PROPOSTA DI LEGGE
SULLA RIFORMA SANITARIA

SOMMARIO

TITOLO I. – DISPOSIZIONI GENERALI.

Art. 1. – Compiti ed obiettivi del Servizio sanitario nazionale.

Art. 2. – Coordinamento dell'attività e articolazione dei servizi.

Art. 3. – Il servizio sanitario nazionale a livello centrale.

Art. 4. – Comitato sanitario nazionale.

Art. 5. – Fondo sanitario nazionale.

Art. 6. – Determinazione ammontare e ripartizione del fondo.

Art. 7. – Trasferimento degli stanziamenti.

Art. 8. – Poteri della Regione.

Art. 9. – Delega di funzioni amministrative in materia sanitaria alle Regioni.

Art. 10. – Termine esercizio delega al Governo per il trasferimento di funzioni alle Regioni – Principi e criteri direttivi.

Art. 11. – Delega al Governo per trasferimento del personale alle Regioni e criteri direttivi.

Art. 12. – Delega per trasferimento beni, riorganizzazione e soppressione di enti e attribuzione all'INPS dei compiti di riscossione dei contributi e di erogazione dell'indennità di malattia – Controllo delle Regioni su attività enti.

Art. 13. – Istituzione dell'unità sanitaria locale.

Art. 14. – Compiti dell'unità sanitaria locale.

Art. 15. – Caratteristiche strutturali.

Art. 16. – Passaggio alle unità sanitarie locali degli ospedali di zona.

Art. 17. – Ordinamento, amministrazione, contabilità e coordinamento delle unità sanitarie locali.

Art. 18. – Principi direttivi per la disciplina dei servizi dell'unità sanitaria locale.

Art. 19. – Regolamento per la contabilità dell'unità sanitaria locale.

Art. 20. – Controlli sulle unità sanitarie locali.

Art. 21. – Comitati consultivi.

Art. 22. – Istituzione di servizi sanitari ultracomprensoriali.

Art. 23. – Personale dei servizi sanitari.

Art. 24. – Criteri di ripartizione dei fondi sanitari regionali.

Art. 25. – Disciplina delle convenzioni.

Art. 26. – Princìpi direttivi per la stipula delle convenzioni.

TITOLO II. – TEMPI E MODI DI ATTUAZIONE DELL'ESTENSIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.

Art. 27. – Estensione assistenza a titolari di pensione sociale, ai disoccupati. Altri benefici.

Art. 28. – Assistenza ospedaliera gratuita ai non abbienti.

Art. 29. – Assistenza farmaceutica ai lavoratori autonomi.

Art. 30. – Servizi di medicina ed igiene del lavoro.

TITOLO III. – RISORSE FINANZIARIE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.

Art. 31. – Fondo sanitario nazionale.

Art. 32. – Delega al Governo per la determinazione di un contributo a carico dei lavoratori autonomi.

Art. 33. – Determinazione degli apporti dovuti dagli enti.

TITOLO IV. – GENERALIZZAZIONE ASSISTENZA SANITARIA E FISCALIZZAZIONE ONERI.

Art. 34. – Estensione dell'assistenza sanitaria gratuita a tutti i cittadini.

TITOLO V. – NORME FINALI E TRANSITORIE.

Art. 35. – Regolamento sul funzionamento del Comitato sanitario nazionale.

Art. 36. – Servizi sanitari sostitutivi.

Art. 37. – Ripartizione del fondo tra le Regioni.

Art. 38. – Modalità di versamento delle quote del fondo.

Art. 39. – Subingresso nelle convenzioni.

Art. 40. – Disciplina rapporti tra le università e il Servizio sanitario nazionale.

Art. 41. – Soppressione organi consultivi.

Art. 42. – Delega per disciplina dell'informazione scientifica sui farmaci.

Art. 43. – Programma d'intervento pubblico nella produzione e nella distribuzione dei farmaci.

Art. 44. – Finanziamento della spesa.

PROPOSTA DI LEGGE

—

TITOLO I.

DISPOSIZIONI GENERALI.

ART. 1.

(Compiti ed obiettivi del Servizio sanitario nazionale).

La tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, è assicurata dal Servizio sanitario nazionale, in condizioni di uniformità e di uguaglianza, a tutti i cittadini senza distinzione di categoria, di condizioni personali e sociali, con riguardo alla prevenzione, riabilitazione e cura delle malattie, qualunque sia il tipo o la durata delle stesse, e mediante interventi di igiene e sanità pubblica nei modi e nelle forme previste dalla presente legge.

Per la realizzazione dei fini di tutela della salute, il Servizio sanitario nazionale svolge compiti di salvaguardia della salubrità dell'ambiente, dell'igiene, degli alimenti, dei luoghi di lavoro, delle collettività, e degli insediamenti urbani; cura il collegamento e il coordinamento delle attività e degli interventi sanitari con tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività, esplica i compiti di medicina legale nei casi previsti dalle leggi vigenti.

ART. 2.

(Coordinamento dell'attività ed articolazione dei servizi).

Il Servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso dei servizi sanitari pubblici distribuiti nel territorio della Repubblica per l'attuazione dei compiti di cui al precedente articolo 1.

Lo Stato finanzia, indirizza e coordina le attività del Servizio sanitario nazionale.

Le Regioni, nell'ambito del rispettivo territorio, provvedono alla programmazione e vigilanza dell'attività sanitaria, secondo le leggi regionali e con l'osservanza dei princìpi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato e degli indirizzi generali della politica

495

sanitaria nazionale. Esse provvedono, altresì, alla gestione diretta dei servizi sanitari previsti dall'articolo 22, e al finanziamento e controllo dei servizi previsti dall'articolo 13.

I comuni o consorzi di comuni provvedono alla formulazione dei programmi di tutela della salute individuale e collettiva della popolazione presente nell'ambito del comprensorio e gestiscono tramite le unità sanitarie locali i servizi sanitari compresi nell'unità sanitaria medesima.

ART. 3.

(*Il servizio sanitario nazionale a livello centrale*).

Nel quadro del Servizio sanitario nazionale il Ministero della sanità:

a) elabora e propone gli indirizzi generali della politica sanitaria nazionale, promuovendo a tal fine attività di indagine, ricerca e studio;

b) provvede alla erogazione di fondi alle Regioni, nei modi previsti dalla presente legge;

c) esercita le funzioni non attribuite né delegate alle Regioni, quali risultano dalle vigenti disposizioni di legge;

d) formula proposte ai fini dell'indirizzo e del coordinamento delle attività attribuite alle Regioni e impartisce istruzioni per quelle ad esse delegate;

e) determina i criteri di massima, intesi a garantire la uniforme misura delle prestazioni sanitarie, sulla base delle indicazioni dei piani sanitari e delle leggi pluriennali;

f) dispone, a scopo informativo, indagini di carattere generale anche sulla base di schemi-tipo di rilevazione e può, altresì, rivolgere alle Regioni singole e motivate richieste di informazione;

g) determina i criteri per l'educazione igienico-sanitaria della popolazione.

ART. 4.

(*Comitato nazionale sanitario*).

È istituito presso il Ministero della sanità il Comitato sanitario nazionale.

