SENATO DELLA REPUBBLICA

VII LEGISLATURA

(N. 1291-A)

RELAZIONE DELLA 12ª COMMISSIONE PERMANENTE

(IGIENE E SANITÀ)

(RELATORI CRAVERO e MERZARIO)

SUL

DISEGNO DI LEGGE

approvato dalla Camera dei deputati nella seduta del 22 giugno 1978 (V. *Stampati nn.* **1252, 971, 1105, 1145** *e* **1271**) *risultante dall'unificazione*

DEL

DISEGNO DI LEGGE (n. 1252)

presentato dal Ministro della Sanità

di concerto col Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale

col Ministro dell'Interno

col Ministro di Grazia e Giustizia

col Ministro del Tesoro

col Ministro del Bilancio e della Programmazione Economica

col Ministro della Pubblica Istruzione

e col Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato

TIPOGRAFIA DEL SENATO (4000) — 2-3-4

E DEI

DISEGNI DI LEGGE

d'iniziativa dei deputati TRIVA, ABBIATI Dolores, ARNONE, BERLINGUER Giovanni, BISIGNANI, BRUSCA, CARLONI ANDREUCCI Maria Teresa, CASAPIERI QUAGLIOTTI Carmen, CHIOVINI Cecilia, GIOVAGNOLI Angela, MARRAFFINI, MILANI Armelino, MILANO DE PAOLI Vanda, PALOPOLI, SANDOMENICO, TESSARI Giangiacomo (971); GORLA, CASTELLINA Luciana, CORVISIERI, MAGRI, MILANI Eliseo, PINTO (1105); TIRABOSCHI, BALZAMO, ACHILLI, DI VAGNO, COLUCCI, FELISETTI, FERRI, GIOVANARDI, MAGNANI NOYA Maria, NOVELLINI, SALADINO, SALVATORE, FERRARI Marte, CRESCO, FRASCA (1145); ZANONE, BOZZI, COSTA, MALAGODI, MAZZARINO (1271)

Trasmesso dal Presidente della Camera dei deputati alla Presidenza il 7 luglio 1978

Istituzione del Servizio sanitario nazionale

Comunicata alla Presidenza il 6 dicembre 1978

ONOREVOLI SENATORI. — L'approvazione del disegno di legge sulla riforma sanitaria rappresenta indubbiamente la sintesi di uno sforzo al quale tutte le componenti politiche e sociali democratiche hanno concorso recando indicazioni, suscitando problematiche, dibattendo tesi e soluzioni, e costituisce altresì l'adempimento di uno degli impegni più qualificanti che il Governo ed i partiti della maggioranza hanno assunto di fronte al Paese.

Sotto il primo aspetto, che potremmo definire di successione logica, l'approvazione del disegno di legge in esame non appare ulteriormente procrastinabile: è già in atto un processo di ristrutturazione e di riorganizzazione di molti settori dell'assetto sanitario del Paese che varie disposizioni di legge hanno innescato con espresse finalità anticipatrici della riforma e le cui modalità sono riferite alla imminenza della stessa.

Altri ritardi costituirebbero quindi motivo di ulteriore aggravamento della già precaria situazione dei nostri servizi sanitari. Appare evidente infatti che ciascuna di queste leggi ha attivato un meccanismo di trasformazione di molte fra le strutture e le attività che fanno parte della sanità pubblica. Ciò postula l'esigenza di un completamento del processo generale, non essendo ipotizzabile un periodo di stasi prolungata, che lascerebbe in sospeso le trasformazioni in atto, e tanto meno un ritorno alle posizioni di partenza. Basti pensare, tra i provvedimenti più rilevanti, alla legge n. 386 del 1974 concernente il ripianamento dei *deficit* degli enti mutualistici, il passaggio alle Regioni della gestione dell'assistenza ospedaliera e l'avvio delle procedure di estinzione degli enti mutualistici attraverso il commissariamento degli stessi.

Come si ricorderà, con l'entrata in vigore della legge n. 386 — che costituisce un momento significativo nel processo di riforma sanitaria, laddove si riconosceva alle Regioni, in ossequio alle norme costituzionali, un ruolo primario in tema di tutela della salute — veniva anche stabilito il blocco delle convenzioni partendo dal presupposto che tale traguardo fosse da raggiungere in tempi brevi.

Lo slittamento dei tempi di approvazione della riforma ha finito poi per determinare una serie di disfunzioni e di distorsioni nel sistema sanitario alimentando, tra l'altro, motivi di sfiducia sulle prospettive di riforma e diffondendo uno stato di malcontento negli operatori sanitari. Tali elementi di turbativa sono stati attenuati a seguito dell'emanazione della legge 29 giugno 1977, n. 349.

Ancora in chiave anticipatrice della riforma ricordiamo la legge n. 382 del 1975 e il decreto del Presidente della Repubblica numero 616 del 1977 concernente il trasferimento alle Regioni e ai Comuni di attribuzioni in materia di tutela della salute e di prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro; ed ancora, la legge n. 180 del 1978 riguardante il passaggio dell'assistenza psichiatrica alle Regioni; la legge n. 461 del 1978, riguardante il finanziamento del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera; la legge n. 484 del 1978, con la quale è stato introdotto il *ticket* sui medicinali contestualmente all'individuazione di nuovi e più rigorosi criteri nella definizione del prontuario farmaceutico, nella regolamentazione dell'informazione scientifica e nella disciplina della propaganda. Quanto alla copiosa produzione legislativa regionale in materia, particolare rilevanza assumono le leggi attraverso le quali 14 Regioni e la provincia autonoma di Trento hanno costituito consorzi o comprensori socio-sanitari, precursori, sia pure in modo difforme fra loro

e con quanto previsto nel disegno di legge sul Servizio sanitario nazionale (SSN), le funzione della Unità sanitaria locale (USL).

L'approvazione del presente disegno di legge si pone quindi, anzitutto, come momento di raccordo e completamento delle premesse poste dalle anzidette leggi e come coronamento di una laboriosa fase legislativa che altrimenti rimarrebbe irrealizzata nelle finalità ispiratrici, corrispondenti tutte all'esigenza di dare veste di concretezza al combinato disposto degli articoli 5 e 117 della Costituzione.

Ma al di là di ciò che costituisce l'aspetto « tecnico », il collegamento ed il completamento degli aspetti giuridico-funzionali delle strutture del costituendo SSN, ciò che assume maggiore importanza è l'aspetto che si potrebbe definire « storico ». Ed è su questo aspetto che occorre forse un attimo di riflessione se vogliamo acquisire il convincimento che la legge di riforma non è il frutto di una « alchimia di laboratorio », di una scoperta o invenzione che pochi studiosi propongono al gradimento dei cittadini, bensì la sintesi, attraverso un processo di maturazione civile e sociale, delle generali aspettative delle quali il legislatore, nella sua veste di rappresentante del popolo stesso, si pone come interprete.

* * *

L'assetto mutualistico ha ormai esaurito la sua funzione a prescindere dai meriti storici che può avere acquisito, allorquando si trattò di individuare e sancire nel sistema legislativo i diritti dei cittadini titolari della tutela assicurativa e l'automatismo delle prestazioni, nonchè, sotto il profilo organizzativo, quelli di aver predisposto un complesso di strumenti operativi, pienamente utilizzabili anche nelle forme più avanzate di tutela prefigurate nel quadro del SSN.

Si sta ora operando il passaggio ad una fase successiva — quella convenzionalmente denominata della sicurezza sociale — non solo quindi per il venire meno delle strutture mutualistiche, ma soprattutto per soddisfare l'esigenza più ampia di garantire a tutti i cittadini una sostanziale uguaglianza anche nella tutela della salute, esigenza la cui premessa giuridica è poi rappresentata dall'articolo 32 della Costituzione (« La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti ») e dal successivo articolo 38, che impone un completo sistema di sicurezza sociale conforme alle preposizioni dell'articolo 25 della « Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo » (ONU - 1948).

Sta di fatto che l'evoluzione dei tempi, la lievitazione delle necessità sanitarie dei cittadini, il progressivo affermarsi di una nuova concezione del diritto alla salute inteso non più, negativamente, come assenza di infermità, bensì, positivamente, come stato di benessere psico-fisico, hanno contribuito a rendere quel sistema mutualistico antistorico, incongruo, e dunque non più praticabile.

Abbiamo perciò assistito ad una crisi sotto il duplice profilo dei costi e della qualità dell'intervento pubblico in tema di tutela della salute. Crisi dei costi, dovuti ad una spesa non più governabile con le strutture esistenti; crisi di qualità, dovuta sia alla progressiva divaricazione tra richiesta di servizi e finanziamento, causata dalla diversità dei rispettivi ritmi di accrescimento, sia alla non omogeneità del sistema in cui la coesistenza di molteplici strutture caratterizzate da autonomia d'interventi (mutualistiche, ospedaliere, di assistenza pubblica, eccetera) ha consentito la proliferazione di competenze con conseguente dispersione dei mezzi finanziari e disparità di trattamento.

Ci troviamo ora a concludere una lunga fase di dibattito culturale e politico e di grandi lotte sociali, impostato — e ci sembra questo un dato significativo da sottolineare — gia nel 1945 dalla Consulta veneta di sanità sulla spinta innovativa dello spirito della Resistenza e di quei rinnovati ideali di libertà che tanto giustamente venivano riferiti anche a quella esigenza di dignità individuale e rispetto della personalità che solo una tutela « globale » della salute può consentire.

Molti progetti — nel corso delle varie legislature — vennero poi affrontati: quello

della Commissione d'Aragona, nel 1948, quello dei parlamentari delle organizzazioni sindacali, nel 1958 e via via altri — più o meno formalizzati — fino a quello dell'onorevole Vittorino Colombo del 1974 che fu portato, unitamente alle proposte di legge di gruppi parlamentari, anche a buon punto di discussione alla Camera, ma che decadde per la fine anticipata della legislatura.

È nella memoria recente di tutti il fervore dei dibattiti, l'apporto appassionato e competente recato da forze sociali, politiche, culturali e tecniche e, da ultimo, la lunga discussione alla Camera dell'attuale disegno di legge ed il confronto, altrettanto ampio, svoltosi in seno alla 12ª Commissione igiene e sanità del Senato.

Mai, forse, come in questa circostanza, l'impegno del legislatore va a coronare le aspettative del paese.

Abbiamo accennato sinteticamente a taluni aspetti preliminari ed introduttivi rispetto ai due momenti fondamentali della riflessione nostra, e crediamo, dei colleghi: « la riforma: perchè? »; « la riforma: come? ».

« PERCHÈ » LA RIFORMA?

— *In negativo*

Ci riferivamo dianzi alle motivazioni « tecniche » in conseguenza delle quali il sistema attuale non può ulteriormente protrarsi. Ma a ben vedere, ciò che ha veramente dato la spinta risolutiva all'avviamento della riforma è costituito da quel complesso di esigenze — che l'evoluzione sociale ha reso primarie — cui l'assetto mutualistico non era più in grado di far fronte.

Innanzitutto, il limite del sistema mutuo-previdenziale è quello di essere strutturato più in rapporto all'individuo che all'insieme della comunità. Ci siamo quindi trovati ancora a considerare il tema della salute pubblica in termini negativi; si è pensato più a combattere la malattia che a conservare la salute, si è teso ad intervenire più sull'effetto che sulla causa.

Se — come ci sembra corretto — conveniamo sul concetto di salute, secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, come « uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale » e non, quindi, come assenza d'infermità, dobbiamo convenire che la « salute sociale » è lungi dal potersi considerare realizzabile nell'ambito del sistema attuale.

Gli strumenti di tutela sanitaria — sia essa riferita alle malattie o agli infortuni — che la legislazione è andata sedimentando nell'ambito del sistema mutuo-previdenziale, non sono certamente funzionali rispetto agli obiettivi conseguenti a tale concezione.

Fino ad oggi gli interventi attraverso i quali si è sostanziata la tutela sanitaria sono stati incentrati quasi esclusivamente sulla terapia, sul ripristino di uno *status quo ante* partendo però da una situazione di salute già deteriorata. Non si è sufficientemente mirato a prevenire e, quando prevenzione c'è stata, questa si è fermata alla causa efficiente di certe malattie endemiche ed epidemiche, ma non si è mai inoltrata, anche in rapporto alla mutata patologia, fino alla individuazione ed alla eliminazoine delle cause.

Grazie alle forme di prevenzione già realizzate in questo senso abbiamo assistito — salvo contrarie tendenze del tutto contingenti — ad un costante regresso nel tempo delle malattie di origine microbica, mentre è un dato, purtroppo ampiamente confermato dalle statistiche, quello relativo al continuo aumento delle malattie più direttamente collegabili con le condizioni di vita del mondo moderno, come certe forme tumorali e le affezioni cardiovascolari, le ulcere, i disturbi psichici, e le somatizzazioni dello *stress*.

Ne deriva, indifferibile, la necessità di rendere norma positiva ciò che è andato maturando nella coscienza del Paese: la necessità cioè di agire alla radice dei problemi identificando tutte quelle situazioni di carattere socio-economico sulle quali la causa efficiente dei vari fenomeni patologici trova più facile sviluppo.

Per quanto riguarda gli infortuni il discorso non è diverso, anche se il problema dell'intervento preventivo — per la pecu-

liarità delle relative cause, generalmente più « palesi » — è stato avvertito da tempo, attraverso un processo di sensibilizzazione che ha coinvolto milioni di lavoratori impegnando vasti settori della scienza e della tecnica.

Anche la rete ospedaliera è fortemente penalizzata dalla pressochè totale assenza non solo di un adeguato livello di prevenzione, ma altresì dalla mancata attuazione di quelle strutture filtro che, a monte, avrebbero dovuto consentire, con la selezione del ricovero e degli interventi e con la non ripetitività di prestazioni, una più razionale utilizzazione dei servizi, tuttora peraltro articolati secondo un'organizzazione « aziendalistica » derivante dalla legge n. 132 del 1968, solo in parte attenuata dalla legge n. 386.

A ciò si aggiunga che l'insufficienza di altre infrastrutture di assistenza per anziani, insieme alla emarginazione dei medesimi, ha facilitato altresì il fenomeno delle lungodegenze. La tendenza, contraria a quella più moderna ed attuale che vorrebbe favorire l'ambulatorizzazione degli interventi terapeutici, limitando la degenza ai casi di infermi non deambulabili, ha determinato il sovraffollamento dei reparti.

Sia pure con grossolane schematizzazioni, possiamo quindi convenire su quelli che sono i difetti del vecchio sistema:

tutela della salute inadeguata — quanto a campo d'intervento — rispetto a quel concetto di globalità che le esigenze attuali impongono;

tutela della salute inadeguata dal punto di vista qualitativo: basti pensare, per esempio, alla forte sperequazione tra la rete ospedaliera del centro-nord e quella dell'Italia meridionale e al conseguente fenomeno di migrazione interna e di sovraffollamento dei presidi polispecialistici;

tutela della salute inadeguata dal punto di vista dell'omogeneità dei trattamenti: la molteplicità degli enti e delle competenze, la settorializzazione delle categorie di utenti determinando obiettive, cospicue disparità;

tutela della salute inadeguata sotto il profilo dei costi, soprattutto in relazione alla qualità del servizio ove si consideri il rapporto « abnorme » dei costi stessi con il prodotto interno lordo (PIL).

Per quanto concerne in particolare quest'ultimo aspetto, non appare superfluo ricordare che la spesa sanitaria ha percentualmente raggiunto, già nel 1977, il livello più elevato nell'ambito dei paesi industrializzati presentando un tasso di accrescimento — rispetto a quello del PIL — talmente cospicuo da determinare serie preoccupazioni anche in relazione agli obiettivi di quel rilancio produttivo che si vuole perseguire per difendere l'occupazione, offrire garanzie d'impiego ai giovani ed avviare a soluzione i drammatici problemi aperti nel nostro Mezzogiorno.

Negli anni dal 1970 al 1975 la spesa sanitaria è passata dal 4,8 per cento al 7,4 per cento del PIL (rispetto ad una media europea del 5,6 per cento) costituendo, in questo ultimo anno, circa il 13 per cento dell'intera spesa pubblica.

La quota più cospicua dell'aumento è riferibile alla spesa mutualistica che, dal 2,1 per cento rispetto al PIL nel 1970, è salita al 3,7 per cento nel 1975, cioè del 76 per cento, mentre la spesa ospedaliera, nello stesso periodo, ha registrato un aumento del 50 per cento passando dal 2 al 3,1 per cento del PIL.

Dopo il 1975, invero, la spesa sanitaria ha registrato una progressione più contenuta, assestandosi intorno al 6,8 per cento nel 1977 con una ulteriore lieve tendenza al ribasso nel 1978. Tale contenimento, tuttavia, riguarda il ritmo di accrescimento della spesa, i cui livelli, in termini assoluti, sono comunque in costante aumento.

La spesa sanitaria risulta ormai ingovernabile con gli strumenti a disposizione.

— *In positivo*

Se abbiamo lamentato l'*inadeguatezza della tutela della salute* in quanto a campo d'intervento, la riforma va attuata perchè si realizzi quella globalità che risponde ai bisogni attuali e che si attua attraverso l'interazione degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione. Globalità di tutela che, nell'ottica specifica della preven-

zione, coinvolge quasi tutti i settori della vita associata e cioè la famiglia, la scuola, gli ambienti di lavoro, il territorio.

Se abbiamo lamentato l'*inadeguatezza della tutela della salute* dal punto di vista qualitativo, la riforma va attuata perchè, coordinando ,ristrutturando e qualificando i settori di intervento e — soprattutto — ponendo il principio della partecipazione dei cittadini alla gestione dei servizi, i livelli della tutela sanitaria siano adeguati ai bisogni.

Se abbiamo lamentato l'*inadeguatezza della tutela della salute* sotto il profilo dell'omogeneità dei trattamenti, la riforma va attuata per realizzare quella uniformità che in atto non sussiste a causa della frantumazione, verticale ed orizzontale, delle categorie di « aventi diritto » e delle singole prestazioni.

Se abbiamo lamentato infine l'*inadeguatezza della tutela della salute* sotto il profilo dei costi, la riforma va avviata perchè solo nell'ambito di un sistema organico è comunque possibile — se pure arduo — un governo della spesa sanitaria, anche attraverso una sistematica opera educativa che indirizzi più congruamente la domanda dei servizi.

« Come » La riforma?

Caratteri

Elemento di grandissimo rilievo della riforma stessa è senza dubbio l'introduzione della « prevenzione » come fattore fondamentale della tutela della salute e in modo particolare di quella « prevenzione primaria » il cui scopo è quello di impedire, intervenendo in anticipo, la malattia o l'infortunio.

Un altro aspetto che ci sembra fortemente innovativo rispetto all'attuale sistema, ancora caratterizzato dall'assoluta estraneità degli utenti dal processo di produzione dei servizi e dal loro controllo, è dato appunto dalla introduzione del principio della partecipazione. Fatto, questo, che al di là di ogni pur giusta necessità di ordine etico-sociale, rappresenta anche dal punto di vista della tecnica organizzativa e della « produttività » delle strutture un elemento di estremo valore.

È solo, infatti, stimolando la partecipazione dei cittadini — attraverso la molteplicità delle forme con le quali sarà estrinsecata — che potrà realizzarsi una valida politica di pianificazione, e ciò sia nella determinazione degli obiettivi — giustamente collegati alle peculiarità di ciascuna realtà regionale e locale — sia nella verifica e nella analisi dei risultati, indispensabili per le pianificazioni successive.

Per quanto attiene agli aspetti organizzativo-funzionali del Servizio sanitario nazionale, il progetto legislativo in esame prevede tre diversi livelli:

— un livello centrale, facente capo al Parlamento, al Governo e ai suoi organi operativi e consultivi, i cui compiti ed attribuzioni vengono espressamente determinati;

— un livello regionale, con analoga determinazione di poteri e competenze demandate agli organi istituzionali delle regioni;

— un livello locale imperniato soprattutto sulle unità sanitarie locali, strumenti operativi dei comuni singoli o associati per l'organizzazione e la gestione di servizi di igiene e sanità, di prevenzione e profilassi, di medicina generica e specialistica, di riabilitazione, ospedalieri, farmaceutici, veterinari, del territorio di competenza.

Norme particolari regolano la composizione degli organi di gestione, i controlli, le strutture operative e quant'altro necessario per assicurare il buon funzionamento delle unità sanitarie locali deputate, tra l'altro, ad assorbire tuti i presidi e beni patrimoniali e strumentali già appartenenti ai vari enti erogatori di prestazioni sanitarie.

Esame dell'articolato

Precisato, al capo I, i princìpi e gli obiettivi del Servizio sanitario nazionale e ribadita in modo particolare la tutela della salute quale finalità perseguita in quanto « fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività », il disegno di legge precisa,

al capo II, le competenze dello Stato, riferibili ad un complesso di materie di carattere generale e ne afferma, nel contempo, le funzioni di « indirizzo e coordinamento », necessarie perchè ne risulti una globalità d'intervento non disgiunta da uniformità operative (artt. 4, 5 e 6).

Nell'esercizio di tali attribuzioni, è previsto a vari livelli — consultivi o di delega funzionale — il concorso di altri organismi, quali il CIPE, il Consiglio sanitario nazionale e l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza nel lavoro nonchè l'Istituto superiore di sanità (artt. 5, 8, 9 e 23).

A livello regionale (artt. 7 e 11) sono delegate le funzioni amministrative in materia di igiene e sanità pubblica, nonchè quelle legislative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, in conformità al precetto costituzionale.

Tale potestà legislativa assume un rilievo del tutto particolare ove si pensi che è proprio a livello regionale che dovrà realizzarsi il fulcro di quella politica di pianificazione, nel quadro dei programmi regionali di sviluppo, che utilizzando in via diretta le indicazioni delle componenti sociali, dovrà a sua volta concorrere ai piani sanitari nazionali e, in concreto, a far funzionare il Servizio sanitario nazionale.

Funzioni e competenze di minor rilievo ed a carattere transitorio sono poi attribuite alle province, in attesa che la futura legge sulla riforma delle autonomie locali definisca la sorte di tali enti o ipotizzi, in loro vece, altri enti cosiddetti « intermedi ».

A livello locale è previsto infine l'esercizio di tutte le funzioni amministrative conseguenti all'esercizio dei poteri legislativi e d'indirizzo sopra ricordati da parte dei comuni.

Traspare quindi evidente l'intendimento di evitare la predeterminazione di uno schema rigido di organizzazione burocratica centralizzata che istituisca rapporti di supremazia e di subordinazione tra i vari livelli strutturali e funzionali del sistema.

È chiaro, al contrario, lo sforzo di salvaguardare le rispettive autonomie, pur nell'ambito di una visione politica generale che assicuri omogeneità di mezzi ed uguaglianza di trattamenti.

Rinviando all'articolato del disegno di legge (artt. 14 e 15) l'esame dei dettagli relativi all'organizzazione funzionale delle Unità sanitarie locali e dei distretti di base, che nell'ambito delle Unità stesse si pongono come centri operativi di primo intervento, è da rilevare come la struttura di questi organismi risulti congruamente prefigurata anche nella prospettiva della futura legislazione sulle autonomie locali, potendosi sin da ora configurare un assetto nel quale siano accentuati, ove occorra, i poteri decisionali degli enti locali territoriali, che si avvalgono però, per le funzioni esecutive in materia socio-sanitaria, delle USL.

Dell'importanza della prevenzione si è detto. Su di essa il disegno di legge prevede, negli articoli dal 20 al 24, una serie di norme intese a disciplinare i molteplici aspetti della materia in modo da precostituire vincoli operativi ben precisi.

Cardine altrettanto importante della riforma è la riabilitazione, le cui prestazioni, atte al recupero funzionale di soggetti portatori di menomazioni fisiche e psichiche, sono regolate al successivo articolo 26.

Le USL erogano tale servizio direttamente o attraverso convenzioni da stipularsi con istituti della Regione o di altre Regioni, aventi idonei requisiti.

Pure le prestazioni protesiche vengono garantite secondo livelli fissati in sede di approvazione del piano sanitario nazionale.

Nel quadro dell'assistenza farmaceutica (*) e al fine di rendere le prestazioni più quali-

---

(*) Le vendite in farmacia di prodotti farmaceutici che nel 1970 ammontavano a 860 miliardi di lire come prezzo al pubblico, nel 1976 hanno superato i 2000 miliardi e nel 1977 hanno raggiunto la cifra di 2214 miliardi. Il 70% di queste cifre è rappresentato dalla spesa pubblica che, nel 1977 è ammontata, al lordo degli sconti, a 1587 miliardi di lire, a fronte dei 482 miliardi del '70, dei 920 del '74 e dei 1422 del '76, cioè mentre fino al 1974 la spesa farmaceutica pubblica si sviluppava con tassi di incremento annuo del 10% circa, negli anni successivi, specialmente nel '75 e nel '76 si sono avuti aumenti superiori al 20% annuo, superando tutte le previsioni.

ficate, è necessario perseguire l'obiettivo di razionalizzare il settore produttivo e distributivo per adeguarlo alle esigenze del Servizio sanitario nazionale pervenendo finalmente alla definizione di una organica, unitaria e corretta politica del farmaco.

L'acquisto diretto dei medicinali da parte delle USL, dei presidi e servizi e degli altri istituti ed enti convenzionati (art. 28), nulla innova rispetto al regime vigente, ribadendo la possibilità degli ospedali di acquistare direttamente dalla produzione estendendola alle nuove organizzazioni del Servizio sanitario nazionale.

Gli interventi successivi sui quali viene impegnato lo Stato nel prossimo futuro, sono elencati nel successivo articolo 29. In particolare la conclusione dell'*iter* legislativo del disegno di legge sulle « norme sui medicinali ed attuazione delle direttive comunitarie numero 65/65, n. 75/318, n. 75/319 » già esaminato dal Senato e ora all'attenzione della Camera dei deputati (n. 2389) dovrà portare ordine nel settore.

In questo articolo è sembrato doveroso richiamare l'attenzione sulla necessità di dare uno « *status giuridico* » alla Farmacopea ufficiale anche per permettere una completa attuazione della « Convenzione europea relativa alla elaborazione di una Farmacopea europea, adottata a Strasburgo il 22 luglio 1964 ».

Gli articoli 30 e 31 definiscono il prontuario terapeutico, il cui contenuto deve rispecchiare, attraverso la chiarezza della classificazione, i princìpi dell'efficacia terapeutica e dell'economicità del prodotto, nonchè la disciplina, l'informazione scientifica e la pubblicità sui farmaci.

Particolare rilievo assume, nel quadro di una razionale utilizzazione delle risorse, il problema del personale e del suo impiego. Il disegno di legge affronta questo complesso argomento affermando, in via prioritaria, che la disciplina normativa ed economica di tutto il personale dipendente dalle USL deve uniformarsi ai princìpi generali e comuni del rapporto di pubblico impiego.

È attribuita al Governo una delega per emanare provvedimenti legislativi volti ad omogeneizzare i contenuti del rapporto di lavoro in tutto il territorio nazionale e per ricondurre a sostanziale unità, mediante appositi parametri di equiparazione, il trattamento economico, previdenziale e di quiescenza di tutto il personale che passa alle dipendenze delle USL provenendo dalle istituzioni e dai servizi che in esse confluiscono. È fatto salvo, per il personale medico, il diritto alla libera professione, anche se le modalità ed i limiti del suo esercizio vengono poi disciplinati con legge regionale.

L'uniformità dei trattamenti è considerata indispensabile non soltanto per eliminare le rilevanti sperequazioni regionali, locali ed anche aziendali che hanno sino ad oggi caratterizzato il regime retributivo del settore, ma anche per rendere in concreto possibile l'esercizio di quella mobilità del personale che è considerata uno dei « nodi qualificanti » dell'assetto territoriale del servizio.

Alle Regioni è riconosciuta, in questo ambito, una potestà legislativa di attuazione delle norme quadro statali anche per ciò che concerne l'organizzazione dei ruoli regionali del personale addetto ai servizi delle USL.

Le misure e modalità della retribuzione e gli istituti normativi di carattere economico sono infine demandati ad un accordo nazionale unico di lavoro, valido per l'intero territorio nazionale ed avente durata triennale. Per rendere ancora più netto il criterio della perequazione generale ed obbligatoria del regime di lavoro, anche alla luce di recenti avvenimenti, il disegno di legge espressamente prevede la nullità di ogni retribuzione aggiuntiva o comunque difforme dal contratto, richiamando a tal fine anche la responsabilità personale degli amministratori.

Quest'ultima norma non fa che riprendere, estendendola a tutto il personale addetto al servizio sanitario, una analoga disposizione prevista per gli enti ospedalieri e mutualistici dalla legge 17 agosto 1974, n. 386.

Altro aspetto di fondamentale rilievo è quello dei costi.

Forse nessuno dei tanti temi che hanno costituito motivo di dibattito ha rappresentato, come quello dei costi, strumento e so-

stegno di tesi anzichè oggetto di indagine e, soprattutto, di attenta analisi interpretativa.

Innanzitutto è da chiarire quale deve essere la filosofia della spesa pubblica, che non è tanto quella di « spendere meno » quanto, invece, quella di « spendere meglio ».

Amministrare correttamente e con parsimonia la spesa pubblica è un dovere, ma non basta: occorre farlo anche con la necessaria coerenza e l'indispensabile rigore.

Di fronte all'esplosione incontrollata della spesa sanitaria si sono identificati e si propongono ora al Paese nuovi metodi di gestione, la cui validità sta nel fatto che sono inseriti in un contesto programmatico finalizzato non tanto a predisporre chiusure a prova di pressione, quanto nel diminuire la pressione stessa agendo sulle cause che la determinano.

La rinuncia a fissare un tetto rigido per la spesa sanitaria globale ha un senso e potrà risultare valida se ed in quanto — soprattutto attraverso la pianificazione nazionale e regionale a breve termine qual è appunto quella prevista nel disegno di legge — si realizzerà il passaggio da una impostazione « difensivistica » nella quale la lotta contro l'aumento dei costi si sostanzia attraverso sbarramenti di tipo calmieristico, ad una impostazione capace di capire il perchè dei fenomeni che determinano la dilatazione della spesa e di agire quindi sulle loro cause.

