nome di Unità sanitarie locali.

Alla Circoscrizione o Unità sanitaria locale fanno capo i servizi di prevenzione e

profilassi individuale, collettiva e ambientale nonché vigilanza igienico-sanitaria; igiene e medicina del lavoro, ivi compreso il servizio medico di fabbrica e i servizi sanitari aziendali; igiene e medicina della scuola; protezione medico-sociale per l'infanzia e la maternità (ivi compresi gli asilini), per gli anziani e gli inabili; protezione sanitaria diagnostica e terapeutica, ambulatoriale e domiciliare; statistica sanitaria; educazione sanitaria; igiene mentale; soccorso medico d'urgenza e servizio trasfusionale.

La Circoscrizione o Unità sanitaria locale comprende l'Ospedale circoscrizionale.

Art. 24.

La Circoscrizione o Unità sanitaria locale coincide con l'intero territorio di un Comune o con parti di esso, nel quale caso è amministrata da questo, ovvero con il territorio di più Comuni. In questo ultimo caso, l'Unità sanitaria locale è amministrata dai Comuni interessati riuniti in consorzio sanitario a norma del testo unico della legge comunale e provinciale. La Circoscrizione o Unità sanitaria locale comprende più unità di base. La suddivisione del territorio nazionale in Circoscrizioni o Unità sanitarie locali è effettuata dalle Regioni, in sede di piano, su proposta delle Province e dei Comuni interessati.

Esse debbono essere distribuite uniformemente nel territorio nazionale, in base al numero degli abitanti, alla densità demografica, ai trasporti, alla struttura morfologica, alle caratteristiche climatiche e socio-economiche delle diverse zone.

L'articolazione della Circoscrizione o Unità sanitaria locale in unità di base è effettuata per iniziativa del Comune, ovvero del Consorzio sanitario intercomunale.

Unità di base

Art. 25.

Le unità di base costituiscono gli organismi capillari erogatori delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari del Servizio sanitario nazionale.

Ogni unità comprende un ambulatorio o un poliambulatorio, al fine di provvedere, nella zona di sua competenza, all'erogazione delle prestazioni medico-preventive e diagnostico-terapeutiche nel campo della medicina generale e delle principali specialità (pediatria, stomatologia, ostetricia e ginecologia, eccetera).

Le prestazioni sanitarie devono essere assicurate con un lavoro a *équipe* da medici e personale ausiliario che fanno parte degli organici del Servizio sanitario, o che siano con esso convenzionati. La direzione tecnico-sanitaria sarà affidata a medici che hanno mansioni di curante.

Le unità di base sono collegate tecnicamente e funzionalmente all'ospedale e alla direzione dei servizi sanitari della Unità sanitaria locale e dipendono dal Comune o Consorzio di comuni cui fa capo l'Unità sanitaria locale.

TITOLO IV

CONSIGLIO NAZIONALE, COMITATI REGIONALI, PROVINCIALI E COMUNALI DI SANITA'

Consiglio nazionale di sanità

Art. 26.

Il Ministero della sanità provvede allo svolgimento dei suoi compiti con l'ausilio del Consiglio nazionale di sanità, nel rispetto della competenza delle Regioni.

Art. 27.

Il Consiglio nazionale di sanità è nominato con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità.

Esso è composto:

a) dal Ministro della sanità, che lo presiede;

b) da un Sottosegretario per ciascun Ministero dell'interno, del bilancio, della pubblica istruzione, del lavoro, dell'industria e commercio e dei lavori pubblici;

c) dagli assessori alla Sanità delle Regioni;

d) da 3 assessori provinciali e da 3 assessori comunali, designati dall'Unione province italiane e dall'Associazione nazionale comuni italiani;

e) da 15 rappresentanti delle più rappresentative confederazioni sindacali dei lavoratori dipendenti;

f) da 6 rappresentanti dei lavoratori autonomi, designati dalle rispettive associazioni;

g) da 3 rappresentanti dei datori di lavoro, designati dalle rispettive associazioni;

h) da 8 rappresentanti delle categorie sanitarie, designati per metà dagli ordini professionali e per metà dalle rispettive associazioni sindacali;

i) da 15 esperti nelle principali discipline sanitarie, eletti, con voto diretto e segreto, dai ricercatori, dai sanitari e dagli specialisti nel campo della tutela della salute e dell'assistenza sanitaria.

Fanno parte del Consiglio nazionale di sanità i dirigenti centrali del Servizio sanitario nazionale.

Il Ministro della sanità ha facoltà di far intervenire alle riunioni del Consiglio nazionale di sanità esperti nelle varie materie a seconda degli argomenti sottoposti all'esame del Consiglio stesso.

Il Consiglio nazionale di sanità funziona come organismo unitario articolato in Sezioni.

Art. 28.

Il Consiglio nazionale di sanità ha i seguenti compiti:

1) approvare l'articolazione in Sezioni e stabilire il proprio regolamento;

2) discutere lo stato sanitario del paese, redigere una relazione annuale sull'argomento, e proporre il piano sanitario nazionale;

3) approvare e coordinare i piani regolatori sanitari delle Regioni;

4) proporre lo studio di problemi attinenti alla tutela della salute e all'assistenza sanitaria;

5) proporre indagini scientifiche e inchieste sui fatti di rilevante interesse per la salute;

6) esaminare le convenzioni internazionali relative ai problemi sanitari;

7) deliberare i regolamenti generali di igiene del lavoro;

8) esprimere un parere vincolante sulle opere sanitarie di rilevante interesse o sulle grandi opere di pubblica utilità che interessino comunque la salute pubblica;

9) deliberare sulla produzione di nuovi farmaci e sul diniego e la revoca di registrazione delle specialità medicinali; approvare i piani di produzione statale di medicinali; orientare e coordinare la ricerca scientifica nel campo farmaceutico;

10) determinare il fabbisogno minimo nazionale dei posti letto negli ospedali pubblici e delle altre attrezzature sanitarie e sociali, ivi compresi gli asili-nido, da indicare nel piano sanitario di cui al n. 2 e nei piani regionali di cui al n. 3 del presente articolo;

11) definire le norme tecniche e le direttive di carattere generale in materia di edilizia sanitaria e ospedaliera, conduzione tecnico-sanitaria degli ospedali e delle principali attrezzature sanitarie;

12) assicurare il collegamento su scala nazionale dei servizi per l'assistenza alla maternità e alla prima infanzia con tutti quegli enti che svolgono attività nel settore dell'assistenza: promuovere gli studi scientifici in materia e la definizione di indirizzi e tecniche nuovi per l'aggiornamento costante dei servizi dal punto di vista sanitario, assistenziale, edilizio;

13) fissare i principi per la regolamentazione dello stato giuridico e del trattamento economico del personale del Servizio sanitario nazionale, nonché le norme per la regolamentazione dei rapporti convenzionali di lavoro;

14) proporre la creazione di istituzioni sanitarie di rilevante interesse nazionale, e approvarne le modalità di gestione.