Il Comitato sanitario nazionale è composto da:

1) un rappresentante per ciascuna Regione, designato secondo modalità stabilite dai Consigli regionali;

2) sedici esperti designati dalle organizzazioni sindacali nazionali più rappresentative dei lavoratori del settore pubblico e privato;

3) tre rappresentanti del Ministero della sanità scelti dal Ministro;

4) un rappresentante dell'Istituto superiore di sanità, scelto dal Ministro;

5) dieci esperti in materie sanitarie e tecniche interessanti la Amministrazione sanitaria, di cui tre scelti dal Ministro della sanità, tre designati dalla Federazione nazionale ordine dei medici, uno designato dalla Federazione nazionale ordine farmacisti, uno designato dalla Federazione nazionale ordine veterinari, due designati dalle organizzazioni sindacali più rappresentative delle categorie dei paramedici; la designazione degli esperti avviene mediante la presentazione di terne al Ministro della sanità che provvede alla nomina;

6) cinque esperti in materie giuridiche, sociali ed economiche, designati rispettivamente, uno dalla Presidenza del Consiglio dei ministri, uno dal Ministro della sanità per le materie giuridiche, uno dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale, uno dal Ministro del bilancio e della programmazione economica per le materie economiche.

Si osservano, in quanto applicabili, le norme vigenti sull'ordinamento del Consiglio superiore di sanità e dei suoi uffici di segreteria.

Il Comitato sanitario nazionale:

1) esamina ogni affare relativo alla salute pubblica su richiesta del Ministro della sanità o di propria iniziativa, al fine di formulare pareri o voti;

2) propone all'Amministrazione sanitaria lo studio di problemi attinenti all'igiene e alla sanità;

3) propone indagini scientifiche, inchieste su avvenimenti di rilevante interesse nel campo igienico e sanitario.

Il Comitato sanitario nazionale deve essere sentito dal Ministro della sanità:

a) sulla determinazione dei livelli assistenziali, con riferimento alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale;

b) sul diniego e sulla revoca della registrazione di nuovi farmaci anche in relazione all'esistenza, in commercio, di prodotti di analoga composizione, azione ed efficacia terapeutica;

c) sulla prescrivibilità dei tipi e delle confezioni dei prodotti farmaceutici nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

Il Ministro della sanità può richiedere il parere del Comitato sanitario nazionale ogni qualvolta lo ritenga opportuno. Il Comitato è nominato con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità per la durata di un triennio.

All'inizio di ciascun triennio il Comitato elegge il Presidente e due Vice-presidenti.

ART. 5.

(*Fondo sanitario nazionale*).

È istituito il Fondo sanitario nazionale, costituito da appositi capitoli iscritti nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità, distinti per la spesa corrente e per quella in conto capitale, e destinato al finanziamento della spesa relativa al funzionamento del Servizio sanitario nazionale, e all'impianto o ammodernamento di tutte le strutture, comprese quelle edilizie, al rinnovo e adeguamento delle attrezzature sanitarie. Sarà allegata alla nota preliminare del bilancio di previsione una relazione circa gli obiettivi e i risultati da raggiungere mediante l'attività del Servizio sanitario nazionale, fornendo utili elementi per il calcolo dei costi e dei benefici sia per le spese correnti che per quelle in conto capitale.

Il Fondo viene ripartito tra le singole Regioni in base ai parametri di cui al successivo articolo 6.

ART. 6.

(*Determinazione ammontare e ripartizione del fondo*).

La determinazione annuale degli stanziamenti per il Fondo sanitario nazionale è effettuata sulla base dei livelli dei bisogni sanitari da soddisfare attraverso il Servizio sanitario nazionale, con la legge di approvazione del bilancio dello Stato, tenuto conto delle risorse finanziarie assegnate al settore dalle leggi pluriennali di spesa nel quadro del programma economico nazionale.

I livelli igienico-assistenziali sono stabiliti con leggi pluriennali sulla base di quelli elaborati dal Ministero della sanità ed approvati dal CIPE, sentita la Commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281, e il Comitato sanitario nazionale, con riferimento agli obiettivi di tutela della salute, nonché all'esigenza di garantire prestazioni qualitativamente e quantitativamente uniformi a tutti i cittadini, eliminando progressivamente le differenze esi-

stenti nei livelli igienico-assistenziali nelle varie regioni, con particolare riguardo alle regioni meridionali; e quelli strutturali, in base ad un piano nazionale quinquennale delle strutture sanitarie, elaborato in seno al Comitato sanitario nazionale sulla base delle esigenze espresse da ciascuna regione, sentita la commissione interregionale, e correlato col programma economico nazionale.

Con le modalità di cui al precedente comma si stabiliscono i parametri, distinti per le spese correnti ed in conto capitale per il riparto tra le Regioni del Fondo sanitario nazionale. I parametri devono essere definiti numericamente per le singole regioni, tenuto conto degli elementi igienico-sanitari, socio-economici, della mobilità anche stagionale della popolazione e dello stato delle strutture, attrezzature e servizi.

ART. 7.

(*Trasferimento degli stanziamenti*).

All'inizio di ciascun trimestre il Ministro della sanità trasferisce con propri decreti alle Regioni le quote da assegnare alle stesse sugli stanziamenti relativi al Fondo sanitario nazionale.

ART. 8.

(*Poteri della Regione*).

Nel quadro degli indirizzi generali di politica sanitaria, nel rispetto della presente legge, dei princìpi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, del disposto dell'articolo 117 della Costituzione, spetta a ciascuna regione emanare norme legislative programmatrici e regolatrici di tutte le attività connesse all'attuazione delle finalità e dei compiti previsti dal precedente articolo 1 e fissare, altresì, criteri per la ristrutturazione, ampliamento ed ammodernamento dei servizi sanitari in relazione al progresso tecnico-scientifico e all'indice demografico.

ART. 9.

(*Delega di funzioni amministrative in materia sanitaria alle Regioni*).

Ai sensi dell'articolo 118, secondo comma della Costituzione e salva la delega delle funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera disposta con decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4, viene, altresì, delegato alle Regioni a statuto ordinario, per il rispettivo territorio,

l'esercizio di funzioni amministrative dello Stato concernenti:

1) l'igiene del lavoro e gli aspetti sanitari della prevenzione degli infortuni sul lavoro;

2) il controllo sanitario sulla regolamentazione e funzionamento degli istituti e convivenze di carattere educativo ed assistenziale.

Si applicano il quarto e il quinto comma dell'articolo 13 del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4.

La Regione esercita le funzioni in materia di igiene e sanità pubblica spettanti ad altri enti pubblici.

Ogni Regione esplica le funzioni indicate nel presente articolo, e quelle di cui al decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4, affidandole alle unità sanitarie locali, salvo quanto disposto dal successivo articolo 22.

Le amministrazioni dello Stato possono avvalersi dei servizi regionali per l'espletamento delle funzioni di propria competenza.

ART. 10.

(Termine esercizio delega al Governo per il trasferimento di funzioni alle Regioni. Princìpi e criteri direttivi).