Il problema dei costi non può quindi essere impostato esclusivamente sul piano mercantilistico di quanto si spenderà — se di più o di meno — anticipando, peraltro senza i riscontri che solo la verifica dei fatti potrà recare, rendiconti e consuntivi. Per quanto riguarda gli oneri connessi all'attuazione dei programmi di prevenzione, non è posibile formulare precise previsioni, che risultano tuttavia condizionate dai vincoli posti dall'articolo 2 del disegno di legge, laddove si elencano gli obiettivi del Servizio sanitario nazionale e i mezzi per realizzarli, e dall'articolo 53, laddove vengono fissati i programmi nell'ambito dei limiti di piano.

A titolo esemplificativo, si possono conseguire, attraverso adeguati strumenti organizzativi, tipo l'anagrafe sanitaria, concreti risparmi traducibili non tanto in una diminuzione di spesa in termini assoluti, quanto in una migliore utilizzazione delle risorse attraverso la riduzione di sprechi, della duplicazione di interventi, eccetera.

Non v'è dubbio che con il disegno di legge sull'istituzione del Servizio sanitario nazionale sono proposti meccanismi senz'altro idonei — attraverso la pianificazione ed i controlli — per adeguare la domanda alle disponibilità, privilegiando nel contempo gli interventi maggiormente qualificanti, quali, in particolare, quelli finalizzati alla prevenzione (si pensi, ad esempio, all'utilità di costituire mappe epidemiologiche che consentano di individuare le patologie a più alta incidenza e le fasce di popolazione più colpite al fine di predisporre le migliori linee per un'azione preventiva efficace), alla riqualificazione dei servizi ospedalieri ed extraospedalieri, e alla rivalutazione della funzione del medico di base e di tutti gli altri operatori, anche attraverso il loro coinvolgimento nelle attività di prevenzione e di educazione sanitaria programmata, ampliandone quindi la sfera d'intervento.

Un cenno poi alle norme transitorie e finali.

I problemi connessi al passaggio dal sistema attuale a quello prefigurato del disegno di legge non riguardano soltanto la rispondenza concreta delle nuove strutture organizzative alle esigenze reali del Paese, ma, sia pure contingentemente, anche gli aspetti connessi al trasferimento dei beni e del personale degli enti mutualistici e delle gestioni sanitarie soppresse (art. 65 e seguenti).

Si tratta, specie per quanto riguarda il personale, di un duplice ordine di problemi: da un lato, garantire la tutela dei diritti e delle legittime aspettative acquisiti in virtù del rapporto di lavoro intrattenuto con pubbliche amministrazioni; dall'altro, non disperdere un prezioso patrimonio di capacità professionali ed esperienze specifiche che, impiegate adeguatamente, possono tradursi, sul piano dei costi, in un dato estremamente positivo ai fini del migliore avvio del Servizio sanitario nazionale.

Le norme proposte intendono appunto salvaguardare tali esigenze, nè vanno disgiunte peraltro dalla sempre più viva necessità di una rapida riforma delle scuole mediche e dell'istituzione-revisione di scuole di formazione professionale per il personale sanitario, preparatorie di operatori moderni, più aderenti alla nuova realtà.

* * *

L'Assemblea si accinge ora ad esaminare il disegno di legge relativo all'istituzione del Servizio sanitario nazionale in un testo per il quale la Commissione sanità, accogliendo sostanzialmente anche le osservazioni contenute nei pareri tutti favorevoli espressi dalle varie Commissioni competenti, ha sostenuto di dover proporre alcune modifiche rispetto a quello approvato il 22 giugno scorso dalla Camera dei deputati.

Si tratta di modifiche riguardanti essenzialmente aspetti organizzativi, restando acquisiti integralmente sia i princìpi fondamentali sia il quadro complessivo delle strutture in cui si articolerà il Servizio sanitario nazionale.

D'altra parte sul testo licenziato, con ampio e significativo consenso dall'altro ramo del Parlamento, hanno espresso sostanzialmente giudizio positivo organismi istituzionali e rappresentanze delle forze sociali consultati.

Il Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, nel ribadire la necessità « di fare presto e di fare bene » per ridurre al minimo « le diseconomie in agguato », sottolinea, infatti, « il sostanziale accoglimento di alcuni dei punti più qualificanti della pronuncia consiliare ».

Gli assessori regionali alla sanità, a loro volta, « esprimono un giudizio positivo sul testo di legge approvato dalla Camera dei deputati » ed invitano il Senato « ad esaurire con la massima sollecitudine il dibattito sulla legge stessa, in modo da assicurare un quadro preciso di riferimenti istituzionali e di princìpi generali che consentano di ricondurre ad unità le iniziative parziali di riforma sanitaria adottate con leggi dello Stato o ad iniziativa delle stesse Regioni ».

La Federazione della CGIL-CISL-UIL, infine, ritiene che la legge di riforma, approvata dalla Camera dei deputati, corrisponda, nel suo complesso, alle aspettative che il lungo dibattito culturale e politico aveva suscitato nel Paese.

Il testo che la Commissione igiene e sanità del Senato presenta all'esame della Assemblea è il frutto unitario di un difficile e talvolta contrastato confronto sugli articoli più significativi, ma rappresenta, altresì, l'unanime volontà dei Gruppi parlamentari di maggioranza a tener fede agli impegni assunti.

Gli emendamenti dunque, anche se talvolta significativi, non alterano la portata globale ed i caratteri distintivi del disegno, che è e rimane quella di registrare e disciplinare l'evoluzione profonda che ha caratterizzato negli ultimi anni il settore della sanità pubblica in Italia: una evoluzione di concetti e di parametri operativi, di strutture istituzionali, di patrimoni scientifici e tecnologici, ma soprattutto di irreversibili prese di coscienze.

Tralasciando le modifiche di mero dettaglio formale, giova accennare a quelle che appaiono più significative.

PROPOSTE DI MODIFICA

Nell'intento di sempre meglio concretizzare il tema della prevenzione attraverso l'identificazione di strumenti normativi più incisivi e maggiormente in grado, quindi, di realizzarne le finalità, sono stati introdotti elementi modificativi o integrativi:

nella specificazione degli obiettivi del Servizio nazionale sanitario, con riferimento alla difesa sanitaria ed al controllo alimentare degli allevamenti animali (articolo 2);

nella identificazione dei limiti massimi di inquinamento (articolo 4);

nella espressa attribuzione alla competenza dello Stato della organizzazione dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (articolo 6).

Si è prevista una differente composizione del Consiglio sanitario nazionale, in modo da

assicurare, attraverso le designazioni del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, una più congrua rappresentanza riflettente competenze funzionali al Servizio sanitario nazionale ed in raccordo con l'azione propulsiva delle Regioni e quella di coordinamento ed indirizzo del Governo (articolo 8).

Si è prevista una diversa e più analitica determinazione delle attribuzioni dell'Istituto superiore di sanità in modo da renderne il funzionamento più efficace e produttivo (articolo 9).

Nella definizione dell'organizzazione territoriale, si è prevista (articolo 10), una più precisa configurazione dei distretti sanitari di base quali strutture tecnico-funzionali che, pur non presentando autonomia giuridica, costituiscono sul piano locale, specie nei territori a scarsa o media concentrazione abitativa, i presidi fondamentali in grado di sostenere, se non certo la totalità, gran parte degli interventi che il Servizio sanitario nazionale garantirà al cittadino.

Si è tenuto conto, infatti, che è proprio a livello di distretto sanitario di base che il rapporto tra popolazione ed operatori sanitari è più diretto e può farsi quindi più costruttivo in virtù dell'apporto più immediato della « partecipazione » popolare, conferendo a queste aree elementari e di base dei servizi, quel dinamismo che serve a renderne l'azione quanto più incisiva possibile.

Una importante ulteriore garanzia nel governo della spesa è data dall'introduzione, all'articolo 11, del principio della corrispondenza — nell'esercizio del potere legislativo regionale — tra costi dei servizi e relativi benefici. Ciò costituirà un valido strumento di verifica circa la validità dei metodi di gestione.

Oggetto di particolare attenzione ha poi costituito la struttura funzionale dell'USL in ordine alla quale è stata prevista, all'articolo 15, l'introduzione di elementi di dettaglio più analitici sugli organi di gestione dell'USL, cui si è inteso attribuire una configurazione organica più precisa e tale anche da determinare soluzioni omogenee nell'ambito del territorio nazionale. Venute quindi meno le possibili incertezze derivanti dalla precedente formulazione, resta così meglio definito, da un lato, il ruolo dei comuni, singoli o associati, nonchè delle comunità montane, quali gestori « primari » dei servizi, e, dall'altro, la configurazione degli organi interni dell'USL e della natura e modalità della partecipazione delle componenti politiche e sociali alla gestione di essa.

Per quanto riguarda i requisiti e la struttura interna degli ospedali (articolo 17) si è confermato il rinvio all'articolo 19 della legge n. 132 del 1968, affermando altresì l'esigenza che le Regioni, nell'ambito della programmazione regionale, organizzino i servizi ospedalieri in strutture integrate di tipo dipartimentale.

In tema di applicazione della legislazione sulla sicurezza del lavoro ed, in particolare, sui poteri del personale addetto a funzioni ispettive è stata introdotta una importante innovazione, prevedendosi all'articolo 21 la possibilità di ricorso per via amministrativa al Presidente della giunta regionale, che può sospendere l'esecuzione dell'atto impugnato. Altro elemento di rilievo è dato dal ruolo riconosciuto alle organizzazioni dei lavoratori e dei datori di lavoro, che devono essere sentite ai fini della decisione sui ricorsi stessi.

Allo scopo di garantire al cittadino la massima tutela della propria riservatezza ed il rispetto della propria dignità, si è ritenuto di escludere, nella previsione degli strumenti informativi di cui all'articolo 27, la indicazione sul libretto sanitario personale dei provvedimenti relativi a trattamenti sanitari obbligatori per disturbi psichici.

Gli articoli 33 e 34, che attengono all'assistenza psichiatrica, hanno recepito e migliorato l'assetto scaturito dalla Camera dei deputati e l'esperienza maturata nell'applicazione della legge n. 180 del 16 maggio 1978.

In questi mesi, pur tra incertezze e difficoltà non trascurabili, amministratori ed operatori hanno cercato di utilizzare il nuovo strumento legislativo per superare, a livello politico, culturale e funzionale, una logica emarginante, quella manicomiale.

La riduzione dei ricoveri obbligatori, al di là di ogni previsione, secondo quanto

hanno affermato le Regioni e comunicato il Ministero della sanità, ha dimostrato che, laddove esitono servizi alternativi, le degenze ospedaliere possono essere evitate o ridotte nella loro durata, contenendo così la nocività di una istituzionalizzazione — come quella manicomiale — che aggiunge patologia a patologia.

Si è ritenuto altresì di ribadire la struttura dipartimentale dei servizi, che, garantendo la continuità e l'interdisciplinarietà dell'intervento — prevenzione, cura, riabilitazione — supera la settorialità « storica » dell'assistenza psichiatrica, di cui la legge n. 180 aveva posto le premesse, ma che solo con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale viene definitivamente eliminata.

Rimangono certo — e nessuno lo vuol negare — grossi problemi da risolvere: la mobilità e la mancanza del personale medico, l'aggiornamento e la riconversione del personale paramedico, la regolamentazione del comando di tutto il personale dagli ospedali psichiatrici al territorio.

Si dovrà altresì utilizzare il patrimonio di uomini e di strutture (art. 64) degli ospedali od istituzioni, convenzionate e non, specie nelle regioni meridionali, prive di servizi psichiatrici pubblici.

È stato infine prorogato di sei mesi il divieto definitivo di ricovero in ospedali psichiatrici, estendendo anche, dal 1° gennaio 1981, tale disciplina alle case di cura private psichiatriche.

Particolare attenzione è stata poi riservata al tema dei rapporti dell'insegnamento universitario in relazione alle prospettive di raccordo con le strutture del Servizio sanitario nazionale.

In attesa della riforma della facoltà di medicina, è stata confermata la validità del regime delle convenzioni, attraverso le quali saranno anche regolate le modalità di utilizzazione per l'insegnamento, di personale ospedaliero anche non medico con funzioni didattiche integrative (e non più solo complementari) a quelle universitarie. Sempre attraverso lo steso regime convenzionale risulterà disciplinata l'attività degli istituti di carattere scientifico (art. 42) la cui attività resta di competenza dello Stato per quanto attiene all'aspetto più propriamente scientifico della ricerca, mentre fa capo all'unità sanitaria locale per la parte assistenziale, con relativo controllo regionale.

Nelle norme transitorie e finali (artt. 67, 68 e 72) relative al personale, sono state recepite — oltre alle richieste avanzate unitariamente dalle Regioni per l'inquadramento dei dipendenti addetti ai servizi sanitari regionali, già comandati e utilizzati ai sensi dell'articolo 19 della legge n. 386 del 17 agosto 1974 — anche le proposte del Ministro del tesoro necessarie per armonizzare tali disposizioni con quelle contenute nella legge n. 641 del 21 ottobre 1978, recante proroga del termine previsto dall'articolo 113, decimo comma, del decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 24 luglio 1977, accogliendo in tal modo le precise istanze avanzate dalle forze politiche e sindacali.

* * *

Onorevoli senatori, il disegno di legge, nel testo approvato dalla Commissione igiene e sanità, non ha certo l'ambizione di aver compiutamente riformato la sanità nel nostro Paese.

È tuttavia, nella specifica materia, la prima legge quadro dall'Unità d'Italia ad oggi e persegue senz'altro lo scopo di armonizzare tutto il mondo della salute, ora parcellizzato in innumerevoli centrali operative, discordi e difformi l'una dall'altra, a volte in antitesi tra loro, mentre univoca deve essere la politica della salute.

Non costituisce peraltro un traguardo, ma un punto di partenza, nel quale però tutte le realtà, in tema sanitario, sono finalmente allineate.

L'impegno solidale ed il senso di responsabilità da parte di tutti gli operatori, nonchè la partecipazione dei cittadini, dovranno contribuire a dimostrare la validità di questo disegno di legge che ha caratteristiche tali da consentirgli di manifestare, dopo il necessario tempo di avvio, tutta la sua grande carica politica, culturale ed operativa e di costituire, assieme alla già vigente

legislazione sul decentramento amministrativo e sulla partecipazione dei cittadini al governo delle scuole, nonchè alla legge sull'assistenza e sui servizi sociali, attualmente all'esame parlamentare, un cardine dello sviluppo civile della società italiana.

Per le considerazioni generali svolte, che ovviamente riflettono, nell'accentuazione o nell'attenuazione di giudizi, uno sforzo a rappresentare un denominatore comune nella complesa materia, sintesi che non vincola posizioni dei Gruppi di appartenenza, ed in virtù dell'analisi dettagliata delle normative proposte, i relatori confidano nel fattivo contributo degli onorevoli senatori, ai quali chiedono il conforto critico di proposte costruttive ed, infine, un voto favorevole al presente disegno di legge.

CRAVERO e MERZARIO, *relatori*

PARERE DELLA 1ª COMMISSIONE PERMANENTE

(AFFARI COSTITUZIONALI, AFFARI DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO E DELL'INTERNO, ORDINAMENTO GENERALE DELLO STATO E DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE)

15 novembre 1978

La Commissione Affari costituzionali, esaminato il disegno di legge, esprime parere favorevole. Osserva tuttavia quanto segue:

1) sarebbe opportuno, anche in coerenza con i princìpi del nostro ordinamento, disciplinare più attentamente la natura e il rilievo istituzionale delle unità sanitarie locali. Se si adotterà la soluzione di non attribuire alle USL personalità giuridica pubblica, esse dovranno essere configurate come strutture proprie dei comuni, prive, perciò, di organi gestionali e con l'esclusione della rilevanza esterna di atti direttamente soggetti al controllo del CORECO (art. 49); se invece, anche per esigenze di funzionalità, si attribuirà alle USL personalità giuridica pubblica, dovranno essere previsti organi gestionali dotati di propria autonomia funzionale, il numero, la struttura e la composizione dei quali potranno essere disciplinati da leggi regionali, con modelli differenziati ma coerenti con le esigenze di rappresentanza delle popolazioni e dei comuni interessati;

2) qualora sia adottata la seconda soluzione indicata *sub* 1) si raccomanda alla Commissione di merito di valutare se, per rispettare le competenze dei comuni in materia sanitaria, attribuite con il decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977, non sia il caso di concretizzare, attraverso più puntuali previsioni normative, il potere di vigilanza e di controllo politico dei comuni stessi (o per loro autonoma decisione ai sensi della legge 8 aprile 1976, n. 278) dei loro consigli circoscrizionali — soprattutto laddove il territorio della USL coincida con quello di un solo comune — su atti fondamentali, quali il bilancio, le piante organiche del personale, l'approvazione di spese a carattere poliennale; in tal caso il controllo del CORECO avverrebbe, su detti atti, in forma indiretta, cioè riguarderebbe solo gli atti comunali di approvazione;

3) analoga previsione potrebbe farsi per le USL coincidenti col territorio della comunità montana o di altre « forme associative » fra più comuni istituite ai sensi dell'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977. La Commissione di merito, con riguardo alla soluzione che avrà dato alle questioni sollevate ai punti *sub* 1) e *sub* 2), dovrà perciò valutare se le comunità montane o le altre forme associative fra comuni potranno diventare organi diretti di gestione delle USL, sempre laddove vi sia coincidenza territoriale fra le due strutture, o se invece non sia il caso di rendere uniformi e coerenti le gestioni, secondo scelte valide per tutte le USL, nei modi indicati al punto *sub* 1);

4) occorre disciplinare più diffusamente i rapporti tra personale delle strutture sanitarie — mutue ed ospedali — e personale delle USL e fra questi due livelli e il personale del comune — particolarmente se le USL dovessero restare prive di personalità giuridica — attraverso la individuazione di criteri e di indirizzi che le singole regioni dovranno osservare — la mobilità regionale del personale delle mutue e delle strutture sanitarie crea problemi di non scarso rilievo —: ciò per uniformità di trattamento, per evitare contenzioso e per incentivare il trasferimento del personale nelle sedi delle USL;

5) per quanto riguarda le funzioni delle regioni, si osserva che:

a) all'articolo 11, primo comma, devono essere soppresse le parole « delle norme di cui alla presente legge », perchè le funzioni legislative delle regioni non possono essere limitate da « norme » specifiche, ma solo da « princìpi fondamentali » delle leggi dello Stato (art. 117 Cost.);

b) non sarebbero ammissibili restrizioni delle funzioni amministrative già trasferite o delegate alle regioni col decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977;

c) all'articolo 5, la funzione statale di indirizzo e coordinamento non può essere regolata in modo diverso da quanto già stabilito in linea generale con la legge n. 382 del 1975, che ha esplicitamente soppresso ogni norma diversa, allo scopo di dare definitiva ed univoca regolamentazione ai rapporti fra Stato e regioni;

d) analoghe considerazioni, sempre all'articolo 5, si devono fare per quanto riguarda i rapporti fra Stato e regioni nello esercizio delle funzioni delegate; in particolare, il compito di emanare « istruzioni » (non direttive) non può spettare al singolo Ministro, ma al Governo, che deve rivolgersi al presidente della giunta regionale (articolo 121 della Costituzione) cui spetta dirigere le funzioni delegate;

6) si osserva infine che la delega legislativa prevista dall'articolo 59 non è conforme alle prescrizioni dell'articolo 76 della Costituzione, perchè è priva di qualsiasi indicazione dei criteri direttivi e perchè non sarebbe attuabile al di fuori di un disegno più generale di riforma di altri ministeri.

MANCINO

PARERE DELLA 5ª COMMISSIONE PERMANENTE

(PROGRAMMAZIONE ECONOMICA, BILANCIO, PARTECIPAZIONI STATALI)

9 novembre 1978

La Commissione Programmazione economica e bilancio esprime parere favorevole sul disegno di legge n. 1291 concernente la istituzione del servizio sanitario nazionale. Nello stesso tempo annota alcune doverose riserve sui dati relativi alle nuove ipotesi di spesa basate sia sugli imprevedibili costi della riforma e sia su quelli prevedibili ma non ancora accertati dell'attuale sistema di assistenza sanitaria ed ospedaliera.

L'articolo 52 prevede al riguardo una spesa complessiva pari alle « spese effettivamente sostenute nel 1977 dallo Stato, dalle Regioni, dalle province, dai comuni e loro consorzi, dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome estinti e posti in liquidazione ai sensi dell'articolo 12-*bis* della legge 17 agosto 1974, n. 386, e da ogni altro ente pubblico previsto dalla presente legge per l'esercizio delle funzioni attribuite al servizio sanitario nazionale ».

Ma è doveroso osservare che neppure alla data del 30 novembre 1978, fissata dall'articolo 7 della legge n. 461, quale termine utile per acquisire gli elementi di valutazione della spesa complessivamente sostenuta dagli enti e dallo Stato, sarà possibile al Tesoro disporre con certezza dei dati relativi al costo dell'assistenza sanitaria per il 1977.

Da questa situazione deriva l'impossibilità di quantificare la spesa per il 1979, se non per larga approssimazione.

È vero che la legge finanziaria prevede per il 1979 un maggiore stanziamento di 2.100 miliardi così ripartiti: 600 miliardi per le mutue; 1.500 miliardi per il fondo ospedaliero. Ma è anche vero che il volume finanziario di questo maggiore stanziamento è da considerarsi puramente orientativo, potendosi nel tempo rilevare inadeguato. Non bisogna dimenticare al riguardo che nella relazione previsionale del bilancio 1979 è data notizia che il disavanzo patrimoniale degli enti di malattia ammontava al 31 dicembre 1977 a 3.700 miliardi e il disavanzo di gestione per il 1978 è calcolato intorno ai 1.200 miliardi.

La somma di questi due disavanzi, pari a 4.900 miliardi, non è riportata in nessuna parte del bilancio dello Stato e, comunque, quella relativa al disavanzo di gestione pari a 1.200 miliardi non potrà non influire sulla modifica in aumento dei 2.100 miliardi stabiliti con la legge finanziaria.

È pertanto da osservare che il costo dell'assistenza sanitaria sulla base della stessa legislazione vigente ha una tendenza del tutto opposta a quella che si augurava il Ministro del tesoro quando, nel noto documento, fissava in 1.500 miliardi la diminuzione di spesa sanitaria.

Queste considerazioni valgono in riferimento alla legislazione vigente sulla spesa sanitaria.

Ma se passiamo allo studio delle nuove ipotesi di spesa derivanti dai nuovi servizi e dalla nuova dinamica di prestazioni concepiti dal disegno di legge in esame, siamo costretti a ritenere che il costo globale dell'assistenza sanitaria è soggetto ad ulteriori aumenti.

L'entità di tali aumenti non è conoscibile con certezza, sia perchè rimane ancora incerto il punto di partenza costituito dal difficile consuntivo dell'attuale servizio sanitario, sia perchè sono contraddittorie, e pertanto poco attendibili, le previsioni delle nuove spese elaborate in via presuntiva dagli esperti.

Si ha notizia di una maggiore spesa di 2.444 miliardi e però subito dopo si ritiene

inesatto tale dato. Rimane allora un dato certo: quello che non è possibile avere allo stato delle cose un dato esatto di previsione di spesa.

Si fa osservare più in generale, in linea con la nuova impostazione del processo di formazione del bilancio, che sarebbe opportuno valutare la possibilità di riferire la determinazione annuale del fondo alla legge finanziaria (piuttosto che alla legge di approvazione del bilancio) ferma restando la previsione di spesa su base pluriennale contenuta nel piano sanitario nazionale, previsione che troverebbe nel bilancio pluriennale statale una precisa rispondenza contabile.

Questa soluzione potrebbe forse consentire di evitare la adozione di parametri troppo rigidi, dei quali è difficile stimare in anticipo con esattezza i costi relativi, prefigurando una sede normativa nella quale prevedere quelle eventuali innovazioni sostanziali che si rendessero necessarie nella fase di graduale attivazione del fondo sanitario nazionale.

Infine si fa presente che il secondo comma dell'articolo 52 è superfluo, poichè la materia in esso disciplinata trova una più rigida regolamentazione nell'articolo 7 della legge n. 461 del 1978. Si propone pertanto il coordinamento fra questo articolo e quel comma. Se così non fosse, ci sarebbe da temere un ritardo, forse anche pregiudizievole, nella rilevazione dei dati ritenuti fondamentali per la quantificazione delle spese derivanti dal disegno di legge in esame.

CAROLLO

PARERE DELLA 4ª COMMISSIONE PERMANENTE (*)

(DIFESA)

La Commisione Difesa, in seduta plenaria, ha esaminato il disegno di legge n. 1291 per quanto attiene al rapporto tra il costituendo Servizio sanitario nazionale e le strutture esistenti della Sanità militare ed ha espresso un giudizio complessivamente positivo, accompagnato da alcune osservazioni e proposte di emendamento.

Il punto di riferimento della Commissione è stato il documento approvato nella seduta del 23 novembre 1977, a conclusione dell'indagine conoscitiva sulla Sanità militare e la prevenzione degli infortuni dei militari in servizio. Quella indagine aveva accertato la validità del proposito, contenuto nel « Libro bianco » della Difesa, di assicurare « l'inserimento armonico dell'organizzazione sanitaria militare nel contesto del costituendo Servizio sanitario nazionale » e, proprio in previsione della legge generale di riforma, si era richiamata ad alcuni presupposti fondamentali che ci sembra utile ricordare.

Preso atto che Governo e Parlamento non avevano mai considerato unitariamente il problema dell'assistenza sanitaria, consentendo che la « sanità civile e la sanità militare, procedessero parallelamente senza conoscersi e senza incontrarsi », il documento conclusivo affermava che « anche le Forze armate dovranno uniformarsi al principio costituzionale, reso operante dalla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, secondo cui la Repubblica tutela la salute di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali, secondo modalità che assicurino l'eguaglianza di trattamento e nel rispetto della dignità e della libertà della persona ».

Ne discendeva, da un lato, la necessità di « ricondurre la sanità militare alla sua funzione istituzionale di salvaguardia e presidio non solo dei cittadini alle armi, ma dell'intera comunità nazionale » e, dall'altro, la pari necessità che ai militari venga assicurato in ogni momento il diritto di usufruire delle strutture e dei servizi della sanità civile.

Più specificamente si indicavano i modi (tramite le nuove strutture locali e regionali previste) per stabilire « un nuovo rapporto di collaborazione tra autorità civili e militari, ad ogni livello, che metta in condizione sia l'organizzazione sanitaria civile che quella militare di intervenire compiutamente a garanzia della salute del cittadino-soldato e a difesa della integrità delle popolazioni ».

« ... Se volessimo riassumere in una semplice frase queste considerazioni, diremmo che il servizio sanitario è uno solo, con le articolazioni che le diverse esigenze suggeriscono...

Con la nascita del Servizio sanitario nazionale l'attività della sanità militare dovrà ulteriormente specializzarsi e distinguersi, diventare una cosa molto diversa dalla generica attività medica cui forzatamente si riduce ad essere in molte occasioni. In molti settori la sanità militare può diventare, se debitamente assecondata e aiutata, un servizio pilota, di avanguardia, giustificando ancora più la sua specifica ragion di essere ».

(*) Parere stampato in allegato alla relazione, ai sensi dell'articolo 39, quarto comma, del Regolamento.

L'indagine aveva in particolare accertato la grande importanza dell'attività di selezione e di prevenzione svolta dalla sanità militare attraverso il filtro delle visite di leva e riconosceva il diritto della sanità militare « ... riorganizzata dove è necessario, con strutture e mezzi clinico-diagnostici moderni, di svolgere l'attività di medicina preventiva, per i cittadini cui essa si rivolge, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale ».

Per quanto riguarda la diffusione della tossicomania, più pronunciata — com'è noto — proprio nell'età del servizio militare, l'indagine rilevava la necessità che autorità civili e militari svolgessero congiuntamente un'analisi al fine di stabilire i modi più idonei per la cura e il recupero dei tossicomani.

L'opportunità di un coordinamento tra sanità militare e civile veniva ribadita anche nel corso dell'esame dell'organizzazione ospedaliera militare.

« Gli ospedali militari — si concludeva — devono costituire un tessuto connettivo unitario con gli ospedali civili, in particolare con quelli policlinici universitari, così da consentire una valida collaborazione anche a livello scientifico ed una programmata apertura alla popolazione civile in caso di necessità ».

Veniva altresì affrontato il discorso — tuttora controverso — se l'eccedenza di posti-letto negli ospedali militari, quando si verifica in modo consistente e con carattere di relativa continuità, « può lasciare indifferente la collettività che deve fare continuamente i conti con la scarsità di posti-letto negli ospedali civili ».

Il documento propendeva per l'ipotesi di consentire, nell'ambito del processo di graduale trasferimento di talune delle attuali funzioni degli ospedali militari alla organizzazione civile, l'uso della struttura ospedaliera militare anche per l'assistenza ai civili. In questo caso la giurisdizione su tale attività non può che spettare all'autorità civile la quale si avvarrà necessariamente della collaborazione di quella militare.

Anche i servizi farmaceutici e di pronto soccorso svolti dalla Sanità militare venivano messi in rapporto con le esigenze della sanità in generale. Un lusinghiero apprezzamento si esprimeva per la tempestività e la larghezza di presidi terapeutici con cui lo stabilimento chimico-farmaceutico di Firenze era intervenuto in occasione delle calamità che hanno colpito in più occasioni il Paese, svolgendo una « funzione sociale che va non soltanto riconosciuta ma legittimata e potenziata ».

Più sorprendente pertanto appare l'omissione dell'esperto del Ministero della difesa nel Comitato destinato a proporre al Ministero della sanità il prontuario terapeutico del Servizio sanitario, come previsto dall'articolo 30 della legge di riforma.

Anche l'attività di pronto intervento, una delle specializzazioni caratteristiche della Sanità militare, è uno degli strumenti di cui essa si serve per la tutela di tutti i cittadini.

Ne consegue la necessità di creare servizi di pronto intervento nelle zone più disagiate e impervie del territorio nazionale, in ogni caso dovunque non esistono attrezzature ospedaliere vicine o sufficienti.

Il diffuso richiamo ai risultati dell'indagine conoscitiva non ci pare ripetitivo nè inutile, se valutiamo l'importanza dell'occasione che ci viene offerta. Le indicazioni contenute nel documento conclusivo di quell'indagine non possono tutte adeguatamente tradursi in norme legislative, ma riteniamo che esse, se comprese nello spirito che le informa, possono sopratutto giovare nella fase di applicazione della riforma.

