CAMERA DEI DEPUTATI N. 2620

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del Deputato DE MARIA

Presentata il 20 dicembre 1973

Riforma sanitaria

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Sono ormai trascorsi più di cinque lustri dall'approvazione della nostra Carta costituzionale, e ancora, purtroppo, numerose affermazioni di principio non si sono tradotte in norme operative per garantire a tutti i cittadini quei diritti nei rapporti etico-sociali solennemente conclamati appunto nella Costituzione. Non occorre certo qui ricordare il contenuto dell'articolo 32, ove è detto che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Indubbiamente nel settore della politica sanitaria sono stati compiuti, specialmente negli ultimi anni, notevoli progressi: basterebbe citare qui la legge di riforma ospedaliera e la nuova disciplina per le farmacie per dimostrare che i gravi problemi relativi all'assistenza e alla cura delle malattie sono presenti all'attenzione degli organi responsabili, del Governo e del Parlamento. Certo, c'è ancora un lungo cammino da compiere prima di arrivare alla graduale e armonica realizzazione di un compiuto sistema di sicurezza sociale, che realmente e sostanzialmente garantisca, in tutti gli aspetti e in tutte le sue espressioni, il diritto di ogni cittadino alla tutela della salute; un sistema di sicurezza sociale che tenda ad innalzare il livello igienico-sanitario del paese, attraverso il miglioramento dell'ambiente di vita e di lavoro, la lotta alle malattie infettive e a quelle che assumono maggior rilievo sociale, nonché, *last but not least*, l'adeguamento dei servizi sanitari.

L'esigenza di un intervento programmato nel settore sanitario, già avvertita nel piano Pieraccini e successivamente ripresa nel « progetto '80 », è stata approfondita nel documento programmatico preliminare, ove è stato posto l'accento sulla necessità di un intervento legislativo, che rappresenti una vera riforma di struttura e che sia in linea con il decentramento regionale. Compito principale di una riforma sanitaria dovrebbe essere quello di creare una domanda sanitaria non più « spontanea » ed individuale, ma programmata e collettiva, che abbia come obiettivo la cura della malattia, ma prima ancora la tutela e la promozione della salute; in tal senso, si dovrebbe operare per assicurare le prestazioni in modo egualitario a tutti i cittadini, superando le attuali carenze e discriminazioni, per accrescere l'efficienza qualitativa delle cure, migliorando le attrezzature, il personale e le attività di ricerca, per destinare adeguate risorse a questi fini, provvedendo al loro impiego ottimale, per determinare l'assetto istituzionale che garantisca meglio l'attuazione di questi compiti.

L'urgenza di un provvedimento organico di riforma sanitaria deriva dalla esigenza, ormai indilazionabile, di superare l'attuale

ordinamento mutualistico basato sul criterio assicurativo contro le malattie, attraverso la istituzione di un Servizio sanitario nazionale, che dovrà coprire l'intera area sanitaria, partendo dalle malattie più diffuse e più gravi; dovrà tutelare l'intero arco della vita, partendo dall'infanzia, dovrà comprendere l'intera gamma delle prestazioni mediche ed igieniche, partendo dalla prevenzione.

Occorre insistere sull'inserimento della riforma sanitaria nell'attuazione di un sistema di sicurezza sociale. Del resto, una rapida disamina di quanto è stato realizzato o è in corso di realizzazione in altri paesi (soprattutto in quelli dell'occidente europeo) e dei cambiamenti, anche di carattere strutturale, ivi attuati, ci consente di por mano oggi a questa tanto attesa riforma, che dovrà pur sempre garantire al cittadino libertà di scelta del medico e del luogo di cura e, nello stesso tempo, assicurare ampio spazio per la libertà professionale del medico, pur pubblicizzandone l'attività. Inoltre la riforma dovrà garantire la espressione della vita democratica, attraverso l'autogestione e i comitati di controllo dell'unità sanitaria locale, in cui devono essere rappresentate le varie categorie di cittadini utenti del sistema e dovrà, altresì, conservare autonomia all'ente ospedaliero, inserendolo nella programmazione regionale e affidandone la competenza amministrativa alla regione. Quanto, poi, all'assistenza farmaceutica, mentre si deve nettamente respingere l'ipotesi di un « farmaco di Stato », è da assecondare la introduzione del brevetto, nonché una politica dei prezzi dei medicinali, che porti ad un maggior controllo e ad uno snellimento nella procedura di vendita. Merita, altresì, attenta considerazione l'idea di una compartecipazione dell'utente all'assistenza farmaceutica attraverso un *ticket* moderatore.