Il Governo della Repubblica è delegato ad emanare entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare simultaneamente per tutte le Regioni il trasferimento delle funzioni di uffici, enti ed istituti, compresi quelli a carattere nazionale o pluriregionale, operanti nei settori di attività di cui al precedente articolo 1, nonché delle attribuzioni degli organi dello Stato in ordine agli enti medesimi con l'osservanza dei seguenti princìpi e criteri direttivi:

a) tutte le attribuzioni di uffici e di enti pubblici, compresi quelli a carattere nazionale o pluriregionale, operanti nel settore di cui all'articolo 1, nonché le funzioni spettanti agli organi centrali e periferici dello Stato in ordine agli enti stessi saranno trasferite alle Regioni. Nelle stesse materie resta riservata allo Stato la funzione di indirizzo e di coordinamento delle attività delle Regioni che attengono ad esigenze di carattere unitario, anche con riferimento agli obiettivi del programma economico nazionale e agli impegni derivanti dagli obblighi internazionali. Tale funzione viene esercitata, al fuori dei casi in cui si provvede 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;

b) il trasferimento delle funzioni avverrà per settori organici di materie e dovrà evitarsi la duplicazione di uffici per gli stessi settori di attività;

c) dovranno essere attribuite unicamente al Ministero della sanità tutte le funzioni che residuano allo Stato nelle materie disciplinate dalla presente legge anche se svolte da altri Ministeri o uffici pubblici.

Le norme delegate saranno emanate con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri dell'interno, del tesoro, delle finanze, del bilancio e programmazione economica e del lavoro e previdenza sociale e con l'obbligo di sentire preventivamente le Regioni, le quali potranno comunicare le proprie osservazioni entro e non oltre 60 giorni dalla comunicazione dello schema delle norme proposte. Decorso tale termine, le norme verranno sottoposte unitamente alle eventuali osservazioni delle Regioni al parere della commissione parlamentare per le questioni regionali di cui all'articolo 52 della legge 10 febbraio 1953, n. 62.

ART. 11.

(*Delega al Governo per trasferimento del personale alle Regioni e criteri direttivi*).

Con i provvedimenti delegati di cui all'articolo precedente si provvederà a disciplinare il trasferimento ai ruoli delle Regioni:

a) del personale sanitario e del personale tecnico e amministrativo addetto ai servizi sanitari dipendenti dallo Stato, dagli enti mutualistici ed assistenziali;

b) dei medici condotti, dei veterinari condotti comunali, delle ostetriche condotte e del personale sanitario dei comuni addetti ai servizi di assistenza ai non abbienti, degli ufficiali sanitari, dei medici e dell'altro personale addetto ai servizi d'igiene dei comuni;

c) del personale medico, del personale sanitario non medico, dei tecnici non laureati, del personale amministrativo ed ausiliario dei laboratori d'igiene e profilassi, dei consorzi antitubercolari, dei presìdi sanitari dipendenti dalle amministrazioni provinciali, e di altri enti o organismi i cui compiti vengono trasferiti alle Regioni;

d) del personale dipendente dagli enti ospedalieri:

e) del personale appartenente agli uffici fiduciari degli enti mutualistici e dei farmacisti.

Le norme delegate di cui al precedente comma, devono ispirarsi ai seguenti criteri direttivi:

1) al personale trasferito dovranno, in ogni caso, essere riconosciute, armonizzandole con quelle del nuovo ordinamento, le posizioni giuridiche ed il trattamento economico acquisiti nell'amministrazione di provenienza, con divieto di esercizio della libera attività professionale;

2) ciascuna categoria di personale dovrà essere trasferita alle Regioni in unica soluzione entro il 1° gennaio 1973. Allo svolgimento delle funzioni che vengono passate alle Regioni prima che abbiano luogo i trasferimenti di cui al primo comma, si provvederà con personale comandato dello Stato, degli enti locali e degli enti mutualistici ed assistenziali;

3) determinazione del contingente del personale da trasferire alle Regioni dagli enti pubblici per i quali siano residuate competenze in materie non devolute alle Regioni, riducendosi contemporaneamente e corrispondentemente i ruoli organici delle amministrazioni interessate anche in vista del riordinamento degli enti stessi di cui al successivo articolo 12.

Nei casi in cui viene accertata la eccedenza di personale mutualistico rispetto alle effettive esigenze dei servizi quali risulteranno dall'applicazione della presente legge, saranno adottate, con il decreto o i decreti delegati previsti dall'articolo 10, le norme occorrenti per facilitare il passaggio del personale stesso presso altri enti di previdenza e assistenza sociale e per disciplinare l'eventuale esodo volontario.

È fatto divieto alle Regioni di assumere nuovo personale fino a quando il personale trasferito dallo Stato, dagli enti locali e dagli enti mutualistici non sia pienamente utilizzato.

ART. 12.

(*Delega per il trasferimento beni, riorganizzazione e soppressione di enti e attribuzione all'INPS dei compiti di riscossione dei contributi e di erogazione dell'indennità di malattia. Controllo delle Regioni su attività enti*).

Con i provvedimenti delegati di cui all'articolo 10, saranno disposti la soppressione degli istituti mutualistici ed assistenziali e degli altri enti pubblici le cui funzioni siano

state trasferite alle Regioni ed il riordinamento degli enti per i quali siano residuate competenze in materie non devolute alle Regioni, nonché la regolamentazione del trasferimento dei beni ed immobili appartenenti agli enti ed istituti medesimi, istituzionalmente destinati all'assistenza, sulla base dei seguenti criteri direttivi:

a) i beni mobili ed immobili di proprietà degli enti ed istituti mutualistici ed assistenziali e di altri enti pubblici, escluse le province e i comuni, esistenti in ciascuna Regione destinati all'assistenza sanitaria e ai servizi igienico-sanitari, all'assistenza psichiatrica e quelli destinati a servizio o a beneficio degli ospedali, sono trasferiti al patrimonio della regione, che li deve utilizzare a fini esclusivamente sanitari ed affidare in gestione alle unità sanitarie locali o ad altri presìdi della Regione. Saranno, altresì, disciplinati i rapporti giuridici attivi e passivi conseguenti a tali trasferimenti.

I proventi derivanti dall'eventuale alienazione dei beni di cui al precedente comma sono impiegati dalla Regione esclusivamente per fini inerenti al Servizio sanitario nazionale.

I beni mobili ed immobili di proprietà dei comuni e delle province, istituzionalmente destinati all'assistenza sanitaria e ai servizi igienico-sanitari, sono concessi in uso alle unità sanitarie e ai servizi ultra-comprensoriali di cui al successivo articolo 22 con le modalità stabilite con legge regionale;

b) la soppressione degli enti e il riordinamento di quelli per i quali risultano competenze residue, dovranno essere effettuati in modo da incentrare, ove non sia possibile il trasferimento delle competenze residue all'amministrazione dello Stato o di enti pubblici esistenti, in un unico ente gli uffici ed i servizi i cui compiti assistenziali non siano stati trasferiti alle Regioni, con esclusione di ogni facoltà di erogazione di prestazioni sanitarie dirette;

c) l'attuazione del criterio di cui alla precedente lettera *b*) non potrà costituire motivo di risoluzione del rapporto di impiego o di lavoro del personale in servizio presso gli enti stessi;

d) al personale degli enti per i quali siano residuate competenze in materie non devolute alle Regioni sarà riconosciuto il diritto di opzione per la permanenza presso l'ente di appartenenza ovvero presso altro ente operante nel settore, nei limiti quantitativi e qualitativi necessari per l'espletamento dei servizi relativi alle competenze stesse.