I princìpi delineati negli articoli 1 e 4 del disegno di legge n. 1291 corrispondono a quello spirito; la partecipazione di un rappresentante del Ministero della difesa all'attività del Consiglio sanitario nazionale, giusta l'articolo 8, viene incontro ad un'esigenza ripetutamente manifestata; i piani sanitari regionali, definiti nell'articolo 11, ten-

gono giustamente conto della necessità di consultare anche gli organi della sanità militare territorialmente competenti; l'articolo 14 rispetta opportunamente la competenza delle autorità sanitarie militari per quanto riguarda gli accertamenti di carattere medico-legale che si svolgono in quell'ambito; la compilazione del libretto sanitario, prevista dall'articolo 27, fa specifico riferimento agli accertamenti e alle cure praticate durante il servizio di leva.

Non appaiono invece precisati i ruoli di raccordo tra le strutture ospedaliere civili e quelle militari, ciò che potrà perpetuare le contraddizioni attualmente esistenti.

Nell'intento di contenere al massimo le proposte di modifica, anche perchè la chiarezza dei princìpi che guidano il disegno di legge non potrà evitare, in prosieguo di tempo, di colmare talune lacune e omissioni presenti nel disegno di legge, la Commissione Difesa ritiene di proporre i seguenti emendamenti:

Articolo 5, ultimo comma:

« Il Ministero della sanità, il Ministero della difesa e le amminsitrazioni regionali eccetera ».

Articolo 11, terzo comma, in fondo si aggiunge:

« Con questi ultimi le Regioni possono concordare:

a) l'uso delle strutture ospedaliere militari in favore delle popolazioni civili nei casi di calamità, epidemie e per altri scopi che si ritengano necessari;

b) l'uso dei servizi di prevenzione delle unità sanitarie locali al fine di contribuire al miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie dei militari ».

Articolo 27, primo comma, dopo le parole: « coperti dal segreto professionale », inserire le parole: « Tali dati conservano valore ai fini dell'anamnesi richiesta dalla visita di leva ». (Il comma prosegue inalterato: « Nel libretto sanitario ecc. »).

Articolo 30, primo comma, prima delle parole: « da un rappresentante del Ministero dell'industria, del commercio e dell'artigianato », inserire le parole: « da un esperto designato dal Ministro della difesa, scelto tra farmacisti operanti nello Stabilimento chimico-farmaceutico militare ».

DE ZAN

DISEGNO DI LEGGE

APPROVATO DALLA CAMERA DEI DEPUTATI

TITOLO I

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

CAPO I

PRINCÌPI ED OBIETTIVI

Art. 1.

(*I princìpi*)

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale.

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di 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.

Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.

DISEGNO DI LEGGE

TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

TITOLO I

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

CAPO I

PRINCÌPI ED OBIETTIVI

Art. 1.

(*I princìpi*)

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

Art. 2.

(*Gli obiettivi*)

Il conseguimento delle finalità di cui al precedente articolo è assicurato mediante:

1) la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità;

2) la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro;

3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi qualunque ne siano le cause, la fenomenologia e la durata;

4) la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica;

5) la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;

6) l'igiene degli alimenti, delle bevande e degli animali per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo;

7) una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e la economicità del prodotto;

8) la formazione professionale e permanente del personale del servizio sanitario nazionale, nonchè l'aggiornamento scientifico culturale dello stesso.

Il servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue attività persegue:

a) il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese;

b) la sicurezza del lavoro, con la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, per prevenire ed eliminare con-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 2.

(*Gli obiettivi*)

Identico:

1) *identico;*

2) *identico;*

3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata;

4) *identico;*

5) *identico;*

6) l'igiene degli alimenti, delle bevande dei prodotti e avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonchè la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed il controllo della loro alimentazione integrata e medicata;

7) *identico;*

8) la formazione professionale e permanente nonchè l'aggiornamento scientifico culturale del personale del servizio sanitario nazionale.

Il servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue:

a) *identica;*

b) *identica;*

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

dizioni pregiudizievoli alla salute e per garantire nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro gli strumenti ed i servizi necessari;

c) le scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia, per assicurare la riduzione dei fattori di rischio connessi con la gravidanza e con il parto, le migliori condizioni di salute per la madre e la riduzione del tasso di patologia e di mortalità perinatale ed infantile;

d) la promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola per l'infanzia, e favorendo con ogni mezzo l'integrazione dei soggetti handicappati;

e) la tutela sanitaria delle attività sportive;

f) la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono condurre alla loro emarginazione;

g) la tutela della salute mentale, privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici;

h) la identificazione e la eliminazione delle cause degli inquinamenti dell'atmosfera, delle acque e del suolo.

CAPO II

COMPETENZE E STRUTTURE

Art. 3.

(*Programmazione di obiettivi e di prestazioni sanitarie*)

Lo Stato, nell'ambito della programmazione economica nazionale, determina, con

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

c) *identica;*

d) la promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, e favorendo con ogni mezzo l'integrazione dei soggetti handicappati;

e) *identica;*

f) la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione;

g) *identica;*

h) *identica.*

CAPO II

COMPETENZE E STRUTTURE

Art. 3.

(*Programmazione di obiettivi e di prestazioni sanitarie*)

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

il concorso delle regioni, gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale.

La legge dello Stato, in sede di approvazione del piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53, fissa i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini.

Art. 4.

(*Uniformità delle condizioni di salute sul territorio nazionale*)

Con legge dello Stato sono dettate norme dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale e le relative sanzioni penali, particolarmente in materia di:

1) inquinamento dell'atmosfera, delle acque e del suolo;

2) igiene e sicurezza in ambienti di vita e di lavoro;

3) omologazione, per fini prevenzionali, di macchine, di impianti, di attrezzature e di mezzi personali di protezione;

4) tutela igienica degli alimenti e delle bevande;

5) ricerca e sperimentazione clinica e sperimentazione sugli animali;

6) raccolta, frazionamento, conservazione e distribuzione del sangue umano.

Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono fissati i limiti massimi inderogabili di accettabilità di inquinamento di natura chimica, fisica e biologica e delle emissioni sonore negli ambienti di lavoro, abitativi e nell'ambiente esterno.

Art. 5.

(*Indirizzo e coordinamento delle attività amministrative regionali*)

La funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle regioni in

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 4.

(*Uniformità delle condizioni di salute sul territorio nazionale*)

Con legge dello Stato sono dettate norme dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale e stabilite le relative sanzioni penali, particolarmente in materia di:

1) *identico*;

2) *identico*;

3) *identico*;

4) *identico*;

5) *identico*;

6) *identico*.

Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono fissati e periodicamente sottoposti a revisione i limiti massimi di esposizione ad inquinanti di natura chimica, fisica e biologica e delle emissioni sonore negli ambienti di lavoro, abitativi e nell'ambiente esterno.

Art. 5.

(*Indirizzo e coordinamento delle attività amministrative regionali*)

La funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle regioni in

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

materia sanitaria, che attiene ad esigenze di carattere unitario, anche con riferimento agli obiettivi della programmazione economica nazionale, alle esigenze di rigore e di efficacia della spesa sanitaria ed agli impegni derivanti dagli obblighi internazionali e comunitari, spetta allo Stato e viene esercitata, fuori dei casi in cui si provveda con legge o con atto avente forza di legge, mediante deliberazioni del Consiglio dei ministri, su proposta del Presidente del Consiglio, d'intesa con il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Fuori dei casi in cui si provveda con legge o con atto avente forza di legge, l'esercizio della funzione di cui al precedente comma può essere delegato di volta in volta dal Consiglio dei ministri al Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) per la determinazione dei criteri operativi nelle materie di sua competenza, oppure al Ministro della sanità quando si tratti di affari particolari.

Il Ministro della sanità esercita le competenze attribuitegli dalla presente legge ed emana le direttive concernenti le attività delegate alle regioni.

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

Il Ministro della sanità e le amministrazioni regionali sono tenuti a fornirsi reciprocamente ed a richiesta ogni notizia utile allo svolgimento delle proprie funzioni.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

materia sanitaria, attinente ad esigenze di carattere unitario, anche con riferimento agli obiettivi della programmazione economica nazionale, ad esigenze di rigore e di efficacia della spesa sanitaria nonchè agli impegni derivanti dagli obblighi internazionali e comunitari, spetta allo Stato e viene esercitata, fuori dei casi in cui si provveda con legge o con atto avente forza di legge, mediante deliberazioni del Consiglio dei ministri, su proposta del Presidente del Consiglio, d'intesa con il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

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

Identico.

In caso di persistente inattività degli organi regionali nell'esercizio delle funzioni delegate, qualora l'inattività relativa alle materie delegate riguardi adempimenti da svolgersi entro termini perentori previsti dalla legge o risultanti dalla natura degli interventi, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, dispone il compimento degli atti relativi in sostituzione dell'amministrazione regionale.

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

Art. 6.

(*Competenze dello Stato*)

Sono di competenza dello Stato le funzioni amministrative concernenti:

a) i rapporti internazionali e la profilassi internazionale: marittima, aerea e di frontiera; l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero e l'assistenza in Italia agli stranieri ed agli apolidi, nei limiti ed alle condizioni previste da impegni internazionali, avvalendosi dei presidi sanitari esistenti;

b) la profilassi delle malattie infettive e diffusive, per le quali siano imposte la vaccinazione obbligatoria o misure quarantenarie;

c) la produzione, la registrazione, la ricerca, la sperimentazione, il commercio e l'informazione concernenti i prodotti chimici usati in medicina, i preparati farmaceutici, i preparati galenici, le specialità medicinali, i vaccini, i virus, i sieri, le tossine e i prodotti assimilati, gli emoderivati, i presidi sanitari e medico-chirurgici ed i prodotti assimilati;

d) la coltivazione, la produzione, la fabbricazione, l'impiego, il commercio all'ingrosso, l'esportazione, l'importazione, il transito, l'acquisto, la vendita e la detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, salvo che per le attribuzioni già conferite alle regioni dalla legge 22 dicembre 1975, n. 685;

e) la produzione, la registrazione e il commercio dei prodotti dietetici, degli alimenti per la prima infanzia e la cosmesi;

f) l'elencazione e la determinazione delle modalità di impiego degli additivi e dei coloranti permessi nella lavorazione degli alimenti e delle bevande e nella produzione degli oggetti d'uso personale e domestico; la determinazione delle caratteristiche igienico-sanitarie dei materiali e dei recipienti

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 6.

(*Competenze dello Stato*)

Identico:

a) i rapporti internazionali e la profilassi internazionale, marittima, aerea e di frontiera, anche in materia veterinaria; l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero e l'assistenza in Italia agli stranieri ed agli apolidi, nei limiti ed alle condizioni previste da impegni internazionali, avvalendosi dei presidi sanitari esistenti;

b) gli interventi contro le epidemie e le epizoozie;

c) *identica*;

d) la produzione, la registrazione, la ricerca, la sperimentazione, il commercio e l'informazione concernenti i prodotti chimici usati in medicina, i preparati farmaceutici, i preparati galenici, le specialità medicinali, i vaccini, gli immunomodulatori cellulari e virali, i sieri, le anatossine e i prodotti assimilati, gli emoderivati, i presidi sanitari e medico-chirurgici ed i prodotti assimilati anche per uso veterinario;

e) *identica*;

f) *identica*;

g) *identica*;

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)	(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)
destinati a contenere e conservare sostanze alimentari e bevande, nonchè degli oggetti destinati comunque a venire a contatto con sostanze alimentari;	
g) la determinazione di indici di qualità e di salubrità degli alimenti e delle bevande alimentari;	*h*) *identica;*
h) la produzione, la registrazione, il commercio e l'impiego di gas tossici e delle altre sostanze pericolose e di forme di energia capaci di alterare l'equilibrio biologico ed ecologico;	*i*) la produzione, la registrazione, il commercio e l'impiego delle sostanze chimiche e delle forme di energia capaci di alterare l'equilibrio biologico ed ecologico;
i) i controlli sanitari sulla produzione dell'energia termoelettrica e nucleare e sulla produzione, il commercio e l'impiego delle sostanze radioattive;	*k*) *identica;*
l) il prelievo di parti di cadavere, la loro utilizzazione e il trapianto di organi limitatamente alle funzioni di cui alla legge 2 dicembre 1975, n. 644;	*l*) *identica;*
m) la disciplina generale del lavoro e della produzione ai fini della prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;	*m*) *identica;*
n) l'omologazione di macchine, di impianti e di mezzi personali di protezione;	*n*) *identica;*
o) l'Istituto superiore di sanità, secondo le norme di cui alla legge 7 agosto 1973, n. 519, ed alla presente legge;	*o*) *identica;*
	p) l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro secondo le norme previste dalla presente legge;
p) la fissazione dei requisiti per la determinazione dei profili professionali degli operatori sanitari; le disposizioni generali per la durata e la conclusione dei corsi; la determinazione dei requisiti necessari per la ammissione alle scuole, nonchè dei requisiti per l'esercizio delle professioni mediche e sanitarie ausiliarie;	*q*) *identica;*
q) il riconoscimento e la equiparazione dei servizi sanitari prestati in Italia e all'estero dagli operatori sanitari ai fini dell'ammissione ai concorsi e come titolo nei concorsi stessi;	*r*) *identica;*
r) gli ordini e i collegi professionali;	*s*) *identica;*
s) il riconoscimento delle proprietà terapeutiche delle acque minerali e termali e	*t*) *identica;*

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

la pubblicità relativa alla loro utilizzazione a scopo sanitario;

t) la individuazione delle malattie infettive e diffusive del bestiame per le quali, in tutto il territorio nazionale, sono disposti l'obbligo di abbattimento e, se del caso, la distruzione degli animali infetti o sospetti di infezione o di contaminazione; la determinazione degli interventi obbligatori in materia di zooprofilassi; le prescrizioni inerenti all'impiego dei princìpi attivi, degli additivi e delle sostanze minerali e chimico-industriali nei prodotti destinati all'alimentazione zootecnica;

u) l'organizzazione sanitaria militare.

Art. 7.

(*Funzioni delegate alle regioni*)

È delegato alle regioni l'esercizio delle funzioni amministrative concernenti:

a) la profilassi delle malattie infettive e diffusive, di cui al precedente articolo 6, lettera *b*), ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie e le altre misure profilattiche già di competenza degli uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera, previste dalla legge 27 aprile 1974, n. 174, e successive modificazioni, nonchè le funzioni spettanti ai veterinari di confine, di porto e di aeroporto, previste dall'articolo 32 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e dall'articolo 45 del decreto del Presidente della Repubblica 8 febbraio 1954, n. 320. Nel determinare i criteri ed indirizzi per l'esercizio della delega il Governo prescrive, se necessario, particolari cautele e condizioni minime di struttu-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

u) *identica;*

v) *identica;*

z) i servizi sanitari istituiti per le Forze armate ed i Corpi di polizia, per il Corpo degli agenti di custodia e per il Corpo nazionale dei vigili del fuoco, nonchè i Servizi dell'Azienda autonoma delle ferrovie dello Stato relativi all'accertamento tecnico-sanitario delle condizioni del personale dipendente.

Art. 7.

(*Funzioni delegate alle regioni*)

Identico:

a) la profilassi delle malattie infettive e diffusive, di cui al precedente articolo 6, lettere *b*) *e c*), ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie e le altre misure profilattiche già di competenza degli uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera, previste dalla legge 27 aprile 1974, n. 174, e successive modificazioni, nonchè le funzioni spettanti ai veterinari di confine, di porto e di aeroporto, previste dall'articolo 32 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e dall'articolo 45 del decreto del Presidente della Repubblica 8 febbraio 1954, n. 320. Ai fini dell'esercizio della suddetta delega il Governo è autorizzato a prescrivere, se necessario, particolari cautele e condizioni minime di strutture di

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

re di uffici per il disimpegno di servizi particolarmente gravosi in porti ed aeroporti e posti di confine;

b) l'attuazione degli adempimenti disposti dall'autorità sanitaria statale ai sensi della lettera *t*) del precedente articolo 6;

c) i controlli sulla produzione, detenzione, commercio e impiego dei gas tossici e delle altre sostanze pericolose;

d) il controllo dell'idoneità dei locali ed attrezzature per il commercio e il deposito delle sostanze radioattive naturali ed artificiali e di apparecchi generatori di radiazioni ionizzanti; il controllo sulla radioattività ambientale;

e) i controlli sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici, degli alimenti per la prima infanzia e la cosmesi.

Il Ministero della sanità provvede, se necessario, alla costituzione ed alla conservazione di scorte di sieri, di vaccini, di presidi profilattici e di medicinali di uso non ricorrente, da destinare alle regioni per esigenze eccezionali di profilassi e cura delle malattie infettive, diffusive e parassitarie per le quali siano imposte la vaccinazione obbligatoria o misure quarantenarie.

Le regioni esercitano le funzioni delegate di cui al presente articolo mediante subdelega ai comuni. Per quanto riguarda gli uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera e le funzioni veterinarie di confine, di porto e di aeroporto la subdelega deve essere concessa in base a specifiche direttive del Governo.

Art. 8.

(*Consiglio sanitario nazionale*)

È istituito il Consiglio sanitario nazionale con funzioni di consulenza e di proposta nei confronti del Governo per la determi-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

uffici per il disimpegno di servizi particolarmente gravosi in porti ed aeroporti e posti di confine;

b) l'attuazione degli adempimenti disposti dall'autorità sanitaria statale ai sensi della lettera *u*) del precedente articolo 6;

c) *identica;*

d) *identica;*

e) *identica.*

Le regioni provvedono all'approvvigionamento di sieri e vaccini necessari per le vaccinazioni obbligatorie in base ad un programma concordato con il Ministero della sanità.

Il Ministero della sanità provvede, se necessario, alla costituzione ed alla conservazione di scorte di sieri, di vaccini, di presidi profilattici e di medicinali di uso non ricorrente, da destinare alle regioni per esigenze particolari di profilassi e cura delle malattie infettive, diffusive e parassitarie.

Identico.

Art. 8.

(*Consiglio sanitario nazionale*)

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

nazione delle linee generali della politica sanitaria nazionale e per l'elaborazione e la attuazione del piano sanitario nazionale.

Esso deve essere sentito obbligatoriamente in ordine ai programmi globali di prevenzione anche primaria, alla determinazione dei livelli di prestazioni sanitarie stabiliti con le modalità di cui al secondo comma dell'articolo 3 e alla ripartizione degli stanziamenti di cui all'articolo 51, nonchè sulle fasi di attuazione del servizio sanitario nazionale e sulla programmazione del fabbisogno di personale sanitario necessario alle esigenze del servizio sanitario nazionale.

Esso predispone una relazione annuale sullo stato sanitario del paese, sulla quale il Ministro della sanità riferisce al Parlamento entro il 31 marzo di ogni anno.

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

a) da un rappresentante per ciascuna regione e, per quanto concerne la regione Trentino-Alto Adige, da un rappresentante della provincia di Trento e da un rappresentante della provincia di Bolzano;

b) da tre rappresentanti del Ministero della sanità e da un rappresentante per ciascuno dei seguenti Ministeri: lavoro e previdenza sociale, pubblica istruzione, interno, difesa, tesoro, bilancio e programmazione economica, agricoltura e foreste, industria, commercio e artigianato, marina mercantile; da un rappresntante designato dal Ministro per il coordinamento della ricerca scientifica e tecnologica;

c) dal direttore dell'Istituto superiore di sanità, dal direttore dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, da un rappresentante del Consiglio nazionale delle ricerche e da sei esperti in materia sanitaria designati dal CNEL.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Il Consiglio è sentito obbligatoriamente in ordine ai programmi globali di prevenzione anche primaria, alla determinazione dei livelli di prestazioni sanitarie stabiliti con le modalità di cui al secondo comma dell'articolo 3 e alla ripartizione degli stanziamenti di cui all'articolo 51, nonchè alle fasi di attuazione del servizio sanitario nazionale e alla programmazione del fabbisogno di personale sanitario necessario alle esigenze del servizio sanitario nazionale.

Identico.

Identico:

a) *identica;*

b) da tre rappresentanti del Ministero della sanità e da un rappresentante per ciascuno dei seguenti Ministeri: lavoro e previdenza sociale; pubblica istruzione; interno; difesa; tesoro; bilancio e programmazione economica; agricoltura e foreste; industria, commercio e artigianato; marina mercantile; da un rappresentante designato dal Ministro per il coordinamento delle iniziative per la ricerca scientifica e tecnologica;

c) dal direttore dell'Istituto superiore di sanità, dal direttore dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, da un rappresentante del Consiglio nazionale delle ricerche e da dieci esperti in materia sanitaria designati dal CNEL, tenendo presenti i criteri di rappresentatività e competenze funzionali al Servizio sanitario nazionale.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

Per ogni membro effettivo deve essere nominato, con le stesse modalità sopra previste, un membro supplente che subentra in caso di assenza o impedimento del titolare.

Il Consiglio elegge tra i suoi componenti un vicepresidente.

L'articolazione in sezioni, le modalità di funzionamento e le funzioni di segreteria del Consiglio sono disciplinate con regolamento emanato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio stesso.

Art. 9.

(*Istituto superiore di sanità*)

L'Istituto superiore di sanità è organo tecnico scientifico del servizio sanitario nazionale dotato di strutture ed ordinamenti particolari e di autonomia scientifica. Esso dipende dal Ministro della sanità e collabora con le regioni per l'attività dei presidi igienico sanitari che operano nel loro territorio. Le modalità della collaborazione delle regioni con l'Istituto superiore di sanità sono disciplinate nell'ambito dell'attività governativa di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 5.

L'Istituto superiore di sanità predispone il proprio programma annuale di ricerca, tenendo conto degli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e delle proposte avanzate dalle regioni. Tale programma è approvato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

L'attività di ricerca dell'Istituto è svolta avvalendosi anche degli istituti pubblici a carattere scientifico e delle altre istituzioni pubbliche operanti nel settore; possono inoltre essere chiamati a collaborare istituti privati di riconosciuto valore scientifico.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Identico.

Identico.

Identico.

Art. 9.

(*Istituto superiore di sanità*)

L'Istituto superiore di sanità è organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale dotato di strutture e ordinamenti particolari e di autonomia scientifica. Esso dipende dal Ministro della sanità e collabora con le unità sanitarie locali, tramite le regioni, e con le regioni stesse, su richiesta di queste ultime, fornendo nell'ambito dei propri compiti istituzionali le informazioni e le consulenze eventualmente necessarie. Esso esplica attività di consulenza nelle materie di competenza dello Stato, di cui al precedente articolo 6 della presente legge, ad eccezione di quelle previste dalle lettere *m*) e *n*).

L'Istituto, per l'assolvimento dei propri compiti istituzionali, ha facoltà di accedere agli impianti produttivi nonchè ai presidi e servizi sanitari per compiervi gli accertamenti e i controlli previsti dall'articolo 1 della legge 7 agosto 1973, n. 419. Tale facoltà è inoltre consentita all'Istituto su richiesta delle regioni.

L'Istituto, in attuazione di un programma predisposto dal Ministro della sanità, organizza, in collaborazione con le regioni, le università e le altre istituzioni pubbliche a carattere scientifico, corsi di specializzazione ed aggiornamento in materia di sanità pubblica per gli operatori sanitari; esso inoltre appronta ed aggiorna periodicamente l'Inventario nazionale delle sostanze chimiche corredato dalle caratteristiche

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

La lettera *b*), primo comma, dell'articolo 13 della legge 7 agosto 1973, n. 519, è sostituita dalla seguente:

« *b*) da dieci esperti nominati per tre anni con decreto del Ministro della sanità tra personalità operanti nell'ambito di università e istituti a carattere scientifico, italiani ed eventualmente stranieri, o nell'ambito del Consiglio nazionale delle ricerche, e da dieci esperti di nazionalità italiana nominati per tre anni, con decreto del Ministro della sanità, tra personalità operanti nell'ambito delle università e dei presidi igienico-sanitari regionali. Tali esperti sono nominati su proposta del Consiglio sanitario nazionale ».

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

chimico-fisiche e tossicologiche necessarie per la valutazione del rischio sanitario connesso alla loro presenza nell'ambiente; predispone i propri programmi di ricerca tenendo conto degli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e delle proposte avanzate dalle regioni. Tali programmi sono approvati dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

L'Istituto svolge l'attività di ricerca avvalendosi degli istituti pubblici a carattere scientifico e delle altre istituzioni pubbliche operanti nel settore; possono inoltre esser chiamati a collaborare istituti privati di riconosciuto valore scientifico.

Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, verranno determinati gli organici e i contingenti dell'Istituto superiore di sanità.

Il secondo comma dell'articolo 4 della legge 7 agosto 1973, n. 519, è sostituito dal seguente:

« La suddivisione dell'Istituto in laboratori, il loro numero e le loro competenze sono stabilite con decreto del Ministro della sanità, su proposta del Comitato scientifico e del Comitato amministrativo secondo le modalità previste dall'articolo 62 della legge 7 agosto 1973, n. 519 ».

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

Art. 10.

(*L'organizzazione territoriale*)

Alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di unità sanitarie locali.

L'unità sanitaria locale è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni singoli o associati, i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale di cui alla presente legge.

L'unità sanitaria locale si articola di regola in distretti sanitari di base per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.

I distretti sanitari di base sono strutture tecnico-funzionali dell'unità sanitaria locale, rispetto alla quale non presentano autonomia giuridica.

Art. 11.

(*Competenze regionali*)

Le regioni esercitano le funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera nel rispetto dei princìpi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato e delle norme di cui alla presente legge ed esercitano le funzioni amministrative proprie o loro delegate.

Le leggi regionali devono altresì conformarsi ai seguenti princìpi:

a) coordinare l'intervento sanitario con gli interventi negli altri settori economici, sociali e di organizzazione del territorio di competenza delle regioni;

b) unificare l'organizzazione sanitaria su base territoriale e funzionale adeguando la normativa alle esigenze delle singole situazioni regionali.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 10.

(*L'organizzazione territoriale*)

Identico.

L'unità sanitaria locale è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale di cui alla presente legge.

Sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale i Comuni, singoli o associati, o le Comunità montane articolano le unità sanitarie locali in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.

Soppresso.

Art. 11.

(*Competenze regionali*)

Le regioni esercitano le funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera nel rispetto dei princìpi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato ed esercitano le funzioni amministrative proprie o loro delegate.

Le leggi regionali devono in particolare conformarsi ai seguenti princìpi:

a) *identica;*

b) *identica;*

c) assicurare la corrispondenza tra costi dei servizi e relativi benefici.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

Le regioni svolgono la loro attività secondo il metodo della programmazione pluriennale e della più ampia partecipazione democratica, in armonia con le rispettive norme statutarie. A tal fine, nell'ambito dei programmi regionali di sviluppo, predispongono piani sanitari regionali, previa consultazione degli enti locali, delle università presenti nel territorio regionale, delle organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali e degli operatori della sanità, nonchè degli organi della sanità militare territorialmente competenti.

Le regioni, sentiti i comuni interessati, determinano gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali, che debbono coincidere con gli ambiti territoriali di gestione dei servizi sociali.

All'atto della determinazione degli ambiti di cui al comma precedente, le regioni provvedono altresì ad adeguare la delimitazione dei distretti scolastici e di altre unità di servizio in modo che essi, di regola, coincidano.

Art. 12.
(*Attribuzioni delle province*)

Fino all'entrata in vigore della legge di riforma delle autonomie locali spetta alle province approvare, nell'ambito dei piani sanitari regionali, la localizzazione dei presidi e servizi sanitari ed esprimere parere sulle delimitazioni territoriali di cui al quarto comma del precedente articolo 11.

Art. 13.
(*Attribuzioni dei comuni*)

Sono attribuite ai comuni tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera che non siano espressamente riservate allo Stato ed alle regioni.

I comuni esercitano le funzioni di cui alla presente legge in forma singola o associata mediante la unità sanitaria locale.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Identico.

Identico.

Identico.

Art. 12.
(*Attribuzioni delle province*)

Identico.

Art. 13.
(*Attribuzioni dei comuni*)

Identico.

I comuni esercitano le funzioni di cui alla presente legge in forma singola o associata mediante le unità sanitarie locali, ferme restando le attribuzioni di ciascun sindaco quale autorità sanitaria locale.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

Quando in un comune sono comprese più unità sanitarie locali queste vengono gestite dal comune avvalendosi degli organi del decentramento amministrativo di cui alla legge 8 aprile 1976, n. 278.

Quando l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale comprende il territorio di più comuni questi devono gestirla in forma associata nei modi e nelle forme previsti dalla presente legge e dalle leggi regionali, ferme restando le attribuzioni di ciascun sindaco quale autorità sanitaria locale.

I comuni, anche con riferimento alla legge 8 aprile 1976, n. 278, assicurano la più ampia partecipazione degli operatori della sanità, delle formazioni sociali esistenti sul territorio e dei cittadini a tutte le fasi della programmazione dell'attività delle unità sanitarie locali e alla gestione sociale dei servizi sanitari, nonchè al controllo della loro funzionalità e rispondenza alle finalità del servizio sanitario nazionale e agli obiettivi dei piani sanitari triennali delle regioni di cui all'articolo 55. Disciplinano inoltre, anche ai fini dei compiti di educazione sanitaria propri dell'unità sanitaria locale, la partecipazione degli utenti direttamente interessati all'attuazione dei singoli servizi.

Art. 14.

(*Unità sanitarie locali*)

L'ambito territoriale di attività di ciascuna unità sanitaria locale è delimitato in base a gruppi di popolazione di regola compresi tra 50.000 e 200.000 abitanti, tenuto conto delle caratteristiche geomorfologiche e socioeconomiche della zona.

Nel caso di aree a popolazione particolarmente concentrata o sparsa e anche al fine di consentire la coincidenza con un territorio comunale adeguato, sono consentiti limiti più elevati o, in casi particolari, più ristretti.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Soppresso.

Soppresso.

