CAMERA DEI DEPUTATI N. 352

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del Deputato MARIOTTI

Presentata il 28 giugno 1972

Riforma sanitaria

ONOREVOLI COLLEGHI ! — L'osservatore attento della storia sanitaria del paese non può non rilevare, malgrado il progresso della legislazione, lo sviluppo teorico ed applicativo della scienza medica e il crescere della sensibilità collettiva verso i problemi della salute, che in realtà lo Stato, le province, i comuni e le innumerevoli istituzioni ed organizzazioni sanitarie appaiono scarsamente efficienti nell'opera di una difesa globale della salute, ma soprattutto appaiono in crisi operativa ed organizzativa per la frammentarietà degli interventi, per la incompletezza delle forme di assistenza sanitaria, per la limitazione temporale, categoriale e tecnica delle prestazioni.

CONSIDERAZIONI GENERALI.

La sovrapposizione delle competenze, la settorialità degli interventi, la episodicità dell'azione di protezione sanitaria, l'assenza di una politica globale della salute, sono i tratti distintivi del livello pubblico della difesa sanitaria della popolazione, per quanto attiene sia all'ambiente naturale e urbano sia alla collettività, alle famiglie, all'individuo.

A 13 anni di distanza dalla istituzione del Ministero della sanità, si può tranquillamente affermare che, malgrado ogni sforzo inteso a decentrare l'intervento pubblico in tema di difesa sanitaria, la pluralità istituzionale, la dispersione e polverizzazione delle competenze, le strutture centralizzate, insieme con l'insufficienza degli investimenti nella medicina preventiva, hanno aggravato la debolezza organizzativa ed operativa degli enti operanti nel settore sanitario.

Non soltanto la carenza o la incompletezza delle leggi stanno infatti alla base della mancata o insufficiente difesa dagli inquinamenti del suolo, delle acque, dell'atmosfera e degli alimenti, esaltati e crescenti con la industrializzazione o con l'urbanesimo, ma anche la mancanza di adeguati poteri, mezzi e strutture che ha condizionato le capacità operative dello Stato e degli enti locali.

Inoltre, la mancata assunzione da parte dello Stato del dovere di una tutela globale della salute come diritto del cittadino, insieme con il lungo indugio della classe politica ad attuare i principî programmatici della Costituzione, ha caratterizzato una lunga fase legislativa che ha accentuato il carattere centralizzato degli interventi di polizia sanitaria e quello corporativo dell'assistenza sanitaria, con significativi silenzi in tema di tutela della salute pubblica specie nei campi che comportavano conflitti con le forze del sistema industriale, del plusvalore delle aree urbane, e dell'irrazionale sfruttamento delle risorse naturali.

Tali fattori e la corporativizzazione dell'assistenza sanitaria sono responsabili dello affievolimento dell'azione preventiva pubblica nella tutela della salute.

L'esigenza consiste nel determinare i livelli e le competenze dell'intervento pubblico, assicurandone con la partecipazione popolare, l'efficienza e l'operatività in tema di difesa della salute.

In tale quadro lo Stato e la Regione, secondo le rispettive competenze istituzionali, si assumono il ruolo di programmatori, coordinatori e garanti della salute, con interventi intesi ad assicurare i mezzi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione, in maniera uniforme per tutti i cittadini e con il superamento degli squilibri settoriali, sociali, territoriali e tecnico-operativi.

LA TUTELA DELLA SALUTE NEL QUADRO DEI SERVIZI SOCIALI.

Uno degli obiettivi più importanti che una autentica democrazia deve conseguire è quello di dotare il paese dei servizi sociali (sanità, casa, scuola, trasporti, ecc.) indispensabili ad avviare un graduale e concreto progresso sociale che da un lato ponga i ceti meno abbienti il più possibile al riparo delle conseguenze derivanti da cicli economici lenti e dall'altro crei, in un clima di attenuati contrasti sociali, condizioni umane per il raggiungimento di più alti indici di benessere.

Primo fra tutti i servizi pubblici è da considerare quello della tutela della salute, eliminando alla radice alcuni aspetti della organizzazione sanitaria, quale si è venuta stratificando nel tempo, e nella quale si manifesta, in termini ed in misura allarmanti, la commercializzazione della medicina con evidente scapito qualitativo delle varie prestazioni sanitarie e denunce spesso clamorose di gravi degenerazioni.

La legge di riforma sanitaria, nel proporre concrete soluzioni specifiche, dovrà anche essere portatrice di nuovi valori culturali nella misura in cui sarà messa in grado di incidere sui precedenti rapporti sociali e di operare un profondo mutamento anche nei comportamenti umani. Il canone del massimo guadagno, proprio delle società consumistiche, deve essere superato proprio in questo che è il più delicato settore dei servizi sociali: quello in cui si registrano gli aspetti più decisivi della storia degli uomini, da quelli che nascono a quelli che soccombono, a quelli che vengono restituiti alla speranza, alla famiglia, alla società.

Nella società dei consumi, tipica dei paesi ad avanzata industrializzazione, l'uomo è infatti diventato protagonista e vittima, allo stesso tempo, del mito dello sviluppo economico.

Il carattere ambivalente e contraddittorio delle tensioni sociali alle quali si è accennato, si esprime da un lato con la contestazione globale al sistema da parte delle giovani generazioni e dall'altro con le ormai evidenti ed inconfondibili insorgenze reazionarie che mirano a consolidare una società repressiva mediante ideologie e istituzioni intese a difendere la logica del profitto.

L'espansione produttiva e l'efficienza tecnico-economica fine a se stessa, scisse dal benessere collettivo, sfociano nelle crisi cicliche, negli squilibri settoriali e territoriali, nella divaricazione progressiva tra uomo e ambiente e nell'assalto irrazionale alla natura.

Oggi gli squilibri complessi della società del benessere e dell'industrializzazione, delle concentrazioni monopolistiche nazionali ed internazionali, dell'urbanizzazione forzata, dei ritmi di lavoro e della rigidità dei profitti coincidono e si incrociano con gli squilibri psicofisici dell'individuo.

Ed è per questo che la riforma delle istituzioni sanitarie del Paese si impone con carattere di decisa priorità.

Essa ha avuto nella riforma ospedaliera, tradotta in legge dello Stato, una fase significativa, esemplare, ma solo iniziale di un vasto disegno quale è quello che ora occorre realizzare.

Gli obiettivi primari della riforma sanitaria si identificano nel conferire ai cittadini le scelte, il governo ed il controllo della politica e dell'attività sanitaria; nel liberare la condizione umana degli operatori sanitari e parasanitari dall'ipoteca del profitto e del lavoro « a cottimo », per restituirla alla originaria vocazione di liberi ed insostituibili operatori sociali; nell'impiegare le risorse della scienza medica non al servizio del mito dell'efficienza fisica dell'uomo, strumento del sistema economico, ma in difesa del valore assoluto dell'uomo in ogni sua età e condizione, nella società, nella famiglia e, in genere, nei rapporti interindividuali.