Fino a quando non sarà operante il decreto delegato di cui al primo comma del presente articolo, gli enti che svolgono in via esclusiva o prevalente attività comprese nei fini di cui al precedente articolo 1, continueranno a svolgerle per conto e sotto il controllo delle Regioni e secondo gli indirizzi di cui all'articolo 3.

Con lo stesso provvedimento delegato sarà regolato il trasferimento, fino alla completa assunzione a carico dello Stato degli oneri per l'assistenza sanitaria, all'INPS del compito di riscuotere i contributi dovuti agli enti mutualistici ed assistenziali per prestazioni sanitarie e saranno disciplinate le modalità di riscossione. Saranno, altresì, trasferite all'INPS le funzioni di erogare le indennità di malattia corrisposte dagli enti mutualistici, nonché il compito di effettuare tutte le prestazioni economiche di cui all'articolo 38 della Costituzione.

Sarà, infine, regolato il trasferimento all'INPS del personale dipendente dai soppressi enti mutualistici, necessario per l'espletamento del servizio della riscossione dei contributi per prestazioni sanitarie, nonché della erogazione delle indennità di malattia previste dalle leggi vigenti.

Le norme delegate di cui al precedente comma devono ispirarsi ai seguenti criteri direttivi:

a) il servizio di riscossione dei contributi e di erogazione delle indennità di malattia e delle prestazioni economiche deve essere organizzato in modo da garantirne l'efficienza, la funzionalità e l'economicità, nonché l'immediato e diretto versamento allo Stato delle somme riscosse;

b) ai dipendenti trasferiti devono essere riconosciute le posizioni giuridiche, armonizzandole con quelle del nuovo ordinamento ed il trattamento economico acquisiti;

c) le spese sostenute dall'INPS per lo espletamento del servizio di riscossione non dovranno gravare sull'istituto stesso;

d) dovranno essere osservate le convenzioni internazionali relative all'assistenza sanitaria e ospedaliera ai marittimi e alla gente dell'aria.

ART. 13.

(*Istituzione dell'unità sanitaria locale*).

È istituita l'unità sanitaria locale, come struttura operativa periferica del servizio sanitario nazionale, idonea per realizzare le finalità di cui all'articolo 1 della presente legge, con la partecipazione attiva della popolazione

presente nell'ambito di un comprensorio territoriale omogeneo sotto il profilo geomorfologico, demografico e socio-economico, comprensorio che può corrispondere a parte di un comune o ad uno o più comuni.

A tal fine ciascuna Regione provvede, con propria legge, sentiti i comuni, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, alla delimitazione del territorio in comprensori corrispondenti a gruppi di popolazione compresa tra i 25.000 ed i 75.000 abitanti, in rapporto alle caratteristiche geomorfologiche, nosologiche, e socio-economiche di cui al precedente comma, salvo limiti più bassi, comunque non inferiori ai 10.000 abitanti, nelle zone con popolazione sparsa, e limiti più elevati nei centri urbani ad elevata densità demografica.

Entro il termine indicato nel precedente comma e con le stesse modalità, la Regione provvede, altresì, ad attribuire i servizi sanitari siti nel comprensorio all'unità sanitaria locale.

ART. 14.

(Compiti dell'unità sanitaria locale).

All'unità sanitaria locale spettano:

1) l'igiene e la prevenzione delle condizioni ambientali, con particolare riguardo all'abitazione, a tutti i luoghi di vita e di lavoro, all'approvvigionamento idrico, alla protezione del suolo, dell'acqua e dell'aria dagli inquinamenti;

2) l'igiene e la prevenzione alimentare, con particolare riguardo alla vigilanza sugli alimenti e sui sistemi di manipolazione, conservazione e commercio degli alimenti, ed alla vigilanza contro le alterazioni, adulterazioni e sofisticazioni degli alimenti;

3) la profilassi delle malattie infettive;

4) la medicina preventiva individuale e collettiva, fisica e psichica in ogni fase della vita ed in ogni tipo di attività, con particolare riguardo alla tutela sanitaria della madre, del bambino, dello studente, del lavoratore, dell'anziano, del minorato;

5) la medicina curativa di ogni caso di malattia e di infortunio con ogni tipo di assistenza: generale, specialistica, ospedaliera, farmaceutica e di pronto soccorso mobile o fisso;

6) la medicina riabilitativa di ogni infermità ed inabilità;

7) la valutazione medico-legale in tutti i casi previsti dalle leggi vigenti;

8) la formulazione di proposte per la predisposizione da parte della Regione di piani sanitari regionali;

9) la promozione di attività, di studi e ricerche, collegate con quelle svolte da altre unità sanitarie della Regione nel quadro della programmazione sanitaria regionale;

10) la gestione delle strutture sanitarie comprese nei territori di pertinenza dell'unità sanitaria locale, salvo quanto disposto dal successivo articolo 22;

11) la distribuzione diretta dei farmaci, osservando criteri di economicità;

12) l'elaborazione di dati sanitari concernenti la popolazione presente nel comprensorio.

ART. 15.

(*Caratteristiche strutturali*).

Ogni unità sanitaria locale deve possedere le seguenti caratteristiche strutturali:

la direzione sanitaria collegiale, per l'indirizzo, il coordinamento e il controllo di tutta l'attività sanitaria comprensoriale, per il suo collegamento con quella dei servizi ultracomprensoriali, per le valutazioni medico-legali; la direzione amministrativa per gli affari amministrativi e contabili;

l'ospedale zonale, sito nel comprensorio;

il poliambulatorio per la medicina preventiva, diagnostica e curativa di *équipe*, per l'assistenza sanitaria che non richiede ricovero ospedaliero, per l'igiene e prevenzione ambientale e alimentare, per la profilassi;

i gruppi di assistenza sanitaria distrettuale, per la capillarizzazione degli interventi di medicina preventiva, curativa e riabilitativa, di profilassi, di igiene ambientale, presso le singole persone e i loro ambienti di vita e di lavoro;

la farmacia o le farmacie comprensoriali per la distribuzione dei medicinali agli assistiti;

il servizio di deposito dei farmaci.

Ogni unità sanitaria locale deve essere ripartita in distretti per garantire la continuità della presenza sanitaria nella medicina preventiva e curativa di primo intervento e per assicurare la partecipazione attiva della popolazione alla vita della unità sanitaria locale nei modi previsti dalla legge regionale.

Ciascun distretto corrisponderà ad una popolazione compresa normalmente tra 4.000 e 5.000 abitanti e potrà avere come base operativa l'agglomerato urbano con le strutture che vi sono inserite, ovvero l'ambiente di lavoro, l'azienda o ambedue.

ART. 16.

(Passaggio alle unità sanitarie locali degli ospedali di zona).

Con propria legge, la Regione entro 6 mesi dall'entrata in vigore della presente legge, trasferisce la gestione degli ospedali di zona all'unità sanitaria locale nel cui comprensorio è ubicato l'ospedale.