I comuni, anche con riferimento alla legge 8 aprile 1976, n. 278, nonchè alle leggi regionali, assicurano la più ampia partecipazione degli operatori della sanità, delle formazioni sociali esistenti sul territorio e dei cittadini, a tutte le fasi della programmazione dell'attività delle unità sanitarie locali e alla gestione sociale dei servizi sanitari, nonchè al controllo della loro funzionalità e rispondenza alle finalità del servizio sanitario nazionale e agli obiettivi dei piani sanitari triennali delle regioni di cui all'articolo 55. Disciplinano inoltre, anche ai fini dei compiti di educazione sanitaria propri dell'unità sanitaria locale, la partecipazione degli utenti direttamente interessati all'attuazione dei singoli servizi.

Art. 14.

(*Unità sanitarie locali*)

Identico.

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)	(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)
Nell'ambito delle proprie competenze, l'unità sanitaria locale provvede in particolare:	*Identico*:
a) all'educazione sanitaria;	*a*) *identica;*
b) all'igiene dell'ambiente;	*b*) *identica;*
c) alla prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche;	*c*) *identica;*
d) alla protezione sanitaria materno-infantile, all'assistenza pediatrica e alla tutela del diritto alla procreazione cosciente e responsabile;	*d*) *identico;*
e) all'igiene e medicina scolastica negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado;	*e*) *identico;*
f) all'igiene e medicina del lavoro, nonchè alla prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;	*f*) *identico;*
g) alla medicina dello sport e alla tutela sanitaria delle attività sportive;	*g*) *identico;*
h) all'assistenza medico-generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale;	*h*) *identico;*
i) all'assistenza medico-specialistica e infermieristica, ambulatoriale e domiciliare, per le malattie fisiche e psichiche;	*i*) *identico;*
l) all'assistenza ospedaliera per le malattie fisiche e psichiche;	*l*) *dentico;*
m) alla riabilitazione;	*m*) *identico;*
n) all'assistenza farmaceutica e alla vigilanza sulle farmacie;	*n*) *identico;*
o) all'igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e delle bevande;	*o*) *identico;*
p) alla profilassi e alla polizia veterinaria; alla ispezione e alla vigilanza veterinaria sugli animali destinati ad alimentazione umana, sugli impianti di macellazione e di trasformazione, sugli alimenti di origine animale, sull'alimentazione zootecnica e sulle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo, sulla riproduzione, allevamento e sanità animale, sui farmaci di uso veterinario;	*p*) *identico;*
q) agli accertamenti sanitari necessari alle certificazioni di carattere medico-legale spettanti all'autorità sanitaria pubblica a nor-	*q*) agli accertamenti, alle certificazioni ed a ogni altra prestazione medico-legale spettanti al servizio sanitario nazionale, con

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

ma della legislazione vigente, con esclusione di quelli di competenza delle autorità sanitarie militari.

Art. 15.

(*Struttura e funzionamento delle unità sanitarie locali*)

La costituzione, l'organizzazione, i compiti e il funzionamento delle unità sanitarie locali sono disciplinati con legge regionale in conformità ai princìpi indicati nella presente legge.

La legge regionale stabilisce norme per:

1) la costituzione e la gestione dell'unità sanitaria locale;

2) la definizione delle strutture della unità sanitaria locale, prevedendo in particolare la creazione di un organo collegiale di gestione, i cui membri siano eletti col metodo proporzionale o con voto limitato per consentire alla minoranza di esprimere autonomamente la propria rappresentanza, e che sia espressione: del consiglio comunale, quando il territorio comunale coincide con quello dell'unità sanitaria locale; dei consigli dei comuni interessati, quando l'ambito dell'unità sanitaria locale comprende il territorio di più comuni; del consiglio comunale e dei consigli circoscrizionali interessati, quando l'ambito dell'unità sanitaria locale corrisponde ad una parte del territorio comunale. Quando l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale corrisponde a quello di una comunità montana, alla gestione dell'unità sanitaria locale provvedono gli organi della comunità, fermo il principio della presenza della minoranza;

3) assicurare l'autonomia tecnico-funzionale dei servizi dell'unità sanitaria locale, il loro coordinamento e la partecipazione degli operatori, anche mediante l'istituzione di specifici organi di consultazione tecnica;

4) l'individuazione di un ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale, responsa-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

esclusione di quelle di competenza dell'autorità sanitaria militare, relativamente al personale militare.

Art. 15.

(*Struttura e funzionamento delle unità sanitarie locali*)

L'unità sanitaria locale, definita dall'articolo 10, secondo comma, della presente legge, è una struttura operativa dei Comuni, singoli o associati, e delle comunità montane.

Organi della unità sanitaria locale sono:

1) l'assemblea generale;

2) il comitato di gestione e il suo Presidente.

L'assemblea generale è costituita:

a) dal consiglio comunale se l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale coincide con quello del comune;

b) dall'assemblea generale dell'associazione dei Comuni, costituita ai sensi dell'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 27 luglio 1977, n. 616, se l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale corrisponde a quello complessivo dei comuni associati;

c) dall'assemblea generale della comunità montana se il suo ambito territoriale coincide con quello dell'unità sanitaria locale. Qualora il territorio della unità sanitaria locale comprenda anche comuni non facenti parte della comunità montana, l'assemblea sarà integrata da rappresentanti di tali comuni.

In armonia con la legge dell'8 aprile 1976, n. 278, il comune può stabilire forme di partecipazione dei consigli circoscrizionali all'attività delle unità sanitarie locali e quando il territorio di queste coincide con quello delle circoscrizioni può attribuire ai consigli circoscrizionali poteri che gli sono conferiti dalla presente legge.

L'assemblea generale dell'associazione dei comuni di cui alla lettera *b*) è formata dai

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

bile dell'organizzazione, del coordinamento, della gestione e del funzionamento di tutti i servizi, nonchè dell'amministrazione del personale. In particolare, nel rispetto dell'autonomia tecnico-funzionale dei servizi e sulla base delle direttive dell'organo collegiale di gestione, tale ufficio promuove e coordina le attività dell'unità sanitaria locale, sovraintende all'amministrazione economico-finanziaria e all'amministrazione del personale, del provveditorato e dell'economato e ne risponde all'organo collegiale. Per il personale preposto all'ufficio di direzione della unità sanitaria locale le norme delegate, di cui al terzo comma dell'articolo 47, devono prevedere specifici requisiti di professionalità e di esperienza in materia di tutela della salute e di organizzazione sanitaria;

5) individuare con riferimento alla legislazione sulle autonomie locali gli atti di particolare rilevanza, inerenti all'esercizio delle funzioni, da riservare comunque alla competenza del consiglio o dei consigli comunali;

6) la predisposizione del conto di gestione da parte dell'unità sanitaria locale, secondo quanto previsto dal primo comma dell'articolo 50;

7) il regolamento organico del personale dell'unità sanitaria locale e le piante organiche dei diversi presidi e servizi, anche con riferimento alle norme di cui all'articolo 47;

8) l'organizzazione e la gestione dei presidi e dei servizi multizonali di cui al successivo articolo 18, fermo il principio dell'intesa con i comuni interessati.

La legge regionale stabilisce altresì norme per la gestione coordinata ed integrata dei servizi dell'unità sanitaria locale con i servizi sociali esistenti sul territorio.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

rappresentanti dei singoli comuni associati, eletti, con criteri di proporzionalità dai rispettivi consigli. Il numero dei rappresentanti di ciascun comune viene determinato con legge regionale.

La legge regionale detta norme per assicurare forme di preventiva consultazione dei singoli comuni sulle decisioni di particolare rilievo dell'associazione dei comuni.

L'assemblea generale elegge, con voto limitato, il comitato di gestione, il quale nomina il proprio presidente.

Il comitato di gestione compie tutti gli atti di amministrazione dell'unità sanitaria locale. Gli atti relativi all'approvazione dei bilanci e dei conti consuntivi, dei piani e programmi che impegnino più esercizi, della pianta organica del personale, dei regolamenti, delle convenzioni, delle liti attive e passive di competenza del tribunale o di giurisdizioni equiparate, sono predisposti dal comitato di gestione e vengono approvati dalle competenti assemblee generali.

Le competenze del comitato di gestione e del suo presidente sono attribuite rispettivamente, alla giunta e al presidente della comunità montana, quando il territorio di questa coincida con l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale. La legge regionale detta norme per l'organizzazione, la gestione e il funzionamento delle unità sanitarie locali e dei loro servizi e, in particolare, per:

1) assicurare l'autonomia tecnico-funzionale dei servizi dell'unità sanitaria locale, il loro coordinamento e la partecipazione degli operatori, anche mediante l'istituzione di specifici organi di consultazione tecnica;

2) prevedere un ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale, articolato distintamente per la responsabiltà sanitaria ed amministrativa e collegialmente preposto all'organizzazione, al coordinamento e al funzionamento di tutti i servizi e alla direzione del personale. Per il personale preposto all'ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale le norme delegate di cui al terzo comma del successivo articolo 47, devono prevedere spe-

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

cifici requisiti di professionalità e di esperienza in materia di tutela della salute e di organizzazione sanitaria;

3) predisporre bilanci e conti consuntivi da parte dell'unità sanitaria locale, secondo quanto previsto dal primo comma dell'articolo 50;

4) emanare il regolamento organico del personale dell'unità sanitaria locale e le piante organiche dei diversi presidi e servizi, anche con riferimento alle norme di cui all'articolo 47;

5) predisporre l'organizzazione e la gestione dei presidi e dei servizi multizonali di cui al successivo articolo 18, fermo il principio dell'intesa con i comuni interessati.

La legge regionale stabilisce altresì norme per la gestione coordinata ed integrata dei servizi dell'unità sanitaria locale con i servizi sociali esistenti nel territorio.

Art. 16.

(*Servizi veterinari*)

La legge regionale stabilisce norme per il riordino dei servizi veterinari a livello regionale nell'ambito di ciascuna unità sanitaria locale o in un ambito territoriale più ampio, tenendo conto della distribuzione e delle attitudini produttive del patrimonio zootecnico, della riproduzione animale, della dislocazione e del potenziale degli impianti di macellazione, di lavorazione e di conservazione delle carni e degli altri prodotti di origine animale, della produzione dei mangimi e degli integratori, delle esigenze della zooprofilassi, della lotta contro le zoonosi e della vigilanza sugli alimenti di origine animale. La legge regionale individua anche le relative strutture multizonali e ne regola il funzionamento ai sensi dell'articolo 18.

Art. 16.

(*Servizi veterinari*)

Identico.

Art. 17.

(*Requisiti e struttura interna degli ospedali*)

Gli stabilimenti ospedalieri sono strutture delle unità sanitarie locali.

Art. 17.

(*Requisiti e struttura interna degli ospedali*)

Gli stabilimenti ospedalieri sono strutture delle unità sanitarie locali, dotate dei

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

La legislazione regionale deve assicurare agli ospedali le strutture ed i servizi previsti dall'articolo 19, primo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e deve ordinarne il funzionamento secondo i princìpi della integrazione fra i servizi ospedalieri ed extraospedalieri, del collegamento dipartimentale dei servizi e delle strutture in rapporto alle esigenze di definiti ambiti territoriali, nonchè della gestione dei dipartimenti sulla base della integrazione delle competenze.

Sino all'emanazione della legislazione di cui al comma precedente, restano in vigore le norme che attualmente regolano l'ordinamento interno degli ospedali.

Art. 18.

(*Presidi e servizi multizonali*)

La legge regionale individua, nell'ambito della programmazione sanitaria, i presidi e i servizi sanitari ospedalieri ed extra-ospedalieri che, per le finalità specifiche perseguite e per le caratteristiche tecniche e specialistiche, svolgono attività prevalentemente rivolte a territori la cui estensione includa più di una unità sanitaria locale e ne disciplina l'organizzazione.

La stessa legge attribuisce la gestione dei presidi e dei servizi di cui al precedente comma alla unità sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati e stabilisce norme particolari per definire:

a) il collegamento funzionale ed il coordinamento di tali presidi e servizi con quelli delle unità sanitarie locali interessate, attraverso idonee forme di consultazione dei rispettivi organi di gestione;

b) gli indirizzi di gestione dei predetti presidi e servizi e le procedure per l'acqui-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

requisiti minimi di cui all'articolo 19, primo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, tenendo anche conto di quanto previsto dall'articolo 34 della presente legge.

Le Regioni nell'ambito della programmazione sanitaria disciplinano con legge l'articolazione dell'ordinamento degli ospedali in dipartimenti, in base al principio dell'integrazione tra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari, a quello del collegamento tra servizi ospedalieri ed extra ospedalieri in rapporto alle esigenze di definiti ambiti territoriali, nonchè a quello della gestione dei dipartimenti stessi sulla base della integrazione delle competenze in modo da valorizzare anche il lavoro di gruppo.

Art. 18.

(*Presidi e servizi multizonali*)

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

sizione degli elementi idonei ad accertarne l'efficienza operativa;

c) la tenuta di uno specifico conto di gestione allegato al conto di gestione generale dell'unità sanitaria locale competente per territorio;

d) la composizione dell'organo di gestione dell'unità sanitaria locale competente per territorio e la sua eventuale articolazione in riferimento alle specifiche esigenze della gestione.

CAPO III

PRESTAZIONI E FUNZIONI

Art. 19.

(*Prestazioni delle unità sanitarie locali*)

Le unità sanitarie locali provvedono ad erogare le prestazioni di prevenzione, di cura, di riabilitazione e di medicina legale, assicurando a tutta la popolazione i livelli di prestazioni sanitarie stabiliti ai sensi del secondo comma dell'articolo 3.

Ai cittadini è assicurato il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura nei limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari.

Gli utenti del servizio sanitario nazionale sono iscritti in appositi elenchi periodicamente aggiornati presso l'unità sanitaria locale nel cui territorio hanno la residenza.

Gli utenti hanno diritto di accedere, in casi di urgenza o di temporanea dimora in luogo diverso da quello abituale, ai servizi di assistenza di qualsiasi unità sanitaria locale.

I militari hanno diritto di accedere ai servizi di assistenza delle località ove prestano servizio con le modalità stabilite nei regolamenti di disciplina militare.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

CAPO III

PRESTAZIONI E FUNZIONI

Art. 19.

(*Prestazioni delle unità sanitarie locali*)

Identico.

Identico.

Identico.

Gli utenti hanno diritto di accedere, per motivate ragioni o in casi di urgenza o di temporanea dimora in luogo diverso da quello abituale, ai servizi di assistenza di qualsiasi unità sanitaria locale.

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

Art. 20.

(*Attività di prevenzione*)

Le attività di prevenzione comprendono:

a) la individuazione, l'accertamento ed il controllo dei fattori di nocività, di pericolosità e di deterioramento negli ambienti di vita e di lavoro, in applicazione delle norme di legge vigenti in materia e al fine di garantire il rispetto dei limiti massimi inderogabili di cui all'ultimo comma dell'articolo 4, nonchè al fine della tenuta dei registri di cui al penultimo comma dell'articolo 27; i predetti compiti sono realizzati anche mediante collaudi e verifiche di macchine, impianti e mezzi di protezione prodotti, installati o utilizzati nel territorio dell'unità sanitaria locale in attuazione delle funzioni definite dall'articolo 14;

b) la comunicazione dei dati accertati, diffondendone la conoscenza, anche a livello di luogo di lavoro e di ambiente di residenza, sia direttamente che tramite gli organi del decentramento comunale e le rappresentanze sindacali;

c) la formulazione di misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento di ambienti di vita e di lavoro, in applicazione delle norme di legge vigenti in materia e l'esercizio delle attività delegate ai sensi del primo comma, lettere *a*), *b*), *c*), *d*) ed *e*) dell'articolo 7;

d) la formulazione di mappe di rischio facendo obbligo alle aziende di comunicare le sostanze presenti nel ciclo produttivo;

e) la profilassi degli eventi morbosi, attraverso l'adozione delle misure idonee a prevenirne l'insorgenza;

f) la formulazione, secondo le modalità previste nei regolamenti dei singoli comuni, di pareri preventivi obbligatori sui progetti edilizi e sugli insediamenti abitativi, sui pro-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 20.

(*Attività di prevenzione*)

Identico:

a) *identica*;

b) la comunicazione dei dati accertati e la diffusione della loro conoscenza, anche a livello di luogo di lavoro e di ambiente di residenza, sia direttamente che tramite gli organi del decentramento comunale, ai fini anche di una corretta gestione degli strumenti informativi di cui al successivo articolo 27, e le rappresentanze sindacali;

c) la indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento di ambienti di vita e di lavoro, in applicazione delle norme di legge vigenti in materia, e l'esercizio delle attività delegate ai sensi del primo comma, lettere *a*), *b*), *c*), *d*) ed *e*) dell'articolo 7;

d) la formulazione di mappe di rischio con l'obbligo per le aziende di comunicare le caratteristiche tossicologiche ed i possibili effetti sull'uomo e sull'ambiente delle sostanze presenti nel ciclo produttivo;

e) *identica*;

f) *identica*.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)	(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)
getti ed insediamenti industriali o sulla ristrutturazione degli stessi, sui progetti ed insediamenti di tutte le attività produttive e sui piani urbanistici, al fine di accertarne la compatibilità con la tutela dell'ambiente e la difesa della salute della popolazione.	
Nell'esercizio delle funzioni ad esse attribuite per l'attività di prevenzione le unità sanitarie locali, garantendo per quanto alla lettera *d*) del precedente comma la tutela del segreto industriale, si avvalgono degli operatori sia dei propri servizi di igiene, sia dei presidi specialistici multizonali di cui al successvo articolo 22, sia degli operatori che, nell'ambito delle loro competenze tecniche e funzionali, erogano le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione.	*Identico.*
Gli interventi di prevenzione all'interno degli ambienti di lavoro, concernenti la ricerca, l'elaborazione e l'attuazione di misure necessarie ed idonee a tutelare la salute e l'integrità fisica dei lavoratori, connesse alla particolarità del lavoro e non previste da specifiche norme di legge, sono effettuati sulla base di esigenze verificate congiuntamente con le rappresentanze sindacali ed il datore di lavoro, secondo le modalità previste dai contratti o accordi collettivi applicati nell'unità produttiva.	*Identico.*
Art. 21.	Art. 21.
(*Organizzazione dei servizi di prevenzione*)	(*Organizzazione dei servizi di prevenzione*)
All'unità sanitaria locale sono attribuiti i compiti attualmente svolti dall'Ispettorato del lavoro in materia di prevenzione, di igiene e di controllo sullo stato di salute dei lavoratori, in applicazione di quanto disposto dall'articolo 27 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616.	*Identico.*
Per la tutela della salute dei lavoratori e la salvaguardia dell'ambiente le unità sanitarie locali organizzano propri servizi di igiene ambientale e di medicina del lavoro anche prevedendo, ove essi non esistano, presidi all'interno delle unità produttive.	*Identico.*

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

In applicazione di quanto disposto nell'ultimo comma dell'articolo 27 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, spetta al prefetto stabilire, su proposta del presidente della regione, quali addetti ai servizi di ciascuna unità sanitaria locale, nonchè ai presidi e servizi di cui al successivo articolo 22 assumano ai sensi delle leggi vigenti la qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria, in relazione alle funzioni ispettive e di controllo da essi esercitate relativamente all'applicazione della legislazione sulla sicurezza del lavoro.

Al personale di cui al comma precedente è esteso il potere d'accesso attribuito agli ispettori del lavoro dall'articolo 8, secondo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1955, n. 520.

Art. 22.

(*Presidi e servizi multizonali di prevenzione*)

La legge regionale, in relazione alla ubicazione ed alla consistenza degli impianti industriali ed alle peculiarità dei processi produttivi agricoli, artigianali e di lavoro a domicilio:

a) individua le unità sanitarie locali in cui sono istituiti presidi e servizi multizonali per il controllo e la tutela dell'igiene ambientale e per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;

b) definisce le caratteristiche funzionali di tali presidi e servizi multizonali;

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Identico.

Al personale di cui al comma precedente è esteso il potere d'accesso attribuito agli ispettori del lavoro dall'articolo 8, secondo comma, nonchè la facoltà di diffida prevista dell'articolo 9 del decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1955, n. 520.

Contro i provvedimenti adottati dal personale ispettivo, nell'esercizio delle funzioni di cui al terzo comma, è ammesso ricorso al Presidente della Giunta regionale che decide, sentite le organizzazioni dei lavoratori e dei datori di lavoro.

Il Presidente della Giunta può sospendere l'esecuzione dell'atto impugnato.

Art. 22.

(*Presidi e servizi multizonali di prevenzione*)

Identico:

a) *identica;*

b) definisce le caratteristiche funzionali e interdisciplinari di tali presidi e servizi multizonali;

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

c) prevede le forme di coordinamento degli stessi con i servizi di igiene ambientale e di igiene e medicina del lavoro di ciascuna unità sanitaria locale.

I presidi e i servizi multizonali di cui al comma precedente sono gestiti dall'unità sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati, secondo le modalità di cui all'articolo 18.

Art. 23.

(*Delega per la istituzione dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro*)

Il Governo è delegato ad emanare, entro il 31 dicembre 1979, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri del lavoro e della previdenza sociale, dell'industria, commercio e artigianato e dell'agricoltura e foreste, un decreto avente valore di legge ordinaria per la istituzione dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, da porre alle dipendenze del Ministro della sanità. Nel suo organo di amministrazione sono rappresentati i Ministeri del lavoro e della previdenza sociale, dell'industria, commercio e artigianato e dell'agricoltura e foreste ed i suoi programmi di attività sono approvati dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

L'esercizio della delega deve uniformarsi ai seguenti princìpi e criteri direttivi:

a) assicurare la collocazione dell'Istituto nel servizio sanitario nazionale per tutte le attività tecnico-scientifiche e tutte le funzioni consultive che riguardano la prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro.

b) prevedere le attività di consulenza tecnico-scientifica che competono all'Istituto nei confronti degli organi centrali dello Stato preposti ai settori del lavoro e della produzione.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

c) *identica.*

Identico.

Art. 23.

(*Delega per la istituzione dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro*)

Identico.

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

All'Istituto devono essere affidati compiti di ricerca, di studio, di sperimentazione e di elaborazione delle tecniche prevenzionali, in stretta connessione con l'evoluzione tecnologica degli impianti, dei materiali, delle attrezzature e dei processi produttivi, nonchè di determinazione dei criteri di sicurezza e dei relativi metodi di rilevazione ai fini della omologazione di macchine, di impianti, di apparecchi, di strumenti e di mezzi personali di protezione e dei prototipi.

L'Istituto svolge la sua consulenza in tutte le materie di competenza dello Stato e collabora con le unità sanitarie locali e con le regioni, su richiesta di queste ultime, fornendo le informazioni e le consulenze eventualmente necessarie per l'attività dei servizi di cui agli articoli 21 e 22.

Il personale dell'Istituto ha facoltà di accedere nei luoghi di lavoro per compiervi rilevamenti e sperimentazioni per l'assolvimento dei propri compiti istituzionali. L'accesso nei luoghi di lavoro è inoltre consentito, su richiesta delle regioni, per l'espletamento dei compiti previsti dal precedente comma.

L'Istituto organizza la propria attività secondo criteri di programmazione. I programmi di ricerca dell'Istituto relativi alla prevenzione delle malattie e degli infortuni sul lavoro sono predisposti tenendo conto degli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e delle proposte delle regioni.

L'Istituto, anche ai fini dei programmi di ricerca e di sperimentazione, opera in stretto collegamento con l'Istituto superiore di sanità e coordina le sue attività con il Consiglio nazionale delle ricerche e con il Comitato nazionale per l'energia nucleare. Esso di avvale inoltre della collaborazione degli istituti di ricerca delle università e di altre istituzioni pubbliche. Possono essere chiamati a collaborare all'attuazione dei

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

All'Istituto sono affidati compiti di ricerca, di studio, di sperimentazione e di elaborazione delle tecniche per la prevenzione e la sicurezza del lavoro in stretta connessione con l'evoluzione tecnologica degli impianti, dei materiali, delle attrezzature e dei processi produttivi, nonchè di determinazione dei criteri di sicurezza e dei relativi metodi di rilevazione ai fini della omologazione di macchine, di impianti, di apparecchi, di strumenti e di mezzi personali di protezione e dei prototipi.

L'Istituto svolge, nell'ambito delle proprie attribuzione istituzionali, attività di consulenza nelle materie di competenza dello Stato di cui all'articolo 6, lettere *i*), *k*), *m*), *n*), della presente legge, e in tutte le materie di competenza dello Stato e collabora con le unità sanitarie locali e con le regioni, su richiesta di queste ultime, fornendo le informazioni e le consulenze necessarie per l'attività dei servizi di cui agli articoli 21 e 22.

L'Istituto ha facoltà di accedere nei luoghi di lavoro per compiervi rilevamenti e sperimentazioni per l'assolvimento dei propri compiti istituzionali. L'accesso nei luoghi di lavoro è inoltre consentito, su richiesta delle regioni, per l'espletamento dei compiti previsti dal precedente comma.

Identico.

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

suddetti programmi istituti privati di riconosciuto valore scientifico. L'Istituto cura altresì i collegamenti con istituzioni estere che operano nel medesimo settore.

Le qualifiche professionali del corpo dei tecnici e ricercatori dell'Istituto e la sua organizzazione interna, devono mirare a realizzare l'obiettivo della unitarietà della azione di prevenzione nei suoi aspetti medici e tecnici. L'Istituto collabora alla formazione ed all'aggiornamento degli operatori dei servizi di prevenzione delle unità sanitarie locali.

L'Istituto provvede altresì ad elaborare i criteri per le norme di prevenzione degli incendi interessanti le macchine, gli impianti e le attrezzature soggette ad omologazione, di concerto con i servizi di protezione civile del Ministero dell'interno.

Nulla è innovato per quanto concerne le disposizioni riguardanti le attività connesse con l'impiego pacifico dell'energia nucleare.

Art. 24.

(*Norme in materia di igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro e di vita e di omologazioni*)

Il Governo è delegato ad emanare, entro il 31 dicembre 1979, un testo unico in materia di sicurezza del lavoro, che riordini la disciplina generale del lavoro e della produzione al fine della prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, nonchè in materia di omologazioni, unificando e innovando la legislazione vigente al fine di garantire la salute e l'integrità fisica dei lavoratori, tenendo conto delle esigenze della produzione, secondo i princìpi generali indicati nella presente legge.

L'esercizio della delega deve uniformarsi ai seguenti criteri direttivi:

1) assicurare l'unitarietà degli obiettivi della sicurezza negli ambienti di lavoro e di

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Identico.

Identico.

Identico.

Art. 24.

(*Norme in materia di igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro e di vita e di omologazioni*)

Il Governo è delegato ad emanare, entro il 31 dicembre 1979, su proposta del Ministro della sanità, un testo unico in materia di sicurezza del lavoro, che riordini la disciplina generale del lavoro e della produzione al fine della prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, nonchè in materia di omologazioni, unificando e innovando la legislazione vigente tenendo conto delle caratteristiche della produzione al fine di garantire la salute e l'integrità fisica dei lavoratori, secondo i princìpi generali indicati nella presente legge.

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

vita, tenendo conto anche delle indicazioni della CEE e degli altri organismi internazionali riconosciuti;

2) prevedere l'emanazione di norme secondarie per assicurare il tempestivo e costante aggiornamento della normativa ai progressi tecnologici e alle conoscenze derivanti dalla esperienza diretta dei lavoratori;

3) prevedere l'istituzione di specifici corsi, anche obbligatori, di formazione antinfortunistica e prevenzionale;

4) prevedere la determinazione dei requisiti fisici e di età per attività e lavorazioni che presentino particolare rischio, nonchè le cautele alle quali occorre attenersi e le relative misure di controllo;

5) definire le procedure per il controllo delle condizioni ambientali, per gli accertamenti preventivi e periodici sullo stato di sicurezza nonchè di salute dei lavoratori esposti a rischio e per l'acquisizione delle informazioni epidemiologiche al fine di seguire sistematicamente l'evoluzione del rapporto salute-ambiente di lavoro;

6) stabilire:

a) gli obblighi e le responsabilità per la progettazione, la realizzazione, la vendita, il noleggio, la concessione in uso e l'impiego di macchine, componenti e parti di macchine, utensili, apparecchiature varie, attrezzature di lavoro e di sicurezza, dispositivi di sicurezza, mezzi personali di protezione, apparecchiature, prodotti e mezzi protettivi per uso lavorativo ed extra lavorativo, anche domestico;

b) i criteri e le modalità per i collaudi e per le verifiche periodiche dei prodotti di cui alla precedente lettera *a*);

7) stabilire i requisiti ai quali devono corrispondere gli ambienti di lavoro al fine di consentirne l'agibilità, nonchè l'obbligo di notifica all'autorità competente dei progetti di costruzione, di ampliamento, di trasformazione e di modifica di destinazione di impianti e di edifici destinati ad attività

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

lavorative, per controllarne la rispondenza alle condizioni di sicurezza;

8) prevedere l'obbligo del datore di lavoro di programmare il processo produttivo in modo che esso risulti rispondente alle esigenze della sicurezza del lavoro, in particolare per quanto riguarda la dislocazione degli impianti e la determinazione dei rischi e dei mezzi per diminuirli;

9) stabilire le procedure di vigilanza allo scopo di garantire la osservanza delle disposizioni in materia di sicurezza del lavoro;

10) stabilire le precauzioni e le cautele da adottare per evitare l'inquinamento, sia interno che esterno, derivante da fattori di nocività chimici, fisici e biologici;

11) indicare i criteri e le modalità per procedere, in presenza di rischio grave ed imminente, alla sospensione dell'attività in stabilimenti, cantieri o reparti o al divieto d'uso di impianti, macchine, utensili, apparecchiature varie, attrezzature e prodotti, sino alla eliminazione delle condizioni di nocività o di rischio accertate;

12) determinare le modalità per la produzione, l'immissione sul mercato e l'impiego di sostanze e di prodotti pericolosi;

13) prevedere disposizioni particolari per settori lavorativi o per singole lavorazioni che comportino rischi specifici;

14) stabilire le modalità per la determinazione e per l'aggiornamento dei valori-limite dei fattori di nocività di origine chimica, fisica e biologica di cui all'ultimo comma dell'articolo 4, anche in relazione alla localizzazione degli impianti;

15) prevedere le norme transitorie per conseguire condizioni di sicurezza negli ambienti di lavoro esistenti e le provvidenze da adottare nei confronti delle piccole e medie aziende per facilitare l'adeguamento degli impianti ai requisiti di sicurezza e di igiene previsti dal testo unico;

16) prevedere il riordinamento degli uffici e servizi della pubblica amministrazio-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)	(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)
ne preposti all'esercizio delle funzioni riservate allo Stato in materia di sicurezza del lavoro;	
17) garantire il necessario coordinamento fra le funzioni esercitate dallo Stato e quelle esercitate nella materia dalle regioni e dai comuni, al fine di assicurare unità di indirizzi ed omogeneità di comportamenti in tutto il territorio nazionale nell'applicazione delle disposizioni in materia di sicurezza del lavoro;	
18) definire per quanto concerne le omologazioni:	
a) i criteri direttivi, le modalità e le forme per l'omologazione dei prototipi di serie e degli esemplari unici non di serie dei prodotti di cui al precedente numero 6), lettera *a*), sulla base di specifiche tecniche predeterminate, al fine di garantire le necessarie caratteristiche di sicurezza;	
b) i requisiti costruttivi dei prodotti da omologare;	
c) le procedure e le metodologie per i controlli di conformità dei prodotti al tipo omologato.	
Le norme delegate determinano le sanzioni per i casi di inosservanza delle disposizioni contenute nel testo unico, da graduare in relazione alla gravità delle violazioni e comportanti comunque, nei casi più gravi, l'arresto fino a sei mesi e l'ammenda fino a lire 10 milioni.	*Identico.*
Le norme di prevenzione degli incendi interessanti gli impianti, le macchine e le attrezzature soggette ad omologazione in base al presente articolo, sono stabilite di concerto con il Ministero dell'interno.	**Soppresso.**
Sono escluse dalla delega le norme in materia di prevenzione contro gli infortuni relative: all'esercizio di servizi ed impianti gestiti dalle ferrovie dello Stato, all'esercizio di servizi ed impianti gestiti dal Ministero delle poste e delle telecomunicazioni, all'esercizio dei trasporti terrestri pubblici e all'esercizio della navigazione marittima, ae-	*Identico.*

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

rea ed interna; nonchè le norme in materia di igiene del lavoro relative al lavoro a bordo delle navi mercantili e degli aereomobili.