Comitato regionale di sanità

Art. 29.

In ogni Regione è istituito un Comitato regionale di sanità, nominato dal Presidente della Regione.

Il Comitato regionale di sanità ha i seguenti compiti:

1) prendere in esame i fatti e i problemi concernenti la salute pubblica nel territorio della Regione e proporre le direttive e i programmi di sviluppo dell'organizzazione regionale sanitaria;

2) promuovere indagini, inchieste e studi utili al miglioramento dei servizi regionali di protezione sanitaria;

3) elaborare il piano regolatore generale dei servizi sanitari della Regione, secondo quanto disposto all'articolo 18;

4) esprimere parere sulle norme legislative e regolamentari, predisposte dalla Amministrazione regionale, che comunque interessino la sanità pubblica;

5) approvare i progetti per la costruzione, l'ampliamento e la trasformazione degli Ospedali e di Istituzioni sanitarie e sociali compresi nel piano, nonché di quelli privati;

6) esprimere parere sui progetti di grandi opere di pubblica o privata utilità e sulle opere che abbiano attinenza con la tutela della salute e che interessino più province della regione.

È facoltà degli organi della Regione richiedere il parere del Comitato regionale di sanità ogni qualvolta lo ritengano opportuno.

Art. 30.

Il Comitato regionale di sanità è presieduto dal Presidente della Regione o dall'Assessore regionale di sanità da lui delegato. Esso è composto da:

a) 5 membri dell'Assemblea regionale nominati dall'Assemblea stessa in equa rappresentanza dei gruppi che la compongono;

b) un rappresentante per ognuna delle Amministrazioni provinciali della Regione;

c) un rappresentante per ognuna delle Amministrazioni dei Comuni capoluogo di provincia della regione, e un eguale numero di rappresentanti di Comuni non capoluogo;

d) 10 rappresentanti delle più rappresentative organizzazioni sindacali dei lavoratori dipendenti;

e) 5 rappresentanti dei lavoratori autonomi e dei datori di lavoro, designati dalle rispettive associazioni;

f) 6 rappresentanti delle categorie sanitarie, designati per metà dagli Ordini professionali e per metà dalle rispettive associazioni sindacali;

g) 10 esperti nelle principali discipline sanitarie, eletti, con voto diretto e segreto, dai ricercatori, dai sanitari e dagli specialisti nel campo della tutela della salute e dell'assistenza sanitaria.

Fanno parte del suddetto Comitato il direttore e i dirigenti dei principali servizi sanitari e medico-sociali della Regione.

Il Presidente della Regione ha facoltà di far intervenire alle riunioni del Comitato regionale di sanità esperti nelle varie materie a seconda degli argomenti sottoposti allo esame del Consiglio stesso.

Il Comitato regionale di sanità può articolarsi in Sezioni.

Comitato provinciale di Sanità

Art. 31.

In ogni Provincia è istituito un Comitato provinciale di sanità nominato dal Presidente della Provincia. Il Comitato provinciale di sanità ha i seguenti compiti:

1) prendere in esame tutti i fatti riguardanti l'igiene e la pubblica salute della Provincia e proporre i relativi provvedimenti all'Amministrazione provinciale, nonché le indagini e le ricerche che si ritengano opportune;

2) proporre l'organizzazione e le regolamentazioni sanitarie speciali per attività e servizi destinati uniformemente a tutto il territorio provinciale od a zone che comprendono più comuni o consorzi, o per attività e servizi di competenza di più enti;

3) proporre il piano regolatore dell'organizzazione igienica e sanitaria della provincia, con la suddivisione del territorio in Unità sanitarie locali, sulla base di circoscrizioni sanitarie comunali o intercomunali.

Il parere del Comitato provinciale di sanità è obbligatorio in materia di regolamenti relativi alla attività dei servizi igienico-sanitari di competenza della Provincia.

Art. 32.

Il Comitato provinciale di sanità è presieduto dal Presidente della Provincia o dall'Assessore alla sanità da lui delegato. Esso è composto da:

a) 5 membri del Consiglio provinciale, designati dal Consiglio stesso in equa rappresentanza dei gruppi che lo compongono;

b) un rappresentante del Comune capoluogo e 5 rappresentanti dei principali Comuni e dei consorzi intercomunali della Provincia;

c) 10 rappresentanti delle organizzazioni sindacali più rappresentative dei lavoratori dipendenti;

d) 5 rappresentanti dei lavoratori autonomi e dei datori di lavoro, designati dalle rispettive associazioni;

e) 6 rappresentanti delle categorie sanitarie, designati per metà dagli Ordini professionali e per metà dalle rispettive associazioni sindacali;

f) 10 esperti nelle principali discipline sanitarie, eletti, con voto diretto e segreto, dai ricercatori, dai sanitari e dagli specialisti nel campo della tutela della salute e dell'assistenza sanitaria.

Fanno inoltre parte del suddetto Comitato il direttore ed i dirigenti dei principali servizi sanitari e medico-sociali della Provincia.

Il Presidente ha facoltà di far intervenire alle riunioni del Comitato esperti nelle varie materie, a seconda degli argomenti sottoposti all'esame del Comitato stesso.

Comitato comunale o consortile di sanità

Art. 33.

In ogni Comune o Consorzio sanitario intercomunale è istituito un Comitato comunale o consortile di sanità, nominato dal

Sindaco o dal Presidente del Consorzio. Tale Comitato ha i seguenti compiti:

1) prendere in esame tutti i fatti riguardanti l'igiene e la pubblica salute del Comune o del Consorzio e proporre i relativi provvedimenti all'Amministrazione comunale o consortile, nonché le indagini e le ricerche che si ritengono opportune;

2) proporre l'organizzazione e le regolamentazioni sanitarie speciali per le attività ed i servizi dell'Unità sanitaria locale destinati al territorio della Circostrizione;

3) esprimere il parere sulle proposte degli organi tecnici di direzione dei servizi sanitari.

Il parere del Comitato comunale o consortile di sanità è obbligatorio in materia di regolamenti relativi alla attività dei servizi igienico-sanitari di competenza dei comuni o dei consorzi sanitari intercomunali.