Con lo stesso provvedimento è dichiarata l'estinzione della personalità giuridica dell'ente ospedaliero, ove da questo dipendano solo ospedali di zona.

L'ospedale di zona può servire una o più unità sanitarie locali, in base ai piani sanitari approvati dalla Regione.

Qualora l'ospedale di zona venga destinato al servizio di più unità sanitarie locali, il consiglio di gestione della unità sanitaria locale dalla quale dipenderà l'ospedale sarà integrato, in base a disposizioni da emanarsi da parte della Regione per la trattazione degli affari relativi all'ospedale stesso, con rappresentanti di ciascuna delle unità sanitarie locali. Il numero dei rappresentanti dovrà essere proporzionale alla popolazione servita da ciascuna unità sanitaria locale.

Continuano ad applicarsi a tali ospedali le norme sul consiglio di sanitari, sui requisiti e sulla classificazione degli ospedali, sull'ordinamento dei servizi e del personale, ad eccezione di quelle che presuppongono la natura di ente ospedaliero, sul tirocinio obbligatorio dei laureati in medicina e chirurgia, previste dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132, e dai relativi decreti delegati emessi ai sensi dell'articolo 40 e seguenti della legge medesima.

ART. 17.

(Ordinamento, amministrazione, contabilità e coordinamento delle unità sanitarie locali).

Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, con legge regionale saranno disciplinati:

a) l'ordinamento delle unità sanitarie locali in modo da assicurare che queste costituiscano organi dei comuni o dei consorzi di comuni, escludendo forme di unificazione e coordinamento effettuate mediante la costituzione di un ente sanitario regionale o di una azienda sanitaria regionale o di altra analoga forma ed istituendo per ciascuno dei compren-

sori delimitati secondo i criteri di cui al precedente articolo 13 una unità sanitaria locale;

b) l'amministrazione delle unità sanitarie locali in modo da assicurare che la gestione sia affidata ad appositi consigli di gestione che durano in carica cinque anni e che sono eletti dal consiglio del comune nel cui territorio è compresa l'unità sanitaria locale ovvero dai consigli dei comuni che sono compresi nel territorio dell'unità sanitaria locale in misura proporzionale agli abitanti di ciascun comune e garantendo le rappresentanze delle minoranze;

c) la ripartizione dei servizi in conformità dei principi contenuti nel successivo articolo 18;

d) il regime delle contabilità, sulla base dei principi stabiliti nel regolamento di cui all'articolo 19;

e) il coordinamento delle scritture contabili dell'unità sanitaria locale con quelle degli altri servizi sanitari nonché delle attività con altri servizi di carattere sociale al fine di assicurare un complesso integrato di servizi sanitari e socio-assistenziali;

f) il funzionamento dei consigli di gestione dell'unità sanitaria locale;

g) i servizi sanitari svolti dalle unità sanitarie locali, ispirandosi al principio della realizzazione del lavoro di gruppo al fine di assicurare una maggiore efficienza dei servizi attraverso l'utilizzazione congiunta di competenze complementari;

h) l'organizzazione dei servizi sanitari in modo da garantire la piena utilizzazione degli impianti sanitari;

i) i servizi sanitari della Regione assicurando ad essi strutture idonee alla preparazione ed all'aggiornamento del personale sanitario non laureato, nonché al costante aggiornamento del personale laureato.

ART. 18.

(*Princìpi direttivi per la disciplina dei servizi dell'unità sanitaria locale*).

La legge regionale dovrà prevedere per l'unità sanitaria locale i seguenti servizi:

a) servizi sanitari, diretti collegialmente dai responsabili dei servizi stessi e coordinati da un sanitario eletto per un periodo di tempo determinato. All'elezione partecipa anche un rappresentante del personale;

b) servizi amministrativi;

c) servizi tecnici e speciali;

I servizi sanitari dovranno comprendere almeno:

1) servizi di organizzazione sanitaria, igiene e prevenzione dell'ambiente, di statistica sanitaria, di medicina legale, di educazione sanitaria;

2) servizi di medicina preventiva, curativa e riabilitativa ospedaliera, ambulatoriale, e specialistica;

3) servizi di medicina preventiva, curativa, riabilitativa di base, e domiciliare;

4) servizi veterinari;

5) servizi farmaceutici;

6) servizi sociali ed infermieristici.

ART. 19.

(*Regolamento per la contabilità dell'unità sanitaria locale*).

Con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro per il tesoro, sarà provveduto entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge ad emanare disposizioni regolamentari per coordinare la contabilità delle unità sanitarie locali e degli altri servizi sanitari delle regioni, al fine di assicurare l'uniformità della classificazione delle entrate e delle spese, in modo da consentire l'aggregazione in sede nazionale dei relativi dati, la distinzione tra spese correnti e spese in conto capitale, la possibilità di impiego di mezzi automatizzati di registrazione, elaborazione e comunicazione dei dati.

ART. 20.

(*Controlli sulle unità sanitarie locali*).

Con legge regionale saranno emanate le norme relative ai controlli sugli organi e sugli atti delle unità sanitarie locali.

Il consiglio di gestione delle unità sanitarie locali può essere sciolto in caso di impossibilità di funzionamento per dimissioni della maggioranza dei componenti o quando violi, persistentemente, nonostante diffida, norme di legge o di regolamento.

Il controllo sugli atti delle unità sanitarie locali determinati dalla legge regionale è esercitato dagli organi regionali di controllo delle province, dei comuni e degli altri enti locali.

Il Presidente della giunta regionale presenta annualmente al Consiglio regionale apposita relazione sullo stato di efficienza e di economicità delle gestioni delle unità sanitarie locali e degli altri servizi sanitari con allegata la situazione degli impegni assunti

sul fondo assegnato alla Regione, ai sensi dell'articolo 7 della presente legge. La relazione viene trasmessa ai Ministeri della sanità e del tesoro per il tramite del Commissario di Governo.

ART. 21.

(*Comitati consultivi*).

Con legge regionale sono costituiti comitati consultivi, a livello delle unità sanitarie locali ed a livello regionale, assicurando la partecipazione dei rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative presenti nel territorio della regione e dell'unità sanitaria locale.

Tali comitati devono essere sentiti ai fini della determinazione degli indirizzi in materia sanitaria a livello locale e regionale. Hanno altresì compiti di impulso e di iniziativa.

La Regione, può, inoltre, prevedere con legge altre forme di partecipazione dei cittadini ai fini della migliore tutela della salute pubblica.

Le cariche sono gratuite.

ART. 22.

(*Istituzione di servizi sanitari ultracomprensoriali*).

Sono istituiti i servizi sanitari ultracomprensoriali qualora le prestazioni e i servizi di cui ai precedenti articoli 13 e seguenti, per la loro efficienza operativa, per le loro caratteristiche tecniche e specialistiche, debbano corrispondere ad un territorio e ad un gruppo di popolazione più ampio del comprensorio dell'unità sanitaria locale, anche se meno omogeneo. Debbono, in ogni caso, far parte dei servizi ultracomprensoriali gli ospedali generali provinciali e regionali, gli ospedali psichiatrici, i laboratori provinciali di igiene e profilassi, i centri provinciali di igiene mentale, i consorzi provinciali antitubercolari.