Art. 25.

(*Prestazioni di cura*)

Le prestazioni curative comprendono la assistenza medico-generica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica.

Le prestazioni medico-generiche, pediatriche, specialistiche e infermieristiche vengono erogate sia in forma ambulatoriale che domiciliare.

L'assistenza medico-generica e pediatrica è prestata dal personale dipendente o convenzionato del servizio sanitario nazionale operante nelle unità sanitarie locali o nel comune di residenza del cittadino.

La scelta del medico di fiducia deve avvenire fra i sanitari di cui al comma precedente.

Il rapporto fiduciario può cessare in ogni momento a richiesta dell'assistito o del medico; in quest'ultimo caso la richiesta deve essere adeguatamente motivata.

L'assistenza medico specialistica è prestata di norma presso gli ambulatori dell'unità sanitaria locale di cui l'utente fa parte o presso gli ambulatori convenzionati ai sensi della presente legge. Le prestazioni specialistiche possono essere erogate anche a domicilio dell'utente in forme che consentano la riduzione dei ricoveri ospedalieri.

L'assistenza ospedaliera è prestata di norma attraverso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati esistenti nel territorio della regione di residenza dell'utente.

La legge regionale prevede e disciplina i casi in cui per motivate ragioni è ammesso il ricovero in ospedali pubblici, in istituti convenzionati o in strutture ospedaliere ad alta specializzazione ubicati fuori del territorio della regione, nonchè i casi particolari nei quali potranno essere consentite forme straordinarie di assistenza indiretta.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 25.

(*Prestazioni di cura*)

Identico.

Identico.

Identico.

Identico.

Il rapporto fiduciario può cessare in ogni momento a richiesta dell'assistito o del medico; in quest'ultimo caso la richiesta deve essere motivata.

Identico.

Identico.

La legge regionale prevede e disciplina i casi in cui per motivate ragioni è ammesso il ricovero in ospedali pubblici, in istituti convenzionati o in strutture ospedaliere ad alta specializzazione ubicati fuori del territorio della regione, nonchè i casi nei quali potranno essere consentite forme straordinarie di assistenza indiretta.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

Art. 26.

(*Prestazioni di riabilitazione*)

Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi. Quando la unità sanitaria locale non sia in grado di fornire il servizio direttamente vi provvede mediante convenzioni con istituti della regione in cui abita l'utente o anche di altre regioni, aventi i requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità, sentito il Consigilo sanitario nazionale.

Sono altresì garantite le prestazioni protesiche nei limiti e nelle forme stabilite con le modalità di cui al secondo comma dell'articolo 3.

Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono approvati un nomenclatore-tariffario delle protesi ed i criteri per la sua revisione periodica.

Art. 27.

(*Strumenti informativi*)

Le unità sanitarie locali forniscono gratuitamente i cittadini di un libretto sanitario personale. Il libretto sanitario riporta i dati caratteristici principali sulla salute dell'assistito. L'unità sanitaria locale provvede alla compilazione ed all'aggiornamento del libretto sanitario personale, i cui dati sono rigorosamente coperti dal segreto professionale. Nel libretto sanitario sono riportati, a cura della sanità militare, gli accertamenti e le cure praticate durante il servizio di leva.

Il libretto è custodito dall'interessato o da chi esercita la patria potestà e può essere richiesto solo dal medico, nell'esclu-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 26.

(*Prestazioni di riabilitazione*)

Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minoranze fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi. L'unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni, aventi i requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Identico.

Identico.

Art. 27.

(*Strumenti informativi*)

Le unità sanitarie locali forniscono gratuitamente i cittadini di un libretto sanitario personale. Il libretto sanitario riporta i dati caratteristici principali sulla salute dell'assistito esclusi i provvedimenti relativi a trattamenti sanitari obbligatori di cui al successivo articolo 33. L'unità sanitaria locale provvede alla compilazione ed all'aggiornamento del libretto sanitario personale, i cui dati sono rigorosamente coperti dal segreto professionale. Nel libretto sanitario sono riportati, a cura della sanità militare, gli accertamenti e le cure praticate durante il servizio di leva.

Il libretto è custodito dall'interessato o da chi esercita la potestà o la tutela e può essere richiesto solo dal medico, nell'esclusivo

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)	(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)
sivo interesse della protezione della salute dell'intestatario.	interesse della protezione della salute dell'intestatario.
Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, è approvato il modello del libretto sanitario personale comprendente le indicazioni relative all'eventuale esposizione a rischi in relazione alle condizioni di vita e di lavoro.	*Identico.*
Con lo stesso provvedimento sono determinate le modalità per la graduale distribuzione a tutti i cittadini del libretto sanitario, a partire dai nuovi nati.	*Identico.*
Con decreto del Ministro della sanità, sentiti il Consiglio sanitario nazionale, le organizzazioni sindacali dei lavoratori dipendenti ed autonomi maggiormente rappresentative e le associazioni dei datori di lavoro, vengono stabiliti i criteri in base ai quali, con le modalità di adozione e di gestione previste dalla contrattazione collettiva, saranno costituiti i registri dei dati ambientali e biostatistici, allo scopo di pervenire a modelli uniformi per tutto il territorio nazionale.	*Identico.*
I dati complessivi derivanti dai suindicati strumenti informativi, facendo comunque salvo il segreto professionale, vengono utilizzati a scopo epidemiologico oltre che di aggiornamento e di miglioramento della attività sanitaria da parte delle unità sanitarie locali, delle regioni e del Ministero della sanità.	I dati complessivi derivanti dai suindicati strumenti informativi, facendo comunque salvo il segreto professionale, vengono utilizzati a scopo epidemiologico dall'Istituto superiore di sanità oltre che per l'aggiornamento ed il miglioramento dell'attività sanitaria da parte delle unità sanitarie locali, delle regioni e del Ministero della sanità.
Art. 28.	Art. 28.
(*Assistenza farmaceutica*)	(*Assistenza farmaceutica*)
L'unità sanitaria locale eroga l'assistenza farmaceutica attraverso le farmacie di cui sono titolari enti pubblici e le farmacie di cui sono titolari i privati, tutte convenzionate secondo i criteri e le modalità di cui all'articolo 43.	*Identico.*
Gli assistiti possono ottenere dalle farmacie di cui al precedente comma, su presentazione di ricetta compilata dal medico curante, la fornitura di preparati galenici	*Identico.*

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

e di specialità medicinali compresi nel prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale.

L'unità sanitaria locale, i suoi presidi e servizi, compresi quelli di cui all'articolo 18, e gli istituti ed enti convenzionati di cui all'articolo 41, possono acquistare direttamente le preparazioni farmaceutiche di cui al secondo comma per la distribuzione agli assistiti nelle farmacie di cui sono titolari enti pubblici e per l'impiego negli ospedali, negli ambulatori e in tutti gli altri presidi sanitari. La legge regionale disciplina l'acquisto di detti medicinali e del restante materiale sanitario da parte delle unità sanitarie locali e dei loro presidi e servizi, nonchè il coordinamento dell'attività delle farmacie comunali con i servizi dell'unità sanitaria locale.

Art. 29.

(*Disciplina dei farmaci*)

La produzione e la distribuzione dei farmaci devono essere regolate secondo criteri coerenti con gli obiettivi del servizio sanitario nazionale, con la funzione sociale del farmaco e con la prevalente finalità pubblica della produzione.

Con legge dello Stato sono dettate norme:

a) per la disciplina dell'autorizzazione alla produzione e alla immissione in commercio dei farmaci, per i controlli di qualità e per indirizzare la produzione farmaceutica alle finalità del servizio sanitario nazionale;

b) per la revisione programmata delle autorizzazioni già concesse per le specialità medicinali in armonia con le norme a tal fine previste dalle direttive della Comunità economica europea;

c) per la disciplina dei prezzi dei farmaci, mediante una corretta metodologia per la valutazione dei costi;

d) per la individuazione dei presidi autorizzati e per la definizione delle modalità

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

L'unità sanitaria locale, i suoi presidi e servizi, compresi quelli di cui all'articolo 18, e gli istituti ed enti convenzionati di cui ai successivi articoli 41, 42, 43, possono acquistare direttamente le preparazioni farmaceutiche di cui al secondo comma per la distribuzione agli assistiti nelle farmacie di cui sono titolari enti pubblici e per l'impiego negli ospedali, negli ambulatori e in tutti gli altri presidi sanitari. La legge regionale disciplina l'acquisto di detti medicinali e del restante materiale sanitario da parte delle unità sanitarie locali e dei loro presidi e servizi, nonchè il coordinamento dell'attività delle farmacie comunali con i servizi dell'unità sanitaria locale.

Art. 29.

(*Disciplina dei farmaci*)

Identico.

Identico:

a) *identica*;

b) *identica*;

c) *identica*;

d) *identica*;

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

della sperimentazione clinica precedente l'autorizzazione alla immissione in commercio;

e) per la brevettabilità dei farmaci;

f) per definire le caratteristiche e disciplinare la immissione in commercio dei farmaci da banco.

Art. 30.

(*Prontuario farmaceutico*)

Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, approva con proprio decreto il prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale, previa proposta di un comitato composto:

dal Ministro della sanità, che lo presiede;

dal direttore generale del servizio farmaceutico del Ministero della sanità;

dal direttore dell'Istituto superiore di sanità;

dai direttori dei laboratori di farmacologia e di chimica del farmaco dell'Istituto superiore di sanità;

da sette esperti designati dal Ministro della sanità, scelti fra docenti universitari di farmacologia e di medicina clinica e fra medici e farmacisti dipendenti o convenzionati con le strutture del servizio sanitario nazionale;

da un rappresentante del Ministero dell'industria, commercio e artigianato;

da due esperti di economia sanitaria designati dal Ministro della sanità, su proposta del Consiglio nazionale delle ricerche;

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

e) *identica*;

f) *identica*;

g) per la regolamentazione del servizio di informazione scientifica sui farmaci e dell'attività degli informatori scientifici;

h) per la revisione e la pubblicazione periodica della farmacopea ufficiale della Repubblica italiana, in armonia con le norme previste dalla farmacopea europea di cui alla legge del 22 ottobre 1973, n. 752.

Art. 30.

(*Prontuario farmaceutico*)

Identico:

identico;

identico;

identico;

identico;

da sette esperti designati dal Ministro della sanità, scelti fra docenti universitari di farmacologia, di chimica farmaceutica o materie affini, di patologia o clinica medica e fra medici e farmacisti dipendenti o convenzionati con le strutture del servizio sanitario nazionale;

identico;

identico;

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

da tre esperti designati dalle regioni. Essi vengono scelti dal Presidente del Consiglio dei ministri tra gli esperti designati uno ciascuno dalle regioni e, per quanto concerne la regione Trentino-Alto Adige, uno dalla provincia di Trento e uno dalla provincia di Bolzano.

Il comitato di cui al precedente comma è nominato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, ed è rinnovato ogni tre anni.

Il prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale deve uniformarsi ai princìpi dell'efficacia terapeutica, della economicità del prodotto, della semplicità e chiarezza nella classificazione e dell'esclusione dei prodotti da banco.

Il Ministro della sanità provvede entro il 31 dicembre di ogni anno ad aggiornare il prontuario terapeutico con la procedura di cui al primo comma.

Fino all'approvazione del prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale di cui al presente articolo, resta in vigore il prontuario di cui all'articolo 9 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386.

Art. 31.

(*Pubblicità ed informazione scientifica sui farmaci*)

L'informazione scientifica sui farmaci è compito del servizio sanitario nazionale.

È vietata ogni forma di propaganda e di pubblicità presso il pubblico dei farmaci sottoposti all'obbligo della presentazione di ricetta medica e comunque di quelli contenuti nel prontuario terapeutico approvato ai sensi dell'articolo 30.

Sino all'entrata in vigore della nuova disciplina generale dei farmaci di cui all'articolo 29, il Ministro della sanità determina con proprio decreto i limiti e le modalità

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

da cinque esperti della materia designati dalle regioni. Essi vengono scelti dal Presidente del Consiglio dei ministri tra gli esperti designati uno ciascuno dalle regioni, e per quanto concerne la regione Trentino-Alto Adige, uno dalla provincia di Trento e uno dalla provincia di Bolzano.

Identico.

Identico.

Identico.

Identico.

Art. 31.

(*Pubblicità ed informazione scientifica sui farmaci*)

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

per la propaganda e la pubblicità presso il pubblico dei farmaci diversi da quelli indicati nel precedente comma, tenuto conto degli obiettivi di educazione sanitaria di cui al comma successivo e delle direttive in materia della Comunità economica europea.

Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, viste le proposte delle regioni, tenuto conto delle direttive comunitarie e valutate le osservazioni e proposte che perverranno dall'Istituto superiore di sanità e dagli istituti universitari e di ricerca, nonchè dall'industria farmaceutica, predispone un programma pluriennale per l'informazione scientifica sui farmaci, finalizzato anche ad iniziative di educazione sanitaria e detta norme per la regolamentazione del predetto servizio e dell'attività degli informatori scientifici.

Nell'ambito del programma di cui al precedente comma, le unità sanitarie locali e le imprese titolari delle autorizzazioni alla immissione in commercio dei farmaci svolgono informazione scientifica sotto il controllo del Ministero della sanità.

Il programma per l'informazione scientifica deve, altresì, prevedere i limiti e le modalità per la fornitura ai medici chirurghi di campioni gratuiti di farmaci.

Art. 32.

(*Funzioni di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria*)

Il Ministro della sanità può emettere ordinanze di carattere contingibile e urgente, in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria, con efficacia estesa all'intero territorio nazionale o a parte di esso comprendente più regioni.

La legge regionale stabilisce norme per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica, di vigilanza sulle farmacie e di polizia veterinaria, ivi comprese quelle già esercitate dagli uffici del medico provinciale e del veterinario provincia-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 32.

(*Funzioni di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria*)

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

le e dagli ufficiali sanitari e veterinari comunali o consortili, e disciplina il trasferimento dei beni e del personale relativi.

Nelle medesime materie sono emesse dal presidente della giunta regionale o dal sindaco ordinanze di carattere contingibile ed urgente, con efficacia estesa rispettivamente alla regione o a parte del suo territorio comprendente più comuni e al territorio comunale.

Sono fatte salve in materia di ordinanze, di accertamenti preventivi, di istruttoria o di esecuzione dei relativi provvedimenti le attività di istituto delle forze armate che, nel quadro delle suddette misure sanitarie, ricadono sotto la responsabilità delle competenti autorità.

Sono altresì fatti salvi i poteri degli organi dello Stato preposti in base alle leggi vigenti alla tutela dell'ordine pubblico.

Art. 33.

(*Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori*)

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari.

Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove necessiti la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 33.

(*Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori*)

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. L'unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio, l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

Art. 34.

(*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale*)

La legge regionale, nell'ambito delle unità sanitarie locali e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplina l'istituzione dei servizi territoriali che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale.

Le misure di cui al secondo comma dell'articolo precedente possono essere disposte nei confronti di persone affette da malattia mentale.

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extraospedalieri di cui al primo comma.

Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 34.

(*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale*)

La legge regionale, nell'ambito della unità sanitaria locale e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplina l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale.

Identico.

Identico.

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere. Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui al terzo comma dell'articolo 33 da parte di un medico della unità sanitaria locale e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma.

Nei casi di cui al precedente comma il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno di strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti presidi e servizi extrospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica. I servizi ospedalieri di cui al presente comma sono dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale.

Art. 35.

(*Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giurisdizionale*)

Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, corredato dalla proposta medica motivata di cui al terzo comma dell'articolo 33 e dalla convalida di cui al quarto comma dell'articolo 34, deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamen-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Nei casi di cui al precedente comma il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e i servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica. I servizi ospedalieri di cui al presente comma sono dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale.

Art. 35.

(*Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giurisdizionale*)

Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, da emanarsi entro 48 ore dalla convalida di cui all'articolo 34, quarto comma, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'articolo 33, terzo comma, e dalla suddetta convalida deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)	(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)
to sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.	
Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno, e al consolato competente, tramite il prefetto.	Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune, nonchè al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno, e al consolato competente, tramite il prefetto.
Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico della unità sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.	*Identico.*
Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.	*Identico.*
Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo.	*Identico.*
La omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un	*Identico.*

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma del presente articolo, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonchè al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.

Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo avere assunto le informazioni e raccolto le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti.

I ricorsi ed i successivi procedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

Art. 36.

(*Termalismo terapeutico*)

Le prestazioni idrotermali, limitate al solo aspetto terapeutico, da erogarsi presso gli appositi presidi e servizi di cui al presente articolo, nonchè presso aziende termali di

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Identico.

Identico.

Identico.

Identico.

Identico.

Identico.

Identico.

Art. 36.

(*Termalismo terapeutico*)

Le prestazioni idrotermali, limitate al solo aspetto terapeutico, da erogarsi presso gli appositi presidi e servizi di cui al presente articolo, nonchè presso aziende termali di

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

enti pubblici e privati, riconosciute ai sensi dell'articolo 6, lettera *s*), e convenzionate ai sensi dell'articolo 44, sono garantite nei limiti previsti dal piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53 e nelle forme stabilite con le modalità di cui al secondo comma dell'articolo 3.

La legge regionale promuove la integrazione e la qualificazione sanitaria degli stabilimenti termali pubblici, in particolare nel settore della riabilitazione, e favorisce altresì la valorizzazione sotto il profilo sanitario delle altre aziende termali.

Gli stabilimenti termali gestiti dall'INPS ai sensi dell'articolo 83 del regio decreto-legge 4 ottobre 1935, n. 1827, convertito, con modificazioni, nella legge 6 aprile 1936, n. 1155, per la cura e la prevenzione della invalidità pensionabile in base agli articoli 45 e 81 del citato regio decreto-legge, sono costituiti in presidi e servizi sanitari delle unità sanitarie locali in cui sono ubicati e sono disciplinati a norma dell'articolo 18.

Le aziende termali che saranno assegnate alle regioni in base alla procedura prevista dall'articolo 113 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, sono dichiarate presidi e servizi multizonali delle unità sanitarie locali nel cui territorio sono ubicate.

Art. 37.

(*Delega per la disciplina dell'assistenza sanitaria agli italiani all'estero, ai cittadini del comune di Campione d'Italia ed al personale navigante*)

Il Governo è delegato ad emanare, entro il 31 dicembre 1979, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri degli affari esteri, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare l'erogazione dell'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero, secondo i prin-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

enti pubblici e privati, riconosciute ai sensi dell'articolo 6, lettera *t*), e convenzionate ai sensi dell'articolo 44, sono garantite nei limiti previsti dal piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53 e nelle forme stabilite con le modalità di cui al secondo comma dell'articoilo 3.

Identico.

Identico.

Identico.

Art. 37.

(*Delega per la disciplina dell'assistenza sanitaria agli italiani all'estero, ai cittadini del comune di Campione d'Italia ed al personale navigante*)

Il Governo è delegato ad emanare, entro il 31 dicembre 1979, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri degli affari esteri, del lavoro e della previdenza sociale, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare l'erogazione dell'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero, secondo i princìpi generali

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

cìpi generali della presente legge e con l'osservanza dei seguenti criteri direttivi:

a) dovrà essere assicurata attraverso forme di assistenza diretta o indiretta, la tutela della salute dei lavoratori e dei loro familiari aventi diritto, per tutto il periodo di permanenza all'estero connesso alla prestazione di attività lavorativa, qualora tali soggetti non godano di prestazioni assistenziali garantite da leggi locali o tali prestazioni siano palesemente inferiori ai livelli di prestazioni sanitarie stabiliti con le modalità di cui al secondo comma dell'articolo 3;

b) dovranno essere previste particolari forme e procedure, anche attraverso convenzioni dirette, per l'erogazione dell'assistenza ai dipendenti dello Stato e di enti pubblici, ai loro familiari aventi diritto, nonchè ai contrattisti stranieri, che prestino la loro opera presso rappresentanze diplomatiche, uffici consolari, istituzioni scolastiche e culturali ovvero in delegazioni o uffici di enti pubblici oppure in servizio di assistenza tecnica;

c) dovranno essere previste specifiche norme per disciplinare l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani residenti nel comune di Campione d'Italia per gli interventi che, pur compresi fra quelli previsti dal secondo comma dell'articolo 3, non possono essere erogati dall'unità sanitaria locale di cui fa parte il comune, a causa della sua eccezionale collocazione geografica.

Restano salve le norme che disciplinano l'assistenza sanitaria dovuta alle persone aventi diritto all'assistenza stessa in virtù di trattati e accordi internazionali bilaterali o multilaterali di reciprocità sottoscritti dall'Italia.

Entro il termine di cui al primo comma il Governo è delegato ad emanare, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri della marina mercantile, dei trasporti, degli affari esteri e del tesoro, un decreto avente valore di legge ordinaria per

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

della presente legge e con l'osservanza dei seguenti criteri direttivi:

a) *identica*;

b) *identica*;

c) *identica*.

Identico.

Entro il termine di cui al primo comma il Governo è delegato ad emanare, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri della marina mercantile, dei trasporti, degli affari esteri, un decreto avente valore di legge ordinaria per disciplinare

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

disciplinare l'erogazione dell'assistenza sanitaria al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, secondo i princìpi generali della presente legge e con l'osservanza dei criteri direttivi indicati nel presente articolo.

Art. 38.

(*Servizio di assistenza religiosa*)

Presso le strutture di ricovero del servizio sanitario nazionale è assicurata l'assistenza religiosa nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino.

A tale fine l'unità sanitaria locale provvede per l'ordinamento del servizio di assistenza religiosa cattolica d'intesa con gli ordinari diocesani competenti per territorio; per gli altri culti d'intesa con le rispettive autorità religiose competenti per territorio.

Art. 39.

(*Cliniche universitarie e relative convenzioni*)

Sino alla riforma dell'università e della facoltà di medicina, per i rapporti tra regioni ed università relativamente alle attività del servizio sanitario nazionale, si applicano le disposizioni di cui ai successivi commi.

Al fine di realizzare un idoneo coordinamento delle rispettive funzioni istituzionali, le regioni e l'università stipulano convenzioni per disciplinare, anche sotto l'aspetto finanziario:

1) l'apporto nel settore assistenziale delle facoltà di medicina alla realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale;

2) l'utilizzazione da parte delle facoltà di medicina, per esigenze di ricerca e di insegnamento, di idonee strutture delle unità sanitarie locali e l'apporto di queste ultime ai compiti didattici e di ricerca della università.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

l'erogazione dell'assistenza sanitaria al personale navigante, maritttimo e dell'aviazione civile, secondo i princìpi generali della presente legge e con l'osservanza dei criteri direttivi indicati nel presente articolo.

Art. 38.

(*Servizio di assistenza religiosa*)

Identico.

Art. 39.

(*Cliniche universitarie e relative convenzioni*)

Fino alla riforma dell'ordinamento universitario e della facoltà di medicina, per i rapporti tra regioni ed università relativamente alle attività del servizio sanitario nazionale, si applicano le disposizioni di cui ai successivi commi.

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

Tali convenzioni una volta definite fanno parte dei piani sanitari regionali di cui al terzo comma dell'articolo 11.

Con tali convenzioni:

a) saranno indicate le strutture delle unità sanitarie locali da utilizzare a fini didattici e di ricerca, in quanto rispondano ai requisiti di idoneità fissati con decreto interministeriale adottato di concerto tra i Ministri della pubblica istruzione e della sanità;

b) al fine di assicurare il miglior funzionamento dell'attività didattica e di ricerca mediante la completa utilizzazione del personale docente delle facoltà di medicina e l'apporto all'insegnamento di personale medico ospedaliero qualificato sul piano didattico, saranno indicate le strutture a direzione universitaria e quelle a direzione ospedaliera alle quali affidare funzioni didattiche complementari a quella universitaria. Le strutture a direzione ospedaliera cui vengono affidate le suddette funzioni didattiche non possono superare il numero di quelle a direzione universitaria.

Le indicazioni previste nelle lettere *a*) e *b*) del precedente comma sono formulate previo parere espresso da una commissione di esperti composta da tre rappresentanti della università e tre rappresentanti della regione.

Le convenzioni devono altresì prevedere:

1) che le cliniche e gli istituti universitari di ricovero e cura che sono attualmente gestiti direttamente dall'università, fermo restando il loro autonomo ordinamento, rientrano, per quanto concerne l'attività di assistenza sanitaria, nei piani sanitari nazionali e regionali;

2) che l'istituzione di nuove divisioni, sezioni e servizi per sopravvenute esigenze didattiche e di ricerca che comportino nuovi oneri connessi all'assistenza a carico delle regioni debba essere attuata d'intesa tra regioni ed università.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Identico.

Identico:

a) *identica*;

b) al fine di assicurare il miglior funzionamento dell'attività didattica e di ricerca mediante la completa utilizzazione del personale docente delle facoltà di medicina e l'apporto all'insegnamento di personale ospedaliero laureato e di altro personale laureato e qualificato sul piano didattico, saranno indicate le strutture a direzione universitaria e quelle a direzione ospedaliera alle quali affidare funzioni didattiche integrative di quelle universitarie. Le strutture a direzione ospedaliera cui vengono affidate le suddette funzioni didattiche non possono superare il numero di quelle a direzione universitaria.

Identico.

Identico:

1) che le cliniche e gli istituti universitari di ricovero e cura che sono attualmente gestiti direttamente dall'università, fermo restando il loro autonomo ordinamento, rientrino, per quanto concerne l'attività di assistenza sanitaria, nei piani sanitari nazionali e regionali;

2) *identico.*

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

In caso di mancato accordo tra regioni ed università in ordine alla stipula della convenzione o in ordine alla istituzione di nuove divisioni, sezioni e servizi di cui al comma precedente si applica la procedura di cui all'articolo 50 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, sentito il Consiglio sanitario nazionale e la 1ª sezione del Consiglio superiore della pubblica istruzione.

Le convenzioni di cui al secondo comma vanno attuate, per quanto concerne la utilizzazione delle strutture assistenziali delle unità sanitarie locali, con specifiche convenzioni, da stipulare tra l'università e l'unità sanitaria locale, che disciplineranno sulla base della legislazione vigente le materie indicate nell'articolo 4 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129.

Le convenzioni previste nel presente articolo sono stipulate sulla base di schemi tipo approvati di concerto tra i Ministri della pubblica istruzione e della sanità, sentite le regioni, il Consiglio sanitario nazionale e la 1ª sezione del Consiglio superiore della pubblica istruzione.

Art. 40.

(*Enti di ricerca e relative convenzioni*)

Convenzioni analoghe a quelle previste per le cliniche universitarie, e di cui all'articolo 39 della presente legge, potranno essere stipulate tra le regioni e gli enti di ricerca i cui organi svolgano attività finalizzata agli obiettivi del servizio sanitario nazionale, al fine di disciplinare la erogazione da parte di tali organi di prestazioni sanitarie a livello preventivo, assistenziale e riabilitativo, nonchè la utilizzazione del personale degli enti di ricerca secondo i fini della presente legge.

Art. 41.

(*Convenzioni con istituzioni sanitarie riconosciute che erogano assistenza pubblica*)

Salva la vigilanza tecnico-sanitaria spettante all'unità sanitaria locale competente

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

In caso di mancato accordo tra regioni ed università in ordine alla stipula della convenzione o in ordine alla istituzione di nuove divisioni, sezioni e servizi di cui al comma precedente si applica la procedura di cui all'articolo 50 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, sentiti il Consiglio sanitario nazionale e la 1ª sezione del Consiglio superiore della pubblica istruzione.

Identico.

Identico.

Art. 40.

(*Enti di ricerca e relative convenzioni*)

Identico.

Art. 41.

(*Convenzioni con istituzioni sanitarie riconosciute che erogano assistenza pubblica*)

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

per territorio, nulla è innovato alle disposizioni vigenti per quanto concerne il regime giuridico-amministrativo degli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera, nonchè degli ospedali di cui all'articolo 1 della legge 26 novembre 1973, n. 817.

Salva la vigilanza tecnico-sanitaria spettante **all'unità sanitaria locale competente** per territorio, nulla è innovato alla disciplina vigente per quanto concerne l'ospedale Galliera di Genova. Con legge dello Stato, entro il 31 dicembre 1979, si provvede al nuovo ordinamento dell'Ordine mauriziano, **ai sensi della XIV Disposizione transitoria e** finale della Costituzione ed in conformità, per quanto attiene all'assistenza sanitaria, ai princìpi di cui alla presente legge.

