CAMERA DEI DEPUTATI N. 3207

DISEGNO DI LEGGE

PRESENTATO DAL MINISTRO DELLA SANITÀ
(COLOMBO VITTORINO)

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

COL MINISTRO DELL'INTERNO
(TAVIANI)

COL MINISTRO DI GRAZIA E GIUSTIZIA
(ZAGARI)

COL MINISTRO DEL TESORO
(COLOMBO EMILIO)

COL MINISTRO DEL BILANCIO
E DELLA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA
(GIOLITTI)

COL MINISTRO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE
(MALFATTI)

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

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

—

Istituzione del Servizio sanitario nazionale

Seduta del 12 agosto 1974

DISEGNO DI LEGGE

—

TITOLO PRIMO

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

CAPO I.

I PRINCÌPI ED I COMPITI.

ART. 1.

(I princìpi).

La tutela della salute, fondamentale diritto della persona ed interesse della collettività, è assicurata dalla Repubblica italiana mediante il Servizio sanitario nazionale, costituito dal complesso unitario delle attività e delle strutture destinate alla promozione, al mantenimento ed al recupero dello stato di benessere fisico e psichico di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali.

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

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

ART. 2.

(Compiti del Servizio sanitario nazionale).

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

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

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

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

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

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

ASSR

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

g) la tutela della salute mentale;

h) la profilassi e la vigilanza veterinaria;

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

l) l'attuazione di un sistema informativo sanitario;

m) la promozione di una coscienza sanitaria.

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

CAPO II.

IL SERVIZIO SANITARIO A LIVELLO CENTRALE.

ART. 3.

(*Competenze governative*).

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

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

I livelli assistenziali minimi sono determinati dal Comitato interministeriale per la programmazione economica che delibera, su proposta del Ministro della sanità, previo parere del Consiglio sanitario nazionale.

ASSR

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

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

ART. 4.

(*Consiglio sanitario nazionale*).

È istituito il Consiglio sanitario nazionale con funzioni di consulenza e proposta al Ministro della sanità per la determinazione delle linee generali della politica sanitaria nazionale e per l'attuazione degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale. Esso deve essere sentito obbligatoriamente in ordine alla determinazione dei livelli assistenziali minimi e alla ripartizione degli stanziamenti di cui all'articolo 25.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 5.

(*Delega per la ristrutturazione del Consiglio superiore di sanità*).

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, il Governo della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità, è delegato, sentita una Commissione parlamentare composta da dieci senatori e dieci deputati nominati, rispettivamente, dal Presidente del Senato e dal Presidente della Camera dei deputati, ad emanare un decreto avente valore di legge ordinaria per la ri-

strutturazione del Consiglio superiore di sanità con l'osservanza dei seguenti criteri:

1) le attribuzioni del Consiglio saranno ridelerminate con riferimento esclusivo alla natura di organo consultivo tecnico del Ministro della sanità e in funzione dei compiti assunti dal Ministero nell'ambito del Servizio sanitario nazionale;

2) i componenti saranno scelti in relazione alle loro competenze tecnico-scientifiche e verranno nominati con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità sentito il Consiglio sanitario nazionale.

ART. 6.

(*Istituto superiore di sanità*).

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

Esso svolge attività di ricerca scientifica, anche in collaborazione con le altre istituzioni pubbliche operanti nel settore, in attuazione di un programma approvato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

L'Istituto superiore di sanità, inoltre, provvede alla programmazione ed effettuazione di studi e ricerche sul rapporto tra uomo, ambiente e tecnologie nei luoghi di vita e di lavoro.

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

CAPO III.

IL SERVIZIO SANITARIO A LIVELLO REGIONALE E LOCALE.

ART. 7.

(*Competenze regionali*).

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

ministrative attribuite e delegate con legge dello Stato.

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

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

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

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

ART. 8.

(*Consiglio sanitario regionale*).

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

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

ART. 9.

(*Unità sanitarie locali*).

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

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

Con la legge di cui al precedente comma è delimitato l'ambito territoriale dell'attività di ciascuna unità sanitaria locale, in base a gruppi di popolazione, di regola compresi tra 50.000 e 200.000 abitanti, tenuto conto delle caratteristiche geomorfologiche e socioeconomiche della zona. Nel caso di aree a popolazione particolarmente sparsa o concentrata, sono consentiti limiti più ristretti o, rispettivamente, più elevati.

L'ambito delle unità sanitarie locali corrisponde al territorio di più comuni, al territorio di un solo comune, ovvero ad una parte del territorio comunale.

La delimitazione del territorio, qualora comprenda più comuni, deve, di regola, coincidere con eventuali altre strutture comprensoriali o consortili.

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

ART. 10.

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

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

La legge di cui al precedente comma dovrà prevedere:

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

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

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

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

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

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

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

ART. 11.

(*Strutture dell'unità sanitaria locale*).