Per questo, i principi basilari della riforma trovano rispondenza ed appoggio nelle grandi confederazioni sindacali.

Il tramonto dell'età mutualistica e dello Stato della beneficenza e della polizia sanitaria è il preludio necessario e difficile all'avvento di un compiuto sistema di sicurezza sociale.

Questo comporta che l'istituzione del servizio sanitario nazionale garantisca l'efficienza

delle prestazioni erogate e l'economicità delle gestioni contribuendo per tal via, come si è detto, ad un alto indice di salute delle popolazioni, nonché alla diminuzione della spesa per cure sanitarie per espandere, invece, quella dedicata alla prevenzione ed alla riabilitazione nonché ad una ampia ed efficiente assistenza sociale.

Consenso unanime, poi, esiste sulla funzione insostituibile e sull'opera dei medici e degli operatori sanitari.

Il paese attende da tutti gli operatori sanitari un impegno per la funzionalità della riforma oltreché per la sua attuazione, mediante l'apporto cosciente, disinteressato ed appassionato di idee e di opere, principalmente in considerazione del fatto che l'organizzazione sanitaria ha finora realizzato un'appropriazione privata, della salute del cittadino ed una successiva, ed altrettanto privata, restituzione di essa al ciclo produttivo.

Si tratta, ora, di modificare profondamente questo modello, garantendo la salute dalla obiettiva prevalenza del sistema. Ciò è possibile solo se si conferisce alla tutela di essa una responsabilità pubblica globale.

D'altro canto, un intervento di questo genere è sempre più pressantemente richiesto dal mutare del quadro dell'evento morboso, che si caratterizza sempre più come conseguenza di condizioni d'ambiente profondamente diverse.

Non si tratta, dunque, di una riforma, quella sanitaria, di settore e tesa alla razionalizzazione del sistema sanitario vigente.

È, invece, una riforma che tende a modificare il comportamento dell'uomo nella società, per renderlo sempre più confacente ad una idea della vita nella quale il valore della salute non sia oggetto di sfruttamento; non sia fonte di maggiori poteri per determinate categorie e istituzioni; non sia pretesto per ingiustificate prestazioni; ma sia invece il patrimonio di una collettività accresciuta dalla consapevolezza e dalla partecipazione responsabile di ogni cittadino.

È una riforma, quindi, che rivoluziona i sistemi, le strutture, le istituzioni sanitarie vigenti, perché ne muta i principi e ne cambia i fini, facendo della salute un diritto del cittadino; un dovere per lo Stato; un limite invalicabile per le pretese della produttività e dell'efficienza economica; un valore intangibile dalle esigenze di profitto.

Come nascendo si ha diritto all'esistenza ed al nome, così si ha pure il diritto alla tutela piena della propria salute.

È una riforma, in definitiva, certo tra le più difficili e complesse, che interpreta più efficacemente le aspirazioni reali e critiche dell'uomo nelle sue esigenze di sicurezza, di libertà e di giustizia.

E tuttavia la riforma sanitaria è anche una tappa inevitabile nel processo in atto di rinnovamento della società e delle istituzioni.

I BISOGNI SANITARI EMERGENTI E LA CRISI FUNZIONALE ED ISTITUZIONALE DEL SISTEMA MUTUALISTICO.

La difesa della salute affidata soltanto alla assicurazione contro un rischio di malattia, di infortunio, di invalidità, considerato come statisticamente inevitabile e perciò non prevenibile mediante opportuni interventi di politica economico-sociale, urbanistica, del lavoro e dell'organizzazione aziendale insieme con i necessari interventi sanitari, prima ancora di essere una concezione anacronistica e conflittuale con lo stato moderno, è stata causa di gravi conseguenze economico-finanziarie.

L'estensione dell'assistenza sanitaria mutualistica dei lavoratori dipendenti a nuove categorie del ceto medio, dei coltivatori diretti, dei lavoratori autonomi e l'estensione quanti-qualitativa delle prestazioni e dei tempi di protezione, tuttavia nell'accentrare e migliorare l'intervento curativo, reso più ampio e costoso dallo sviluppo industriale, dall'urbanesimo, dallo snaturamento dell'ambiente, rende più evidente la insufficienza dell'intervento preventivo pubblico e privato, a tutela e promozione della salute.

Di conseguenza la società degli anni '70, registra nei bambini, nei malati, negli anziani, nei disadattati e negli invalidi civili, nei deboli ancora indifesi e nelle malattie tumorali, dismetaboliche, cardiocircolatorie, nervose e mentali, i flagelli sociali più significativi.

L'assistenza sanitaria considerata mero interesse legittimo dei cittadini, è stata erogata per un lungo tempo da istituzioni caritative riordinate in base alla legge 17 luglio 1890, n. 6972, sulle opere di beneficenza ed assistenza pubblica e dall'istituto della condotta medica nei comuni per sovvenire i cittadini in caso di bisogno sanitario emergente.

La risvegliata coscienza civile e sociale delle classi lavoratrici e la lunga travagliata lotta per l'affermazione dei diritti dei lavoratori nella società e nell'ordinamento giuri-

dico dello Stato, stanno alla base del movimento che ha arricchito la società italiana di istituzioni pubbliche e private, associative e cooperative, intese a dotare, oltre che l'ordinamento economico, sociale, anche quello delle strutture sanitarie, di istituzioni capaci di garantire la tutela del lavoratore, specie di quello subordinato, di fronte all'evento malattia ed al bisogno di assistenza sanitaria, col duplice principio dell'assicurazione di fronte al bisogno e della solidarietà categoriale.

Le società di mutuo soccorso, le casse malattie, le mutue aziendali, operaie, contadine e impiegatizie sono degli esempi validi già alla vigilia della prima guerra mondiale.

L'interrotto sviluppo democratico del Paese non ha impedito, tuttavia, il manifestarsi delle contraddizioni giuridiche, sociali ed economiche, che ponevano in crisi istituzionale già nel corso del processo di consolidamento mutualistico, l'organizzazione della difesa della salute incentrata soltanto sull'intervento in caso di bisogno emergente e sulla solidarietà categoriale.

E in effetti l'attuale sistema mutualistico sconta incongruenze assai gravi sia sul piano funzionale sia sul piano organizzatorio:

a) sul piano funzionale il sistema registra un andamento « a forbice » fra i bisogni sanitari emergenti e il tipo di offerta pubblica dei servizi sanitari:

da un lato la nosologia generale del Paese che, nelle sue grandi linee, è fortemente caratterizzata da gruppi di malattie (tumori, malattie cardiovascolari, malattie nervose e mentali, malattie professionali, disadattamento e minorazioni psichiche, invalidità e infortunistica, ecc.) suscettibili di essere affrontate efficacemente soltanto con mezzi del *dépistage* e della prevenzione di massa;

dall'altro una offerta pubblica di servizi, il cui massimo sforzo è concentrato sul momento diagnostico-terapeutico e caratterizzato fra l'altro da un livello estremamente generico di prestazioni che vede il progressivo affievolimento degli impegni diagnostici dell'operatore sanitario e l'uso indiscriminato di presìdi polivalenti.