I rapporti delle unità sanitarie locali competenti per territorio con gli istituti, enti ed ospedali di cui al primo comma che abbiano ottenuto la classificazione ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, nonchè con l'ospedale Galliera di Genova **e con il** Sovrano Ordine militare di Malta, sono regolati da apposite convenzioni.

Le convenzioni di cui al terzo comma del presente articolo devono essere stipulate in conformità a schemi tipo approvati dal Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Le regioni, nell'assicurare la dotazione finanziaria alle unità sanitarie locali, devono tener conto delle convenzioni di cui al presente articolo.

Art. 42.

(*Istituti a carattere scientifico*)

Il riconoscimento del carattere scientifico di istituti di ricovero e cura è effettuato **dallo Stato, sentite le regioni interessate.**

Spettano alle regioni, nei confronti degli istituti riconosciuti a carattere scientifico, che svolgono attività di ricovero e cura degli infermi, le stesse funzioni che esse esercitano per la parte assistenziale nei confronti

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 42.

(*Istituti a carattere scientifico*)

Le disposizioni del presente articolo si applicano agli istituti riconosciuti a carattere scientifico che erogano prestazioni sanitarie a livello preventivo curativo e riabilitativo e che svolgano attività di ricerca nelle discipline mediche ad esse collegate.

Il riconoscimento del carattere scientifico è effettuato con decreto del Ministro della

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

dei presidi ospedalieri dipendenti dalle unità sanitarie locali se si tratta di istituti aventi personalità giuridica di diritto pubblico, o nei confronti delle case di cura private se si tratta di istituti aventi personalità giuridica di diritto privato.

Detti istituti per la parte assistenziale sono considerati presidi ospedalieri multizonali delle unità sanitarie locali nel cui territorio sono ubicati e sono disciplinati a norma dell'articolo 18. Continuano invece ad essere esercitate dai competenti organi dello Stato le funzioni attinenti al regime giuridico-amministrativo di detti istituti ed eventualmente alla nomina dei componenti i relativi organi di amministrazione.

Il controllo sulle deliberazioni degli istituti aventi personalità giuridica di diritto pubblico è esercitato nelle forme indicate dal primo comma dell'articolo 49; l'annullamento delle deliberazioni adottate in deroga alle disposizioni regionali non è consentito ove la deroga sia stata autorizzata, con specifico riguardo alle finalità scientifiche dell'istituto, mediante decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro della pubblica istruzione.

Sino all'adozione dei decreti ministeriali di cui ai successivi commi non è consentito il riconoscimento di nuovi istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

sanità, di concerto con il Ministro della pubblica istruzione, sentite le regioni interessate ed il Consiglio sanitario nazionale.

Detti istituti per la parte assistenziale sono considerati presidi ospedalieri multizonali delle unità sanitarie locali nel cui territorio sono ubicati; i conseguenti rapporti sono regolati da apposite convenzioni da stipulare con le regioni secondo schemi tipo approvati dal Consiglio dei ministri su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, avuto riguardo alla natura della personalità giuridica degli istituti stessi e alle speciali e particolari prestazioni erogate.

Continuano ad essere esercitate dai competenti organi dello Stato le funzioni attinenti al regime giuridico amministrativo di detti istituti. Il Governo è delegato ad emanare entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro della pubblica istruzione, uno o più decreti aventi valore di legge per disciplinare:

a) la composizione degli organi di amministrazione degli istituti con personalità giuridica di diritto pubblico, che dovrà prevedere la presenza di rappresentanti delle regioni;

b) per gli istituti aventi personalità giuridica di diritto pubblico il controllo sugli atti in conformità al sistema vigente per gli enti pubblici a carattere nazionale, per gli istituti aventi personalità giuridica di diritto privato forme di controllo tecnico-funzionale nel rispetto della loro autonomia;

c) le modalità di finanziamento per la copertura della spesa attinente alla ricerca biomedica;

d) la disciplina dello stato giuridico o del trattamento economico del personale degli istituti aventi personalità giuridica di diritto pubblico.

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della pubblica istruzione, previa verifica dell'attività di ricerca scientifica svolta, sentito il Consiglio sanitario nazionale, provvede con proprio decreto al riordino degli istituti di cui al presente articolo in relazione alle finalità e agli obiettivi del servizio sanitario nazionale, confermando o meno gli attuali riconoscimenti.

Gli istituti a carattere scientifico aventi personalità giuridica di diritto pubblico, ai quali non viene confermato il riconoscimento, perdono la personalità giuridica; con lo stesso decreto di cui al precedente comma i beni, le attrezzature ed il personale, nonchè i rapporti giuridici in atto, sono trasferiti ai sensi degli articoli 66 e 68. Ove gli istituti ai quali non è confermato il riconoscimento abbiano personalità giuridica di diritto privato, gli stessi sono disciplinati ai sensi del successivo articolo 43.

Art. 43.

(*Autorizzazione e vigilanza su istituzioni sanitarie*)

La legge regionale disciplina l'autorizzazione e la vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato, ivi comprese quelle di cui al primo comma dell'articolo 41 che non hanno richiesto di essere classificate ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e sulle aziende termali e definisce le caratteristiche funzionali a cui tali istituzioni e aziende devono corrispondere onde assicurare livelli di prestazioni sanitarie non inferiori a quelle erogate dai corrispondenti presidi e servizi delle unità sanitarie locali. Restano ferme le funzioni di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 5.

Gli istituti, enti ed ospedali di cui al primo comma dell'articolo 41, che non abbiano ottenuto la classificazione ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, ma che abbiano un ordinamento dei servizi ospeda-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Identico.

Identico.

Art. 43.

(*Autorizzazione e vigilanza su istituzioni sanitarie*)

La legge regionale disciplina l'autorizzazione e la vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato, ivi comprese quelle di cui all'articolo 41, primo comma, che non hanno richiesto di essere classificate ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, su quelle convenzionate di cui all'articolo 26, e sulle aziende termali e definisce le caratteristiche funzionali cui tali istituzioni e aziende devono corrispondere onde assicurare livelli di prestazioni sanitarie non inferiori a quelle erogate dai corrispondenti presidi e servizi delle unità sanitarie locali. Restano ferme le funzioni di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 5.

Gli istituti, enti ed ospedali di cui all'articolo 41, primo comma, che non abbiano ottenuto la classificazione ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e le istituzioni a carattere privato che abbiano un ordina-

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

lieri corrispondente a quello degli ospedali gestiti direttamente dalle unità sanitarie locali, possono ottenere dalla regione, su domanda da presentarsi entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, che i loro ospedali, a seconda delle caratteristiche tecniche e specialistiche, siano considerati, ai fini dell'erogazione dell'assistenza **sanitaria, presidi dell'unità sanitaria locale** nel cui territorio sono ubicati, sempre che il piano regionale sanitario preveda i detti presidi. I rapporti dei predetti istituti, enti **ed ospedali con le unità sanitarie locali sono** regolati da apposite convenzioni.

Le convenzioni di cui al comma precedente devono essere stipulate in conformità a schemi tipo approvati dal Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale e devono prevedere fra l'altro forme e modalità per assicurare l'integrazione dei relativi **presidi con quelli delle unità sanitarie** locali.

Sino alla emanazione della legge regionale di cui al primo comma rimangono in vigore gli articoli 51, 52 e 53, primo e secondo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e il decreto del Ministro della sanità in data 5 agosto 1977, adottato ai sensi del predetto articolo 51 e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica del 31 agosto 1977, n. 236, nonchè gli articoli 194, 195, 196, 197 e 198 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, intendendosi sostituiti al Ministero della sanità la regione e al medico provinciale e al prefetto il presidente della giunta regionale.

Art. 44.

(*Convenzioni con istituzioni sanitarie*)

Il piano sanitario regionale di cui all'articolo 55 accerta la necessità di convenzionare le istituzioni private di cui all'articolo

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

mento dei servizi ospedalieri corrispondente a quello degli ospedali gestiti direttamente dalle unità sanitarie locali, possono ottenere dalla regione, su domanda da presentarsi entro i termini stabiliti con legge regionale, che i loro ospedali, a seconda delle caratteristiche tecniche e specialistiche, siano considerati, ai fini dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, presidi dell'unità sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati, sempre che il piano regionale sanitario preveda i detti presidi. I rapporti dei predetti istituti, enti ed ospedali con le unità sanitarie locali sono regolati da apposite convenzioni.

Identico.

Identico.

Art. 44.

(*Convenzioni con istituzioni sanitarie*)

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

precedente, tenendo conto prioritariamente di quelle già convenzionate.

La legge regionale stabilisce norme per:

a) le convenzioni fra le unità sanitarie locali e le istituzioni private di cui all'articolo precedente, da stipularsi in armonia col piano sanitario regionale e garantendo la erogazione di prestazioni sanitarie non inferiori a quelle erogate dai corrispondenti presidi e servizi delle unità sanitarie locali;

b) le convenzioni fra le unità sanitarie locali e le aziende termali di cui all'articolo 36.

Dette convenzioni sono stipulate dalle unità sanitarie locali in conformità a schemi tipo approvati dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Le convenzioni stipulate a norma del presente articolo dalle unità sanitarie locali competenti per territorio hanno efficacia anche per tutte le altre unità sanitarie locali del territorio nazionale.

Art. 45.

(*Associazioni di volontariato*)

È riconosciuta la funzione delle associazioni di volontariato liberamente costituite aventi la finalità di concorrere al conseguimento dei fini istituzionali del servizio sanitario nazionale.

Tra le associazioni di volontariato di cui al comma precedente sono ricomprese anche le istituzioni a carattere associativo, le cui attività si fondano, a norma di statuto, su prestazioni volontarie e personali dei soci. Dette istituzioni, se attualmente riconosciute come istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB), sono escluse dal trasferimento di cui all'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616.

A tal fine le predette istituzioni avanzano documentata istanza al presidente della giunta regionale che con proprio decreto procede, sentito il consiglio comunale ove ha sede l'istituzione, a dichiarare l'esistenza delle condizioni previste nel comma precedente.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 45.

(*Associazioni di volontariato*)

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

Di tale decreto viene data notizia alla commissione di cui al sesto comma dell'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616.

Sino all'entrata in vigore della legge di riforma dell'assistenza pubblica dette istituzioni restano disciplinate dalla legge 17 luglio 1890, n. 6972, e successive modifiche e integrazioni.

I rapporti fra le unità sanitarie locali e le associazioni del volontariato ai fini del loro concorso alle attività sanitarie pubbliche sono regolati da apposite convenzioni nell'ambito della programmazione e della legislazione sanitaria regionale.

Art. 46.

(*Mutualità volontaria*)

La mutualità volontaria è libera.

È vietato agli enti, imprese ed aziende pubbliche di contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento di associazioni mutualistiche liberamente costituite aventi finalità di erogare prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria prestata dal servizio sanitario nazionale.

CAPO IV

PERSONALE.

Art. 47.

(*Personale dipendente*)

Lo stato giuridico ed economico del personale delle unità sanitarie locali è disciplinato, salvo quanto previsto espressamente dal presente articolo, secondo i princìpi generali e comuni del rapporto di pubblico impiego.

In relazione a quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 13, la gestione amministrativa del personale delle unità sanitarie locali è demandata all'organo di gestione delle stesse, dal quale il suddetto personale dipende sotto il profilo funzionale, disciplinare e retributivo.

Il Governo è delegato ad emanare, entro il 30 giugno 1979, uno o più decreti aventi

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 46.

(*Mutualità volontaria*)

Identico.

È vietato agli enti, imprese ed aziende pubbliche contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento di associazioni mutualistiche liberamente costituite aventi finalità di erogare prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria prestata dal servizio sanitario nazionale.

CAPO IV

PERSONALE.

Art. 47.

(*Personale dipendente*)

Identico.

Identico.

Il Governo è delegato ad emanare, entro il 30 giugno 1979, su proposta del Presiden-

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

valore di legge ordinaria per disciplinare, salvo quanto previsto dal nono comma del presente articolo, lo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali nel rispetto dei seguenti princìpi e criteri direttivi:

1) assicurare un unico ordinamento del personale in tutto il territorio nazionale.

2) disciplinare i ruoli del personale sanitario, tecnico ed amministrativo secondo qualifiche funzionali con la specificazione dei profili di professionalità e delle mansioni;

3) definire le tabelle di equiparazione per il personale proveniente dagli enti e dalle amministrazioni le cui funzioni sono trasferite ai comuni per essere esercitate mediante le unità sanitarie locali e provvedere a regolare i trattamenti di previdenza e di quiescenza, compresi gli eventuali trattamenti integrativi di cui all'articolo 14 della legge 20 marzo 1975, n. 70;

4) garantire con criteri uniformi il diritto all'esercizio della libera attività professionale per i medici dipendenti delle unità sanitarie locali, degli istituti universitari e dei policlinici convenzionati e degli istituti scientifici di ricovero e cura di cui all'articolo 42. Con legge regionale sono stabiliti le modalità e i limiti per l'esercizio di tale attività;

5) prevedere misure rivolte a favorire, particolarmente per i medici a tempo pieno, l'esercizio delle attività didattiche e scientifiche e ad ottenere, su richiesta, il comando per ragioni di aggiornamento tecnico scientifico;

6) fissare le modalità per l'aggiornamento obbligatorio professionale del personale;

7) prevedere disposizioni per rendere omogeneo il trattamento economico complessivo e per equiparare gli istituti normativi aventi carattere economico del per-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

te del Consiglio, di concerto con i Ministri della sanità e del lavoro e della previdenza sociale, previa consultazione delle associazioni sindacali delle categorie interessate uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare, salvo quanto previsto dall'ottavo comma del presente articolo, lo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali nel rispetto dei seguenti princìpi e criteri direttivi:

1) *identico*;

2) *identico*;

3) *identico*;

4) garantire con criteri uniformi il diritto all'esercizio della libera attività professionale per i medici e veterinari dipendenti dalle unità sanitarie locali, degli istituti universitari e dei policlinici convenzionati e degli istituti scientifici di ricovero e cura di cui all'articolo 42. Con legge regionale sono stabiliti le modalità e i limiti per l'esercizio di tale attività;

5) *identico*;

6) *identico*;

7) *identico*.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

sonale sanitario universitario operante nelle strutture convenzionate con quelli del personale delle unità sanitarie locali.

Ai fini di una efficace organizzazione dei servizi delle unità sanitarie locali, le norme delegate di cui al comma precedente, oltre a demandare alla regione il potere di emanare norme per la loro attuazione ai sensi dell'articolo 117, ultimo comma, della Costituzione, dovranno prevedere:

1) criteri generali per la istituzione e la gestione da parte di ogni regione di ruoli nominativi regionali del personale del servizio sanitario nazionale addetto ai presidi, servizi ed uffici delle unità sanitarie locali. Il personale in servizio presso le unità sanitarie locali sarà collocato nei diversi ruoli in rapporto a titoli e criteri fissati con decreto del Ministro della sanità. Tali ruoli hanno valore anche ai fini dei trasferimenti, delle promozioni e dei concorsi;

2) criteri generali per i comandi o per i trasferimenti nell'ambito del territorio regionale;

3) criteri generali per la regolamentazione, in sede di accordo nazionale unico, della mobilità del personale;

4) disposizioni per disciplinare i concorsi pubblici, che devono essere banditi dalla regione su richiesta delle unità sanitarie locali, e per la efficacia delle graduatorie da utilizzare anche ai fini del diritto di scelta tra i posti messi a concorso;

5) disposizioni volte a stabilire che nell'ambito delle singole unità sanitarie locali l'assunzione avviene nella qualifica funzionale e non nel posto.

I decreti delegati di cui al terzo comma del presente articolo prevedono altresì norme riguardanti:

a) i criteri per la valutazione, anche ai fini di pubblici concorsi, dei servizi e dei titoli di candidati che hanno svolto la loro attività o nelle strutture sanitarie degli enti di cui all'articolo 41 o in quelle convenzionate a norma dell'articolo 43;

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Identico.

Identico:

a) i criteri per la valutazione, anche ai fini di pubblici concorsi, dei servizi e dei titoli di candidati che hanno svolto la loro attività o nelle strutture sanitarie degli enti di cui all'articolo 41 o in quelle convenzionate a norma dell'articolo 43 fatti salvi i diritti acquisiti ai sensi dell'articolo 129 del

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)	(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)
	decreto del Presidente della Repubblica numero 130 del 27 marzo 1969;
b) la quota massima dei posti vacanti che le regioni possono riservare, per un tempo determinato, a personale in servizio a rapporto di impiego continuativo presso strutture convenzionate che cessino il rapporto convenzionale nonchè le modalità ed i criteri per i relativi concorsi;	*b*) *identica*;
c) le modalità ed i criteri per l'immissione nei ruoli regionali di cui al n. 1) del precedente comma, previo concorso riservato, del personale sanitario già in servizio continuativo a qualunque titolo almeno dal 31 dicembre 1977 presso comuni, province, loro consorzi e istituzioni ospedaliere pubbliche.	*c*) le modalità ed i criteri per l'immissione nei ruoli regionali di cui al n. 1) del precedente comma, previo concorso riservato, del personale sanitario e laureato dei ruoli speciali addetto all'attività sanitaria in servizio continuativo a qualunque titolo in data non succesiva al 30 giugno 1978 ed in servizio all'atto dell'entrata in vigore della presente legge presso regioni, comuni, province, loro consorzi e istituzioni ospedaliere pubbliche.
Le unità sanitarie locali, per l'attuazione del proprio programma di attività e in relazione a comprovate ed effettive esigenze assistenziali, didattiche e di ricerca, previa autorizzazione della regione, individuano le **strutture, le divisioni ed i servizi cui devo**no essere addetti sanitari a tempo pieno e prescrivono, anche in carenza della specifica richiesta degli interessati, a singoli sanitari delle predette strutture, divisioni e servizi, la prestazione del servizio a tempo pieno.	*Identico.*
In riferimento al comma precedente i relativi bandi di concorso per posti vacanti prescrivono il rapporto di lavoro a tempo pieno.	*Identico.*
Il Governo, sentita una commissione parlamentare di dieci deputati e dieci senatori, nominati in rappresentanza proporzionale dei gruppi parlamentari dai Presidenti delle rispettive Camere, **su designazione dei** Presidenti dei gruppi stessi, emana le norme delegate di cui al presente articolo, su proposta del Presidente del Consiglio, di concerto con i Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, dell'interno e del tesoro, previa consultazione delle associazioni sindacali delle categorie interessate.	**Soppresso.**
Il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico del rap-	Il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico del rap-

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

porto d'impiego di tutto il personale sono disciplinati mediante accordo nazionale unico, di durata triennale, stipulato tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale delle categorie interessate. La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti è costituita rispettivamente: da un rappresentante della Presidenza del Consiglio dei ministri e dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro; da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1971, n. 281; da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

L'accordo nazionale di cui al comma precedente è reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri. I competenti organi locali adottano entro 30 giorni dalla pubblicazione del suddetto decreto i necessari e dovuti atti deliberativi.

È fatto divieto di concedere al personale delle unità sanitarie locali compensi, indennità o assegni di qualsiasi genere e natura che modifichino direttamente o indirettamente il trattamento economico previsto dal decreto di cui al precedente comma. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma sono nulli di diritto e comportano la responsabilità personale degli amministratori.

Il Ministero della difesa può stipulare convenzioni con le unità sanitarie locali per prestazioni professionali presso la organizzazione sanitaria militare da parte del personale delle unità sanitarie locali nei limiti di orario previsto per detto personale.

Art. 48.

(*Personale a rapporto convenzionale*)

L'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantita sull'intero territorio nazionale da convenzioni, aventi durata triennale, del tutto conformi agli

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

porto d'impiego di tutto il personale sono disciplinati mediante accordo nazionale unico, di durata triennale, stipulato tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale delle categorie interessate. La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti è costituita rispettivamente: da un rappresentante della Presidenza del Consiglio dei ministri e dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro; da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281; da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

Identico.

Identico.

Identico.

Art. 48.

(*Personale a rapporto convenzionale*)

L'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantita sull'intero territorio nazionale da convenzioni, aventi durata triennale, del tutto conformi agli

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

accordi collettivi nazionali stipulati tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale di ciascuna categoria. La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti è costituita rispettivamente: dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro; da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1971, n. 281; da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

L'accordo nazionale di cui al comma precedente è reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri. I competenti organi locali adottano entro 30 giorni dalla pubblicazione del suddetto decreto i necessari e dovuti atti deliberativi.

Gli accordi collettivi nazionali di cui al primo comma devono prevedere:

1) il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che hanno diritto di essere convenzionati in ogni unità sanitaria locale, fatto salvo il diritto di libera scelta del medico per ogni cittadino;

2) l'istituzione e i criteri di formazione di elenchi unici per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti convenzionati esterni e per gli specialisti e generici ambulatoriali;

3) l'accesso alla convenzione, che è consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito;

4) la disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni;

5) il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libe-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

accordi collettivi nazionali stipulati tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale di ciascuna categoria. La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti è costituita rispettivamente: dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro; da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281; da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

Identico.

Identico:

1) *identico*;

2) *identico*;

3) *identico*;

4) *identico*;

5) *identico*;

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

ra scelta a ciclo di fiducia ed il massimo delle ore per i medici ambulatoriali specialisti e generici, da determinare in rapporto ad altri impegni di lavoro compatibili; la regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in dipendenza del numero degli assistiti o delle ore; il divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati; le attività libero-professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione. Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle regioni, previa domanda motivata alla unità sanitaria locale;

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

7) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantità e qualità del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate nei settori della prevenzione, cura e riabilitazione. Saranno fissate a tal fine tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici generici e per i pediatri di libera scelta, da un compenso globale annuo per assistito; e, per gli specialisti e generici ambulatoriali, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione;

8) le forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati, nonchè le ipotesi di infrazione da parte dei medici degli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale, e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

6) l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche. Per quanto invece attiene al rapporto di lavoro si applicano le norme previste dal precedente punto 4);

7) *identico*;

8) *identico*;

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)	(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)
e fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina;	
9) le forme di incentivazione in favore dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;	9) *identico;*
10) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati;	10) *identico;*
11) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione;	11) *identico;*
12) le forme di collaborazione fra i medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;	12) *identico;*
13) la collaborazione dei medici, per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio.	13) *identico.*
I criteri di cui al comma precedente, in quanto applicabili, si estendono alle convenzioni con le altre categorie non mediche di operatori professionali, da stipularsi con le modalità di cui al primo e secondo comma del presente articolo.	*Identico.*
Gli stessi criteri, per la parte compatibile, si estendono, altresì, ai sanitari che erogano le prestazioni specialistiche e di riabilitazione in ambulatori dipendenti da enti o istituti privati convenzionati con la regione.	*Identico.*
Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche alle convenzioni da stipulare da parte delle unità sanitarie locali con tutte le farmacie di cui all'articolo 28.	*Identico.*
È nullo qualsiasi atto, anche avente carattere integrativo, stipulato con organizzazioni professionali o sindacali per la disciplina dei rapporti convenzionali. Resta la facoltà degli organi di gestione delle unità sanitarie locali di stipulare convenzioni con ordini religiosi per l'espletamento di servizi nelle rispettive strutture.	*Identico.*

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)	(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)
È altresì nulla qualsiasi convenzione con singoli appartenenti alle categorie di cui al presente articolo. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma comportano la responsabilità personale degli amministratori.	*Identico.*
Le federazioni degli ordini nazionali, nonchè i collegi professionali, nel corso delle trattative per la stipula degli accordi nazionali collettivi riguardanti le rispettive categorie, partecipano in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontologico e agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle convenzioni uniche.	*Identico.*
Gli ordini e collegi professionali sono tenuti a dare esecuzione ai compiti che saranno ad essi demandati dalle convenzioni uniche. Sono altresì tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali, indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione.	*Identico.*
In caso di grave inosservanza delle disposizioni di cui al comma precedente, la regione interessata provvede a farne denuncia al Ministro della sanità e a darne informazione contemporaneamente alla competente federazione nazionale dell'ordine. Il Ministro della sanità, sentita la suddetta federazione, provvede alla nomina di un commissario, scelto tra gli iscritti nell'albo professionale della provincia, per il compimento degli atti cui l'ordine provinciale non ha dato corso.	*Identico.*
Sino a quando non sarà riordinato con legge il sistema previdenziale relativo alle categorie professionistiche convenzionate, le convenzioni di cui al presente articolo prevedono la determinazione della misura dei contributi previdenziali e le modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale in data 15 ottobre 1976, pubblicato nel supplemento alla *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica del 28 ottobre 1976, n. 289.	*Identico.*

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

CAPO V

CONTROLLI, CONTABILITÀ E FINANZIAMENTO

Art. 49.

(*Controlli sulle unità sanitarie locali*)

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

Le modificazioni apportate in sede di riordinamento delle autonomie locali alla materia dei controlli sugli atti e sugli organi dei comuni e delle province s'intendono automaticamente estese ai controlli sulle unità sanitarie locali.

I controlli di cui ai commi precedenti per le regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e di Bolzano si esercitano nelle forme previste dai rispettivi statuti.

I comuni singoli o associati e le comunità montane presentano annualmente, in base a criteri e princìpi uniformi predisposti dalle regioni, allegata al rendiconto della gestione delle unità sanitarie locali, una relazione al presidente della giunta regionale sui livelli assistenziali raggiunti e sulle esigenze che si sono manifestate nel corso dell'esercizio.

Il presidente della giunta regionale presenta annualmente al consiglio regionale una relazione generale sulla gestione ed efficienza dei servizi sanitari, con allegata la situazione contabile degli impegni assunti sulla quota assegnata alla regione degli stanziamenti per il servizio sanitario nazionale. Tale relazione deve essere trasmessa ai Ministri della sanità, del tesoro e del lavoro e della previdenza saciale, con allegato un riepilogo dei conti consuntivi, per singole voci, delle unità sanitarie locali.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

CAPO V

CONTROLLI, CONTABILITÀ E FINANZIAMENTO

Art. 49.

(*Controlli sulle unità sanitarie locali*)

Identico.

I comuni singoli o associati e le comunità montane presentano annualmente, in base a criteri e princìpi uniformi predisposti dalle regioni, allegata al bilancio delle unità sanitarie locali, una relazione al presidente della giunta regionale sui livelli assistenziali raggiunti e sulle esigenze che si sono manifestate nel corso dell'esercizio.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

Art. 50.

(*Norme di contabilità*)

Entro sei mesi dalla entrata in vigore della presente legge le regioni provvedono con legge a disciplinare l'utilizzazione del patrimonio e la contabilità delle unità sanitarie locali in conformità ai seguenti princìpi:

1) la disciplina amministrativo-contabile delle gestioni deve risultare corrispondente ai princìpi della contabilità pubblica previsti dalla legislazione vigente;

2) i competenti organi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane interessati cureranno l'effettuazione di periodiche verifiche di cassa, con ritmo almeno bimestrale, al fine dell'accertamento di eventuali disavanzi, da comunicare immediatamente ai sindaci o ai presidenti delle comunità competenti per l'adozione dei provvedimenti di cui all'ultimo comma del presente articolo;

3) i conti di gestione devono recare analitiche previsioni tanto in termini di competenze quanto in termini di cassa;

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

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

6) le risultanze complessive delle previsioni di entrata e di spesa nonchè dei conti consuntivi delle unità sanitarie locali, devono essere iscritte rispettivamente nel bilancio di previsione e nel conto consuntivo dei comuni singoli o associati o delle comunità montane. I bilanci di previsione e i conti consuntivi delle unità sanitarie locali debbono essere allegati alle contabilità degli enti territoriali cui si riferiscono;

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 50.

(*Norme di contabilità*)

Identico:

1) *identico;*

2) *identico;*

3) i bilanci devono recare analitiche previsioni tanto in termini di competenze quanto in termini di cassa;

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

5) *identico;*

6) *identico;*

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)	(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)
7) gli stanziamenti iscritti in entrata ed in uscita dei bilanci comunali o delle comunità montane per i compiti delle unità sanitarie locali debbono comprendere i relativi affidamenti regionali che non possono essere utilizzati in alcun caso per altre finalità;	7) *identico;*
8) i contratti di fornitura non possono essere stipulati con dilazioni di pagamento superiori a 90 giorni;	8) *identico;*
9) alle unità sanitarie locali è vietato, anche attraverso i comuni, il ricorso a qualsiasi forma di indebitamento salvo anticipazioni mensili da parte del tesoriere pari a un dodicesimo dello scoperto autorizzato.	9) *identico.*
Le unità sanitarie locali debbono fornire alle regioni rendiconti trimestrali, entro il termine perentorio di 30 giorni dalla data di scadenza del trimestre, in cui si dia conto dell'avanzo o disavanzo di cassa nonchè dei debiti e crediti dei bilanci già accertati alla data della resa del conto anzidetto, dettagliando gli eventuali impedimenti obiettivi per cui, decorso il termine di cui al numero 8) del primo comma, non sono stati effettuati pagamenti per forniture.	*Identico.*
La regione a sua volta fornirà gli stessi dati ai Ministeri della sanità e del tesoro secondo un modello di rilevazione contabile delle spese del servizio sanitario nazionale impostato uniformemente nell'ambito dell'indirizzo e coordinamento governativo.	*Identico.*
Ove dalla comunicazione di cui al numero 2) del primo comma, ovvero dalla rendicontazione trimestrale prevista dal secondo comma del presente articolo, risulti che la gestione manifesta un disavanzo complessivo, e ciò anche avendo riguardo ai debiti e crediti di bilancio, i comuni, singoli o associati, e le comunità montane sono tenuti a convocare nel termine di 30 giorni i rispettivi organi deliberanti al fine di adottare i provvedimenti necessari a riportare in equilibrio il conto di gestione della unità sanitaria locale.	*Identico.*

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

Art. 51.

(*Finanziamento del servizio sanitario nazionale*)

Il fondo sanitario nazionale destinato al finanziamento del servizio sanitario nazionale è annualmente determinato con la legge di approvazione del bilancio dello Stato. Gli importi relativi devono risultare stanziati in distinti capitoli della parte corrente e della parte in conto capitale da iscriversi, rispettivamente, negli stati di previsione della spesa del Ministero del tesoro e del Ministero del bilancio e della programmazione economica.