Art. 34.

Il Comitato comunale o consortile di sanità è presieduto dal sindaco o dall'assessore alla Sanità da lui delegato, o dal Presidente del Consorzio. Esso è composto da:

a) 5 membri del Consiglio comunale o consortile, designati dai Consigli stessi in equa rappresentanza dei gruppi che li compongono;

b) 5 rappresentanti delle organizzazioni sindacali più rappresentative dei lavoratori dipendenti;

c) 3 rappresentanti dei lavoratori autonomi e dei datori di lavoro, designati dalle rispettive associazioni;

d) 4 rappresentanti delle categorie sanitarie, designati per metà dagli Ordini professionali e per metà dalle rispettive associazioni sindacali;

e) 5 esperti nelle principali discipline sanitarie, eletti, con voto diretto e segreto, dai ricercatori, dai sanitari e dai tecnici nel campo della tutela della salute e dell'assistenza sanitaria.

Fanno inoltre parte del suddetto Comitato i dirigenti dei servizi sanitari e medico-sociali del Comune o del Consorzio.

Il Sindaco o il Presidente del Consorzio hanno facoltà di far intervenire alle riunioni del Comitato di sanità esperti nelle varie materie a seconda degli argomenti sottoposti all'esame del Comitato stesso.

TITOLO V

PRODUZIONE, RICERCA SCIENTIFICA E DISTRIBUZIONE DEI FARMACI

Produzione e ricerca

Art. 35.

La produzione di farmaci di preminente interesse sociale, nonchè la produzione delle relative materie base, è riservata allo Stato.

Lo Stato assume altresì il monopolio della importazione e della esportazione dei farmaci di cui al primo capoverso, e delle relative sostanze attive.

Sono considerati farmaci di preminente interesse sociale i farmaci per uso umano e veterinario, sia sotto forma di specialità che galenica, contenenti sieri e vaccini, antibiotici estrattivi e di sintesi, steroidi estratti e sintetizzati, sulfamidici e vitamine.

L'elenco di tali farmaci viene aggiornato periodicamente, considerando come farmaci di preminente interesse sociale quelli atti a prevenire e curare le malattie più gravi o diffuse, e quelli il cui costo o la cui diffusione incide in modo sensibile sulla spesa sanitaria pubblica e privata.

Art. 36.

Per la produzione, l'importazione e l'esportazione, la distribuzione all'ingrosso dei farmaci di cui all'articolo precedente, nonchè di altri farmaci, è costituito l'ENAF (Ente nazionale farmaceutico).

Una Commissione parlamentare permanente composta da 6 senatori e 6 deputati, eletti dalle rispettive Camere secondo la procedura prevista dal Regolamento della Camera dei deputati, esercita l'alta vigilanza sull'ENAF con potere d'inchiesta.

Art. 37.

Il Ministro della sanità, in relazione al quadro nosologico del Paese, ed alle direttive del Parlamento, approva i piani annuali e pluriennali dell'ENAF e li sottopone al Parlamento; stabilisce, su parere della Commissione parlamentare di cui all'articolo precedente e della Sezione farmaceutica del Consiglio nazionale di sanità i nuovi farmaci la cui produzione, esportazione e importazione è riservata allo Stato; orienta e coordina la ricerca scientifica.

Art. 38.

La Sezione farmaceutica del Consiglio nazionale di sanità è l'organo consultivo permanente, dotato anche di poteri di iniziativa e di controllo, del Ministero della sanità per tutto quanto concerne produzione e distribuzione dei medicinali di produzione statale o privata, l'aggiornamento dell'elenco dei medicinali e delle relative materie di base di cui ritiene necessaria la produzione da parte dello Stato o l'autorizzazione alla produzione da parte dell'industria privata.

La Sezione farmaceutica è anche organo consultivo per la fissazione dei prezzi, da parte dell'ENAF, per i farmaci prodotti da tale Ente.

Art. 39.

La Sezione farmaceutica del Consiglio nazionale di sanità ha analoghi compiti per quanto attiene alla prospettazione delle esigenze della ricerca scientifica nel campo dei farmaci. La ricerca sarà promossa attraverso l'Istituto superiore di sanità, le Università, altri Istituti e laboratori di Stato e di Enti pubblici, nonchè, anche con speciali incentivazioni agli inventori e scopritori, a singoli ricercatori e ad organismi privati.

Art. 40.

La produzione di farmaci per uso umano e veterinario può essere effettuata solo in stabilimenti autorizzati dal Ministero della sanità.

Il Ministero della sanità dispone i controlli sulla produzione farmaceutica a mezzo di ispezioni periodiche.

Gli stessi poteri di controllo sono attribuiti alle Regioni, Province e Comuni, che li esercitano nell'ambito territoriale di rispettiva competenza. All'uopo è previsto il prelievo di campioni di farmaci sia presso gli stabilimenti di produzione che presso i distributori (grossisti, farmacie) nonché presso gli istituti di cura, privati e pubblici.

Art. 41.

È consentita la propaganda su riviste scientifiche dirette da specialisti del settore (medici, ricercatori, farmacisti) e mediante la diffusione di lavori scientifici, per intero o per estratto, indirizzati ai medici.

È libera la propaganda, sotto forma di informazione orale, sulle proprietà dei farmaci, svolta da apposito personale (propagandisti scientifici) presso i medici, i veterinari, i farmacisti. È vietata qualunque forma di propaganda diretta o indiretta verso il pubblico, anche di prodotti non farmaceutici di cui vengano vantate le proprietà terapeutiche.

Distribuzione dei farmaci

Art. 42.

La distribuzione dei farmaci viene effettuata dalle farmacie. Le farmacie possono essere a gestione pubblica o privata.

Art. 43.

Ogni circoscrizione sanitaria deve avere una pianta organica delle farmacie, nella quale sono indicate il numero e la sede di

esse. La pianta organica viene proposta dal Comitato comunale o consortile di sanità, di cui all'articolo 33 della presente legge, e fa parte del piano regolatore generale dei servizi sanitari della Regione.

La legge stabilisce il rapporto generale tra il numero delle farmacie e il numero degli abitanti.

Art. 44.

Le farmacie di nuova istituzione e le sedi vacanti possono essere gestite dal Comune o consorzio di Comuni oppure essere affidate per concorso ai farmacisti iscritti all'Albo, secondo le modalità stabilite dalla legge.

Nel caso in cui le farmacie siano situate in zone disagiate, vengono erogati ai titolari contributi come concorso per garantirne il funzionamento.