Di qui il crescere di una domanda curativa a spirale; una grave carenza di partecipazione consapevole al sistema sanitario e di educazione sanitaria che mercifica la prestazione medica e la rende un prodotto da consumare, in quantità e varietà crescenti;

b) in ordine a taluni rilievi circa il lievitare della spesa nel settore sanitario è da sottolineare che le più gravi disfunzioni al sistema derivano dalla profonda contraddizione fra una organizzazione sanitaria tendenzialmente generalizzata e gratuita (quale è il tipo di organizzazione adottata nel nostro Paese) e un contesto istituzionale affatto corrispondente ad un modello di medicina che si avvia a coprire, sia pure in modo lacunoso e parziale, la totalità dei cittadini.

Il contesto istituzionale è infatti tale da fungere da vero e proprio amplificatore della spesa.

La singolare « scollatura » esistente fra:

le decisioni di finanziamento del sistema che fanno capo ad un unico centro di decisione: il Parlamento che, di volta in volta, ampliando la sfera degli eventi coperti e estendendo a nuove categorie di cittadini determinate prestazioni assistenziali, provvede alla copertura degli oneri conseguenti attraverso operazioni di ripianamento dei *deficit* di bilancio degli enti o attraverso l'inasprimento delle aliquote contributive della previdenza sociale;

e le decisioni di spesa, che pur essendo sottoposte alla vigilanza dello Stato sono di fatto frazionate in una miriade di centri relativamente autonomi (mutue, ospedali, ambulatori, medico mutualista, ecc.),

fa sì che ci si trova in presenza di un sistema in cui l'acquisizione di uno stesso risultato (ad esempio un accertamento diagnostico) è spesso frantumato fra più unità di servizi e di decisione, le quali spesso hanno tutto l'interesse a scaricare in tutto o in parte il costo per la produzione di quel dato servizio su altre unità operative del sistema con una amplificazione massima della frequenza delle prestazioni di vari livelli.

È quanto, ad esempio, avviene per il medico mutualista nei confronti dell'ambulatorio o dell'ospedale, dell'ambulatorio nei confronti dell'ospedale, ecc.

La conseguenza di questo stato di cose spiega i motivi per cui l'Italia finisca col vantare, anche nei confronti dei Paesi socialmente evoluti:

il più elevato numero *pro capite* di accertamenti diagnostici tradizionali (radiografie, analisi cliniche, ecc.) nonostante l'assenza di una azione generalizzata di prevenzione;

le più elevate durate medie di degenza e i più alti tassi di ospedalizzazione;

il più elevato numero *pro capite* di ricettazione medica;

il più elevato consumo *pro capite* di medicinali.

Gli aspetti economici della riforma sanitaria.

Le suesposte considerazioni introducono ad un aspetto, quello economico, della riforma che una classe politica responsabile non può semplicisticamente liquidare rifugiandosi in un pur legittimo discorso di « valori » su cui si fonda la tutela di un bene come la salute.

Certamente la logica economica e le tecniche quantitative di misurazione delle risorse da impiegare a fini alternativi urtano, nel campo della tutela della salute, con le premesse di valore insite nella tutela di un bene primario della persona.

In un paese che ha ancora enormi problemi da risolvere nessuno, tuttavia, può contestare la legittimità delle richieste intese a stabilire se le finalità della riforma di questo delicato settore di interventi pubblici siano compatibili con gli attuali e prevedibili ritmi di sviluppo sociale e civile del paese.

Un tale problema è stato responsabilmente presente nella formulazione della presente proposta di legge la quale è anche per questo aspetto in linea con un discorso di più spinta efficienza interna del settore.

Su questo piano la legge di riforma si caratterizza infatti per alcune fondamentali scelte destinate ad operare in senso profondamente innovativo nelle strutture sanitarie del paese:

a) la riconduzione in sedi unitarie di compiti e funzioni oggi frazionate in una miriade di centri di decisione e la correlativa promozione di un aspetto istituzionale che fonda l'organizzazione sanitaria pubblica sulle unità sanitarie locali, ossia su organi democratici di gestione sanitaria dotati di competenze globali (prevenzione, cura e riabilitazione).

Tali soluzioni politico-organizzatorie più partecipate non contrastano, ma anzi sono in linea con un'azione di più spinta efficienza del settore stesso.

Le soluzioni adottate oltre a costituire un preciso adempimento costituzionale coinvolgendo nel governo della salute la responsabilità delle rappresentanze politiche locali, presentano due vantaggi sotto il profilo della efficienza economica:

concentrano in un'unica unità decisionale tutti gli atti relativi all'acquisizione di uno stesso risultato superando il frazionamento della miriade di centri erogatori autonomi, che hanno caratterizzato l'attuale sistema mutualistico e che hanno agito da veri e propri amplificatori della spesa pubblica sanitaria;

essendo suscettibili di una gestione autonoma e partecipata vengono a crearsi più stretti legami fra domanda e costi imposti dalla stessa collettività gestrice dei servizi;

b) la seconda fondamentale innovazione introdotta dalla presente proposta di legge è di aver definitivamente assunto come modello di organizzazione dei servizi, un modello di medicina pubblica, in prospettiva, ad erogazioni gratuite e generalizzate per garantire alla generalità dei cittadini prestazioni sempre più qualificate;

c) la terza innovazione che potrà avere positivi riflessi anche di natura economica, riguarda il superamento dell'attuale meccanismo di finanziamento dei servizi sanitari, meccanismo che essendo fondato su un sistema a consuntivo non contiene alcun incentivo al contenimento ed alla qualificazione della spesa.

Aspetti istituzionali.

Su questo retroterra socio-politico conviene ora innestare l'esame dei contenuti e l'analisi delle singole norme.

L'istituzione del Servizio sanitario nazionale va realizzata tenendo conto di un dato fondamentale: la competenza istituzionale delle regioni nel settore e il ruolo fondamentale che l'ordinamento positivo attribuisce alle regioni stesse, che dovranno costituire le strutture portanti del nuovo assetto istituzionale dello Stato.

Giova in proposito sottolineare che la competenza normativa regionale viene così distinta:

a) competenza esclusiva, prevista per le regioni a statuto speciale;

b) competenza ripartita, denominata anche concorrente o complementare o secondaria;

c) competenza integrativa facoltativa.

Le regioni a statuto speciale hanno facoltà di emanare norme integrative della legislazione statale.