L'unità sanitaria locale comprende di regola:

a) un servizio per l'esercizio delle funzioni delegate in materia di igiene e sanità pubblica;

b) un servizio per la prevenzione;

c) un servizio di profilassi e vigilanza igienico-sanitaria;

d) un servizio ambulatoriale e domiciliare, generico e specialistico per la diagnosi e cura delle malattie;

e) un servizio per la riabilitazione dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali;

f) un servizio sanitario ispettivo e di accertamento;

g) un servizio ospedaliero;

h) un servizio farmaceutico;

i) un servizio veterinario.

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

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

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

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

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

La legge regionale provvede al riordinamento dei servizi veterinari a livello della amministrazione regionale e delle unità sanitarie locali, istituendo, nell'ambito delle stesse, servizi veterinari, tenuto conto della consistenza, della distribuzione e delle attitudini produttive del patrimonio zootecnico, della riproduzione animale, delle dislocazioni e del potenziale degli impianti di macellazione, lavorazione e conservazione delle carni e degli altri prodotti di origine animale, della produzione dei mangimi e degli integratori, delle esigenze della zooprofilassi, della lotta contro la zoonosi, della vigilanza sugli alimenti di origine animale.

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

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

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

ART. 12.

(*Altri servizi sanitari*).

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

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

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

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

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

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

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

Capo IV.

Le prestazioni e le funzioni.

Art. 13.

(*Assistenza medica e ospedaliera*).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ture specialistiche delle unità sanitarie della regione di appartenenza.

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

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

ART. 14.

(*Convenzioni*).

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

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

ART. 15.

(*Assistenza sanitaria riabilitativa*).

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

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

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

ASSR

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

ART. 16.

(*Assistenza farmaceutica*).

L'unità sanitaria locale eroga l'assistenza farmaceutica attraverso le farmacie di cui all'articolo 11 e le farmacie private convenzionate in conformità ad uno schema tipo predisposto dal Ministero della sanità di concerto con il Ministero del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale e approvato dal Consiglio dei Ministri ai sensi dell'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4.

Gli assistiti possono ottenere dalle farmacie convenzionate, di cui al precedente comma, dietro presentazione di ricetta compilata dal Consiglio dei ministri ai sensi dell'artigalenici, specialità medicinali ed articoli di medicazione compresi in un elenco formato ed aggiornato annualmente con decreto del Ministro della sanità, secondo i criteri dell'efficacia terapeutica e dell'economicità; non possono comunque esservi iscritti i prodotti da banco.

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

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

ART. 17.

(*Libretto sanitario personale*).

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

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

tizie in esso riportate sono coperte dal segreto professionale.

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

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

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

ART. 18.

(*Funzioni in materia di igiene e sanità pubblica*).

Le Regioni e le unità sanitarie locali, alle quali spettano, rispettivamente, le competenze già assegnate ai medici e veterinari provinciali ed agli ufficiali sanitari e veterinari comunali o consortili dalle leggi che ne disciplinano l'esercizio, svolgono le funzioni in materia di igiene e sanità pubblica e polizia veterinaria loro delegate, secondo le disposizioni vigenti, in quanto compatibili con quelle previste dalla presente legge.

Il Ministro della sanità può emettere ordinanze di carattere contigibile ed urgente, in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria, con efficacia estesa all'intero territorio nazionale o al minor ambito territoriale indicato nei singoli provvedimenti, i quali dovranno comunque interessare un comprensorio maggiore di quello di una singola regione.

Nelle medesime materie, le ordinanze predette possono essere emesse dal presidente della regione o dal sindaco, con efficacia estesa rispettivamente alla regione ed al comune o al minor ambito territoriale indicato nei singoli provvedimenti.

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

ASSR

ART. 19.

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

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

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

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

ART. 20.

(*Delega alle Regioni delle funzioni in materia di prevenzione e di igiene del lavoro*).

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, il Governo della Repubblica, su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale di concerto con il Ministro della sanità e con quello del tesoro è delegato, sentita una Commissione parlamentare composta da dieci senatori e dieci deputati nominati rispettivamente dal Presidente del Senato e dal Presidente della Camera dei deputati, ad emanare uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria al fine di delegare alle Regioni le funzioni amministrative in materia di prevenzione e di igiene del lavoro svolte dall'Ente nazionale per la prevenzione degli infortuni (ENPI) ad eccezione di quanto previsto al quarto comma dell'articolo 34 e le funzioni amministrative in materia di prevenzione degli infortuni e di igiene del lavoro svolte dall'Ispettorato del lavoro con l'osservanza dei seguenti criteri:

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

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

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

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

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

Capo V.

Il personale.

Art. 21.

(*Personale del Servizio sanitario nazionale*).