TITOLO VI

OSPEDALI E ASSISTENZA OSPEDALIERA

Trasferimento e direzione degli ospedali

Art. 45.

Tutti gli Istituti di cura dipendenti da enti pubblici di qualsiasi natura, qualunque sia l'ordinamento di detti Enti e l'ambito territoriale nel quale essi operano, fanno parte del Servizio sanitario nazionale e sono trasferiti ai Comuni, alle Provincie, alle Regioni, sulla base della destinazione e della classificazione fissati nei piani generali dagli organi del Servizio sanitario nazionale secondo le disposizioni della presente legge.

Art. 46.

L'alta sorveglianza e il coordinamento nazionale degli ospedali e dell'assistenza ospedaliera, nonchè ogni altra attribuzione concernente la disciplina, le norme e gli indirizzi generali in materia di igiene e tecnica

ospedaliera, organizzazione, distribuzione territoriale, e disciplina nazionale degli ospedali, e quanto altro contribuisce al potenziamento del servizio ospedaliero per i fini propri del Servizio sanitario nazionale e del programma sanitario del Paese, spettano al Ministro della sanità e sono esercitati con l'ausilio del Consiglio nazionale di sanità, nel rispetto delle competenze delle Regioni in materia di assistenza ospedaliera.

Art. 47.

Presso il Ministero della sanità è organizzata una direzione generale per la assistenza, l'igiene e la tecnica ospedaliera.

In seno al Consiglio nazionale di sanità è costituita una apposita Sezione per il servizio ospedaliero.

La Sezione:

a) esprime parere su ogni affare di sua competenza sottoposto al Consiglio nazionale di sanità dal Ministro;

b) determina il fabbisogno minimo nazionale dei posti letto negli ospedali pubblici, da indicare nel programma sanitario nazionale predisposto dal Consiglio nazionale di sanità;

c) esprime parere sui programmi ospedalieri presentati dalle singole Regioni e sui piani finanziari per la loro attuazione.

Piano regolatore ospedaliero

Art. 48.

Gli ospedali e gli altri istituti di cura del Servizio sanitario nazionale sono compresi, nel piano regolatore generale dei servizi sanitari della Regione, in un apposito piano regolatore ospedaliero nel quale sono determinate:

a) la classificazione degli ospedali pubblici generali e specializzati della regione e le rispettive aree di influenza nelle Circoscrizioni sanitarie locali;

b) le località nelle quali debbono essere costruiti nuovi ospedali, e le caratteristiche e dimensioni di essi;

c) la trasformazione e gli ampliamenti necessari per adeguare gli ospedali esistenti, anche per ciò che concerne gli impianti scientifici e tecnici e le attrezzature, alle indicazioni del piano;

d) la previsione delle spese e il piano finanziario relativo all'attuazione del piano stesso.

Art. 49.

Il piano regolatore ospedaliero è formulato e approvato con le modalità e le procedure previste per il piano regolatore generale dei servizi sanitari della Regione.

Classificazione degli ospedali

Art. 50.

Gli ospedali compresi nel piano sono classificati in ospedali generali e ospedali specializzati.

Gli ospedali generali sono: ospedali centrali e ospedali circoscrizionali.

Art. 51.

Gli ospedali circoscrizionali provvedono al ricovero e alle cure medico-chirurgiche e specialistiche dei cittadini, senza limitazione alcuna di prestazioni e di medicinali.

I servizi poliambulatoriali e domiciliari della Circoscrizione sanitaria hanno una direzione sanitaria distinta dalla direzione sanitaria dell'ospedale.

Le due direzioni sanitarie e i relativi servizi sono coordinati in un'unica direzione tecnica, dei servizi di diagnostica e terapia dell'Unità sanitaria locale.

I servizi di diagnostica e terapia debbono essere coordinati in modo unitario con tutti

gli altri servizi sanitari dell'Unità sanitaria locale.

Gli ospedali circoscrizionali possono contribuire, secondo gli orientamenti generali del Servizio nazionale sanitario, alla ricerca scientifica nel campo clinico-statistico e terapeutico, all'aggiornamento professionale dei medici e all'addestramento tecnico del personale addetto ai servizi ospedalieri.

Art. 52.

Gli ospedali centrali e gli ospedali specializzati sono normalmente situati nel capoluogo di provincia, e provvedono al servizio ospedaliero di più Unità sanitarie locali o a compiti particolari.

Ad essi sono inoltre demandate, secondo la specifica competenza stabilita in sede di piano, la ricerca scientifica nel campo clinico-statistico, diagnostico-terapeutico e medico-biologico, l'aggiornamento professionale dei medici, l'istruzione, l'addestramento e la qualificazione del personale tecnico del servizio.

Gli ospedali centrali e specializzati sono strettamente collegati con i servizi circoscrizionali e con gli organi sanitari della Regione, e sono coordinati con tutti gli altri servizi sanitari a livello della Provincia.

Art. 53.

Gli ospedali specializzati sono istituti di ricovero destinati ad assistere ammalati di una specialità o di un gruppo di specialità affini.

Il numero dei letti e la suddivisione in reparti sono stabiliti in sede di piano regolatore ospedaliero, a seconda delle funzioni assegnate all'ospedale specializzato.

Art. 54.

In ogni Unità sanitaria locale e in ogni Provincia, a fianco o alle dipendenze degli

ospedali generali, circoscrizionali e centrali, e degli ospedali specializzati, debbono essere istituiti particolari reparti destinati al ricovero degli ammalati lungo-degenti.

Art. 55.

Il Piano regolatore ospedaliero deve provvedere ad indicare il numero, la ubicazione, la zona di influenza di speciali istituti di convalescenza, che oltre al consolidamento della guarigione clinica ed alla eventuale riabilitazione, provvedano alla prevenzione delle ricadute anche con adeguata educazione del malato.

Gli Istituti di convalescenza sono di norma collegati con i servizi sanitari provinciali.

Amministrazione degli ospedali

Art. 56.

Ogni ospedale generale o specializzato ha un'amministrazione propria, esercitata da un Consiglio di amministrazione, secondo le norme emanate dalla Regione con apposito regolamento.

I Consigli di amministrazione degli ospedali circoscrizionali sono nominati dal Consiglio comunale e dall'assemblea del Consorzio dei comuni della Circoscrizione.

I Consigli di amministrazione degli ospedali centrali, degli ospedali per lungo-degenti e dei convalescenziari, sono nominati dal Consiglio del comune ove ha sede l'ospedale o l'istituto di convalescenza.