Delineato per sommi capi il quadro di potere normativo regionale occorre precisare che, a garanzia dell'unità del sistema, sono posti dei limiti intesi ad evitare che la legislazione regionale venga a produrre discrasie nel sistema.

Ciò detto, non si può non rilevare l'obbligo nella materia sanitaria di fissare un certo numero di principi validi per tutto il territo-

rio della Repubblica, per l'esigenza imprescindibile di una uniformità di disciplina, a tutela della salute pubblica, che è considerata dall'articolo 32 come interesse della collettività.

Alla tutela di tale bene preminente deve tendere l'attività dello Stato, predisponendo una organizzazione di servizi sanitari che superi il concetto di semplice soccorso a chi non ha mezzi per curarsi da solo e che ponga le basi di un sistema di sicurezza sociale.

Un'ulteriore notazione occorre fare per le regioni a statuto ordinario. Gli articoli 117 e 118 della Costituzione attribuiscono a tali regioni competenza normativa ed amministrativa in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera. A tal proposito è da rilevare che con decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4, si è disposto il trasferimento alle regioni medesime delle funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera e del relativo personale ed uffici.

In particolare l'articolo 117 attribuisce alle regioni poteri legislativi nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato purché non siano in contrasto con l'interesse nazionale e con quello di altre regioni. Inoltre, alla regione può essere demandata, ai sensi dell'ultimo comma dell'articolo 117, la potestà di provvedere all'attuazione delle leggi statali al fine di adeguare la legge statale alle particolari situazioni regionali.

Allo Stato, in particolare, in base alla nostra Carta costituzionale, spettano i seguenti compiti:

1) determinazione dei principi fondamentali ai quali la regione dovrà attenersi nell'emanare le norme per poter concretamente operare. In tale sede, il legislatore statale potrà stabilire i livelli delle prestazioni sanitarie sia sotto il profilo qualitativo che quantitativo al fine di assicurare l'uniformità e l'uguaglianza delle prestazioni stesse, i profili strutturali dell'apparato sanitario e la disciplina fondamentale del rapporto di pubblico impiego del personale addetto all'assistenza sanitaria, gli obiettivi da perseguire, ecc.;

2) controllo sugli enti, ai sensi dell'articolo 125 della Costituzione e controllo sugli organi, ai sensi dell'articolo 126 della Costituzione;

3) controllo di merito affidato al Parlamento e di legittimità affidato alla Corte costituzionale, ai sensi dell'articolo 127 della Costituzione sulle leggi approvate dai competenti organi della regione;

4) poteri di coordinamento e di indirizzo in ordine a quegli aspetti del settore sanitario, non suscettibili di differenziazione da regione a regione, e che fanno sorgere l'esigenza di un indirizzo unitario per assicurare la tutela individuale e collettiva della salute pubblica e garantire a tutti i cittadini l'erogazione di prestazioni sanitarie in regime di uguaglianza.

Ciò posto sulla base degli articoli 117 e 118 alle regioni è attribuito un complesso quadro di competenze.

Fatte tali osservazioni sul potere della regione e prima di passare all'illustrazione degli articoli, si ritiene di effettuare alcune notazioni di carattere generale in ordine al sistema che si intende instaurare, sia per quanto attiene al finanziamento della spesa (a tal fine si è ritenuto di dover costituire un fondo sanitario con distinzione tra gli stanziamenti per spese ordinarie e spese in conto capitale), sia per quanto attiene alle strutture portanti del servizio che si intende istituire.

Occorre subito notare che la costituzione del fondo intende venire incontro alle richieste di quanti desiderano un più ragionevole e produttivo investimento degli ingenti mezzi già oggi assorbiti da un'assistenza sanitaria frammentaria e sconnessa.

La costituzione di tale fondo si pone come meccanismo redistributivo delle risorse disponibili per assolvere ai compiti di giustizia perequatrice, di sviluppo equilibrato ed uniforme nel settore sanitario e per realizzare la uguaglianza e l'uniformità nella erogazione delle prestazioni sanitarie.

Tale fondo, così com'è strutturato, viene altresì ad attuare la programmazione della spesa nel settore sanitario.

In considerazione del fatto che la programmazione è rivolta al superamento di squilibri di territorio, di settore e di categoria e che è connaturato alla sua essenza un determinato grado di centralizzazione, di comando e di direttive, l'attività relativa è strettamente collegata agli interessi primari dello Stato.

La costituzione di tale fondo non intende, però, mortificare od affievolire la competenza istituzionale delle regioni, ma semplicemente realizzare una equilibrata utilizzazione delle risorse del Paese.

Il Fondo sanitario, inoltre, nella misura in cui assicura una corrente liquidità agli organi erogatori dell'assistenza, consente di evitare, in buona misura, il ricorso da parte delle amministrazioni delle strutture sanita-

rie, al credito bancario e la correlativa corresponsione di elevati tassi di interessi, che gravano sul bilancio degli organismi erogatori dell'assistenza sanitaria.

È da rilevare che il sistema che si intende instaurare avrà come sue strutture portanti: le Unità sanitarie locali.

La proposta di una struttura sanitaria periferica, che si riassume nella definizione di « Unità sanitaria locale », è il frutto di un quinquennio di lavoro di importanti commissioni e di gruppi di studio.

Tale struttura organica ed unitaria, articolazione periferica del sistema sanitario nazionale, eviterà la segmentazione delle competenze, la dispersione della spesa che incide negativamente sulla tutela della salute pubblica.

Questa nuova struttura dovrà perseguire due obiettivi: quello della funzionalità sotto un profilo tecnico e quello della economicità gestionale.

Tale organismo dovrà essere inquadrato nelle linee di una programmazione di tutto l'apparato sanitario preesistente e di quello futuro in caso di mancanza di un efficiente apparato.

Tale esigenza scaturisce anche dalla considerazione che la preesistenza di strutture sanitarie non è un'ipotesi astratta: il nostro paese è stato terreno di investimenti sanitari più cospicui di quanto non appaia dai risultati, perché si è quasi sempre trattato di iniziative spesso antitetiche e settoriali, sorte non secondo un criterio programmato.

A questo punto qualche osservazione deve essere dedicata anche ai profili finanziari del provvedimento.

A tale riguardo, è da dire che l'onere ricadente sulle finanze pubbliche non costituirà motivo di rottura dell'equilibrio finanziario, per due ordini di ragioni:

1) la frazione dei non assicurati meno abbienti costituisce la fascia di popolazione economicamente più debole, che da sempre è stata assistita dalla finanza pubblica. In ogni caso l'estensione dell'assistenza avverrà con carattere di gradualità;

2) il mantenimento senza alcuna modifica dell'attuale sistema di assistenza sanitaria comporta costi sempre crescenti; fenomeno questo che può essere contenuto solamente a seguito di una profonda modifica strutturale.