Ciascuna regione, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sentiti i comuni, provvede con proprie leggi a disciplinare e ad assumere la gestione dei servizi ultracomprensoriali.

Con lo stesso provvedimento è dichiarata l'estinzione della personalità giuridica dell'ente ospedaliero, da cui dipendono ospedali provinciali e regionali, e dell'istituzione di assistenza e beneficenza da cui dipende uno o più ospedali psichiatrici.

Si applica l'ultimo comma del precedente articolo 16.

ART. 23.

(*Personale dei servizi sanitari*).

Ciascuna regione, con propria legge, entro sei mesi dalla entrata in vigore della presente legge, stabilisce i ruoli organici del personale del servizio sanitario nell'ambito della regione e la loro distribuzione nelle varie articolazioni del servizio.

Con i decreti delegati di cui all'articolo 10 viene regolata la assunzione del personale, l'istituzione dei ruoli organici e la disciplina delle carriere, sulla base dei seguenti criteri direttivi:

a) l'assunzione del personale di ruolo deve avere luogo esclusivamente a tempo pieno attraverso pubblici concorsi per titoli e per esami;

b) lo stato giuridico deve prevedere la determinazione degli obblighi di servizio, la incompatibilità con l'assunzione di rapporti d'impiego presso altri enti pubblici e privati e case di cura private e con l'esercizio della libera professione;

c) il rapporto di lavoro per quanto concerne il trattamento e gli istituti normativi di carattere economico è stabilito sulla base di accordi nazionali tra i Ministeri della sanità, del lavoro e previdenza sociale e del tesoro, le regioni e le organizzazioni nazionali sindacali più rappresentative;

d) deve essere ammessa la possibilità di passaggio anche a domanda per il personale dal ruolo regionale di appartenenza a ruoli corrispondenti di altre regioni, con valutazione per intero del servizio prestato ai fini del trattamento economico e di quiescenza;

e) devono essere previsti particolari incentivi economici per i medici residenti in sedi disagiate.

ART. 24.

(*Criteri di ripartizione dei fondi sanitari regionali*).

Le somme assegnate alle Regioni sul fondo sanitario nazionale per l'assistenza sanitaria e per i servizi igienico-sanitari sono iscritte in appositi capitoli del bilancio della Regione, rispettivamente per le spese correnti e per quelle in conto capitale.

La Regione provvede alla ripartizione di tali fondi per la parte corrente in base a criteri da essa prefissati, che prevedono livelli

uniformi di prestazioni sanitarie a tutti i cittadini e lo svolgimento delle funzioni attribuite alle unità sanitarie locali e agli altri presìdi sanitari e per la parte in conto capitale in base ad obiettivi fissati nel piano sanitario regionale.

Ciascuna unità sanitaria locale ha autonomia amministrativa e di spesa nei limiti delle norme e degli stanziamenti stabiliti dalla Regione, che dovrà assicurare l'efficienza gestionale ed operativa.

ART. 25.

(*Disciplina delle convenzioni*).

Le Regioni, allo scopo di favorire la libera scelta del sanitario, del luogo di cura da parte del cittadino e di promuovere la migliore distribuzione territoriale degli operatori sanitari, in particolar modo nel distretto sanitario, sono autorizzate a stipulare convenzioni con medici, farmacisti, veterinari e case di cura.

Tali convenzioni devono uniformarsi, per la parte normativa ed economica, ad accordi nazionali tra i Ministeri della sanità, del lavoro e previdenza sociale, del tesoro, le Regioni, le Federazioni nazionali degli ordini professionali e le organizzazioni sindacali nazionali più rappresentative, secondo i princìpi fissati dall'articolo 26.

ART. 26.

(*Princìpi direttivi per la stipula delle convenzioni*).

Le convenzioni di cui al precedente articolo, devono uniformarsi ai seguenti princìpi:

1) incompatibilità dell'assunzione e del mantenimento di rapporto di impiego o di lavoro subordinato, presso enti pubblici, privati, case di cura private e ditte produttrici di medicinali. Sono del pari incompatibili qualsiasi forma di cointeressenza o qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private o imprese produttrici di medicinali;

2) ammissibilità per ciascun medico, farmacista o veterinario di un solo rapporto di impiego o di convenzione con l'unità sanitaria locale o con altri presìdi sanitari pubblici;

3) previsione di un trattamento economico differenziato a seconda della qualità e quantità del lavoro prestato a favore del servizio. La convenzione può anche prevedere un rapporto a tempo pieno con la previsione delle stesse incompatibilità stabilite per i sanitari di ruolo a tempo pieno;

4) determinazione del numero massimo degli assistiti che possono essere assegnati a ciascun medico, in modo da consentire al medico stesso una disponibilità di tempo di lavoro per la erogazione delle prestazioni e una adeguata assistenza;

5) divieto per i sanitari di esercitare la libera professione nei confronti degli assistiti dall'unità sanitaria locale presso la quale svolgono l'attività che forma oggetto di convenzione;

6) il possesso da parte delle case di cura private dei requisiti previsti dagli articoli 51 e seguenti della legge 12 febbraio 1968, n. 132, debitamente accertati dai competenti organi regionali. In ogni caso, la Regione può stipulare la convenzione solamente ove gli istituti di ricovero e cura pubblici non dispongano di posti letto in numero adeguato alle necessità assistenziali della popolazione;

7) le convenzioni con case di cura private non possono avere durata superiore a due anni; in esse deve essere contenuta la clausola di risoluzione espressa, ove vengano a cessare le condizioni che hanno imposto la stipula delle convenzioni;

8) la Regione deve dare notizia al Ministero della sanità e provvedere alla pubblicazione, sul bollettino degli atti ufficiali della Regione, dei progetti di convenzione con case di cura private che intende stipulare.

Il Ministro della sanità e qualunque cittadino, residente nel territorio della Regione, può chiedere il riesame della deliberazione di approvazione del progetto di convenzione, di cui al precedente comma.

Le deliberazioni regionali di stipula delle convenzioni con le case di cura private sono sottoposte al controllo anche di merito ai sensi degli articoli 46 e 47 della legge 10 febbraio 1953, n. 62, da parte della commissione di controllo di cui all'articolo 41 della stessa legge.

TITOLO II

TEMPI E MODI D'ATTUAZIONE DELL'ESTENSIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA.

ART. 27.

(Estensione assistenza a titolari di pensione sociale, ai disoccupati. Altri benefici).

A partire dal 1° gennaio 1973 i titolari della pensione sociale di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, i disoccupati, ai

sensi dell'articolo 10 della legge 29 aprile 1949, n. 264, e le vedove di guerra e i non abbienti a carico degli enti comunali di assistenza, nonché i familiari appartenenti alle predette categorie hanno diritto, secondo le norme in vigore per i lavoratori dell'industria, all'erogazione dell'assistenza medico-generica, specialistica, farmaceutica sempre che l'assistenza medesima non spetti per altro titolo.

Ai fini dell'individuazione dei familiari di cui al precedente comma si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1, ultimo comma, della legge 4 agosto 1955, n. 692.

A partire dal 1° gennaio 1973, cessano di aver vigore le norme che limitano le prestazioni sanitarie nel tempo a favore degli assistiti in base alle vigenti disposizioni.