Venendo in concreto a trattare delle linee, degli indirizzi, degli obiettivi e delle caratteristiche che dovrebbe assumere un progetto di riforma sanitaria, riteniamo questa dovrebbe ispirarsi ai seguenti criteri direttivi:

1) il provvedimento deve avere un carattere globale e definitivo; deve, altresì, determinare i tempi e i modi per attuare la parificazione e la generalizzazione delle prestazioni e per realizzare la effettiva piena operatività ed efficienza del nuovo sistema;

2) il servizio sanitario nazionale deve essere configurato e strutturato come l'organizzazione pubblica, su tutto il territorio nazionale, dei servizi per erogare, con la salvaguardia delle fondamentali esigenze di libertà della persona umana, una completa azione sanitaria preventiva, curativa e riabilitativa a tutti i cittadini;

3) la struttura istituzionale deve essere articolata su basi regionali, nel quadro della competenza in materia sanitaria attribuita alle regioni dalla Costituzione;

4) le esigenze di coordinamento, necessarie ad assicurare l'unità della politica sanitaria ed il diritto dei cittadini alla parità delle prestazioni, devono essere garantite attraverso una corretta applicazione dei procedimenti costituzionali, di programmazione e di direttiva con cui i principi generali regolano i rapporti tra le regioni e gli organi centrali dello Stato;

5) il provvedimento, quindi, deve avere il carattere di una legge-cornice, prevista dall'articolo 117 della Costituzione, stabilendo i criteri indicati alle regioni per articolare i servizi sanitari in sede locale, affermando l'autonomia degli ospedali e delle unità sanitarie locali e assicurando collegamenti e coordinamenti rispondenti alla diversità delle condizioni ambientali, della consistenza, della dislocazione, della riorganizzazione e dello sviluppo degli impianti e delle attrezzature;

6) le unità sanitarie locali devono avere amministrazioni autonome e democratiche.

7) le funzioni effettive di controllo e di partecipazione devono essere esercitate da organismi rappresentativi, appositamente eletti e distinti dalle amministrazioni degli enti;

8) il fondo sanitario nazionale (formato, sino alla completa fiscalizzazione, con i proventi dei contributi sociali e con le erogazioni fin qui effettuate per le attività sanitarie dallo Stato e dagli altri enti) deve essere ripartito fra le regioni attraverso parametri legislativamente determinati per la gestione e con criteri obiettivi per la equilibrata diffusione degli impianti e delle attrezzature in tutto il territorio nazionale;

9) allo scopo di ridurre il costo complessivo delle prestazioni farmaceutiche si devono predisporre opportuni interventi per modificare il sistema di determinazione dei prezzi dei medicinali, nonché la disciplina della organizzazione distributiva, con particolare riguardo alle spese pubblicitarie; si devono altresì studiare i modi e i tempi per realizzare una efficace ed incisiva presenza, nella produzione e nella ricerca, di una azienda pubblica;

10) i rapporti con i sanitari devono essere disciplinati in modo da salvaguardare le caratteristiche professionali delle loro pre-

stazioni, coordinandole sempre in un unico rapporto con le organizzazioni del servizio;

11) il passaggio del personale dagli enti esistenti al nuovo sistema sanitario nazionale deve attuarsi in modo da non disperdere quanto di competenza e di esperienza è stato fin qui acquisito e in modo da evitare la immissione di personale reclutato episodicamente;

12) nella organizzazione del servizio sanitario nazionale deve essere affermato e garantito il principio della scelta del medico e del luogo di cura.

. . .

Sulla base delle considerazioni che precedono è stata elaborata la presente proposta di legge, per avviare a soluzione il problema della riforma sanitaria. Il progetto di legge vuole rappresentare un modesto contributo atto a focalizzare i principali obiettivi della riforma, ad individuarne gli aspetti più significativi, a prospettarne talune soluzioni operative.

Il provvedimento, partendo dal presupposto della ormai indilazionabile esigenza di abbandonare, in tema di assistenza sanitaria, il criterio della mutualità per avviarsi sulla strada della graduale realizzazione di un completo sistema di sicurezza sociale, afferma il principio dell'assistenza globale e gratuita a tutti i cittadini in materia di medicina preventiva, curativa e riabilitativa, attraverso la erogazione dell'assistenza medico-generica, ospedaliera, specialistica, ambulatoriale, domiciliare e farmaceutica. L'organizzazione del servizio sanitario nazionale, articolato a livello centrale, regionale e locale, si avvarrà delle regioni, le quali devolveranno alle istituzioni locali (unità sanitarie locali-ospedali) la gestione e la erogazione dell'assistenza sanitaria, secondo principi e criteri direttivi validi per tutto il territorio nazionale. La estensione dell'assistenza sanitaria a tutti i cittadini dovrà realizzarsi attraverso un processo di gradualità nel tempo: sarà subito assicurata a tutti l'assistenza ospedaliera, successivamente la specialistica e, da ultimo, la medico-generica e la farmaceutica (per quest'ultima si pensa ad una compartecipazione dell'utente, anche come *tiket* moderatore).