Le somme stanziate a norma del precedente comma vengono ripartite con delibera del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) tra tutte le regioni, comprese quelle a statuto speciale, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, tenuto conto delle indicazioni contenute nei piani sanitari nazionali e regionali e sulla base di indici e di *standards* distintamente definiti per la spesa corrente e per la spesa in conto capitale. Tali indici e *standards* devono tendere a garantire i livelli di prestazioni sanitarie stabiliti con le modalità di cui al secondo comma dell'articolo 3 in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le regioni. Per la ripartizione della spesa in conto capitale si applica quanto disposto dall'articolo 43 del testo unico delle leggi sul Mezzogiorno approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1967, numero 1523, prorogato dall'articolo 7 della legge 6 ottobre 1971, n. 853.

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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 51.

(*Finanziamento del servizio sanitario nazionale*)

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

Le regioni, sulla base di parametri numerici da determinarsi, sentiti i comuni, con legge regionale ed intesi ad unificare il livello delle prestazioni sanitarie, provvedono a ripartire tra le unità sanitarie locali la quota loro assegnata per il finanziamento delle spese correnti, riservandone un'aliquota non superiore al 5 per cento per interventi imprevisti. Tali parametri devono garantire gradualmente livelli di prestazioni uniformi nell'intero territorio regionale. Per il riparto della quota loro assegnata per il finanziamento delle spese in conto capitale, le regioni provvedono sulla base delle indicazioni formulate dal piano sanitario nazionale.

Con provvedimento regionale, all'inizio di ciascun trimestre, è trasferita alle unità sanitarie locali, tenendo conto dei presidi e servizi di cui all'articolo 18, la quota ad esse spettante secondo il piano sanitario regionale.

Gli amministratori e i responsabili dell'ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale sono responsabili in solido delle spese disposte od autorizzate in eccedenza alla quota di dotazione loro attribuita, salvo che esse non siano determinate da esigenze obiettive di carattere locale da collegare a fattori straordinari di morbilità accertati dagli organi sanitari della regione e finanziabili con la riserva di cui al quarto comma.

Art. 52.

(*Finanziamento per l'esercizio finanziario 1979*)

Per l'esercizio finanziario 1979 l'importo del fondo sanitario nazionale, parte corrente, da iscrivere nel bilancio dello Stato è determinato, con riferimento alle spese effettivamente sostenute nel 1977 dallo Stato, dalle regioni, dalle province, dai comuni e loro consorzi, dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome estinti e posti in liquidazione ai sensi dell'articolo 12-*bis* del-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 52.

(*Finanziamento per l'esercizio finanziario 1979*)

Per l'esercizio finanziario 1979 l'importo del fondo sanitario nazionale, parte corrente, da iscrevere nel bilancio dello Stato è determinato, con riferimento alle spese effettivamente sostenute nel 1977 dallo Stato, dalle regioni, dalle province, dai comuni e loro consorzi, dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome estinti e posti in liquidazione ai sensi dell'articolo 12-*bis* del

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

la legge 17 agosto 1974, n. 386, di conversione con modificazioni del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, e da ogni altro ente pubblico previsto dalla presente legge, per l'esercizio delle funzioni attribuite al servizio sanitario nazionale.

Alla rilevazione di tale spesa provvede il Ministro del tesoro di concerto con il Ministro della sanità sulla base dei dati comunicati dalle regioni mediante appositi atti ricognitivi.

Ai fini della determinazione del fondo sanitario nazionale per l'esercizio 1979, sulle spese impegnate nel 1977 vengono riconosciute in aumento:

a) le maggiorazioni derivanti dall'applicazione delle norme contrattuali, regolamentari o legislative vigenti per quanto riguarda la spesa del personale, compreso quello il cui rapporto è regolato da convenzioni;

b) la maggiorazione del 7 per cento delle spese impegnate per la fornitura di beni e servizi per ciascuno degli anni 1978 e 1979;

c) le maggiorazioni derivanti dalle rate di ammortamento dei mutui regolarmente contratti negli anni 1978 e precedenti e non compresi negli impegni dell'anno 1977.

Fatte salve le necessità finanziarie degli organi centrali del servizio sanitario nazionale e degli enti pubblici di cui al primo comma, alla ripartizione del fondo fra le regioni si provvede per l'esercizio 1979, anche in deroga al disposto dell'articolo 8 della legge 16 maggio 1970, n. 281, con decreto del Ministro del tesoro di concerto con il Ministro della sanità, assumendo come riferimento la spesa rilevata nelle singole regioni, secondo quanto è previsto dal presente articolo, maggiorata in base alle disposizioni di cui al terzo comma.

Le regioni, tenuto conto di quanto disposto dal terzo comma dell'articolo 61, assicurano i necessari mezzi finanziari agli enti che nel territorio regionale esercitano le funzioni del servizio sanitario nazionale sino

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, come modificato dalla legge di conversione 17 agosto 1974, n. 386, e da ogni altro ente pubblico previsto dalla presente legge, per lo esercizio delle funzioni attribuite al servizio sanitario nazionale.

Soppresso.

Identico.

Fatte salve le necessità finanziarie degli organi centrali del servizio sanitario nazionale e degli enti pubblici di cui al primo comma, alla ripartizione del fondo fra le regioni si provvede per l'esercizio 1979, anche in deroga al disposto dell'articolo 8 della legge 16 maggio 1970, n. 281, con decreto del Ministro del tesoro di concerto con il Ministro della sanità, assumendo come riferimento la spesa rilevata nelle singole regioni, secondo quanto è previsto dal presente articolo, maggiorata in base alle disposizioni di cui al precedente comma.

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

all'effettivo trasferimento delle stesse alle unità sanitarie locali.

Agli enti medesimi si applicano anche, nel periodo considerato, le disposizioni di cui ai numeri 8) e 9) del primo comma dell'articolo 50.

TITOLO II

PROCEDURE DI PROGRAMMAZIONE E DI ATTUAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Art. 53.

(*Piano sanitario nazionale*)

Le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del servizio sanitario nazionale sono stabilite dal Parlamento attraverso il piano sanitario nazionale.

Il piano sanitario nazionale viene predisposto dal Governo, sentito il Consiglio sanitario nazionale, in conformità agli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e tenuta presente l'esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel paese, particolarmente nelle regioni meridionali.

Il piano ha, di norma, durata triennale e viene presentato al Parlamento entro il 30 giugno dell'ultimo anno di validità del piano sanitario precedente.

Il piano sanitario nazionale stabilisce per il periodo della sua durata:

a) gli obiettivi da realizzare nel triennio con riferimento a quanto disposto dall'articolo 2;

b) l'importo del fondo sanitario nazionale di cui all'articolo 51, da iscrivere annualmente nel bilancio dello Stato;

c) gli indici e gli *standards* nazionali da assumere per la ripartizione del fondo sanitario nazionale tra le regioni, al fine

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Identico.

TITOLO II

PROCEDURE DI PROGRAMMAZIONE E DI ATTUAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Art. 53.

(*Piano sanitario nazionale*)

Identico.

Il piano sanitario nazionale viene predisposto dal Governo su proposta del Ministro della sanità sentito il Consiglio sanitario nazionale, in conformità agli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e tenuta presente l'esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel paese, particolarmente nelle regioni meridionali.

Identico.

Identico.

a) *identica*;

b) *identica*;

c) gli indici e gli *standards* nazionali da assumere per la ripartizione del fondo sanitario nazionale tra le regioni, al fine

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

di realizzare in tutto il territorio nazionale un'equilibrata organizzazione dei servizi, anche attraverso una destinazione delle risorse per settori fondamentali di intervento, con limiti differenziati per gruppi di spese correnti e per gli investimenti, prevedendo in particolare gli indici nazionali e regionali relativi ai posti letto e la ripartizione quantitativa degli stessi. Quanto agli investimenti il piano deve prevedere che essi siano destinati esclusivamente alle regioni nelle quali la dotazione di posti letto e di altre strutture sanitarie risulti inferiore agli indici normali indicati dal piano stesso. Il piano prevede inoltre la sospensione di ogni investimento nelle regioni la cui dotazione di posti letto raggiunge o supera i suddetti indici;

d) gli indirizzi ai quali devono uniformarsi le regioni nella ripartizione della quota regionale ad esse assegnata fra le unità sanitarie locali;

e) i criteri e gli indirizzi ai quali deve riferirsi la legislazione regionale per la organizzazione dei servizi fondamentali previsti dalla presente legge e per gli organici del personale addetto al servizio sanitario nazionale;

f) le norme generali di erogazione delle prestazioni sanitarie, nonchè le fasi o le modalità della graduale unificazione delle stesse e del corrispondente adeguamento, salvo provvedimenti di fiscalizzazione dei contributi assicurativi;

g) gli indirizzi ai quali devono riferirsi i piani regionali di cui al successivo articolo 55, ai fini di una coordinata e uniforme realizzazione degli obiettivi di cui alla precedente lettera *a*);

h) gli obiettivi fondamentali relativi alla formazione e all'aggiornamento del personale addetto al servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento alle funzioni tecnico-professionali, organizzative e gestionali e alle necessità quantitative dello stesso;

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

di realizzare in tutto il territorio nazionale un'equilibrata organizzazioni dei servizi, anche attraverso una destinazione delle risorse per settori fondamentali di intervento, con limiti differenziati per gruppi di spese correnti e per gli investimenti, prevedendo in particolare gli indici nazionali e regionali relativi ai posti letto e la ripartizione quantitativa degli stessi. Quanto agli investimenti il piano deve prevedere che essi siano destinati esclusivamente alle regioni nelle quali la dotazione di posti letto e di altre strutture sanitarie, sia pubbliche che convenzionate, risulti inferiore agli indici normali indicati dal piano stesso. Il piano prevede inoltre la sospensione di ogni investimento nelle regioni la cui dotazione di posti letto raggiunge o supera i suddetti indici;

d) *identica*;

e) *identica*;

f) *identica*;

g) *identica*;

h) *identica*;

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

i) le procedure e le modalità per verifiche periodiche dello stato di attuazione del piano e della sua idoneità a perseguire gli obiettivi che sono stati previsti;

l) le esigenze prioritarie del servizio sanitario nazionale in ordine alla ricerca biomedica e ad altri settori attinenti alla tutela della salute.

Ai fini della programmazione sanitaria, il Ministro della sanità è autorizzato ad avvalersi di un gruppo di persone particolarmente competenti in materia economica e sanitaria, per la formulazione delle analisi tecniche, economiche e sanitarie necessarie alla predisposizione del piano sanitario nazionale.

La remunerazione delle persone di cui al comma precedente è stabilita dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, con il decreto di conferimento dell'incarico. Agli oneri finanziari relativi si fa fronte con apposito capitolo da istituirsi nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

Art. 54.

(*Primo piano sanitario nazionale*)

Il piano sanitario nazionale per il triennio 1980-1982 deve essere presentato al Parlamento entro il 30 aprile 1979.

Art. 55.

(*Piani sanitari regionali*)

Le regioni provvedono all'attuazione del servizio sanitario nazionale in base a piani sanitari triennali, coincidenti con il triennio del piano sanitario nazionale, finalizzati alla eliminazione degli squilibri esistenti nei servizi e nelle prestazioni nel territorio regionale.

I piani sanitari triennali delle regioni, che devono uniformarsi ai contenuti ed agli in-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

i) *identica;*

l) *identica.*

Identico.

Identico.

Art. 54.

(*Primo piano sanitario nazionale*)

Identico.

Art. 55.

(*Piani sanitari regionali*)

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

dirizzi del piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53 e riferirsi agli obiettivi del programma regionale di sviluppo, sono predisposti dalla giunta regionale, secondo la procedura prevista nei rispettivi statuti per quanto attiene alla consultazione degli enti locali e delle altre istituzioni ed organizzazioni interessate. I piani sanitari triennali delle regioni sono approvati con legge regionale almeno 120 giorni prima della scadenza di ogni triennio.

Ai contenuti ed agli indirizzi del piano regionale debbono uniformarsi gli atti e provvedimenti emanati dalle regioni.

Art. 56.

(*Primi piani sanitari regionali*)

Per il triennio 1980-1982 i singoli piani sanitari regionali sono predisposti ed approvati entro il 30 ottobre 1979 e devono fra l'altro prevedere:

a) l'importo delle quote da iscrivere per ogni anno del triennio nel bilancio della regione con riferimento alle indicazioni del piano sanitario nazionale;

b) le modalità per attuare, nelle unità sanitarie locali della regione, l'unificazione delle prestazioni sanitarie secondo quanto previsto dal quarto comma, lettera *f*), dell'articolo 53;

c) gli indirizzi ai quali devono riferirsi gli organi di gestione delle unità sanitarie locali nella fase di avvio del servizio sanitario nazionale.

Art. 57.

(*Unificazione dei livelli delle prestazioni sanitarie*)

Con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del teso-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 56.

(*Primi piani sanitari regionali*)

Identico.

Art. 57.

(*Unificazione dei livelli delle prestazioni sanitarie*)

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

ro, sentito il Consiglio sanitario nazionale, da emanarsi in conformità a quanto previsto dal piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53, sono gradualmente unificate, nei tempi e nei modi stabiliti dal piano stesso, le prestazioni sanitarie già erogate dai disciolti enti mutualistici, dalle mutue aziendali e dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome degli enti previdenziali.

Con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con i Ministri del tesoro e della sanità, ed anche in conformità a quanto previsto dalla lettera *f)* del quarto comma dell'articolo 53, si provvede a disciplinare l'adeguamento della partecipazione contributiva degli assistiti in misura non superiore a quella fissata ai sensi dell'articolo 63, nonchè le modalità e i tempi di tale partecipazione in funzione della soppressione delle strutture mutualistiche di cui al primo comma del presente articolo.

Sono comunque fatte salve le prestazioni sanitarie specifiche, preventive, ortopediche e protesiche, attualmente erogate, ai sensi delle leggi e dei regolamenti vigenti, a favore degli invalidi per causa di guerra e di servizio, dei ciechi, dei sordomuti e degli invalidi civili.

Nulla è innovato alle disposizioni del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, per quanto riguarda le prestazioni di assistenza sanitaria curativa e riabilitativa, che devono essere garantite, a prescindere dalla iscrizione di cui al terzo comma dell'articolo 19 della presente legge, agli invalidi del lavoro, ferma restando, altresì, l'esclusione di qualunque concorso di questi ultimi al pagamento delle prestazioni sanitarie. Con legge regionale è disciplinato il coordinamento, anche mediante convenzioni, fra l'erogazione delle anzidette prestazioni e gli interventi sanitari che gli enti previdenziali gestori dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con i Ministri del tesoro e della sanità, ed anche in conformità a quanto previsto dalla lettere *f)*, quarto comma, dell'articolo 53, si provvede a disciplinare l'adeguamento della partecipazione contributiva degli assistiti nonchè le modalità e i tempi di tale partecipazione in funzione della soppressione delle strutture mutualistiche di cui al primo comma del presente articolo.

Sono comunque fatte salve le prestazioni sanitarie specifiche, preventive, ortopediche e protesiche, erogate, ai sensi delle leggi e dei regolamenti vigenti, a favore degli invalidi per causa di guerra e di servizio, dei ciechi, dei sordomuti e degli invalidi civili.

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

le malattie professionali pongono in essere, in favore degli infortunati e tecnopatici, per realizzare le finalità medico-legali di cui all'articolo 74 della presente legge.

Art. 58.

(*Servizio epidemiologico e statistico*)

Nel piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53 sono previsti specifici programmi di attività per la rilevazione e la gestione delle informazioni epidemiologiche, statistiche e finanziarie occorrenti per la programmazione sanitaria nazionale e regionale e per la gestione dei servizi sanitari.

I programmi di attività sono attuati dal laboratorio epidemiologico statistico dell'Istituto superiore di sanità.

Le regioni, nell'ambito dei programmi di cui al primo comma, provvedono ai servizi di informatica che devono essere organizzati tenendo conto delle articolazioni del servizio sanitario nazionale.

Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono dettate norme per i criteri in ordine alla scelta dei campioni di rilevazione e per la standardizzazione e comparazione dei dati sul piano nazionale e regionale.

Art. 59.

(*Riordinamento del Ministero della sanità*)

Il Governo, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, è delegato ad emanare, su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per il riordinamento del Ministero della sanità, in osservanza dei princìpi di cui alla presente legge e per l'esercizio delle funzioni che competono al Ministero nell'ambito del servizio sanitario nazionale. In sede di riordinamento del Ministero della sanità, sarà stabilita la dota-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 58.

(*Servizio epidemiologico e statistico*)

Identico.

I programmi di attività, per quanto attiene alle competenze attribuitegli dal precedente articolo 27, sono attuati dall'Istituto superiore di sanità.

Identico.

Identico.

Art. 59.

(*Riordinamento del Ministero della sanità*)

Il Governo, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, è delegato ad emanare, su proposta del Ministro della sanità, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per il riordinamento del Ministero della sanità, che dovrà essere strutturato per l'attuazione dei compiti che gli sono assegnati dalla presente legge, in osservanza dei criteri generali e dei princìpi direttivi in essa indicati ed in stretta correlazione con le funzioni che nell'ambito del

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

zione organica degli uffici per il funzionamento del Consiglio sanitario nazionale.

Con lo stesso decreto saranno rideterminate le attribuzioni e le modalità per la composizione del Consiglio superiore della sanità, con riferimento esclusivo alla natura di organo consultivo tecnico del Ministro della sanità e in funzione dei compiti assunti dal Ministero della sanità nell'ambito del servizio sanitario nazionale.

Art. 60.

(*Costituzione del Consiglio sanitario nazionale*)

Entro 45 giorni dall'entrata in vigore della presente legge è costituito il Consiglio sanitario nazionale di cui all'articolo 8.

Il Consiglio sanitario nazionale, a partire dalla data del suo insediamento e fino alla conclusione delle operazioni di liquidazione degli enti e gestioni autonome preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime mutualistico, assume i compiti attribuiti al comitato centrale di cui all'articolo 4 della legge 29 giugno 1977, n. 349.

Fino all'adozione dei provvedimenti di cui all'ultimo comma dell'articolo 61 sono prorogati i compiti e i poteri affidati ai commissari liquidatori dagli articoli 3 e 7 della legge 29 giugno 1977, n. 349.

Alle sedute del Consiglio sanitario nazionale convocate per l'esercizio dei compiti di cui al secondo comma partecipano con voto consultivo i cinque commissari liquidatori designati dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale ed i cinque membri proposti dal CNEL di cui al secondo comma dell'articolo 4 della legge 29 giugno 1977, n. 349.

Per l'assolvimento dei propri compiti il Consiglio sanitario nazionale si avvale, sino

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

servizio sanitario nazionale debbono essere esercitate dal Ministero medesimo. In sede di riordinamento del Ministero della sanità, sarà stabilita la dotazione organica degli uffici per il funzionamento del Consiglio sanitario nazionale.

Con il decreto o uno dei decreti di cui al precedente comma saranno rideterminate le attribuzioni e le modalità per la composizione del Consiglio superiore della sanità, con riferimento esclusivo alla natura di organo consultivo tecnico del Ministro della sanità e in funzione dei compiti assunti dal Ministero della sanità nell'ambito del servizio sanitario nazionale.

Art. 60.

(*Costituzione del Consiglio sanitario nazionale*)

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

al riordinamento del Ministero della sanità di cui al precedente articolo 59, dell'esistente segreteria del comitato centrale di cui all'articolo 4 della legge 29 giugno 1977, numero 349.

Art. 61.

(*Costituzione delle unità sanitarie locali*)

Le regioni, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge e secondo le norme di cui al precedente Titolo I, individuano gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali e delle loro eventuali articolazioni in distretti sanitari di base e ne disciplinano con legge i compiti, la struttura, la gestione, l'organizzazione, l'articolazione ed il funzionamento.

Con provvedimento da adottare entro il 31 dicembre 1979 secondo le norme dei rispettivi statuti le regioni costituiscono le unità sanitarie locali.

Le regioni, con lo stesso provvedimento di cui al comma precedente, adottano disposizioni:

a) per il graduale trasferimento ai comuni, perchè siano attribuiti alle unità sanitarie locali, delle funzioni, dei beni e delle attrezzature di cui sono attualmente titolari gli enti o gli uffici che a norma della presente legge cessano i loro compiti nelle materie proprie del servizio sanitario nazionale;

b) per l'utilizzazione presso i servizi delle unità sanitarie locali del personale già dipendente dagli enti od uffici di cui alla precedente lettera *a*) che a norma della presente legge è destinato alle unità sanitarie locali, nonchè per il trasferimento del personale medesimo dopo la definizione degli organici secondo quanto disposto nei provvedimenti assunti in attuazione del secondo comma, numero 7), dell'articolo 15;

c) per la gestione finanziaria dei servizi di cui alla precedente lettera *a*) a par-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 61.

(*Costituzione delle unità sanitarie locali*)

Le regioni, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge e secondo le norme di cui al precedente Titolo I, individuano gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali, ne disciplinano con legge i compiti, la struttura, la gestione, l'organizzazione, il funzionamento e stabiliscono i criteri per l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti sanitari di base.

Identico.

Identico:

a) per il graduale trasferimento ai comuni, perchè siano attribuiti alle unità sanitarie locali, delle funzioni, dei beni e delle attrezzature di cui sono attualmente titolari gli enti o gli uffici di cui, a norma della presente legge, vengano a cessare i compiti nelle materie proprie del servizio sanitario nazionale;

b) per l'utilizzazione presso i servizi delle unità sanitarie locali del personale già dipendente dagli enti od uffici di cui alla precedente lettera *a*) che a norma della presente legge è destinato alle unità sanitarie locali, nonchè per il trasferimento del personale medesimo dopo la definizione degli organici secondo quanto disposto nei provvedimenti assunti in attuazione di quanto previsto dal penultimo comma, punto 4, del precedente articolo 15;

c) *identica.*

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

tire dalla data di costituzione delle unità sanitarie locali, con l'obbligo di fissare i limiti massimi di spesa consentiti per le retribuzioni del personale e per l'acquisto di beni e servizi e di prevedere periodici controlli della spesa e le responsabilità in ordine alla stessa.

Art. 62.

(*Riordinamento delle norme in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffusive*)

Il Governo, entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio di Stato, è autorizzato a modificare, integrare, coordinare e riunire in testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale, ivi compresa la zooprofilassi, e di malattie infettive e diffusive, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie, e le altre norme specifiche, tenendo conto dei princìpi, delle disposizioni e delle competenze previsti dalla presente legge. Sino all'emanazione del predetto testo unico, si applicano, in quanto non in contrasto con le disposizioni della presente legge, le norme del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni ed integrazioni, nonchè le altre disposizioni vigenti in materia.

Art. 63.

(*Assicurazione obbligatoria*)

A decorrere dal 1° gennaio 1980 l'assicurazione contro le malattie è obbligatoria per tutti i cittadini.

I cittadini che, secondo le leggi vigenti, non sono tenuti all'iscrizione ad un isti-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 62.

(*Riordinamento delle norme in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffusive*)

Il Governo, entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consigilo di Stato, è autorizzato, nel rispetto dei princìpi stabiliti dalla presente legge, a modificare, integrare, coordinare e riunire in testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale, ivi compresa la zooprofilassi, e di malattie infettive e diffusive, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie, e le altre norme specifiche, tenendo conto dei princìpi, delle disposizioni e delle competenze previsti dalla presente legge. Sino all'emanazione del predetto testo unico, si applicano, in quanto non in contrasto con le disposizioni della presente legge, le norme del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni ed integrazioni, nonchè le altre disposizioni vigenti in materia.

Art. 63.

(*Assicurazione obbligatoria*)

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

tuto mutualistico di natura pubblica sono assicurati presso il servizio sanitario nazionale nel limite delle prestazioni sanitarie erogate agli assicurati del disciolto INAM.

A partire dalla data di cui al primo comma i cittadini di cui al comma precedente soggetti all'obbligo della presentazione della dichiarazione dei redditi ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), sono tenuti a versare annualmente, anche per i familiari che si trovino nelle condizioni indicate nel precedente comma, un contributo per l'assistenza di malattia secondo le modalità di cui ai commi seguenti.

Con decreto del Ministro della sanità, da emanarsi entro il 30 ottobre di ogni anno di concerto con il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale, è stabilita nel piano nazionale la quota annuale da porre a carico degli interessati per l'anno successivo. Detta quota è calcolata tenendo conto delle variazioni previste nel costo medio *pro capite* dell'anno precedente per le prestazioni sanitarie di cui al secondo comma.

Gli interessati verseranno la quota di cui al precedente comma mediante accreditamento in conto corrente postale intestato alla sezione di tesoreria provinciale di Roma con imputazione ad apposito capitolo da istituirsi nello stato di previsione dell'entrata del bilancio dello Stato.

Con decreto del Ministro del tesoro, di concerto con il Ministro delle finanze, saranno stabilite le modalità di accertamento dei soggetti tenuti al pagamento, in collegamento con la dichiarazione dei redditi, nonchè i tempi ed i controlli relativi ai versamenti di cui al precedente comma.

Per il mancato versamento o per omessa o infedele dichiarazione, si applicano le sanzioni previste per tali casi nel titolo V del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

TITOLO III

NORME TRANSITORIE E FINALI

Art. 64.

(*Norme transitorie per l'assistenza psichiatrica*)

La regione, nell'ambito del piano sanitario regionale, disciplina il graduale superamento degli ospedali psichiatrici o neuropsichiatrici e la diversa utilizzazione, correlativamente al loro rendersi disponibili, delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento. La regione provvede inoltre a definire il termine entro cui dovrà cessare la temporanea deroga per cui negli ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente al 16 maggio 1978 e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera; tale deroga non potrà comunque protrarsi oltre il 16 maggio 1980.

È in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezione psichiatriche o sezioni neurologiche o neuro-psichiatriche.

La regione disciplina altresì, con riferimento alle norme di cui agli articoli 66 e 68, la destinazione alle unità sanitarie locali dei beni e del personale delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) e degli altri enti pubblici che all'atto dell'entrata in vigore della presente legge provvedono, per conto o in convenzione con le amministrazioni provinciali, al ricovero ed alla cura degli infermi di mente, nonchè la destinazione dei beni e del personale delle amministrazioni provinciali addetto ai pre-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

TITOLO III

NORME TRANSITORIE E FINALI

Art. 64.

(*Norme transitorie per l'assistenza psichiatrica*)

La regione, nell'ambito del piano sanitario regionale, disciplina il graduale superamento degli ospedali psichiatrici o neuropsichiatrici e la diversa utilizzazione, correlativamente al loro rendersi disponibili, delle strutture esisteni e di quelle in via di compleamento. La regione provvede inoltre a definire il termine entro cui dovrà cessare la temporanea deroga per cui negli ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente al 16 maggio 1978 e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera; tale deroga non potrà comunque protrarsi oltre il 31 dicembre 1980.

Entro la stessa data devono improrogabilmente risolversi le convenzioni di enti pubblici con istituti di cura privati che svolgano esclusivamente attività psichiatrica.

Identico.

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)	(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)
sidi e servizi di assistenza psichiatrica e di igiene mentale. Quando tali presidi e servizi interessino più regioni, queste provvedono d'intesa.	La regione, a partire dal 1° gennaio 1979, istituisce i servizi psichiatrici di cui all'articolo 35, utilizzando il personale dei servizi psichiatrici pubblici. Nei casi in cui nel territorio provinciale non esistano strutture pubbliche psichiatriche, la regione, nell'ambito del piano sanitario regionale e al fine di costituire i presidi per la tutela della salute mentale nelle unità sanitarie locali, disciplina la destinazione del personale, che ne faccia richiesta, delle strutture psichiatriche private che all'atto dell'entrata in vigore della presente legge erogano assistenza in regime di convenzione, ed autorizza, ove necessario, l'assunzione per concorso di altro personale indispensabile al funzionamento di tali presidi.
Sino all'adozione dei piani sanitari regionali di cui al primo comma i servizi di cui al quinto comma dell'articolo 34 sono ordinati secondo quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale, e sono dotati di un numero di posti letto non superiore a 15. Sino all'adozione dei provvedimenti delegati di cui all'articolo 47 le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli ospedali psichiatrici sono quelle stabilite, rispettivamente, dagli articoli 4 e 5 e dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128.	*Identico.*
Sino all'adozione dei piani sanitari regionali di cui al primo comma i divieti di cui all'articolo 6 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, sono estesi agli ospedali psichiatrici e neuro-psichiatrici dipendenti dalle IPAB o da altri enti pubblici o dalle amministrazioni provinciali. Gli eventuali concorsi continuano ad es-	*Identico.*

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

sere espletati secondo le procedure applicate da ciascun ente prima della entrata in vigore della presente legge.

Tra gli operatori sanitari di cui alla lettera *i*) dell'articolo 27 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, numero 616, sono compresi gli infermieri di cui all'articolo 24 del regolamento approvato con regio decreto 16 agosto 1909, n. 615. Fermo restando quanto previsto dalla lettera *p*) dell'articolo 6 della presente legge la regione provvede all'aggiornamento e alla riqualificazione del personale infermieristico, nella previsione del superamento degli ospedali psichiatrici ed in vista delle nuove funzioni di tale personale nel complesso dei servizi per la tutela della salute mentale delle unità sanitarie locali.

Art. 65.

(*Attribuzione, per i servizi delle unità sanitarie locali, di beni già di pertinenza degli enti mutualistici e delle gestioni sanitarie soppressi*)

In applicazione del progetto di riparto previsto dall'ultimo comma dell'articolo 4 della legge 29 giugno 1977, n. 349, e d'intesa con le regioni interessate, con decreto del Ministro del tesoro di concerto con i Ministri del lavoro e della previdenza sociale e delle finanze, i beni mobili ed immobili e le attrezzature destinate prevalentemente ai servizi sanitari appartenenti agli enti, casse mutue e gestioni soppressi, sono trasferiti al patrimonio dei comuni competenti per territorio, con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali.