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

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

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

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

Fermo restando quanto disposto dagli ultimi due commi, lo stato giuridico del personale addetto al servizio sanitario è disciplinato dalla legge regionale sulla base dei seguenti principi:

a) l'assunzione del personale avviene mediante pubblico concorso per esame o per titoli ed esame;

b) l'appartenenza ai ruoli previsti nel presente articolo è incompatibile con altri rapporti di impiego o di lavoro presso enti pubblici e privati, nonché con l'esercizio della libera attività professionale;

c) deve essere stabilito l'obbligo della residenza nell'ambito del territorio dell'unità sanitaria locale o del comune nel quale è compresa;

ASSR

d) deve essere stabilito l'obbligo di lavoro a tempo pieno;

e) il dipendente, previo consenso dell'interessato e della regione di appartenenza, può essere trasferito per le esigenze di servizi analoghi a quelli cui appartiene, ad altra regione. In tal caso egli ha diritto all'inquadramento in ruolo con la valutazione per intero dell'anzianità di servizio.

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

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

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

Il rapporto di lavoro del personale di cui ai commi precedenti, per quanto attiene al trattamento economico ed agli istituti normativi di carattere economico, sarà regolato mediante accordo triennale nazionale unico per tutte le categorie stipulato tra le organizzazioni sindacali nazionali maggiormente rappresentative, da una parte, e le regioni, nonché i Ministri per l'organizzazione della pubblica amministrazione, della sanità, del lavoro e previdenza sociale e del tesoro, dall'altra.

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

ART. 22.

(*Convenzioni con i sanitari*).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le convenzioni sono rinnovabili previo parere del consiglio sanitario regionale.

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

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

Capo VI.

Controllo, contabilità e finanziamento.

Art. 23.

(*Controlli regionali*).

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

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

La legge regionale determina gli atti delle unità sanitarie locali sottoposti a controllo preventivo.

La legge regionale determina, altresì, nell'ambito degli atti di cui al comma precedente, quelli sottoposti a controllo esteso al merito, ai sensi dell'articolo 60 della legge predetta.

Con legge regionale saranno previste forme di controllo sostitutivo per singoli provvedimenti, nonché il potere di scioglimento degli organi deliberativi delle unità sanitarie locali per ipotesi determinate.

I comuni o i loro consorzi presentano annualmente il rendiconto della gestione delle unità sanitarie locali con allegata relazione al presidente della giunta regionale sui livelli assistenziali raggiunti e sulle esigenze

che si sono manifestate nel corso dell'esercizio.

Il presidente della giunta regionale presenta annualmente al consiglio regionale una relazione generale sulla gestione ed efficienza dei servizi sanitari, con allegata la situazione contabile degli impegni assunti sulla quota assegnata alla regione degli stanziamenti per il Servizio sanitario nazionale.

La relazione deve essere trasmessa ai Ministeri della sanità, del tesoro e del lavoro e della previdenza sociale.

ART. 24.

(*Norme di contabilità*).

Entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente decreto le regioni provvederanno con propria legge a disciplinare l'amministrazione del patrimonio e la contabilità delle unità sanitarie locali e degli altri servizi sanitari delle regioni in conformità dei seguenti principi:

1) le norme che saranno emanate per la disciplina amministrativo-contabile delle gestioni devono risultare in armonia con i principi della contabilità regionale;

2) i bilanci delle unità sanitarie locali e degli altri servizi sanitari delle regioni devono recare analitiche previsioni tanto in termini di competenze quanto in termini di cassa;

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

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

ART. 25.

(*Finanziamento del Servizio sanitario nazionale*).

Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale è annualmente determinato con incrementi del « fondo comune » di cui all'articolo 8 della legge 16 maggio 1970, n. 281 e del « fondo per il finanziamento dei programmi regionali di sviluppo » di cui all'articolo 9 della legge medesima. Tali incrementi devono risultare stanziati in distinti capitoli, rispettivamente della parte corrente e della parte in conto capitale del bilancio dello Stato.

Le somme ivi stanziate vengono ripartite con delibera del Comitato interministeriale

per la programmazione economica tra tutte le regioni, comprese quelle a statuto speciale, sulla base di parametri distintamente definiti per la spesa corrente e per la spesa in conto capitale, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale. Tali parametri devono tendere a garantire livelli assistenziali uniformi su tutto il territorio nazionale eliminando progressivamente le differenze esistenti tra le regioni.

All'inizio di ciascun trimestre, il Ministro del tesoro ed il Ministro del bilancio e della programmazione economica, ciascuno per la parte di sua competenza, trasferisce alle regioni le quote loro assegnate ai sensi del precedente comma.

Le regioni, sulla base di parametri numericamente definiti da determinarsi con legge regionale e intesi ad unificare il livello delle prestazioni sanitarie, provvedono a ripartire tra le unità sanitarie locali e i servizi sanitari regionali la quota del fondo comune destinata al finanziamento del Servizio sanitario nazionale loro assegnata. Per il riparto della quota del fondo per il finanziamento dei programmi regionali di sviluppo destinata al finanziamento del Servizio sanitario nazionale loro assegnata, le regioni provvedono sulla base delle indicazioni formulate dal piano sanitario regionale.

Prima di procedere ai riparti di cui al precedente comma le Regioni provvedono ad accantonare le somme destinate a fronteggiare gli oneri del personale di ruolo e di quello convenzionato del Servizio sanitario che debbono risultare tutti a diretto carico della regione.