I Consigli di amministrazione degli ospedali specializzati sono nominati dal Consiglio provinciale.

I Consigli di amministrazione di cui al presente articolo sono nominati dai Consigli locali competenti, nella seduta successiva a quella in cui sono stati eletti i rispettivi organi degli Enti locali, dopo ogni consultazione elettorale, ed hanno di norma la stessa durata dei Consigli da cui sono stati eletti.

Possono essere rinnovati interamente o parzialmente prima della scadenza, con deliberazione motivata, che deve essere comunicata entro 8 giorni agli organi sanitari competenti della Regione.

Art. 57.

I Consigli di amministrazione di cui agli articoli precedenti hanno i seguenti compiti:

- a) proporre il regolamento di gestione;
- b) proporre il regolamento e la pianta organica del personale;
- c) predisporre il bilancio di previsione e approvare il consuntivo;
- d) provvedere alla gestione dei fondi assegnati, e ordinare le spese occorrenti al funzionamento dell'istituto ospedaliero;
- e) redigere annualmente i programmi di intervento straordinario per l'adeguamento delle attrezzature, dei locali, dell'organizzazione e del funzionamento dell'istituto ospedaliero;
- f) disporre le spese straordinarie già previste in bilancio o le spese che si rendono necessarie e che possono essere finanziate con fondi disponibili senza apportare variazioni alle risultanze finali del bilancio approvato;
- g) promuovere gli atti previsti dalla legge per la classificazione dell'ospedale nel piano ospedaliero regionale;
- h) proporre i provvedimenti per adeguare l'ospedale alle caratteristiche volute dalla legge.

Art. 58.

La vigilanza e il controllo sugli atti delle amministrazioni ospedaliere sono di competenza dei Comuni (o Consorzi intercomunali), Province e Regioni cui è affidata la nomina dei rispettivi Consigli di amministrazione.

Personale ospedaliero

Art. 59.

Il personale degli ospedali è assunto per pubblico concorso ai gradi e qualifiche iniziali delle rispettive categorie e carriere.

Il personale sanitario è impiegato secondo i criteri del « tempo pieno ».

A tutto il personale è fatto divieto di assumere incarichi professionali presso altri Enti pubblici e privati, e di svolgere attività incompatibili con le attribuzioni ricoperte nell'ospedale.

Art. 60.

Lo stato giuridico ed economico del personale è disciplinato da uno speciale regolamento, con allegata pianta organica, alla cui formulazione sono chiamate a partecipare le Associazioni sindacali provinciali del personale. Le norme generali cui detti regolamenti dovranno ispirarsi sono:

- 1) la fissazione del numero dei posti di organico;
- 2) la fissazione della retribuzione con riferimento alla determinazione di una scala di valori professionali;
- 3) l'estensione degli accordi sindacali;
- 4) il riconoscimento dei diritti dei Sindacati e della loro rappresentanza nelle istanze previste dal regolamento.

Art. 61.

In ogni ospedale è istituito un collegio sanitario, eletto da tutto il personale sanitario dell'ospedale.

Il collegio sanitario ha funzioni di consulenza tecnica della direzione sanitaria e dell'amministrazione ospedaliera, ed è sentito obbligatoriamente in tutti i casi in cui occorra decidere su questioni che interessano la vita interna dell'ospedale, la regolamentazione dei servizi sanitari, il trattamento del malato.

TITOLO VII

TUTELA DELLA SALUTE MENTALE
E ASSISTENZA PSICHIATRICA

Art. 62.

La tutela della salute mentale e l'assistenza psichiatrica sono realizzate dal Servizio sanitario nazionale attraverso servizi psichiatrici atti a garantire la necessaria continuità tra opera di prevenzione, cura e recupero. I servizi psichiatrici per adulti e per soggetti in età evolutiva sono organizzati sulla base della Circostrizione o Unità sanitaria locale di cui all'articolo 23 della presente legge.

Art. 63.

Il servizio psichiatrico per adulti deve:

- 1) svolgere un'azione igienica e di prevenzione nei confronti di tutta la popolazione della Circostrizione con particolare riguardo per chi vive in collettività e presta attività lavorative extrafamiliari, fare opera di educazione sanitaria, collegarsi con gli altri servizi dell'Unità sanitaria locale;
- 2) prestare l'assistenza medica alle persone affette da disordini mentali che hanno superato i 18 anni;
- 3) sovrintendere al loro recupero sociale;
- 4) controllare periodicamente e seguire sino al completo reinserimento sociale le persone già affette da disordini mentali;
- 5) segnalare al servizio medico-psicopedagogico i soggetti in età evolutiva che hanno legami di parentela o convivono con persone affette da disordini mentali e tutti i casi che possono beneficiare di un'assistenza medico-psicopedagogica;
- 6) garantire il funzionamento ed il coordinamento delle istituzioni comprese nella Unità sanitaria locale.

Art. 64.

Il servizio psichiatrico per soggetti in età evolutiva deve:

1) svolgere un'azione igienica e di prevenzione nei confronti di tutti i soggetti in età evolutiva compresi nella Circostrizione, collegarsi con tutti i servizi pediatrici, coadiuvare gli altri servizi medici per quanto ha attinenza con l'igiene mentale e la prevenzione dei disordini mentali nell'età evolutiva;

2) svolgere un'azione di *dépistage* negli asili-nido, nelle scuole materne, e nelle altre scuole di ogni ordine e grado, negli istituti pubblici e privati dove vengono accolti bambini e adolescenti;

3) organizzare dibattiti e riunioni con genitori, insegnanti, pediatri e con tutti coloro che si occupano di problemi infantili e giovanili, in modo da diffondere al massimo i principi di igiene mentale e le conoscenze sull'evoluzione psicologica del bambino;

4) prestare l'assistenza medica ai minori affetti da disordini mentali;

5) sovrintendere alla loro educazione;

6) controllare periodicamente e seguire sino al completo inserimento sociale i minori già affetti da disordini mentali;

7) segnalare al servizio psichiatrico gli adulti affetti da disordini mentali che convivono con bambini e che hanno rapporti con essi;

8) garantire il funzionamento ed il coordinamento delle istituzioni comprese nella circostrizione.

Art. 65.

La direzione dei servizi psichiatrici della Unità sanitaria locale è unitaria, ed è collegata alla direzione di tutti i servizi sanitari della Circostrizione sanitaria locale.

Al personale dei servizi psichiatrici si applicano le norme di cui agli articoli 71, 72 e seguenti, relative ai rapporti tra il personale sanitario e il Servizio sanitario nazionale.