Lo schema di riforma evita, peraltro, di accentrare l'organizzazione dell'assistenza nelle regioni che, se fossero chiamate ad amministrare ogni aspetto delle materie riservate alla loro competenza, rischierebbero di accrescere i danni e di perpetuare gli errori della eccessiva centralizzazione. Per questo, la erogazione dell'assistenza viene demandata alle unità sanitarie locali, il cui comprensorio deve essere stabilito in base a gruppi di popolazione, di regola compresi tra 25.000 e 100.000 abitanti; le unità sanitarie locali avranno inoltre personalità giuridica ed autonomia funzionale e contabile. Altro cardine su cui dovrà essere impostato il servizio sanitario nazionale sono gli ospedali (di zona, provinciali e regionali), anch'essi dotati di personalità giuridica. La gestione sia delle unità sanitarie locali sia degli ospedali deve essere ispirata al principio della massima democraticità e della più ampia partecipazione degli utenti: così la gestione delle unità sanitarie locali è affidata ad appositi comitati di gestione, eletti dai consigli comunali dei comuni interessati, mentre la gestione degli ospedali spetta ai consigli di amministrazione, eletti rispettivamente dai consigli comunali, provinciali e regionali interessati.

Per quanto concerne i medici, la proposta di legge ipotizza tre tipi di rapporto: *a*) a pieno impiego (medici pubblici, ospedalieri e residenziali o ex condotti); *b*) a rapporto professionale (medici a orario definito); *c*) a rapporto libero.

. . .

Premessa questa breve illustrazione, ci onoriamo presentare alla Camera la presente proposta di legge, che ci auguriamo possa trovare il consenso e l'approvazione degli onorevoli colleghi.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

Per assicurare la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività è istituito il servizio sanitario nazionale.

Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle strutture sanitarie pubbliche e persegue il fine di realizzare, in condizione di uniformità e di eguaglianza per tutti i cittadini, la protezione sanitaria globale, attraverso l'esercizio della medicina preventiva, curativa e riabilitativa e la erogazione dell'assistenza medico-generica e specialistica, nelle forme ambulatoriale e domiciliare, nonché dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza farmaceutica.

ART. 2.

Il servizio sanitario nazionale riconosce il diritto degli assistiti alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

ART. 3.

Le linee generali della politica sanitaria nazionale e i criteri direttivi in materia di organizzazione e gestione dell'assistenza sanitaria sono formulati dal ministro della sanità, sentito il comitato centrale per il servizio sanitario nazionale, di cui al successivo articolo 4.

ART. 4.

Il comitato centrale per il servizio sanitario nazionale è nominato con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del ministro della sanità, ed è composto:

1) da un rappresentante per ciascuna regione;

2) da tre rappresentanti dei comuni;

3) da tre rappresentanti delle province;

4) da cinque rappresentanti degli operatori sanitari dipendenti e convenzionati con il servizio sanitario nazionale;

5) da tre rappresentanti dei liberi professionisti;

6) da nove rappresentanti dei lavoratori del settore pubblico e privato;

7) da due rappresentanti dei datori di lavoro;

8) da tre esperti in chiara fama nel settore delle scienze mediche;

9) da tre esperti in materie giuridiche ed economico-finanziarie;

10) da tre rappresentanti del Ministero della sanità, scelti tra i propri funzionari, con qualifica non inferiore a dirigente generale.

ART. 5.

Il comitato centrale per il servizio sanitario nazionale esamina ogni affare relativo alla assistenza sanitaria e propone al ministro della sanità i provvedimenti necessari al coordinamento dei piani e delle iniziative regionali in materia di assistenza sanitaria.

ART. 6.

Nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità è istituito il fondo sanitario nazionale, destinato al finanziamento della spesa relativa al funzionamento del servizio sanitario nazionale e alla concessione di contributi per il rinnovo e l'adeguamento delle attrezzature sanitarie.

La dotazione del fondo è annualmente stabilita con la legge di approvazione del bilancio di previsione dello Stato.

Per il primo esercizio finanziario di applicazione della presente legge, la dotazione del fondo è stabilita in lire 240 miliardi.