Con provvedimento del presidente della giunta regionale, all'inizio di ciascun trimestre, è trasferita alle unità sanitarie locali la quota ad esse spettante ai sensi del quarto comma del presente articolo.

TITOLO SECONDO

ATTUAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

CAPO I.

PROVVEDIMENTI GOVERNATIVI.

ART. 26.

(Costituzione del Consiglio sanitario nazionale).

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

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

ART. 27.

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

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

Con il medesimo decreto sono nominati i commissari liquidatori degli enti a carattere nazionale ed interregionali e delle federazioni nazionali degli enti che erogano l'assistenza ai lavoratori autonomi e vengono stabilite le modalità per la liquidazione di tutti gli enti e casse anche aventi carattere locale.

L'estinzione delle casse mutue di Trento e Bolzano sarà dichiarata entro lo stesso termine con decreti dei Presidenti delle Giunte provinciali di Trento e Bolzano, che recheranno del pari la nomina del Commissario liquidatore.

Con il decreto di cui al primo comma del presente articolo le gestioni dei servizi di assistenza sanitaria degli enti di previdenza sociale saranno rese autonome, in vista del loro trasferimento alle regioni, ai sensi del successivo articolo 37. Il medesimo decreto indica le nuove modalità delle predette gestioni e reca la nomina di un Commissario ai servizi sanitari.

Resta ferma presso l'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) la gestione dell'assicurazione contro la tubercolosi con i compiti limitati all'erogazione delle sole prestazioni economiche.

Ai commissari previsti dal presente articolo sono conferiti tutti i poteri degli organi di amministrazione degli enti soppressi o degli enti ai quali le gestioni rese autonome appartenevano.

Per tutta la durata della gestione commissariale continuano ad esercitare le loro funzioni i collegi dei sindaci degli enti soppressi.

Per le gestioni rese autonome le funzioni di controllo sono esercitate dal collegio dei sindaci dell'ente presso il quale la gestione era costituita.

Con decreto del Presidente della Repubblica, da emanarsi entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale di concerto con il Ministro per il tesoro, le gestioni residue degli enti previdenziali saranno trasferite, tenuto conto delle affinità dei compiti istituzionali, o all'Istituto nazionale della previdenza sociale o all'Amministrazione dello Stato che potrà, con regolamento, decentrale.

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

ART. 28.

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

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

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

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

Il contributo di cui al comma precedente è riscosso direttamente dalle farmacie ed è portato in detrazione delle somme dovute dagli enti o casse mutue, e, successivamente, dalle unità sanitarie locali, trimestralmente su apposito conto corrente infruttifero, aperto presso la tesoreria centrale dello Stato.

Sono esonerati dal contributo di cui al presente articolo i disoccupati che non beneficiano dei trattamenti previsti dall'articolo 8 della legge 5 novembre 1968, n. 1115, dall'articolo 1

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

Alla data di entrata in vigore della presente legge i Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro promuovono, in attuazione dei princìpi indicati nell'articolo 22 in quanto applicabili, la stipula di accordo nazionale unico tra le rappresentanze dei sanitari convenzionati con gli enti soppressi o con quelli le cui gestioni sanitarie sono state rese autonome, ed i commissari preposti agli enti ed alle gestioni di cui sopra. Alla medesima data le convenzioni attualmente in corso si considerano scadute e di diritto prorogate fino alla conclusione dell'accordo unico.

CAPO II.

PROVVEDIMENTI REGIONALI.

ART. 29.

(Costituzione del consiglio sanitario regionale).

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

ART. 30.

(Costituzione delle unità sanitarie locali).

Entro undici mesi dall'entrata in vigore della presente legge le regioni emanano una legge organica con la quale, sulla base delle indicazioni contenute nel piano sanitario regionale, vengono individuati gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali e delle loro articolazioni periferiche ed i servizi sanitari indicati nell'articolo 12, nonché la legge con la quale, sulla base dei princìpi indicati negli articoli 9, 10, 11 e 12 della presente legge vengono disciplinati i compiti, la struttura, la ge-

stione, la organizzazione, l'articolazione, il funzionamento delle unità sanitarie locali e degli altri servizi sanitari regionali.

Con la medesima legge sono trasferiti al patrimonio regionale i beni mobili ed immobili destinati ai servizi igienico-sanitari appartenenti ai comuni, alle province, ai consorzi tra tali enti, nonché il personale dipendente dai medesimi che sia addetto ai servizi trasferiti, in modo continuativo, da data non successiva al 31 luglio 1974.

Con decreto del presidente della giunta regionale, da emanarsi entro un mese dall'entrata in vigore della legge regionale di cui al comma precedente, sono costituite le unità sanitarie locali, le quali organizzano i propri servizi e svolgono le funzioni indicate nell'articolo 18 della presente legge. Con il medesimo decreto i beni trasferiti al patrimonio regionale sono destinati ai servizi sanitari regionali o assegnati in uso alle unità sanitarie locali, secondo le modalità stabilite con legge regionale.