Su tali premesse, è possibile una breve illustrazione del contenuto dello schema di disegno di legge. Esso appare suddiviso in cinque titoli.

Titolo I. – Disposizioni generali (dall'articolo 1 all'articolo 26).

L'articolo 1 prefigura già l'assetto definitivo del sistema sanitario nazionale, che garantisce a tutti i cittadini l'erogazione di prestazioni sanitarie in condizioni di uniformità e di uguaglianza e assicura gli interventi sanitari di ogni tipo a tutti i cittadini, indipendentemente da ogni rapporto assicurativo, dall'attività svolta, dalla categoria o professione di appartenenza e dal tipo e dal periodo di durata degli eventi morbosi, dando la necessaria precedenza al momento preventivo da raccordare all'intervento curativo e riabiliativo.

L'articolo 2 definisce il servizio sanitario nazionale, che non ha personalità giuridica, come un complesso coordinato di servizi pubblici e prevede che lo Stato e la Regione e i comuni nell'ambito della rispettiva competenza, coordinino l'attività sanitaria e svolgano i compiti loro spettanti.

Con l'articolo 3 si definiscono i compiti del servizio sanitario a livello centrale.

In particolare vengono demandate al Ministero della sanità le funzioni di politica sanitaria, di distribuzione del fondo in base a parametri prefissati per atti normativi in modo da eliminare ogni potere discrezionale del Ministro, le funzioni di proposte in materia di indirizzo e coordinamento.

In tale quadro lo Stato, la cui attività sarà circoscritta solamente alla tutela degli interessi generali pubblici sanitari, dovrà provvedere all'adeguamento della legislazione statale « all'esigenza » delle autonomie locali e alla competenza legislativa attribuita alle Regioni (norma IX della Costituzione, articolo 17 della legge 16 maggio 1970, n. 281).

Per quanto attiene al coordinamento occorre ribadire, per le considerazioni innanzi svolte, che tale attività è da considerare una funzione di pertinenza dello Stato, che è diretta principalmente a realizzare una unità di indirizzo in problemi di fondo che interessano tutte le strutture sanitarie.

Va da sé che il Ministero della sanità esplicherà tutte le altre attribuzioni che non spettano istituzionalmente alla Regione e che alla Regione non siano state già delegate ex articolo 118, secondo comma.

Un punto sul quale occorre fermare brevemente l'attenzione si riferisce alla possibilità di chiedere informazioni agli organi regionali ai fini meramente conoscitivi e di fissare i criteri di massima.

Tale potere conoscitivo dello Stato può articolarsi sia in termini generali che in richiesta *una tantum* mediante invio di schemi tipo, di elenchi relativi a materie attinenti al settore sanitario non aventi efficacia giuridica, ma solo scopo informativo.

Per quanto attiene, poi, alla determinazione dei criteri di massima è da dire che essi vengono fissati dal Ministro della sanità, sulla base delle indicazioni dei piani sanitari e delle leggi pluriennali, a garanzia di una uniforme misura delle prestazioni.

La verifica può avere ad oggetto sia le indicazioni vincolanti di cui all'articolo 6 sia i criteri di massima stessi. Si intende che le verifiche non possono essere seguite da « misure » (annullamenti, sostituzioni): gli atti conseguenti alla constatata difformità nei confronti degli atti statali non possono essere fatti valere se non col ricorso ai rimedi prescritti dalla Costituzione per il controllo dello Stato sugli atti regionali, legislativi ed amministrativi.

Con l'articolo 4 si prevede la istituzione di un Comitato sanitario nazionale presso il Ministero della sanità e se ne disciplina la struttura.

Trattasi di un organo collegiale di consulenza obbligatoria per determinate materie, a composizione mista, che non vincola o condiziona la potestà normativa del Parlamento e la piena libertà decisionale del Governo e del Ministro della sanità in materia di politica sanitaria, in quanto ciò non è sembrato compatibile con la sovranità del Parlamento e la responsabilità politica del Governo.

La istituzione di tale organo risponde alla esigenza di assicurare che le decisioni ultime degli organi legislativi e amministrativi in ordine alle più rilevanti questioni che interessano il settore sanitario siano illuminate dal lavoro di un organo particolarmente qualificato.

I pareri sono di carattere obbligatorio, e facoltativo. La norma elenca in modo preciso i casi nei quali è obbligatorio richiedere il parere.

In talune di tali funzioni consultive esso sottentra a quelle demandate al Consiglio superiore di sanità, altre, per contro, sono stabilite *ex novo*.

Inoltre il comitato ha un autonomo potere di iniziativa e di proposte in materie attinenti al settore sanitario.

La composizione del collegio realizza una forma di concreta partecipazione delle Regioni e di tutte le forze sociali del paese al fine anche di ottenere una armonizzazione dei vari interessi, realizzare un'unità di intenti ed evitare ogni possibilità di conflitto tra le autorità regionali e quelle statali.

Con l'articolo 5 si stabilisce che al finanziamento della spesa si provvede a carico del Fondo sanitario nazionale, del quale già si sono delineate le finalità.

Si è ritenuto che l'ammontare degli stanziamenti sia stabilito con la legge di approvazione del bilancio, secondo le indicazioni dei livelli assistenziali e di quelli di prestazione: questa statuizione assicura che la determinazione annuale avvenga sulla base di elementi certi o accertabili.

Gli stanziamenti sono, inoltre, suddivisi per spese ordinarie e per spese in conto capitale.

L'articolo 6 detta norme per la determinazione dell'ammontare del fondo e criteri per la sua ripartizione alle Regioni.

La ripartizione dei fondi alle Regioni deve essere fissata sulla base di parametri stabiliti con la legge di durata pluriennale in modo da garantire mezzi finanziari in rapporto alla popolazione effettivamente presente e residente in ogni Regione, alla sua diversa composizione, alla situazione nosologica ed epidemiologica, allo stato delle attrezzature, coll'intento di superare, in uno spazio di tempo breve, gli squilibri strutturali attualmente esistenti a livello regionale e garantire prestazioni uniformi a tutti i cittadini.

Sulla base di tali parametri, che riducono notevolmente ogni potere discrezionale di decisione da parte del Ministero della sanità si provvederà a trasferire i fondi alle Regioni (articolo 7).

Con l'articolo 8 si è accentuato l'ambito di estensione della potestà normativa spettante alla Regione sulla base del complesso di norme che disciplinano il settore, dell'evoluzione sociale e legislativa, e di un'interpretazione storico-evolutiva.

L'articolo 9 affida alla Regione tutte le funzioni spettanti ad enti pubblici in materia di igiene e sanità al fine di evitare uno scoordinamento di interventi e uno spezzettamento di competenze in un settore che, per contro, esige una unitarietà di interventi al fine di garantire e salvaguardare la salute pubblica, ampliando, altresì, la portata della delega di funzioni amministrative, già operata con decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4.