Alla copertura dell'onere previsto dal precedente comma si provvede con il ricavato derivante da operazioni finanziarie che il ministro del tesoro è autorizzato ad effettuare mediante la contrazione di mutui con il consorzio di credito per le opere pubbliche o con l'emissione di buoni poliennali del tesoro o di speciali certificati di credito, fino alla concorrenza di un ricavo netto di 240 miliardi.

Il ministro del tesoro è autorizzato a provvedere, con propri decreti, alle occorrenti variazioni di bilancio.

ART. 7.

Il servizio sanitario nazionale è esercitato dalle regioni per il tramite delle unità sanitarie locali e degli enti ospedalieri.

ASSR

ART. 8.

Le unità sanitarie locali sono costituite con decreto del presidente della regione, previa deliberazione del consiglio regionale. Con il provvedimento istitutivo è delimitato l'ambito territoriale dell'attività di ciascuna unità, il cui comprensorio deve essere stabilito in base a gruppi di popolazione, di regola compresi tra 25.000 e 100.000 abitanti, ancorché appartenenti a comuni limitrofi, in rapporto alle caratteristiche geomorfologiche, nosologiche e socio-economiche delle varie zone.

ART. 9.

L'unità sanitaria locale è costituita dal complesso dei servizi mediante i quali vengono erogate le prestazioni sanitarie alla popolazione presente nel comprensorio.

L'unità sanitaria locale ha personalità giuridica ed autonomia funzionale e contabile, nell'ambito delle funzioni ad essa delegate dalla regione.

ART. 10.

L'unità sanitaria locale provvede:

a) all'igiene dell'ambiente;

b) alla tutela sanitaria della madre e del bambino;

c) all'igiene e medicina scolastica;

d) all'igiene e medicina del lavoro;

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

f) alla profilassi e alla polizia veterinaria;

g) alla prevenzione individuale e collettiva delle malattie;

h) all'assistenza medica generica e specialistica.

ART. 11.

La gestione amministrativa delle unità sanitarie locali è affidata ad un comitato sanitario di gestione, i cui membri sono designati dai consigli comunali dei comuni interessati.

La legge regionale disciplina la composizione e il funzionamento dei comitati sanitari di gestione.

ART. 12.

I servizi sanitari, che, per le loro caratteristiche tecniche, devono essere organizzati con riferimento a comprensori più ampi dell'unità sanitaria locale, sono prestati dagli enti ospedalieri esistenti.

Gli enti ospedalieri sono organi della regione con propria personalità giuridica.

La legge regionale disciplina la composizione e il funzionamento dei consigli di amministrazione dei predetti enti, i cui componenti devono essere designati dai consigli comunali, provinciali o regionali interessati.

ART. 13.

Con legge regionale sono stabiliti i ruoli organici del personale addetto al servizio sanitario.

Per il personale medico ed equiparato, la legge regionale dovrà prevedere, oltre al ruolo dei medici a pieno impiego, anche la possibilità di usufruire di personale a rapporto professionale, con orario definito, e a rapporto libero.

ART. 14.

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge le regioni devono procedere alla costituzione delle unità sanitarie locali.

A decorrere dalla data della loro costituzione, le unità sanitarie locali organizzano i propri servizi al fine di assicurare le prestazioni di cui al precedente articolo 10, tranne che per l'assistenza medica generica e specialistica, domiciliare, ambulatoriale e ospedaliera, nonché per l'assistenza farmaceutica.

ART. 15.

A decorrere dall'inizio del terzo anno dall'entrata in vigore della presente legge, le regioni, per il tramite delle unità sanitarie locali e degli istituti ospedalieri, erogano l'assistenza ospedaliera gratuita a tutta la popolazione presente.

ART. 16.

A decorrere dall'inizio del sesto anno dall'entrata in vigore della presente legge, la regione eroga, per il tramite delle unità sani-

tarie locali, l'assistenza medica e farmaceutica, in condizioni di uniformità e di uguaglianza, a tutta la popolazione presente.

ART. 17.

È consentita la costituzione di organismi mutualistici privati, aventi la finalità di erogare prestazioni integrative rispetto a quelle del servizio sanitario nazionale, con oneri a totale carico dei soggetti liberamente iscritti agli organismi medesimi.

ART. 18.

Per finanziare la spesa concernente l'assistenza sanitaria in regime di sicurezza sociale, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, il Governo è delegato ad emanare uno o più decreti aventi valore di legge per stabilire il prelievo fiscale necessario, con la osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi:

1) il prelievo fiscale deve attuarsi mediante la istituzione di una imposta progressiva sul reddito;

2) l'imposta deve essere fissata con carattere di generalità e graduata secondo quanto previsto dall'articolo 53 della Costituzione;

3) il prelievo fiscale deve essere strettamente correlato con le esigenze del servizio sanitario nazionale.