Con legge regionale sono disciplinati lo svincolo di destinazione dei beni di cui al precedente comma, il reimpiego ed il reinvestimento dei capitali ricavati dalla loro alienazione o trasformazione in opere di realizzazione e di ammodernamento dei presidi sanitari, nonchè la tutela dei beni culturali eventualmente ad essi connessi.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Tra gli operatori sanitari di cui alla lettera *i*) dell'articolo 27 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, numero 616, sono compresi gli infermieri di cui all'articolo 24 del regolamento approvato con regio decreto 16 agosto 1909, n. 615. Fermo restando quanto previsto dalla lettera *q*) dell'articolo 6 della presente legge la regione provvede all'aggiornamento e alla riqualificazione del personale infermieristico, nella previsione del superamento degli ospedali psichiatrici ed in vista delle nuove funzioni di tale personale nel complesso dei servizi per la tutela della salute mentale delle unità sanitarie locali.

Restano in vigore le norme di cui all'articolo 7, ultimo comma, della legge 13 maggio 1978, n. 180.

Art. 65.

(*Attribuzione, per i servizi delle unità sanitarie locali, di beni già di pertinenza degli enti mutualistici e delle gestioni sanitarie soppressi*)

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

Alle operazioni di trasferimento di cui al primo comma provvedono i commissari liquidatori di cui alla citata legge 29 giugno 1977, n. 349, che provvedono altresì al trasferimento di tutti i rapporti giuridici relativi alle attività di assistenza sanitaria attribuite alle unità sanitarie locali.

I rimanenti beni, ivi comprese le sedi in Roma delle Direzioni generali degli enti soppressi, sono realizzati dalla gestione di liquidazione ai sensi dell'articolo 76 ad eccezione dell'immobile sede della Direzione generale dell'INAM che è attribuito al patrimonio dello Stato.

Art. 66.

(*Attribuzione, per i servizi delle unità sanitarie locali, di beni già di pertinenza di enti locali*)

Sono trasferiti al patrimonio del comune in cui sono collocati, con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali:

a) i beni mobili ed immobili e le attrezzature appartenenti alle province o a consorzi di enti locali e destinati ai servizi igienico-sanitari, compresi i beni mobili ed immobili e le attrezzature dei laboratori di igiene e profilassi;

b) i beni mobili ed immobili e le attrezzature degli enti ospedalieri, degli ospedali psichiatrici e neuro-psichiatrici e dei centri di igiene mentale dipendenti dalle province o da consorzi delle stesse o dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) di cui al quinto comma dell'articolo 64, nonchè degli altri istituti di prevenzione e cura e dei presidi sanitari extraospedalieri dipendenti dalle province o da consorzi di enti locali.

I rapporti giuridici relativi alle attività di assistenza sanitaria attribuite alle unità sanitarie locali sono trasferiti ai comuni competenti per territorio.

È affidata alle unità sanitarie locali la gestione dei beni mobili ed immobili e delle attrezzature destinati ai servizi igienico-sanitari dei comuni e all'esercizio di tutte

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 66.

(*Attribuzione, per i servizi delle unità sanitarie locali, di beni già di pertinenza di enti locali*)

Identico:

a) *identica;*

b) i beni mobili ed immobili e le attrezzature degli enti ospedalieri, degli ospedali psichiatrici e neuro-psichiatrici e dei centri di igiene mentale dipendenti dalle province o da consorzi delle stesse o dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) di cui al settimo comma dell'articolo 64, nonchè degli altri istituti di prevenzione e cura e dei presidi sanitari extraospedalieri dipendenti dalle province o da consorzi di enti locali.

Soppresso.

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

le funzioni dei comuni e loro consorzi in materia igienico-sanitaria.

Le regioni adottano gli atti legislativi ed amministrativi necessari per realizzare i trasferimenti di cui ai precedenti commi e per regolare i rapporti patrimoniali attivi e passivi degli enti ed istituti di cui alle lettere *a*) e *b*) del primo comma.

Ai trasferimenti di cui al presente articolo si provvede con le modalità e nei termini previsti dall'articolo 61.

Con le stesse modalità ed entro gli stessi termini gli enti ed istituti di cui alle lettere *a*) e *b*) del primo comma perdono, ove l'abbiano, la personalità giuridica.

Con legge regionale sono disciplinati lo svincolo di destinazione dei beni di cui al primo comma, il reimpiego ed il reinvestimento in opere di realizzazione e di ammodernamento dei presidi sanitari dei capitali ricavati dalla loro alienazione o trasformazione, nonchè la tutela dei beni culturali eventualmente ad essi connessi.

Art. 67.

(*Norme per il trasferimento del personale degli enti mutualistici e delle gestioni sanitarie soppresse*)

Entro il 30 giugno 1979, in applicazione del progetto di riparto previsto dall'ultimo comma dell'articolo 4 della legge 29 giugno 1977, n. 349, il Ministro della sanità di concerto con i Ministri del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale e le organizzazioni sindacali confederali rappresentate nel CNEL, stabilisce i contingenti numerici, distinti per amministrazione od ente e per qualifica, del personale da iscrivere nei ruoli regionali del personale addetto ai servizi delle unità sanitarie locali, e del personale da assegnare agli uffici centrali del servizio sanitario nazionale, all'Istituto nazionale della previdenza sociale, all'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, alle amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, e ad altri

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Identico.

Identico.

Identico.

Identico.

Art. 67.

(*Norme per il trasferimento del personale degli enti mutualistici e delle gestioni sanitarie soppresse*)

Entro il 30 giugno 1979, in applicazione del progetto di riparto previsto dall'ultimo comma dell'articolo 4 della legge 29 giugno 1977, n. 349, il Ministro della sanità di concerto con i Ministri del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale e le organizzazioni sindacali confederali rappresentate nel CNEL, stabilisce i contingenti numerici, distinti per amministrazione od ente e per qualifica, del personale da iscrivere nei ruoli regionali del personale addetto ai servizi delle unità sanitarie locali, e del personale da assegnare all'Istituto nazionale della previdenza sociale, all'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, e ad altri enti e pubbliche amministrazioni diverse da quelle statali, per le seguenti esigenze:

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

enti e pubbliche amministrazioni, per le seguenti esigenze:

a) per il fabbisogno di personale relativo ai servizi delle unità sanitarie locali e per i compiti di cui agli articoli 73, 74 e 75;

b) per la copertura di posti vacanti nelle dotazioni organiche previste dai rispettivi ordinamenti degli enti pubblici anzidetti e delle amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo.

I contingenti numerici di cui al precedente comma comprendono anche il personale dipendente, alla data del 1° dicembre 1977, dalle associazioni rappresentanti gli enti ospedalieri di cui all'articolo 40 della legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Entro il 31 dicembre 1979 i commissari liquidatori di cui alla legge 29 giugno 1977, n. 349, dispongono, su proposta formulata dalle regioni previa intesa con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale, il comando del personale presso le unità sanitarie locali,

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

a) *identico;*

b) per la copertura dei posti in organico degli enti pubblici anzidetti, riservati ai sensi dell'articolo 43 della legge 20 marzo 1975, n. 70, così come risultano dai provvedimenti attuativi dell'articolo 25 della suddetta legge.

Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni emanano apposite norme per l'inquadramento del personale già comandato ai sensi dell'articolo 19 della legge 17 agosto 1974, n. 386, che risulti addetto ai servizi sanitari regionali in modo continuativo da data non successiva al 30 giugno 1978. L'inquadramento avverrà, previa domanda degli interessati, i quali comunque possono optare per l'inclusione nei ruoli regionali nominativi o nei ruoli unici istituiti presso la Presidenza del Consiglio dei ministri.

I medici ed i veterinari provinciali inquadrati nei ruoli regionali sono trasferiti a domanda, al servizio sanitario nazionale e collocati nei ruoli di cui all'articolo 47.

I contingenti numerici di cui al primo comma comprendono anche il personale dipendente, alla data del 1° dicembre 1977, dalle associazioni rappresentanti gli enti ospedalieri di cui all'articolo 40 della legge 12 febbraio 1968, n. 132; detto personale, per il quale viene risolto ad ogni effetto il precedente rapporto, sarà assunto presso le amministrazioni di destinazione previo accertamento dei requisiti di cui al precedente articolo 47, fatta eccezione per quello rappresentato dal limite di età.

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

nell'ambito dei contingenti di cui al primo comma e sulla base di criteri oggettivi di valutazione fissati dal Consiglio sanitario nazionale.

Entro la stessa data i commissari liquidatori di cui alla legge 29 giugno 1977, n. 349, dispongono, su proposta del Ministro della sanità, previa intesa con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale, con riferimento ai contingenti di cui al primo comma e sulla base di criteri oggettivi di valutazione fissati dal Consiglio sanitario nazionale, il comando del personale presso le altre amministrazioni ed enti.

Allo scadere dell'anno dal comando di cui al terzo e quarto comma tutto il personale comandato è trasferito alle unità sanitarie locali ed alle amministrazioni ed enti presso i quali presta servizio, in una posizione giuridica e funzionale corrispondente a quella ricoperta nell'ente o gestione di provenienza, secondo le tabelle di equiparazione previste dal terzo comma, numero 3), dell'articolo 47.

Il personale non comandato ai sensi dei precedenti commi è trasferito nei ruoli unici istituiti presso la Presidenza del Consiglio dei ministri ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 618, nella posizione giuridica e funzionale ricoperta all'atto del trasferimento.

Fino all'entrata in vigore del primo accordo nazionale unico di cui al nono comma dell'articolo 47 al personale trasferito spetta il trattamento economico previsto dall'ordinamento vigente presso gli enti o le gestioni di provenienza.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Entro la stessa data i commissari liquidatori di cui alla legge 29 giugno 1977, n. 349, dispongono, su proposta del Ministro della sanità, previa intesa con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale, con riferimento ai contingenti di cui al primo comma e sulla base di criteri oggettivi di valutazione fissati dal Consiglio sanitario nazionale, il comando del personale presso enti e pubbliche amministrazioni diverse da quelle statali.

Allo scadere dell'anno dal comando di cui ai due precedenti commi tutto il personale comandato è trasferito alle unità sanitarie locali ed alle amministrazioni ed enti presso i quali presta servizio, in una posizione giuridica e funzionale corrispondente a quella ricoperta nell'ente o gestione di provenienza, secondo le tabelle di equiparazione previste dal terzo comma, numero 3), dell'articolo 47.

Il personale non comandato ai sensi dei precedenti commi è trasferito nei ruoli unici istituiti presso la Presidenza del Consiglio dei ministri ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 618, nella posizione giuridica corrispondente a quella rivestita all'atto del trasferimento secondo i ruoli di appartenenza.

Il personale già comandato presso amministrazioni statali ai sensi dell'articolo 6 della legge 29 giugno 1977, n. 349, è trasferito ai ruoli unici di cui al comma precedente ed è assegnato, a domanda, all'amministrazione presso la quale presta servizio, unitamente a quello già assegnato ai sensi dell'articolo 6 della legge 23 dicembre 1975, n. 698.

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

Art. 68.

(*Norme per il trasferimento del personale di enti locali*)

Con legge regionale entro il 30 giugno 1979 è disciplinata l'iscrizione nei ruoli nominativi regionali di cui al quarto comma, numero 1), dell'articolo 47 del personale dipendente dagli enti di cui alle lettere *a*) e *b*) del primo comma dell'articolo 66 nonchè dai comuni che risulti addetto ai servizi sanitari trasferiti, in modo continuativo da data non successiva al 30 giugno 1977, salvo le assunzioni conseguenti a concorsi pubblici espletati fino alla entrata in vigore della presente legge.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Fino all'entrata in funzione delle unità sanitarie locali è consentita la possibilità di convenzionare con le limitazioni previste dall'articolo 48, terzo comma, numero 4), i medici dipendenti degli Enti di cui agli articoli 67, 68, 71, 74, già autorizzati in base alle vigenti disposizioni.

Art. 68.

(*Norme per il trasferimento del personale di enti locali*)

Identico.

Con la medesima legge e con gli stessi criteri e modalità di cui al primo comma, è parimenti iscritto nei ruoli regionali di cui al precedente comma, il personale tecnico-sanitario, trasferito e già inquadrato nei ruoli della regione, proveniente da posti di ruolo conseguiti per effetto di pubblico concorso, preso gli uffici sanitari comunali, i laboratori provinciali di igiene e profilassi delle due sezioni e altri servizi degli enti locali, che ne faccia richiesta, alla regione di appartenenza, entro 120 giorni dall'emanazione del decreto governativo di cui all'articolo 47 della presente legge.

Parimenti il personale tecnico-sanitario assunto dalle regioni per i servizi regionali può essere inquadrato, se ne fa richiesta entro i termini anzidetti, nel Servizio sanitario nazionale, con le disposizioni di cui allo stesso articolo 47, comma quinto, lettera *c*).

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

Il personale di cui al precedente comma è assegnato alle unità sanitarie locali, nella posizione giuridica e funzionale corrispondente a quella ricoperta nell'ente di provenienza, secondo le tabelle di equiparazione previste dal terzo comma, numero 3), dell'articolo 47.

Sino all'entrata in vigore del primo accordo nazionale unico di cui al nono comma dell'articolo 47 al personale in oggetto spetta il trattamento economico previsto dall'ordinamento vigente presso gli enti di provenienza, ivi compresi gli istituti economico-normativi previsti dalle leggi 18 marzo 1968, n. 431, e 21 giugno 1971, n. 515, e dai decreti applicativi delle medesime, nonchè dall'articolo 13 della legge 29 giugno 1977, n. 349.

Art. 69.

(*Entrate del fondo sanitario nazionale*)

A decorrere dal 1° gennaio 1979, in relazione a quanto disposto negli articoli 51 e 52, sono versati all'entrata del bilancio dello Stato:

a) i contributi assicurativi di cui all'articolo 75;

b) le somme già destinate in via diretta e indiretta dalle regioni, dalle province, dai comuni e loro consorzi, nonchè da altri enti pubblici al finanziamento delle funzioni esercitate in materia sanitaria;

c) i proventi ed i redditi netti derivanti dal patrimonio trasferito ai comuni per le unità sanitarie locali;

d) gli avanzi annuali delle gestioni dell'assicurazione contro la tubercolosi gestite dall'INPS e da altri enti mutuo-previdenziali;

e) i proventi derivanti da attività a pagamento svolte dalle unità sanitarie locali e dai presidi sanitari ad esse collegati, nonchè da recuperi, anche a titolo di rivalsa.

Le somme di cui alla lettera *b*) possono essere trattenute, a compensazione, sui trasferimenti di fondi dello Stato a favore degli enti ivi indicati.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Il personale di cui ai precedenti commi è assegnato alle unità sanitarie locali, nella posizione giuridica e funzionale corrispondente a quella ricoperta nell'ente di provenienza, secondo le tabelle di equiparazione previste dall'articolo 47, terzo comma, numero 3).

Identico.

Art. 69.

(*Entrate del fondo sanitario nazionale*)

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

Art. 70.

(*Scorporo dei servizi sanitari della Croce Rossa Italiana (CRI) e riordinamento dell'Associazione*)

Con effetto dal 1° gennaio 1980, con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono trasferiti ai comuni competenti per territorio per essere destinati alle unità sanitarie locali i servizi di assistenza sanitaria dell'Associazione della Croce rossa italiana (CRI), non connessi direttamente alle sue originarie finalità, nonchè i beni mobili ed immobili destinati ai predetti servizi ed il personale ad essi adibito, previa individuazione del relativo contingente.

Per il trasferimento dei beni e del personale si adottano in quanto applicabili le disposizioni di cui agli articoli 65 e 67.

Il Governo, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, è delegato ad emanare, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della difesa, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per il riordinamento della Associazione della Croce rossa italiana con l'osservanza dei seguenti criteri direttivi:

1) l'organizzazione dell'Associazione dovrà essere ristrutturata in conformità del principio volontaristico della Associazione stessa;

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

3) le strutture dell'Associazione, pur conservando l'unitarietà del sodalizio, dovranno essere articolate su base regionale;

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

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 70.

(*Scorporo dei servizi sanitari della Croce Rossa Italiana - CRI - e riordinamento dell'Associazione*)

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

Art. 71.

(*Soppressione dell'Ente nazionale per la prevenzione degli infortuni — ENPI — e dell'Associazione nazionale per il controllo della combustione — ANCC —*)

Con decreto del Presidente della Repubblica, previa delibera del Consiglio dei ministri, su proposta dei Ministri del lavoro e della previdenza sociale, della sanità, dell'industria, il commercio e l'artigianato e del tesoro, da emanarsi entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, è dichiarata l'estinzione dell'Ente nazionale per la prevenzione degli infortuni (ENPI) e dell'Associazione nazionale per il controllo della combustione (ANCC) e ne sono nominati i commissari liquidatori.

Ai predetti commissari liquidatori sono attribuiti, sino al 31 dicembre 1979, i compiti e le funzioni che la legge 29 giugno 1977, n. 349, attribuisce ai commissari liquidatori degli enti mutualistici. La liquidazione dell'ENPI e dell'ANCC è disciplinata ai sensi dell'articolo 76.

A decorrere dal 1° gennaio 1980 i compiti e le funzioni svolti dall'ENPI e dalla ANCC sono attribuiti rispettivamente ai comuni, alle regioni e agli organi centrali dello Stato, con riferimento all'attribuzione di funzioni che nella stessa materia è disposta dal decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, e dalla presente legge. Nella legge istitutiva dell'Istituto superiore per la prevenzione e per la sicurezza del lavoro sono individuate le attività e le funzioni già esercitate dall'ENPI e dall'ANCC attribuite al nuovo Istituto.

A decorrere dalla data di cui al precedente comma, al personale, centrale e periferico, dell'ENPI e dell'ANCC, si applicano le procedure dell'articolo 67 al fine di individuare il personale da trasferire all'Istituto superiore per la sicurezza e la prevenzione nel lavoro e da iscrivere nei ruoli regionali per essere de-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 71.

(*Soppressione dell'Ente nazionale per la prevenzione degli infortuni - ENPI, e della Associazione nazionale per il controllo della combustione - ANCC*)

Identico.

Identico.

Identico.

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

stinato ai servizi delle unità sanitarie locali, e in particolare ai servizi di cui all'articolo 22.

Si applicano per il trasferimento dei beni dell'ENPI e della ANCC le norme di cui all'articolo 65.

Art. 72.

(*Trasferimento di personale statale addetto alle attività di prevenzione e di sicurezza del lavoro*)

In riferimento a quanto disposto dallo articolo 21, primo comma, con provvedimento del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, il personale tecnico e sanitario, centrale e periferico, degli Ispettorati del lavoro addetto alle sezioni mediche, chimiche e ai servizi di protezione antinfortunistica, viene comandato, a domanda e a decorrere dal 1° gennaio 1980, presso l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, o nei presidi e servizi delle unità sanitarie locali e, in particolare, nei presidi di cui all'articolo 22.

Per il provvedimento di cui al primo comma si adottano, in quanto applicabili, le procedure di cui all'articolo 67.

Art. 73.

(*Indennità economiche temporanee*)

A decorrere dal 1° gennaio 1980 e sino all'entrata in vigore della legge di riforma del sistema previdenziale, l'erogazione delle prestazioni economiche per malattia e per maternità previste dalle vigenti disposizioni in materia già erogate dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome estinti e posti in liquidazione ai sensi della legge 17 agosto 1974, n. 386, di conversione con modificazioni del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, è attribuita all'Istituto nazionale del-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Si applicano per il trasferimento dei beni dell'ENPI e della ANCC le norme di cui all'articolo 65 ad eccezione delle strutture scientifiche e dei laboratori centrali da destinare all'Istituto superiore per la sicurezza e la prevenzione del lavoro.

Art. 72.

(*Trasferimento di personale statale addetto alle attività di prevenzione e di sicurezza del lavoro*)

Identico.

Art. 73.

(*Indennità economiche temporanee*)

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

la previdenza sociale (INPS) che terrà apposita gestione. A partire dalla stessa data la quota parte dei contributi di legge relativi a tali prestazioni è devoluta all'INPS ed è stabilita con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto col Ministro del tesoro.

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

Entro la data di cui al primo comma con legge dello Stato si provvede a riordinare la intera materia delle prestazioni economiche per maternità, malattia ed infortunio.

Art. 74.

(*Rapporto con gli enti previdenziali*).

Entro il 31 dicembre 1980, con legge dello Stato sono disciplinati gli aspetti previdenziali connessi con le competenze in materia di medicina legale attribuite alle unità sanitarie locali ai sensi dell'articolo 14, lettera *q*).

Sino all'entrata in vigore della legge di cui al precedente comma gli enti previdenziali gestori delle assicurazioni invalidità, vecchiaia, superstiti, tubercolosi, assegni familiari, infortuni sul lavoro e malattie professionali conservano le funzioni concernenti le attività medico-legali ed i relativi accertamenti e certificazioni, nonchè i beni, le attrezzature ed il personale strettamente necessari all'espletamento delle funzioni stesse, salvo quanto disposto dal comma successivo.

Fermo restando il termine sopra previsto gli enti previdenziali di cui al precedente comma possono stipulare convenzioni con le unità sanitarie locali per utilizzare i servizi delle stesse, ivi compresi quelli medico-legali, per la istruttoria delle pratiche previdenziali.

Le gestioni commissariali istituite ai sensi dell'articolo 12-*bis* della legge 17 agosto 1974, n. 386, di conversione con modifica-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 74.

(*Rapporto con gli enti previdenziali*)

Identico.

Identico.

Identico.

Le gestioni commissariali istituite ai sensi dell'articolo 12-*bis* del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, come modificato dalla leg-

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

zioni del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, in relazione ai compiti di assistenza sanitaria degli enti previdenziali di cui al secondo comma cessano secondo le modalità e nei termini di cui all'articolo 61.

Art. 75.

(*Modalità transitorie per la riscossione dei contributi obbligatori di malattia*).

Fino al 31 dicembre 1979 gli adempimenti relativi all'accertamento, alla riscossione e al recupero in via giudiziale dei contributi sociali di malattia e di ogni altra somma ad essi connessa restano affidati agli enti mutualistici ed altri istituti e gestioni interessati, posti in liquidazione ai sensi della legge 29 giugno 1977, n. 349.

A decorrere dal 1° gennaio 1980 e fino alla completa fiscalizzazione degli oneri sociali tali adempimenti sono affidati all'INPS, che terrà contabilità separate per ciascuno degli enti o gestioni soppressi e vi provvederà secondo le norme e le procedure in vigore per l'accertamento e la riscossione dei contributi di propria pertinenza.

Tali adempimenti restano invece affidati agli enti mutualistici e ad altri istituti e gestioni interessati posti in liquidazione ai sensi della legge 29 giugno 1977, n. 349, per i contributi di malattia riferiti agli anni 1979 e precedenti.

I contributi di competenza degli enti di malattia dovranno affluire in apposito conto corrente infruttifero di tesoreria intestato al Ministro del tesoro, mediante versamento da parte dei datori di lavoro o degli esattori od enti, incaricati della riscossione a mezzo ruolo, con bollettino di conto corrente postale o altro idoneo sistema stabilito con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con il Ministro del tesoro.

Restano salve le sanzioni penali previste in materia dalla vigente legislazione.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

ge di conversione 17 agosto 1974, n. 386, in relazione ai compiti di assistenza sanitaria degli enti previdenziali di cui al secondo comma cessano secondo le modalità e nei termini di cui all'articolo 61.

Art. 75.

(*Modalità transitorie per la riscossione dei contributi obbligatori di malattia*)

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

Per l'attuazione dei nuovi compiti provvisoriamente attribuiti ai sensi del presente articolo, l'INPS, sia a livello centrale che periferico, è tenuto ad avvalersi di personale degli enti già preposti a tali compiti. Le competenze fisse ed accessorie ed i relativi oneri riflessi sono a carico dell'INPS.

A decorrere dal 1° gennaio 1980 vengono affidati all'INPS gli adempimenti previsti da convenzioni già stipulate con l'INAM ai sensi della legge 4 giugno 1973, n. 311, dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a carattere nazionale.

Art. 76.

(*Liquidazione degli enti soppressi e ripiano delle loro passività*).

Fermo restando quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 60, alla liquidazione degli enti, casse, servizi e gestioni autonome di cui all'articolo 12-*bis* della legge 17 agosto 1974, n. 386, di conversione con modificazioni del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, si provvede, entro 18 mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sulla base delle direttive emanate, in applicazione dell'articolo 4, quarto comma, della legge 29 giugno 1977, n. 349, dal comitato centrale istituito con lo stesso articolo 4.

Prima che siano esaurite le operazioni di liquidazione degli enti, casse, servizi e gestioni autonome di cui al precedente comma, i commissari liquidatori provvedono a definire tutti i provvedimenti da adottarsi in esecuzione di decisioni degli organi di giustizia amministrativa non più suscettibili di impugnativa. Entro lo stesso periodo i commissari liquidatori provvedono, ai soli fini giuridici, alla ricostruzione della carriera dei dipendenti che, trovandosi in aspettativa per qualsiasi causa, ne abbiano diritto al termine della aspettativa in base a norme di legge o regolamentari.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 76.

(*Liquidazione degli enti soppressi e ripiano delle loro passività*)

Fermo restando quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 60, alla liquidazione degli enti, casse, servizi e gestioni autonome di cui all'articolo 12-*bis* del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, come modificato dalla legge di conversione 17 agosto 1974, n. 386, si provvede, entro 18 mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sulla base delle direttive emanate, in applicazione dell'articolo 4, quarto comma, della legge 29 giugno 1977, n. 349, dal comitato centrale istituito con lo stesso articolo 4.

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)	(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)
Le gestioni di liquidazione che non risultano chiuse nel termine di cui al primo comma sono assunte dallo speciale ufficio liquidazioni presso il Ministero del tesoro di cui alla legge 4 dicembre 1956, n. 1404.	*Identico.*
I commissari liquidatori delle gestioni di cui al terzo comma cessano dalle loro funzioni il trentesimo giorno successivo alla data di assunzione delle gestioni stesse da parte dell'ufficio liquidazioni. Entro tale termine essi devono consegnare all'Ufficio liquidazioni medesimo tutte le attività esistenti, i libri contabili, gli inventari ed il rendiconto della loro intera gestione.	*Identico.*
Le disponibilità finanziarie delle gestioni di cui al terzo comma sono fatte affluire in apposito conto corrente infruttifero di tesoreria dal quale il Ministro del tesoro può disporre prelevamenti per la sistemazione delle singole liquidazioni e per la copertura dei disavanzi di quelle deficitarie.	*Identico.*
Eventuali disavanzi di liquidazione, che non è possibile coprire a carico del conto corrente di cui al quinto comma, saranno finanziati a carico del fondo previsto dall'articolo 14 della legge 4 dicembre 1956, n. 1404, per la cui integrazione il Ministro del tesoro è autorizzato ad effettuare operazioni di ricorso al mercato finanziario con l'osservanza delle norme di cui all'articolo 1 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386. Agli oneri derivanti dalle predette operazioni finanziarie si provvede per il primo anno con una corrispondente maggiorazione delle operazioni stesse e per gli anni successivi con appositi stanziamenti da iscrivere annualmente nello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro.	*Identico.*
Per le esigenze della gestione di liquidazione di cui al terzo comma si applica il disposto dell'articolo 12, quarto comma, della legge 4 dicembre 1956, n. 1404.	*Identico.*

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

Art. 77.

(*Norme fiscali*).

I trasferimenti di beni mobili ed immobili dipendenti dall'attuazione della presente legge, sono esenti, senza limiti di valore, dalle imposte di bollo, di registro, di incremento di valore, ipotecarie, catastali e da ogni altra imposta, spesa, tassa o diritto di qualsiasi specie o natura.

Art. 78.

(*Esercizio delle deleghe legislative*).

Per l'esercizio delle deleghe di cui alla presente legge si applica la procedura complessivamente prevista dall'articolo 8 della legge 22 luglio 1975, n. 382; per l'esercizio delle deleghe di cui agli articoli 23, 24 e 47 della presente legge in luogo della commissione parlamentare per le questioni regionali è nominata un'apposita commissione parlamentare formata da 10 deputati e da 10 senatori, rispettivamente nominati dal Presidente della Camera dei deputati e dal Presidente del Senato della Repubblica.

Art. 79.

(*Regioni a statuto speciale*).

Restano salve le competenze statutarie delle regioni a statuto speciale nelle materie disciplinate dalla presente legge. Restano ferme altresì le competenze spettanti alle province autonome di Trento e di Bolzano secondo le forme e condizioni parti-

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 77.

(*Norme fiscali*)

Identico.

Art. 78.

(*Esercizio delle deleghe legislative*)

Le norme delegate previste dalla presente legge sono emanate, con decreti del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, di concerto con i Ministri del tesoro, dell'interno e del bilancio e della programmazione economica e degli altri Ministri, in ragione delle rispettive competenze indicate nei precedenti articoli, adottando la procedura complessivamente prevista dall'articolo 8 della legge 22 luglio 1975, n. 382. Per l'esercizio delle deleghe di cui agli articoli 23, 24 37, 47 e 59 in luogo della Commissione parlamentare per le questioni regionali, di cui all'articolo 52 della legge 10 febbraio 1953, n. 62 e successive modificazioni e integrazioni, i pareri sono espressi da una apposita Commissione composta da 10 deputati e 10 senatori nominati, in rappresentanza proporzionale dei gruppi parlamentari, dai Presidenti delle rispettive Camere.

Art. 79.

(*Regioni a statuto speciale e province autonome*)

Identico.

(Segue: *Testo approvato dalla Camera dei deputati*)

colari di autonomia definite dal decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670, e relative norme di attuazione, nel rispetto, per quanto attiene alla provincia autonoma di Bolzano, anche delle norme relative alla ripartizione proporzionale fra i gruppi linguistici e alla parificazione delle lingue italiana e tedesca. Per il finanziamento relativo alle materie di cui alla presente legge nelle due province si applica quanto disposto dall'articolo 78 del citato decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670, e relativi parametri.

Al trasferimento delle funzioni, degli uffici, del personale e dei beni alle regioni Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Sardegna, Sicilia, nonchè alle province autonome di Trento e di Bolzano, si provvederà con le procedure previste dai rispettivi statuti.

(Segue: *Testo proposto dalla Commissione*)

Art. 80.

(*Variazioni al bilancio dello Stato*)

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

Art. 81.

(*Entrata in vigore della legge*)

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

Le disposizioni di cui ai Capi II, III e V del Titolo I e quelle di cui al Titolo III avranno effetto dal 1° gennaio 1979.