Alla spesa relativa alle finalità di cui al primo e al terzo comma del presente articolo, valutata per l'anno finanziario 1973, rispettivamente, in lire 75 miliardi e in lire 45 miliardi, si provvede con corrispondenti apporti al fondo sanitario nazionale.

ART. 28.

(*Assistenza ospedaliera gratuita ai non abbienti*).

A decorrere dal 1° gennaio 1973, l'assistenza ospedaliera, compresa quella psichiatrica, è prestata gratuitamente alle categorie indicate al primo comma dell'articolo 27 e alle stesse condizioni in esso previste.

Alla spesa relativa alle finalità di cui al presente articolo, valutata per l'anno finanziario 1973 in lire 20 miliardi, si provvede con un corrispondente apporto dello Stato al fondo sanitario nazionale.

ART. 29.

(*Assistenza farmaceutica ai lavoratori autonomi*).

A partire dal 1° luglio 1974 l'assistenza farmaceutica sarà estesa, secondo le norme in vigore per i lavoratori dell'industria assicurati all'INAM, nei confronti delle categorie di lavoratori autonomi, e fino a quando non verranno fissati nuovi livelli con le norme di cui al precedente articolo 6.

Alla spesa relativa alle finalità di cui al presente articolo, valutata per l'anno finanziario 1974 in lire 70 miliardi, si provvede con un corrispondente apporto dello Stato al fondo sanitario nazionale.

ART. 30.

(*Servizi di medicina ed igiene del lavoro*).

Fino a quando non entreranno in funzione le unità sanitarie locali di cui agli articoli 13 e seguenti, le Regioni possono istituire servizi di medicina ed igiene del lavoro, al fine di tutelare la integrità psico-fisica dei lavoratori ed effettuare i controlli igienico-sanitari nelle aziende e negli ambienti di lavoro. Tali servizi devono essere soppressi non appena saranno costituite le unità sanitarie locali.

Alla spesa relativa alle finalità di cui al presente articolo, a partire dall'anno finanziario 1973, si provvede con un apporto dello Stato di lire 30 miliardi al fondo sanitario nazionale.

TITOLO III

RISORSE FINANZIARIE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.

ART. 31.

(*Fondo sanitario nazionale*).

Al finanziamento della spesa occorrente per i servizi e per le prestazioni di competenza del servizio sanitario nazionale si provvede a carico del fondo sanitario nazionale, che è costituito, sino alla completa assunzione degli oneri a carico del bilancio dello Stato, dai seguenti cespiti:

a) i contributi a carico dei lavoratori e dei datori di lavoro attualmente versati agli istituti mutualistici e assicurativi e con le somme destinate da tali enti e da altri enti pubblici, in via diretta o strumentale, a prestazioni relative ad attività e servizi che vengono trasferiti, per effetto della presente legge, al servizio sanitario;

b) il contributo a carico dei comuni e delle province calcolato in rapporto alla popolazione presente, quale risulta dai dati ufficiali dell'Istituto centrale di statistica, relativi all'anno 1971;

c) la devoluzione dei contributi, anche a carattere volontario, comunque stabiliti da associazioni ed istituzioni pubbliche per l'assistenza di malattia a carico dei propri iscritti;

d) le disponibilità finanziarie iscritte ai capitoli nn. 1139 e 1140 dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità;

e) le somme comunque destinate all'assistenza sanitaria e alle finalità di cui all'articolo 1 della presente legge, iscritta nei singoli stati di previsione della spesa dei ministeri;

f) gli apporti dello Stato, previsti agli articoli 27, 28, 29 e 30 della presente legge;

g) i contributi che lo Stato deve devolvere e le spese che esso deve, comunque, sostenere per la tutela della salute individuale e collettiva;

h) un contributo integrativo dello Stato da determinare, annualmente, con la legge di approvazione del bilancio di previsione, nel quadro delle risorse finanziarie assegnate al settore sanitario dal programma economico nazionale.

ART. 32.

(*Delega al Governo per la determinazione di un contributo a carico dei lavoratori autonomi*).

Il Governo della Repubblica, sentita una Commissione parlamentare di dieci senatori e di dieci deputati, nominati rispettivamente dal Presidente del Senato e dal Presidente della Camera dei deputati, è autorizzato ad emanare entro un anno dalla entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del lavoro e previdenza sociale e del tesoro, decreti aventi valore di legge ordinaria per definire l'ammontare dei contributi che le categorie dei lavoratori autonomi sono tenute a versare al fondo sanitario nazionale, con l'osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi:

1) l'ammontare dei contributi dovrà essere basato sul gettito contributivo relativo all'anno finanziario 1971, maggiorato in relazione all'aumento annuo del reddito nazionale lordo, nonché in rapporto alla maggiorazione di costo dovuta alla erogazione dell'assistenza sanitaria;

2) la misura dei contributi dovrà essere differenziata in base ai redditi individuali dei singoli appartenenti alle categorie;

3) l'esazione dei contributi sarà effettuata dall'INPS, fino alla completa assunzione a carico dello Stato degli oneri per l'assistenza sanitaria.

ART. 33.

(*Determinazione degli apporti dovuti dagli Enti*).

Con decreti del Ministro della sanità, di concerto con quello del tesoro e con gli altri Ministeri interessati, si provvede alla determinazione:

a) del contributo a carico dei comuni e delle province, di cui al punto *b*) dell'artico-

lo 31 che sarà stabilito mediante ripartizione proporzionale tra tutti i comuni e le province, in base al numero degli abitanti, della spesa complessiva sostenuta dai comuni o dalle province stesse nell'anno 1971 per l'assistenza sanitaria rispettivamente ai non abbienti e alle persone affette da disturbi psichici e per l'espletamento dei servizi d'igiene mentale;

b) delle somme o contributi che gli istituti mutualistici ed assicurativi, le amministrazioni ed istituti pubblici sono tenuti a versare ai sensi dei punti *a*) e *c*) dell'articolo 31 in relazione alle attività trasferite, tenendo conto anche degli incrementi annuali delle entrate contributive realizzate.

TITOLO IV

GENERALIZZAZIONE ASSISTENZA SANITARIA E FISCALIZZAZIONE ONERI

ART. 34.

(Estensione dell'assistenza sanitaria gratuita a tutti i cittadini).

Dal 1° gennaio 1976 tutti i cittadini hanno diritto alla erogazione gratuita dell'assistenza sanitaria ospedaliera, generica, specialistica, farmaceutica e riabilitativa in condizioni di uniformità ed eguaglianza, a cura dell'unità sanitaria locale e degli altri presidi sanitari.

A decorrere dalla data indicata nel precedente comma, con legge dello Stato, saranno soppressi gradualmente, e comunque entro 5 anni, tutti i cespiti, esclusi quelli iscritti nel bilancio dello Stato, di cui all'articolo 31 che concorrono a formare il fondo sanitario nazionale.

TITOLO V

NORME FINALI E TRANSITORIE.

ART. 35.

(Regolamento sul funzionamento del comitato sanitario nazionale).

Con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro, da emanare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, saranno fissate le modalità di funzionamento del Comitato sanitario nazionale ed i compensi spettanti ai

suoi componenti. Fino a quando non sarà operante tale regolamento, si applicheranno le norme vigenti sul funzionamento del Consiglio superiore di sanità.