Viene stabilito, poi, un importante principio nel senso che la Regione deve, di norma,

esercitare i suoi compiti in materia di igiene e sanità pubblica, affidandoli alle unità sanitarie locali, delle quali si è già fatto cenno, in modo da evitare un indirizzo accentratore da parte della Regione in contrasto con i motivi che hanno suggerito al legislatore costituente l'istituzione della Regione stessa.

Gli articoli da 10 a 12 riguardano il conferimento di delega al Governo per il trasferimento delle funzioni e la disciplina delle posizioni giuridiche del personale trasferito alle Regioni, per la ristrutturazione e soppressione di enti mutualistici ed assistenziali ed altri enti pubblici operanti nei settori oggetto della presente proposta nonché per l'attribuzione all'INPS del compito di riscuotere i contributi assicurativi. Tale delega si rende indispensabile per la molteplicità e complessità dei problemi da disciplinare che ovviamente non possono essere adeguatamente considerati in questa sede. A nessuno può, tuttavia, sfuggire la basilare e fondamentale portata del principio contenuto in tale delega:

l'abolizione del sistema mutualistico e il trasferimento di tutte le strutture alle Regioni, che così vengono ad assumere il ruolo di protagoniste nel settore sanitario, in ossequio all'indirizzo costituzionale.

Le norme, in perfetta aderenza alla statuizione costituzionale in tema di esercizio delegato del potere legislativo (articolo 76 della Costituzione); fissano i princìpi e i criteri direttivi, ai quali il Governo deve attenersi per disciplinare la materia oggetto di delegazione.

Tra tali princìpi vanno in particolare sottolineati quelli diretti a garantire, in aderenza ad un indirizzo ormai consolidato nel nostro ordinamento positivo, la conservazione delle posizioni economiche e giuridiche acquisite dal personale dipendente, quello che prescrive, in ossequio al disposto dell'articolo 97 della Costituzione, l'obbligo del pubblico concorso per l'accesso agli impieghi delle nuove strutture sanitarie, quello diretto a consentire la possibilità di passaggio da una unità sanitaria all'altra, con la piena salvaguardia di tutti i diritti acquisiti e senza obbligo di altro concorso.

Gli articoli dal 13 al 23 stabiliscono i principi generali ai quali le Regioni devono attenersi nel concretare le manifestazioni normative in ordine all'assetto da dare all'unità sanitaria locale.

Oltre alle considerazioni già fatte in ordine a tale struttura sanitaria, che costituisce un complesso di servizi sanitari di base relativi alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione c'è da sottolineare che la sua dimensione viene fissata in base a parametri demografici e territoriali in modo da servire un determinato contingente di popolazione.

È da sottolineare, altresì, che la Regione dovrà suddividere il proprio territorio in apposite circoscrizioni o comprensori ottimali ai fini della razionale organizzazione del servizio.

Per effetto di tale suddivisione le unità sanitarie locali possono avere dimensione corrispondente:

1) al territorio di un comune (cosidetta unità sanitaria monocomunale);

2) a parte di territorio di un comune (unità sanitaria sub-comunale);

3) al territorio di diversi comuni (unità sanitaria pluricomunale).

Ciò detto, sotto il profilo della dimensione territoriale dell'unità sanitaria locale, si affronterà il problema della configurazione giuridica da dare all'unità sanitaria locale.

Varie ipotesi sono state prospettate sulla struttura della unità sanitaria locale (consorzio, azienda speciale, organo con personalità giuridica, agenzia, ente di servizio).

Direttamente collegato a tale problema è quello del sistema di scelta degli organi di gestione dell'unità sanitaria locale (direzione da affidare a dipendenti o a organi eletti dalla collettività da servire).

È sembrato di doversi escludere la creazione di nuovi organismi dotati di una completa autonomia per consentire ai comuni e alle Regioni il pieno esercizio dei propri poteri e una forma di più penetrante controllo ed intervento nella gestione di tali organismi. Si è scelto un sistema di preposizione alla direzione dell'unità sanitaria locale in grado di assicurare il collegamento dell'unità sanitaria locale alle collettività da servire.

Un punto di fondamentale importanza va, inoltre sottolineato: la istituzione del comprensorio, che non corrisponde ad alcuna delle attuali strutture previste dal nostro ordinamento e che viene ad assumere precisi contorni e lineamenti, intendendosi per comprensorio l'estensione territoriale dentro la quale vengono forniti ai cittadini tutti i servizi sanitari di base. È auspicabile che la Regione nel formulare un piano di riassetto territoriale lo realizzi in modo da garantire alla collettività residente nell'ambito del comprensorio tutti i servizi essenziali di prima necessità.

Un altro punto sul quale conviene fermare l'attenzione è la gestione democratica e decentrata del servizio che assicura la parteci-

pazione della collettività, non solamente a livello gestionale, ma anche a livello di scelte e di indirizzi programmatici.

Né si può passare sotto silenzio la previsione di costituire dei presìdi a livello intermedio, gestiti democraticamente, per l'erogazione di prestazioni che per le caratteristiche tecniche e per altri motivi, superano l'ambito dell'unità sanitaria locale, così detti servizi ultra comprensoriali (articolo 22).

Di tali servizi devono, fra l'altro, far parte gli ospedali provinciali e regionali con contestuale soppressione della personalità giuridica degli enti ospedalieri, quali configurati dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Si è, inoltre, prevista una direzione tecnica collegiale, in quanto all'unità sanitaria locale fanno capo compiti ed attribuzioni che involgono competenze di tipo diverso (servizi preventivi, medici di base, servizi ospedalieri, farmaceutici, eccetera).

Si deve, poi, rilevare che il modulo organizzatorio adottato garantisce l'uniformità tecnica del servizio in tutto il territorio, in quanto nell'unità sanitaria locale viene ricondotto tutto l'arco della medicina: la medicina curativa di primo livello e preventiva di primo e secondo livello.

Tra i compiti dell'unità sanitaria locale merita una particolare notazione la medicina del lavoro, in quanto, pur esistendo attualmente una serie di precetti legislativi a tutela del lavoratore, per insufficienza di mezzi e di personale, la normativa non ha avuto completa applicazione.

Per quanto attiene al regime dei controlli sugli atti e sugli organi dell'unità sanitaria locale si è dettata una normativa conforme al nostro ordinamento costituzionale.

Si è stabilito, inoltre, un importantissimo principio di coordinamento tra i vari presìdi sanitari; tale coordinamento sarà quanto mai rilevante per i rapporti da stabilire tra i vari presìdi sanitari.

Il nuovo sistema, infatti, realizzerà una convergenza di interessi tra i vari organismi dell'assistenza sanitaria a diverso livello e i relativi operatori coll'effetto di migliorare l'assistenza.