Art. 66.

Gli ospedali psichiatrici, gli ospedali medico-psico-pedagogici, gli istituti medico-pedagogici e medico-psico-pedagogici sono ospedali specializzati.

TITOLO VIII

SERVIZI MEDICO-SOCIALI PER LA
MATERNITA' E LA PRIMA INFANZIA

Art. 67.

Al fine di favorire il normale svolgimento della gravidanza, del parto, del puerperio e dell'allattamento e agevolare l'allevamento e lo sviluppo psico-somatico del bambino nei primi anni di vita, a completamento di quanto previsto nell'articolo 2, dovranno essere garantiti i seguenti servizi a tutte le madri e a tutti i bambini a prescindere dal loro stato civile e sociale:

a) consulenza profilattica di natura ginecologica, ostetrica e pediatrica; consulenza medico-psico-pedagogica e prestazioni connesse a tali forme di consulenza;

b) assistenza psico-sociale alle gestanti;

c) ospitalità diurna ai bambini sino a tutto il terzo anno di vita.

Art. 68.

L'attività di consulenza prevede, fra l'altro, la consulenza prematrimoniale genetica a tutti i cittadini e l'obbligo di chiamare periodicamente a visita medico-ginecologica le lavoratrici.

Le prestazioni connesse con l'attività di consulenza devono, fra l'altro, comprendere la preparazione psicoprofilattica al parto; l'erogazione — qualora l'ostetrico-ginecologo sconsigli la gravidanza — di prodotti preventivi a tal fine idonei; l'erogazione — qualora la donna provveda all'allattamento artificiale o misto — di prodotti alimentari

e di preparati ritenuti indispensabili all'allattamento del neonato, nel quantitativo e per la durata necessari.

Art. 69.

Per l'assistenza psico-sociale alle gestanti — che deve tendere a garantire condizioni ambientali idonee alla madre nel periodo del puerperio e in quello successivo — potranno essere erogate particolari prestazioni ed essere istituiti centri specifici di assistenza psico-sociale fondata sulla attività di *équipes* specializzate.

In particolare, in ogni capoluogo di provincia dovranno essere istituiti i centri di asilo materno in grado di ospitare le gestanti e puerpere nubili o coniugate il cui ambiente familiare non assicuri condizioni idonee al loro stato, nonchè la coppia madre-bambino.

Art. 70.

L'ospitalità diurna ai bambini dal terzo mese a tutto il terzo anno di vita deve assicurare al bambino, ad integrazione delle cure materne e familiari, una qualificata vigilanza durante tutto il corso della giornata ed un'assistenza igienico-profilattico-educativa. A questo scopo dovrà essere istituita una rete capillare di asili-nido.

Gli asili-nido dovranno essere, di massima, di tipo residenziale, sorgere capillarmente nei quartieri urbani, nei centri di sviluppo dell'edilizia popolare e in tutti quei comuni e frazioni ove esistono agglomerati di abitazioni di una certa entità. La ubicazione, il funzionamento e gli orari degli asili-nido devono aderire alle reali esigenze delle madri ed essere stabiliti con particolare riferimento alle necessità delle donne lavoratrici.

Gli asili-nido, che di regola devono avere una capienza non superiore ai 50 posti, devono constare di due sezioni separate, l'una per i lattanti e l'altra per i divezzi, con una direzione medica coadiuvata da esperti di psicologia, pedagogia e assistenza sociale.

TITOLO IX

RAPPORTO TRA I SANITARI E IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Art. 71.

Il Ministero della sanità, le Regioni, le Province, i Comuni ed i Consorzi dei comuni — nell'ambito delle norme generali fissate dalla presente legge — deliberano la formazione degli organici del personale medico, sanitario, infermieristico, tecnico e dei vari servizi amministrativi e generali del Servizio sanitario nazionale, tenendo presente la esigenza di garantire il servizio medico su tutto il territorio nazionale.

Art. 72.

L'esercizio della medicina quale libera professione è garantito.

Il Servizio sanitario nazionale, per l'erogazione delle prestazioni diagnostico-terapeutiche ambulatoriali e domiciliari, si avvale di medici liberi professionisti convenzionati e di medici a rapporto di impiego. La scelta dei sistemi di cui al comma precedente è demandata alla libera contrattazione tra le associazioni sindacali dei medici e gli organi competenti del Servizio sanitario nazionale.

I rapporti normativi ed economici tra i medici liberi professionisti ed il Servizio sanitario nazionale saranno regolati da convenzioni liberamente negoziate tra le associazioni sindacali di categoria e gli organi del Servizio sanitario nazionale.

Art. 73.

Ai medici convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, deve essere assicurata piena libertà di operare secondo scienza e coscienza per il conseguimento del fine della tutela della salute dei cittadini.

Ai medici a rapporto di impiego deve essere inoltre permesso il libero esercizio professionale al di fuori del normale orario di servizio; deve essere altresì assicurata la possibilità di passaggio da un servizio all'altro (ospedale, poliambulatorio, eccetera).

Ai medici che ricoprono funzioni direttive non devono essere attribuiti compiti di carattere fiscale.

Art. 74.

Alla formazione del personale medico provvedono le Università.

Gli organi del Servizio sanitario nazionale prospettano alle Università e al Ministero della pubblica istruzione le esigenze di formazione teorico-pratica dei medici e le riforme dei metodi di insegnamento e di organizzazione degli studi, necessarie per garantire l'elevato livello dell'assistenza sanitaria e della tutela della salute.

Le cliniche annesse alle facoltà mediche e i policlinici rimangono regolati dal testo unico delle leggi universitarie, e successive modificazioni, e collaborano, sulla base di apposite convenzioni tra le Università e gli organi del Servizio sanitario nazionale, all'attuazione degli scopi della presente legge.

Nei due anni successivi alla laurea tutti i medici prestano servizio retribuito negli ospedali.

Il Servizio sanitario nazionale, mediante accordi stipulati con le facoltà mediche delle Università ed in collaborazione con gli ospedali centrali, organizzerà, annualmente, corsi di aggiornamento, gratuiti, sia per i medici a rapporto di impiego che per i medici convenzionati.

Art. 75.

Il Servizio sanitario nazionale predisporrà incentivi di natura economica, culturale e di carriera per il personale che andrà ad operare nelle zone disagiate.

TITOLO X

TUTELA

DEI DIRITTI DEL CITTADINO VERSO
IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Art. 76.