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

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

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

ART. 31.

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

Con decreto del Ministro della sanità o con decreto del presidente della giunta regionale rispettivamente per gli enti ed istituti pubblici a carattere nazionale o interregionale e per gli enti ed istituti pubblici a carattere locale, da emanarsi entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, sarà attuato previa – ove occorra – la soppressione della personalità giuridica degli enti, il trasferimento alle regioni dei presidi sanitari ancora non trasferiti indicati negli articoli 11 e 12 della presente legge, nonché degli altri organismi erogatori di servizi di prevenzione, cura e riabilitazione, dei quali la presen-

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

Con i decreti di cui al precedente comma sarà pure attuato il trasferimento dei beni, dei rapporti e del personale dei predetti enti, organismi ed istituti, che avverrà secondo le norme previste dagli articoli 21, 32 e 37 della presente legge; detto trasferimento avrà effetto dalla costituzione delle unità sanitarie locali a norma del precedente articolo 30.

Alla spesa derivante dall'applicazione del presente articolo e di quello precedente si provvede a carico dello stanziamento di parte corrente derivato al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, al quale sarà destinata, allo scopo, parte dei contributi affluiti al conto corrente infruttifero di cui all'articolo 28.

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

ART. 32.

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

Alla scadenza del biennio dalla data di entrata in vigore della presente legge i beni immobili e mobili destinati prevalentemente ai servizi sanitari appartenenti agli enti casse mutue e gestioni soppressi, sono trasferiti al patrimonio della regione in cui sono ubicati, con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con quelli del tesoro e della sanità, da emanarsi almeno tre mesi prima della scadenza del termine sopra indicato.

Con successivo decreto del presidente della giunta regionale, da emanarsi entro un mese dalla pubblicazione del predetto decreto interministeriale, i medesimi beni sono destinati ai servizi sanitari regionali o assegnati alle unità sanitarie locali, secondo le modalità stabilite nello stesso decreto.

Alle operazioni di trasferimento di cui al primo comma provvedono i commissari di cui all'articolo 27.

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

A decorrere dalla data indicata al primo comma, le unità sanitarie locali erogano l'assistenza sanitaria a tutti coloro che ne abbiano diritto secondo le norme vigenti.

Gli oneri relativi graveranno sullo stanziamento di cui al primo comma dell'articolo 25.

ART. 33.

(*Soppressione dell'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia – ONMI*).

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

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

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

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

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

ART. 34.

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

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

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

Il trasferimento dei beni e del personale è regolato dalle disposizioni degli articoli 21, 32 e 37 in quanto compatibili.

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, il Governo della Repubblica è delegato ad emanare, su proposta del Ministro della sanità di concerto con quello del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro, sentita una Commissione parlamentare formata da dieci senatori e dieci deputati nominati rispettivamente dal Presidente del Senato e dal Presidente della Camera dei deputati, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per ristrutturare, concentrandoli in un unico istituto dipendente dal Ministro della sanità, i servizi ed i compiti già svolti dall'Ente nazionale per la prevenzione degli infortuni (ENPI) relativi allo studio, alla promozione ed alla ricerca nella materia antinfortunistica secondo i seguenti criteri:

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

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

3) dovranno essere individuati i beni, le attrezzature nonché i contingenti di personale dell'ENPI che saranno trasferiti al nuovo istituto secondo le modalità indicate negli articoli 21, 32 e 37 in quanto compatibili.

ART. 35.

(Trasferimento dei servizi sanitari svolti dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, dall'Istituto nazionale della Previdenza sociale e dalle Amministrazioni dello Stato).

Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, dell'interno, dei trasporti, e del tesoro, da emanarsi alla scadenza del biennio dall'entrata in vigore della presente legge, i servizi sanitari dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, dell'Istituto nazionale della previdenza sociale e delle Amministrazioni, anche autonome, dello Stato, ad eccezione di quelli militari, saranno trasferiti alle regioni insieme ai beni ed attrezzature destinati ai servizi sanitari ed a contingenti di personale individuati nei dipendenti addetti all'erogazione dei servizi.

Al trasferimento dei beni e del personale si applicano in quanto compatibili, le disposizioni degli articoli 21, 32 e 37 della presente legge.

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

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

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

Entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge il Governo della Repubblica è delegato ad emanare su proposta del Ministro della sanità di concerto con quello del lavoro e della previdenza sociale sentita una Commissione parlamentare formata da dieci senatori e dieci deputati nominati rispettivamente dal Presidente del Senato e dal Presidente della Camera dei deputati, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare lo esercizio delle funzioni medico-legali e quelle ispettive e di accertamento sanitario con l'osservanza dei seguenti principi:

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

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

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

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

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

ART. 36.

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

Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, da emanarsi entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, sarà attuato il trasferimento alle regioni dei servizi di assistenza sanitaria svolti dall'Associazione della Croce rossa italiana e non connessi direttamente alle sue originarie finalità nonché dei beni mobili ed immobili destinati ai predetti servizi e del personale, previa individuazione del relativo contingente, ad essi adibito.