ART. 36.

(*Servizi sanitari sostitutivi*).

Ove nel termine previsto dal precedente articolo 13 la Regione non abbia disposto la costituzione in tutto il territorio regionale delle unità sanitarie locali o comunque l'istituzione di propri servizi transitoriamente rivolti ad assicurare nel proprio territorio l'erogazione dell'assistenza sanitaria di competenza istituzionale delle unità sanitarie locali, a tali compiti provvederanno appositi servizi istituiti dal Ministero della sanità, utilizzando le strutture esistenti. Tali servizi devono essere soppressi non appena saranno costituite le unità sanitarie locali.

ART. 37.

(*Ripartizione del fondo tra le Regioni*).

La ripartizione tra le Regioni degli stanziamenti del fondo sanitario nazionale fino a quando non saranno emanate le leggi di cui al precedente articolo 6 avviene:

a) per le spese correnti in ragione di sei decimi in proporzione diretta alla popolazione presente in ciascuna regione, quale risulta dai dati ufficiali dell'Istituto centrale di statistica relativi al penultimo anno antecedente quello della ripartizione o, in mancanza, dai dati disponibili dell'anno più recente e per quattro decimi in base ai parametri determinati con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del bilancio e della programmazione economica e del tesoro, sentita la commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281, che tengano conto dello stato nosologico, epidemiologico delle diverse regioni, dei presidi sanitari e delle attrezzature sanitarie esistenti, dell'indice dell'occupazione in relazione alle attività commerciali, industriali ed agricole ed, inoltre, degli indici di normale spedalizzazione, della durata normale della degenza ospedaliera, dell'indice delle prestazioni mediche, generiche, specialistiche, del consumo farmaceutico individuale.

Dovrà tenersi conto, altresì, delle prestazioni preventive, riabilitative nonché degli

oneri relativi alle attività dei servizi igienico-sanitari.

b) per le spese in conto capitale, in relazione alle indicazioni di un piano delle strutture sanitarie, elaborato dal Comitato sanitario nazionale, sentita la commissione interregionale di cui alla precedente lettera *a*) e sulla base delle esigenze segnalate da ciascuna Regione.

ART. 38.

(*Modalità di versamento delle quote del fondo*).

Fino a quando non verrà emanato il decreto delegato di cui all'articolo 12 gli istituti mutualistici ed assicurativi e gli altri enti pubblici versano le quote da essi dovute alla tesoreria dello Stato secondo le norme emanate dal Ministero del tesoro.

I comuni e le province provvedono ai versamenti delle somme dovute alla tesoreria dello Stato per il tramite del Ministero delle finanze.

In caso di omesso o ritardato pagamento potrà essere esperimentato il procedimento stabilito dal testo unico approvato con regio decreto 14 aprile 1910, n. 639.

ART. 39.

(*Subingresso nelle convenzioni*).

Le convenzioni in vigore al 1° gennaio 1973 tra istituti ed enti mutualistici ed assicurativi ed altri enti pubblici con medici non dipendenti e con case di cura private decadono al termine di sei mesi, ove non sia stata in esse prevista una data di scadenza anteriore, subentrando le Regioni agli istituti ed enti suindicati secondo norme dettate dalla Regione stessa.

ART. 40.

(*Disciplina rapporti tra le Università e il Servizio sanitario nazionale*).

Il Governo della Repubblica, sentita una Commissione parlamentare di dieci senatori e di dieci deputati, nominati rispettivamente dal Presidente del Senato e dal Presidente della Camera dei deputati, è delegato ad emanare entro un anno dalla entrata in vigore della presente legge su proposta del Ministro

519

della sanità, di concerto con i Ministri della pubblica istruzione e del tesoro, un decreto avente forza di legge formale per disciplinare i rapporti intercorrenti tra le Università ed il Servizio sanitario nazionale, attenendosi ai seguenti princìpi:

a) le strutture assistenziali appartenenti alle Università devono essere sottoposte alla potestà di programmazione sanitaria attribuita allo Stato e alle Regioni, in modo da realizzare un attivo coordinamento tra i presidi che costituiscono il servizio sanitario nazionale;

b) gli ospedali e gli altri presidi sanitari, gestiti o posti sotto il controllo delle Regioni, devono poter essere utilizzati dalle Università ai fini didattici nella misura necessaria alla preparazione degli operatori sanitari.

ART. 41.

(*Soppressione organi consultivi*).

È soppresso il Consiglio superiore di sanità. Le attribuzioni non consultive già spettanti a tale consiglio e non trasferite al Comitato nazionale sanitario sono devolute al Ministero della sanità.

È soppresso il Comitato nazionale ospedaliero. Le attribuzioni ad esso spettanti, a norma della legge 12 febbraio 1968, n. 132, sono trasferite al Comitato sanitario nazionale.

ART. 42.

(*Delega per disciplina dell'informazione scientifica sui farmaci*).

Il Governo della Repubblica è autorizzato ad emanare entro un anno dalla entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro dell'industria, commercio ed artigianato, con il Ministro del lavoro e della previdenza sociale e con il Ministro del tesoro, uno o più decreti aventi forza di legge per disciplinare la propaganda farmaceutica ed assegnare all'informazione farmaceutica le finalità che verranno specificate nel decreto delegato da emanarsi con l'osservanza dei criteri direttivi di cui al successivo comma.

Il decreto dovrà ispirarsi al principio che la informazione farmaceutica e l'aggiornamento sui farmaci dovranno limitarsi esclusivamente all'illustrazione delle proprietà diagnostiche, farmacologiche e terapeutiche dei prodotti medicinali.

ART. 43.

(*Programma di intervento pubblico nella produzione e nella distribuzione dei farmaci*).

Il Ministro per il bilancio e la programmazione economica, di intesa con il Ministro della sanità, con il Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato e con il Ministro per la ricerca scientifica presenterà al Comitato interministeriale per la programmazione economica entro sei mesi dalla entrata in vigore della presente legge, un prospetto di ristrutturazione della produzione e della distribuzione dei farmaci. Tale programma dovrà:

a) contenere una valutazione della situazione e della struttura del settore produttivo, delle prospettive di sviluppo e dei relativi strumenti;

b) individuare gli indirizzi della ricerca farmacologica in relazione agli obiettivi di politica della salute da perseguirsi attraverso il Servizio sanitario nazionale;

c) prospettare gli indirizzi, l'attività e le dimensioni operative di un'azienda pubblica di produzione, che dovrà essere costituita nell'ambito di uno degli esistenti enti a partecipazione statale, ove il piano programmatico ritenga necessaria l'istituzione di tale azienda;

d) contenere una valutazione della situazione e della struttura del settore distributivo ed in tale quadro prospettare la facoltà di approvvigionamento diretto dei farmaci da parte delle Regioni presso i produttori.

ART. 44.

(*Finanziamento della spesa*).

Agli oneri finanziari derivanti dall'applicazione degli articoli 27, 28, 29, 30 della presente legge si farà fronte mediante riduzione di una somma, di importo pari a quella prevista negli articoli stessi, del capitolo 5381 iscritto nella parte corrente dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per i provvedimenti legislativi in corso per i relativi esercizi.

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