Il cittadino che si ritenga leso in un suo diritto riconosciuto dalla presente legge ha facoltà di ricorrere entro 90 giorni (salvo quanto previsto dall'articolo seguente), avverso le decisioni adottate in materia di protezione sanitaria dagli organi del Servizio sanitario nazionale:

a) in prima istanza, all'assessore alla sanità del Comune, ovvero al Presidente del Consorzio sanitario intercomunale che ha emesso il provvedimento che si impugna;

b) in seconda istanza, al Ministero della sanità.

L'assessore alla Sanità, il Presidente del Consorzio sanitario intercomunale e il Ministero della sanità decidono sentiti gli organi competenti di cui agli articoli della presente legge.

I ricorsi amministrativi, sia in prima che in seconda istanza, devono essere decisi entro 90 giorni dalla ricezione dei ricorsi stessi.

I ricorsi in seconda istanza possono essere avanzati dall'interessato anche nei casi in cui siano trascorsi infruttuosamente 90 giorni dalla presentazione del ricorso in prima istanza.

Avverso le decisioni adottate in materia di protezione sanitaria dagli organi del Servizio sanitario nazionale è data facoltà al cittadino di adire la Magistratura ordinaria, anche nel caso in cui tali decisioni non siano state precedentemente impugnate in via amministrativa. L'azione dinanzi alla Magistratura ordinaria si prescrive nel termine di 5 anni.

Nelle controversie dinanzi alla Magistratura ordinaria, ove sia necessaria la nomina di un consulente tecnico, le relative spe-

se sono poste sempre a carico dell'organo che ha emanato la decisione che si impugna. Inoltre, nei casi di soccombenza, le spese di giudizio sono interamente compensate, salvo nei casi di manifesta temerarietà dell'azione giudiziaria.

Gli atti, i documenti e i provvedimenti relativi a tutte le controversie, sia in sede amministrativa che giudiziaria, aventi per oggetto la materia trattata nella presente legge, sono esenti dalle imposte di bollo e di registro e da ogni spesa, tassa e diritti di qualsiasi specie.

Art. 77.

Gli aventi diritto alle prestazioni economiche, ovvero gli enti previdenziali preposti alla loro erogazione, qualora non accettino la valutazione effettuata dagli organi cui è affidata la protezione sanitaria e di cui all'articolo 7, hanno facoltà di ricorrere entro 10 giorni ad un collegio medico formato da un medico in rappresentanza dell'ente previdenziale e da un medico del servizio sanitario. Qualora la contestazione sia promossa dall'ente previdenziale, di ciò deve essere data comunicazione al lavoratore interessato. Il collegio medico — le cui decisioni sono definitive — deve emettere la decisione sul ricorso entro 10 giorni dalla data di ricezione del ricorso stesso.

TITOLO XI

FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Art. 78.

L'onere relativo alla gestione del Servizio sanitario nazionale è a carico dello Stato.

Art. 79.

Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio nazionale di sanità, con propri decreti provvede alla ripartizione dei fondi necessa-

ri al finanziamento dei servizi e allo svolgimento dei compiti attribuiti dalla presente legge al Ministero della sanità, alle Regioni, alle Province, ai Comuni e ai Consorzi sanitari intercomunali, sulla base dei piani sanitari presentati dalle Regioni.

Il Ministro della sanità provvede agli stanziamenti di cui al comma precedente, tenendo conto dei bilanci di previsione approvati dalle Regioni e dagli enti locali, salvo conguaglio in sede di bilancio consuntivo.

Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio nazionale di sanità, stabilisce i criteri direttivi ai fini della uniformità di impostazione dei predetti bilanci preventivi e consuntivi.

Nei bilanci delle Regioni, delle Province, dei Comuni e dei Consorzi sanitari intercomunali è istituito un capitolo denominato « Protezione sanitaria », suddiviso in vari articoli, in cui sono rappresentate tutte le spese sanitarie relative ai compiti attribuiti dalla presente legge agli enti stessi.

Nessuna delle somme destinate alla protezione sanitaria può essere assegnata a impieghi diversi.

TITOLO XII

FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Art. 80.

All'attuazione integrale delle norme e delle istituzioni del Servizio sanitario nazionale si provvederà entro tre anni dalla pubblicazione della presente legge sulla *Gazzetta Ufficiale*.

Art. 81.

Le norme per l'applicazione della presente legge sono emanate dal Governo, sentita una commissione formata da 10 deputati e 10 senatori.

In deroga a quanto sopra, limitatamente alle norme relative all'applicazione dell'articolo 88, la Commissione di cui al precedente comma viene integrata da rappresentanti delle Regioni, degli Enti locali, degli Enti previdenziali, dei Ministeri del lavoro e della sanità, e delle Organizzazioni sindacali del personale a qualunque titolo dipendenti dagli Enti interessati alla riforma di cui alla presente legge.

Art. 82.

Entro il primo anno il Governo dovrà provvedere:

a) all'estensione di tutte le prestazioni di medicina preventiva e diagnostico-terapeutica per i lavoratori dipendenti e per i loro familiari, abolendo ogni limitazione relativa alla durata e alla natura della malattia;

b) all'estensione delle prestazioni medico-generiche, specialistiche (sia ambulatoriali che domiciliari) e ospedaliere per i lavoratori autonomi e per i loro familiari, abolendo ogni limitazione relativa alla durata e alla natura della malattia;

c) all'attribuzione al Ministero della sanità, Regioni, Province, Comuni e Consorzi intercomunali dei compiti di coordinamento, iniziativa e controllo per tutte le attività e attrezzature sanitarie attualmente di competenza di qualsiasi altra amministrazione o ente pubblico o amministrativo;

d) al passaggio della proprietà e della gestione degli ospedali pubblici alle Regioni, Province, Comuni e Consorzi intercomunali;

e) alla costituzione degli organi di cui agli articoli 26, 27, 28 e seguenti.

Art. 83.

Entro il secondo anno il Governo dovrà provvedere:

a) all'estensione di tutte le prestazioni sanitarie ai soggetti della presente legge;

b) all'attribuzione al Ministero della sanità, Regioni, Province, Comuni e Consorzi

intercomunali dei compiti sanitari attualmente affidati ad altri organismi pubblici e assicurativi di qualsiasi natura;

c) al trasferimento della gestione a tali organismi, secondo le competenze stabilite dalla presente legge, degli ambulatori e di ogni altra attrezzatura sanitaria di cui all'articolo 87.

Art. 84.

Entro il terzo anno il Governo dovrà provvedere a tutti gli altri adempimenti previsti dalla presente legge.