Si applicano al trasferimento dei beni e del personale le disposizioni degli articoli 21, 32 e 37 in quanto applicabili.

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge il Governo della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della difesa, sentita una Commissione parlamentare formata da dieci senatori e dieci deputati nominati rispettivamente dal Presidente del Senato e dal Presidente della Camera dei deputati, è delegato ad emanare uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per il riordinamento dell'Associazione della Croce rossa italiana – CRI – con l'osservanza dei seguenti criteri:

1) l'organizzazione della Croce rossa italiana (CRI) dovrà essere ristrutturata in conformità del principio volontaristico dell'Associazione;

2) i compiti dell'Associazione dovranno essere rideterminati in relazione alle finalità dello statuto dell'Associazione e degli adempimenti commessi dalle vigenti convenzioni internazionali e dagli organi della Croce rossa internazionale alle società di Croce rossa nazionali;

3) le strutture dell'Associazione, pur conservando l'unitarietà del sodalizio nel rispetto del principio dell'autonomia, dovranno essere articolate su basi regionali;

4) le cariche dovranno essere gratuite e dovrà essere prevista l'elettività di esse da parte dei soci qualificati per attive prestazioni volontarie nell'ambito dell'Associazione.

ART. 37.

(*Norme per il trasferimento del personale*).

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

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

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

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

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

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

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

CAPO IV.

NORME FINANZIARIE.

ART. 38.

(*Ripiano delle passività degli enti soppressi*).

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

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

ART. 39.

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

Fino alla liquidazione degli enti mutualistici e delle gestioni autonome indicati nell'articolo 27 la riscossione dei contributi sociali di malattia avviene a cura degli enti stessi ovvero degli enti previdenziali le cui gestioni di malattia sono soppresse.

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

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

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

ART. 40.

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

Sino alla data dalla quale sarà attuata la fiscalizzazione degli oneri per l'assistenza sanitaria ai sensi dell'articolo 18 ultimo comma, della legge 9 ottobre 1971, n. 825, al finanziamento del Servizio sanitario nazionale si provvede con:

1) i contributi di cui al precedente articolo 39;

2) il consolidamento annuale delle somme destinate all'assistenza sanitaria iscritte nello stato di previsione della spesa dei ministeri e degli enti pubblici per l'anno 1974 o per gli anni successivi ove lo stanziamento sia d'importo superiore;

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

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

5) l'importo residuo di cui al terzo comma dell'articolo 5 del decreto-legge 9 luglio 1974, n. 264;

6) i contributi di cui al terzo comma del precedente articolo 28;

7) lo stanziamento iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità relativo al Fondo costituito ai sensi dell'articolo 33 della legge 12 febbraio 1968, n. 132;

8) dall'apporto degli enti locali corrispondente all'ammontare delle competenze relative al personale assegnato alle regioni, quale risultato all'atto del trasferimento dei servizi sanitari già da essi gestiti;

9) dall'apporto integrativo dello Stato da determinarsi annualmente con la legge di approvazione del bilancio in misura non superiore a cento miliardi di lire;

10) dalle entrate di cui al successivo articolo 41.

Le somme relative ai cespiti indicati nei punti 1), 3), 4), 6), 8), 10) del precedente comma per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale sono trimestralmente versate dagli enti e amministrazioni competenti su apposito conto corrente infruttifero aperto presso la Tesoreria centrale dello Stato. L'ammontare a conguaglio è accertato annualmente con decreto del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del lavoro e previdenza sociale e del tesoro. Per detti cespiti si ap-

plica l'articolo 15 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264 ed i relativi proventi sono versati al medesimo conto corrente.

Con effetto dalla data indicata al primo comma è abrogato l'articolo 14 del decreto-legge 9 luglio 1974, n. 264, salvo il disposto dell'ultimo comma dello stesso articolo.

Fino alla data indicata nel primo comma al finanziamento del Servizio sanitario nazionale si provvede con stanziamenti su appositi capitoli iscritti per la parte corrente e per quella in conto capitale nello stato di previsione del Ministero della sanità, in correlazione ai mezzi finanziari di cui ai commi precedenti.

Ai fini dell'erogazione alle Regioni delle somme ripartite ai sensi del comma successivo, con decreti del Ministro del tesoro gli stanziamenti di cui al precedente comma sono trasferiti ad incremento del fondo comune di cui all'articolo 8 della legge 16 maggio 1970, n. 281, e del fondo per il finanziamento dei programmi regionali di sviluppo di cui all'articolo 9 della legge medesima, su appositi distinti capitoli dello stato di previsione del Ministero del tesoro e di quello del Ministero del bilancio e della programmazione economica.

Le somme stanziate vengono ripartite con delibera del CIPE fra tutte le regioni, anche a statuto speciale, sulla base di parametri distintamente definiti per la spesa corrente e per la spesa in conto capitale, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale. Tali parametri devono tendere a garantire livelli assistenziali uniformi su tutto il territorio nazionale eliminando progressivamente le differenze esistenti fra le regioni.