D'altra parte, la creazione, la ristrutturazione ed il potenziamento dei servizi di medicina preventiva, oltre a tutelare adeguatamente lo stato di salute della popolazione e le sue energie produttive, determineranno minore necessità di ricovero ospedaliero e quindi minori oneri. Con l'organizzazione coordinata di presìdi sanitari di diverso livello si eviterà anche la duplicazione di indagini diagnostiche, oggi effettuate in larga misura, con effetti non solo di ingiustificato dispendio ma anche di inutile rischio cui vengono sottoposti i pazienti.

Inoltre, la destinazione di malati lungodegenti, oggi ristagnanti nei reparti per acuti, verso reparti o istituti appositi, di minore costo, permetterà una migliore utilizzazione delle attuali strutture negli ospedali generali e specializzati, con effettivo risparmio di attrezzature non necessarie.

Attenzione viene dedicata dalla proposta di legge al problema dei farmaci per quanto attiene al settore distributivo.

A tal proposito è da dire che non può essere eliminata l'attuale rete distributiva, perciò si è stabilita la facoltà di stipula di convenzioni. Tuttavia si è prevista la possibilità di distribuire direttamente i farmaci da parte dell'unità sanitaria locale anche al fine di contenere il costo dell'assistenza farmaceutica, che, negli ultimi anni ha registrato un cospicuo aumento *pro capite*.

Inoltre, il sistema di retribuzione per i medici contribuirà notevolmente a frenare l'incremento dei consumi farmaceutici e a disincentivare la prescrizione di farmaci.

Per quanto attiene al regime giuridico degli enti ospedalieri è da sottolineare che la proposta di legge prevede, come si è già accennato, la soppressione della soggettività giuridica degli enti ospedalieri, al fine di assicurare un indirizzo unitario e un'unità decisionale nell'attività concreta degli organismi erogatori dell'assistenza.

Una nota di commento meritano i comitati consultivi, diretti ad assicurare la partecipazione, ai vari livelli, delle forze sociali e sindacali con compiti di stimolo, di promozione, di controllo sull'efficienza e sulla funzionalità delle prestazioni e dei servizi delle unità sanitarie locali, di suggerimenti, di proposte.

Altro punto fondamentale affrontato dalla proposta di legge è il problema del personale.

La proposta di legge fissa i princìpi fondamentali sull'ordinamento del personale e detta i seguenti criteri:

l'assunzione del personale deve avvenire, di norma, per pubblico concorso. Il personale del servizio sanitario nazionale è inquadrato nei ruoli regionali;

l'inserimento del personale medico dovrà avvenire mediante la costituzione di un rapporto di impiego a tempo pieno;

la possibilità di passaggio del personale da un ruolo regionale ad altro con piena valutazione del servizio;

la determinazione del rapporto di lavoro per quanto attiene al trattamento economico e agli altri profili di indole economica è fissato con accordi nazionali.

Tale disposizione è modellata sul principio accolto nell'articolo 40 della legge 12 febbraio 1968, n. 132. Gli accordi sindacali costituiscono il presupposto per l'adozione di provvedimenti deliberativi da parte delle competenti amministrazioni.

Nel caso in esame non si tratta, come è facile intuire, di dare applicazione all'articolo 39 della Costituzione (a tale proposito è da dire che, allo stato attuale del nostro ordinamento, tali accordi non potrebbero estendere la loro sfera di efficacia oltre gli iscritti alle associazioni sindacali) bensì di dare riconoscimento legislativo ad un dato di fatto incontrovertibile nella società moderna: il ruolo fondamentale assunto dai sindacati nella disciplina di tutti i rapporti sociali.

Per quanto attiene al rapporto di servizio del personale medico è da dire che, essendo il servizio sanitario una organizzazione pubblica, la proposta intende favorire l'inserimento di tale personale a tempo pieno, limitando, il più possibile, il sistema delle convenzioni e disponendo l'unità di rapporto per prestazioni di libera attività professionale, dettando una serie di disposizioni dirette ad evitare forme di collaborazione plurime con le strutture sanitarie pubbliche e a migliorare l'attuale livello delle prestazioni che risultano molto dequalificate. Né tale indirizzo determina la così detta « burocratizzazione » delle prestazioni e « l'impiegatizzazione » del medico, in quanto, il medico condotto ed il medico ospedaliero, pur essendo legati da un rapporto di pubblico impiego con l'ente da cui dipendono, esplicano un'attività soggetta ai canoni deontologici comuni a tutti i sanitari.

Ciò che è rilevante è la libertà nell'esercizio della propria attività e non certamente il tipo di rapporto che lega il sanitario.

D'altra parte, il mancato inserimento del personale medico in strutture sanitarie, con un preciso rapporto di servizio, ha determinato un aumento smisurato degli impegni dei medici con incidenze negative sull'aggiornamento professionale, sulla qualità delle prestazioni sanitarie, sulla spedalizzazione e sulla ricettazione di farmaci. Per quanto attiene alle convenzioni con le case di cura private, è da sottolineare che tale sistema è circondato di cautele e di principi a salvaguardia della sua eccezionalità e temporaneità. Infatti, la Regione deve accertare la necessità della convenzione che intende stipulare. Inoltre, il Ministero della sanità o un privato può richiedere il riesame della deliberazione con la quale è stato approvato il progetto di convenzione. La convenzione non può avere durata ultra biennale. In essa deve essere contenuta la clausola di risoluzione, quando siano venute a cessare le condizioni che hanno imposto il ricorso alla convenzione. In merito al problema del personale, si deve altresì sottolineare che la piena funzionalità del sistema sanitario dipende non solamente dal personale medico e dalle strutture sanitarie, ma anche dal personale paramedico e dal ruolo che da tale personale deve essere affidato, così come avviene, ad esempio, in Inghilterra. Si impone, quindi, la necessità di una profonda revisione di tutta la disciplina normativa del settore paramedico particolarmente per quanto riguarda l'ampliamento nella sfera di attribuzioni di tale categoria di personale. Tuttavia tale settore non ha potuto trovare, per motivi facilmente intuibili la propria disciplina in questa sede.

Titolo II. – Tempi e modi di attuazione dell'estensione dell'assistenza sanitaria (articoli 27-30).

Il titolo II prevede i tempi di attuazione e le fasi intermedie per l'estensione e per l'abolizione dei limiti temporali nell'erogazione dell'assistenza.

I tempi sono chiaramente indicati negli articoli, ai quali si fa rinvio. La gradualità dell'estensione dell'assistenza è strettamente correlata alle disponibilità finanziarie.

Titolo III. – Risorse finanziarie del servizio sanitario nazionale (articoli da 31 a 33).

Il titolo III si occupa del finanziamento della spesa fino a quando ad essa lo Stato non provvederà con proprie entrate tributarie, superando l'attuale sistema contributivo.