TITOLO XIII

NORME FINALI E TRANSITORIE

Soppressione di Enti e trasferimento delle gestioni

Art. 85.

Gli Enti che gestiscono esclusivamente forme di assicurazione obbligatoria contro le malattie, nonchè gli enti pubblici di qualsiasi natura che assolvono esclusivamente a compiti e funzioni che in virtù della presente legge sono attribuiti al Ministero della sanità, alle Regioni, alle Province, ai Comuni e ai Consorzi sanitari intercomunali sono soppressi.

Parimenti, sono soppressi quelle gestioni degli enti previdenziali e assistenziali di qualsiasi natura e comunque istituiti preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria in caso di malattia, tubercolosi, maternità, infortunio e malattia professionale.

Art. 86.

Le gestioni preposte all'erogazione dell'assistenza economica degli Enti di cui al primo comma dell'articolo precedente sono trasferite all'Istituto nazionale della previdenza sociale.

Art. 87.

Il patrimonio funzionale relativo alla tutela della salute e all'assistenza sanitaria, compreso quello ambulatoriale e ospedaliero, degli enti previdenziali e degli enti pubblici interessati comunque al riordinamento della protezione sanitaria e dei servizi relativi previsti dalla presente legge, viene trasferito come patrimonio indisponibile al Ministero della sanità, alle Regioni, alle Province, ai Comuni, ai Consorzi sanitari intercomunali secondo le competenze attribuite a tali enti dalla presente legge.

Il patrimonio funzionale e i beni patrimoniali di qualsiasi natura degli ospedali civili e pubblici, comunque regolati e denominati, i loro crediti e debiti vengono trasferiti al Ministero della sanità, alle Regioni, alle Province, ai Comuni e ai Consorzi sanitari intercomunali secondo le competenze loro attribuite dalla presente legge. Tali enti provvederanno alla gestione dei beni suddetti, devolvendo gli utili esclusivamente alla protezione sanitaria.

Personale

Art. 88.

Il Governo è autorizzato ad emanare, sentita la Commissione di cui all'articolo 81, norme generali per il riordinamento dello stato giuridico del personale amministrativo e tecnico dipendente dagli enti interessati alla riforma di cui alla presente legge, nonché norme generali per la formazione degli organici del personale medico-sanitario, infermieristico, tecnico e dei vari servizi amministrativi e generali addetto sia ai servizi che vengono istituiti con la presente legge, sia agli enti previdenziali che non vengono soppressi dall'articolo 85 della presente legge.

Tali norme generali dovranno basarsi sui seguenti criteri:

a) dovrà essere garantita al personale la conservazione di tutti i diritti quesiti ed acquisiti in materia di trattamento economico, giuridico, di quiescenza e previdenza,

nonchè di occupazione, anche se si rendesse necessaria la temporanea sospensione della prestazione di lavoro per esigenze poste dall'applicazione della presente legge;

b) si dovrà procedere all'equiparazione al più alto livello dei gradi e delle qualifiche del personale;

c) dovranno essere stabilite le modalità di trasferimento e le norme per l'utilizzazione del personale di cui al presente articolo presso i servizi sociali che vengono istituiti a norma della presente legge;

d) dovranno essere stabiliti i criteri generali per i concorsi di assunzione, per la progressione di carriera, per il passaggio da un servizio ad un altro;

e) dovrà essere concessa — al personale degli enti di cui al presente articolo che presenti le dimissioni dall'impiego entro sei mesi dall'entrata in vigore delle norme di cui al primo comma — una indennità speciale pari ad una annualità dell'ultima retribuzione percepita per ogni 5 anni, o frazione non inferiore a 3 anni, di effettivo servizio prestato, con un massimo di 3 annualità. Tale indennità non potrà comunque superare l'importo globale delle retribuzioni che l'interessato avrebbe percepito qualora fosse rimasto in servizio fino al raggiungimento dei limiti di età. Inoltre al predetto personale dovrà essere concessa, ai fini del trattamento di quiescenza e di pensione, una anzianità convenzionale di 5 anni;

f) ai Comuni e loro Consorzi, alle Province, alle Regioni, al Ministero della sanità, nonchè agli enti previdenziali che non vengono soppressi a norma dell'articolo 85, dovranno essere attribuiti i compiti relativi alla formazione e revisione degli organici del personale amministrativo e tecnico dei servizi da essi dipendenti.

Finanziamento

Art. 89.

In attesa che l'onere relativo alla gestione del Servizio sanitario nazionale venga

posto interamente a carico dello Stato, il finanziamento è garantito:

a) dai contributi di spettanza degli Enti previdenziali e afferenti alle gestioni dell'assistenza sanitaria;

b) da tutte le somme stanziare nel bilancio dello Stato per l'assistenza sanitaria, per opere igienico-sanitarie e per ogni qualsiasi titolo che abbia relazione con gli scopi attribuiti al Servizio sanitario nazionale, con esclusione di quelle destinate alla sanità militare;

c) ove occorra, da uno stanziamento integrativo.

Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare con propri decreti le variazioni di bilancio necessarie.

Art. 90.

Alle spese per le prestazioni economiche ai lavoratori dipendenti, e di cui agli articoli 9, 10 e 13 con esclusione dell'ultimo comma, derivanti dall'applicazione della presente legge, si provvede mediante le entrate per contributi sulle retribuzioni, per contributi dello Stato e per alti titoli; in via transitoria si provvede alle maggiori spese mediante l'utilizzazione degli avanzi patrimoniali e delle riserve delle gestioni degli enti interessati alla riforma.

Art. 91.

Alla spesa per le prestazioni economiche ai lavoratori autonomi di cui all'articolo 11 e ultimo comma dell'articolo 13, si provvede:

a) con un contributo proporzionale al reddito di lavoro effettivo o convenzionale dei lavoratori di cui all'articolo 8 terzo comma;

b) con un contributo dello Stato a titolo di copertura delle minori entrate conseguenti a sgravi contributivi stabiliti in favore di categorie che si trovano in situazione di difficoltà economica.

Regioni

Art. 92.

Nelle Regioni nelle quali non sia stato attuato l'ordinamento previsto dall'articolo 115 della Costituzione, tutte le funzioni attribuite dalla presente legge alle Regioni saranno esercitate da Commissioni regionali composte da 5 consiglieri provinciali per ogni provincia e presiedute dal Presidente della Provincia capoluogo di Regione.

Art. 93.

Ogni norma in contrasto o incompatibile con le disposizioni, i principi e i criteri della presente legge è abrogata.