All'inizio di ciascun trimestre, il Ministro del tesoro ed il Ministro del bilancio e della programmazione economica, ciascuno per la parte di sua competenza trasferiscono alle Regioni le somme a queste assegnate.

Si applicano gli ultimi tre commi dell'articolo 25.

ART. 41.

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

A decorrere dal 1° gennaio 1975 annualmente con decreto del Presidente della Re-

ASSR

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

CAPO V.

NORME FINALI.

ART. 42.

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

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, il Governo della Repubblica, su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale di concerto con il Ministro del tesoro, è delegato, sentita una Commissione parlamentare composta da dieci senatori e dieci deputati nominati rispettivamente dal Presidente del Senato e dal Presidente della Camera dei deputati, ad emanare uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare per gli enti per i quali si è provveduto alla soppressione delle gestioni previdenziali ai sensi del precedente articolo 27:

a) la determinazione della quota parte dei contributi di assicurazione obbligatoria contro le malattie e di quelli per la tutela delle lavoratrici madri, da destinare alla copertura dell'onere derivante dalla erogazione delle prestazioni economiche di cui al successivo punto *b*), prevedendo, altresì, un congegno di adeguamento periodico della quota di tali contributi al fine di assicurare l'equilibrio delle gestioni e uniformando la base retributiva imponibile secondo la disposizione dell'articolo 12 della legge 30 aprile 1969, n. 153;

b) l'attribuzione all'Istituto nazionale della previdenza sociale della gestione della erogazione delle prestazioni economiche dovute in caso di malattia o per morte, nonché di quelle per maternità attualmente corrisposte ai lavoratori a carico delle gestioni di assicurazione obbligatoria contro le malattie;

c) l'accertamento, la vigilanza e il contenzioso nella materia contributiva prevista

nel presente articolo, nonché in materia di prestazioni economiche temporanee di malattia e di maternità. Tali norme, sulla base delle disposizioni vigenti nell'assicurazione per l'invalidità, la vecchiaia e i superstiti, devono essere dirette a prevedere una disciplina unitaria;

d) la corresponsione delle prestazioni economiche temporanee anche mediante anticipo dei relativi importi, nei limiti dei contributi dovuti, da parte dei datori di lavoro da conguagliare con i contributi dovuti all'Istituto nazionale della previdenza sociale;

e) il trasferimento all'Istituto nazionale della previdenza sociale del personale degli enti per l'assicurazione contro le malattie addetto ai servizi di erogazione delle prestazioni economiche anche mediante l'eventuale istituzione di ruoli separati o ad esaurimento, garantendo le posizioni di carriera ed i diritti acquisiti sia da tale personale sia dal personale dell'Istituto nazionale della previdenza sociale. In attesa della emanazione del relativo decreto, l'Istituto nazionale della previdenza sociale può richiedere agli enti per l'assicurazione contro le malattie il temporaneo distacco del personale strettamente indispensabile al primo avviamento delle operazioni riguardanti l'attuazione dei compiti di cui al presente articolo.

ART. 43.

(*Delega per il riordinamento delle norme in materia di prevenzione degli infortuni sul lavoro e di igiene del lavoro*).

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, il Governo della Repubblica, su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con il Ministro della sanità, è delegato, sentita una Commissione parlamentare composta da dieci senatori e dieci deputati nominati rispettivamente dal Presidente del Senato e dal Presidente della Camera dei deputati, ad emanare uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria, contenenti norme generali in materia di prevenzione degli infortuni sul lavoro e di igiene del lavoro applicabili a tutti i settori dell'attività lavorativa da chiunque esercitata e ai quali siano addetti lavoratori dipendenti e lavoratori autonomi secondo i seguenti criteri:

1) dovranno essere stabiliti i mezzi, i metodi e in genere le condizioni e le cautele atte a prevenire gli infortuni e le tecnopa-

ASSR

tie, particolarmente per quanto concerne: le condizioni di lavoro e la relativa organizzazione; l'ambiente di lavoro; il divieto di costruire, di mettere in commercio, di cedere a qualsiasi titolo ovvero utilizzare impianti, macchine, apparecchi, utensili, sostanze e materie che possano determinare rischi per coloro che li usano; i mezzi protettivi individuali; i requisiti di idoneità fisica e di età per determinate attività pericolose; le massime concentrazioni ammissibili per gli agenti fisici e chimici nocivi all'ambiente di lavoro. Inoltre si terrà conto delle prescrizioni e delle indicazioni contenute, rispettivamente, in strumenti giuridici internazionali e comunitari ovvero in documenti adottati da organismi internazionali riconosciuti;

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

3) dovrà essere prevista la facoltà regolamentare su proposta del Ministro del lavoro e previdenza sociale di concerto con il Ministro della sanità per stabilire normative secondarie correlative a quei settori di attività ovvero a quelle singole lavorazioni per le quali sussistono rischi peculiari che richiedono prescrizioni specifiche, fermi restando i criteri ed i princìpi fissati con la presente legge;

4) per la violazione delle norme generali e secondarie potranno essere stabilite la pena dell'arresto fino a tre mesi ovvero dell'ammenda non superiore a lire 10 milioni, nonché la confisca dei mezzi di lavoro che risultino non conformi alle disposizioni sulla omologazione.