A tal riguardo è da sottolineare che nel calcolare gli oneri maggiori, per tutte le innovazioni comportanti la estensione di determinate prestazioni a nuovi soggetti non tutelati dall'attuale legislazione, si è tenuto rigorosamente fermo il principio secondo il quale le valutazioni relative alle maggiori spese da sostenere debbano essere fatte assumendo come dato di riferimento gli oneri sostenuti dal-

la finanza pubblica nel suo complesso (Stato e comuni, ecc.).

Sulla legittimità di un tale criterio non sembra esservi dubbi ove si consideri che, in un tentativo di programmazione a termine della spesa per la sicurezza sociale (si fa riferimento al V Piano di sviluppo economico-sociale francese e al rapporto della commissione Bordaz) le previsioni dei fabbisogni finanziari aggiuntivi venivano addirittura valutati assumendo come base di riferimento gli oneri sostenuti dai soggetti pubblici e dai soggetti privati. Ai fini di stabilire l'incidenza finanziaria il calcolo va fatto detraendo dalla popolazione l'ammontare di coloro che, in un modo o nell'altro, già godono di una qualunque forma di tutela sanitaria, e precisamente:

la popolazione assicurata dagli enti mutualistici;

la popolazione assistita dagli enti locali;

i lavoratori occupati all'estero, assistiti in regime di reciprocità ed i familiari con essi residenti all'estero.

Il calcolo degli oneri deve essere fatto tenendo conto della popolazione presente. Il ricorso a tale criterio appare più corretto sia per tenere conto del fabbisogno finanziario delle regioni soprattutto di quelle del triangolo industriale sia delle forze di lavoro occupate all'estero sia al fine di evitare inutili complicazioni.

Tuttavia, ove si volesse far riferimento alla popolazione residente, si dovrebbero operare le detrazioni di coloro che godono di una certa tutela assicurativa, già sopra indicata, e dei lavoratori occupati all'estero ed assistiti in regime di reciprocità; è noto infatti, che tali lavoratori (ed i familiari con essi conviventi all'estero) sono coperti da assistenza mutualistica nel paese di immigrazione e, qualora il ricovero avvenga in Italia, il paese estero di immigrazione del lavoratore rimborsa le spese sostenute.

Alle ragioni che giustificano l'esattezza del criterio di detrarre dalla popolazione totale quella assistita dagli enti locali si è già accennato, per cui non è il caso di soffermarvisi ulteriormente; basterà qui ricordare che l'obiezione secondo la quale il relativo onere verrebbe a ricadere sul costituendo fondo in caso di insolvibilità dei comuni, risulta priva di significato, in quanto l'assunzione dell'onere da parte del fondo verrebbe a rappresentare, in termini di contabilità nazionale, un trasferimento di spese dai comuni al fondo stesso. È, poi da aggiungere che a causa della nota situazione deficitaria dei comuni, tali spese gravano già sul bilancio dello Stato, in quanto lo Stato già interviene per i debiti contratti dai comuni, anticipando le spedalità alle amministrazioni ospedaliere.

Ai relativi oneri si farà fronte con fondi a carico del bilancio dello Stato e con le somme già destinate all'assistenza sanitaria che verranno incentrate nel fondo sanitario nazionale.

Tale sistema consente di raccogliere i mezzi finanziari e la distribuzione alle Regioni per dotarle di mezzi proporzionalmente uguali per far fronte alla richiesta di prestazioni sanitarie ai diversi livelli ed anche alla necessità delle strutture e delle attrezzature là dove, come nel Mezzogiorno, sono insufficienti.

Le entrate del fondo sanitario nazionale sono analiticamente indicate nel relativo articolo.

Per quanto attiene al contributo dello Stato è da dire che la concessione di tale contributo non pone per ora motivi di ricorso a inasprimenti fiscali. Per altro, quando il sistema dell'assistenza sanitaria basato sulle mutue sarà definitivamente travolto, tutta l'assistenza sarà posta a carico della collettività, mediante prelievi fiscali, in base alla capacità contributiva di ogni cittadino. Inoltre l'articolo 32 prevede un contributo a carico dei lavoratori autonomi da determinarsi con decreto delegato per sopportare i nuovi oneri derivanti dall'estensione dell'assistenza sanitaria.

Titolo IV. – Generalizzazione assistenza sanitaria e fiscalizzazione oneri (articolo 34).

Il titolo IV stabilisce, entro un arco di tempo ben definito, la generalizzazione dell'assistenza sanitaria, fatto questo che rappresenta la fase conclusiva del graduale processo di instaurazione del sistema di sicurezza sociale, che supera i moduli assicurativi e stabilisce un intervento totale dello Stato nell'assistenza sanitaria quale che sia la sua funzione: di prevenzione, di cura e di riabilitazione.

Titolo V. – Norme finali e transitorie (articoli 35-44).

Il titolo V contiene disposizioni di carattere transitorio e finale per la disciplina del funzionamento del Comitato sanitario nazionale, per la soppressione di organi consultivi (Consiglio superiore di sanità e Comitato nazionale ospedaliero), per la istituzione di servizi sostitutivi ove la Regione non abbia prov-

veduto, entro il termine fissato, all'istituzione delle unità sanitarie locali, per la disciplina delle modalità di versamento delle quote al fondo, per il subingresso nelle convenzioni stipulate tra i sanitari, case di cura private ed enti pubblici; per la ripartizione del fondo alle regioni, ove non siano divenute operanti le leggi pluriennali previste dall'articolo 6 della proposta di legge, con fissazione di criteri caratterizzati da una certa anelasticità al fine di ridurre al minimo ogni potestà discrezionale; per l'intervento pubblico nel settore dell'industria farmaceutica, della distribuzione dei farmaci, per la disciplina dell'informazione scientifica sui medicinali, per il finanziamento della spesa.

Per concludere, si può dire che l'assetto sanitario che si intende realizzare nel nostro Paese supera il sistema mutualistico, basato sul meccanismo assicurativo, realizzerà un tipo di articolazione delle strutture sanitarie corrispondente all'ordinamento generale del nostro Stato, consentirà economie di gestione, attuerà una unità nelle varie fasi dell'intervento sanitario, unificherà, sia pure gradualmente, il tipo di prestazioni sanitarie, eliminerà gli accertamenti del diritto alle prestazioni, eviterà impedimenti ed intralci burocratici e contestazioni con il relativo contenzioso, sopprimerà le discriminazioni tra assicurati e non assicurati, permettendo la partecipazione democratica della collettività assistita, rendendo concretamente operante il precetto costituzionale relativo alla salute pubblica, conferendo all'assistenza sanitaria il carattere di un pubblico servizio, garantito a tutti i cittadini sulla base del semplice insorgere del bisogno, esaltando l'autonomia della Regione, che diventerà il centro di direzione dell'attività sanitaria ponendo in essere un decentramento funzionale dei poteri dello Stato al fine di realizzare un sistema di sicurezza sociale snello, efficiente, moderno, a livello di altri paesi civili.

ASCR