ART. 44.

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 45.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 46.

(*Delega per la disciplina della produzione, registrazione, determinazione dei prezzi e informazione scientifica dei farmaci*).

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, il Governo della Repubblica è delegato ad emanare, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri dell'industria, commercio e artigianato, delle partecipazioni statali, sentita una Commissione parlamentare formata da dieci senatori e dieci deputati nominati rispettivamente dal Presidente del Senato e dal Presidente della Camera dei deputati, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria, per disciplinare la sperimentazione, la ricerca, la produzione, la registrazione, la determinazione dei prezzi, l'informazione scientifica e la pubblicità dei farmaci con l'osservanza dei seguenti criteri direttivi:

a) sarà disciplinata la sperimentazione clinica dei farmaci, preliminarmente giudicati non pericolosi dall'Istituto superiore di sanità, la quale potrà essere condotta esclusivamente su soggetti dei quali sia stato validamente acquisito il consenso;

b) la produzione dei farmaci dovrà essere indirizzata secondo un programma organico di ricerca finalizzata, che dovrà essere svolta escusivamente in laboratori riconosciuti idonei e periodicamente controllati dal Ministero della sanità, ed alla cui attuazione concorreranno le imprese pubbliche e private operanti nel settore. La partecipazione pubblica, da realizzarsi attraverso la costituzione di un'impresa finanziaria pubblica, dovrà garantire:

1) la produzione dei farmaci fondamentali;

2) un adeguato livello di ricerca pura ed applicata, orientata ai fini sociali;

3) l'equilibrio ed il contenimento dei prezzi per finalità di economia e di paragone per l'intero settore;

c) dovrà essere prevista, anche in conseguenza della normativa della Comunità economica europea, la revisione della normativa concernente la registrazione dei farmaci, nonché il riesame di tutte le autorizzazioni alla produzione dei farmaci stessi, finora rilasciate, al fine di contenere entro limiti giustificati dalle reali esigenze terapeutiche, il numero dei medicinali e allo scopo di assicurare l'uguaglianza dei prezzi dei prodotti simili, nonché un costante ed equo rapporto tra costi e prezzi;

d) dovrà essere determinata una nuova procedura per la determinazione e la revisione dei prezzi dei medicinali che tenga conto dei soli costi effettivi ed essenziali, con esclusione dei maggiori costi riguardanti le confezioni, la pubblicità e gli altri mezzi promozionali;

e) anche al fine di concorrere alla eliminazione di ogni abuso nell'impiego di farmaci dovrà essere prevista una nuova disciplina rigorosamente limitativa della pubblicità e di ogni altro tipo di propaganda per la vendita dei farmaci con regolamentazione dell'attività degli informatori scientifici e con l'istituzione di adeguati mezzi pubblici di informazione biomedica farmacologica ad uso degli operatori sanitari;

f) il servizio di informazione scientifica sui farmaci, da consentire solo alle imprese titolari delle registrazioni oggetto dell'informazione e alle strutture del Servizio sanitario nazionale cui compete la tutela della salute pubblica, dovrà essere posto sotto il controllo del Ministero della sanità che provvederà a garantire nel merito adeguata normativa e dovrà essere finalizzato anche ad iniziative di educazione sanitaria.

ART. 47.

(*Riordinamento del Ministero della sanità*).

Con uno o più decreti aventi forza di legge il Governo della Repubblica procederà al riordinamento dei servizi centrali e periferici del Ministero della sanità, adeguandoli anche alle esigenze derivanti dalla istituzione del Servizio sanitario nazionale, con i criteri ed entro il termine di diciotto mesi pre-

ASSR

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

ART. 48.

(*Regioni a statuto speciale*).

Restano salve le competenze statutarie delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano nelle materie disciplinate dalla presente legge.

Al trasferimento delle funzioni, degli uffici, del personale e dei beni alle regioni Friuli-Venezia Giulia, Sardegna, Sicilia, Trentino-Alto Adige, nonché alle province autonome di Trento e Bolzano si provvederà con le procedure previste dai rispettivi statuti.

ART. 49.

(*Piena attuazione del Servizio sanitario nazionale*).

Con decreto del Presidente della Repubblica, previa delibera del Consiglio dei ministri su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, verrà determinata la data nella quale il Servizio sanitario nazionale eroga a tutta la popolazione presente nel territorio della Repubblica, in condizioni di uniformità ed eguaglianza, l'assistenza sanitaria secondo le modalità previste nella presente legge e nelle leggi regionali che disciplinano la materia.

La data di cui al precedente comma non potrà superare la scadenza del quinquennio dall'entrata in vigore della presente legge.

ART. 50.

(*Entrata in vigore*).

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