

# PARERE

SUL

DISEGNO DI LEGGE CONCERNENTE LA  
«ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE»

*(Assemblea, 13-14 aprile 1977, n. 159/108)*

## PREMESSA

Con lettera del 22 febbraio 1977 l'On. Ministro della Sanità formulava, a nome del Governo, una richiesta di pronuncia al CNEL, sullo schema di disegno di legge concernente la «Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale».

Successivamente, approvato lo schema da parte del Consiglio dei Ministri nella seduta del 4 marzo 1977, il Ministro della Sanità trasmetteva al CNEL, in data 17 marzo, il testo definitivo del disegno di legge che era stato già presentato alla Camera dei Deputati il 15 marzo.

Il Ministro Dal Falco comunicava altresì che il Consiglio dei Ministri, nell'approvare per ragioni d'urgenza il testo suddetto, ha invitato il CNEL a presentare direttamente alle Camere, con ogni consentita sollecitudine, il parere richiesto.

Preso atto della richiesta, il Presidente del CNEL, on. Storti, ha ritenuto opportuno affidare l'esame del disegno di legge alla Commissione Lavoro, Previdenza Sociale e Cooperazione, presieduta dal Dott. Piero Boni e composta dai Consiglieri Achille Ardigò, Danilo Beretta, Millo Carignani, Guido Carli, Giorgio Cintolo, Giorgio Coppa, Mario Alberto Coppini, Mario Daniele, Gino Giugni, Luciano Lama, Flavio Orlandi, Fabio Padoa, Orazio Paretti, Attilio Parlagreco, Perusino Perusini, Ruggero Ravenna, Giuseppe Reggio. La Commissione è stata inoltre integrata dai Consiglieri Massimo Alesi, Selvino Bigi, Nicola Fazio, Manlio Germozzi, Roberto Romei e Silvano Verzelli.

La Commissione suddetta ha iniziato i suoi lavori il 3 marzo 1977 stabilendo di affidare l'incarico di Relatore al Consigliere Ruggero Ravenna con il compito di predisporre lo schema di pronuncia in detta sede e di riferire successivamente, a conclusione dei lavori, in Assemblea, per le deliberazioni di competenza.

Il Consigliere Ravenna ha provveduto alla consultazione — in una serie di udienze conoscitive — di qualificati esperti.

La Commissione ha proceduto all'esame della complessa materia, discutendo approfonditamente le varie questioni sollevate dalla proposta disciplina, approvando infine lo schema di parere che, trasmesso all'Assemblea del CNEL, veniva da questa discusso ed approvato in via definitiva nelle sedute del 13 e 14 aprile 1977.

CAP. I.  
**IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: INDISPENSABILITÀ  
ED URGENZA DELLA RIFORMA**

Più di dieci anni di dibattito, talvolta anche acceso e polemico, sulla Riforma Sanitaria e sulla istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, sono dietro le nostre spalle nel momento in cui il CNEL si accinge ad esprimere un parere sul disegno di legge presentato dal Governo su questa materia. Tale d.d.l. rappresenta un dato positivo in quanto risponde all'impegno legislativo relativo allo scioglimento degli Enti mutuo-previdenziali, e si offre al dibattito politico e sociale come un sicuro punto di riferimento per quanto attiene alla volontà dell'Esecutivo aprendo un confronto con le proposte presentate al Parlamento.

Punto di riferimento pregiudiziale, che la Commissione ha posto al suo operare trovando in ciò larga convergenza con la Presidenza del CNEL, è quello relativo alla esigenza politica di esprimere rapidamente il «parere» per permettere al Parlamento di rispettare la scadenza del 1° luglio per lo scioglimento e l'estinzione degli Enti oggi erogatori di varie forme di assistenza sanitaria. Questo per assicurare continuità all'intervento sanitario, rendendo la liquidazione degli Enti contestuale all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, nell'ambito di un chiaro e preciso sistema organizzativo e funzionale. Fare in modo che la richiesta di «parere» al CNEL non costituisca una causa di ritardo per l'opera del legislatore, è un impegno di rilevanza politica, non solo in riferimento al disegno di legge in esame, ma all'insieme dei rapporti che devono intercorrere tra Governo e CNEL e tra Parlamento e CNEL. Questa precisa condotta è certamente fondamentale in occasione del primo «parere» che il CNEL rinnovato è stato chiamato a dare su un progetto di riforma che, per complessità ed articolazioni, investe numerose questioni che sono al centro della vita istituzionale, economica e sociale del Paese.

In questa direzione la Commissione Lavoro del CNEL ha operato, accettando tempi brevissimi dato l'argomento ed elaborando il proprio «parere» in un mese dal

momento della trasmissione del testo di d.d.l. Ciò ha reso necessario concentrare l'attenzione ed il dibattito soprattutto su punti di grande rilievo politico, sorvolando ed accantonando altri punti meritevoli di esame. La Commissione ritiene che il CNEL debba riservarsi di far seguire a questo «parere» altri e più puntuali contributi durante tutto l'iter della discussione parlamentare oppure su esplicita richiesta del Governo e del Parlamento.

Appare infine opportuno porre in rilievo che si è operato senza posizioni pregiudiziali, ricercando su ogni punto del «parere» il massimo di convergenza possibile e permettendo di realizzare l'impegno assunto con una elaborazione che si può considerare collegiale.

### *1) Il Servizio Sanitario Nazionale: un atto politico qualificante*

L'attuazione della Riforma Sanitaria segna certamente per il Paese la chiusura del ciclo storico del sistema mutuo-previdenziale. Ciò non significa che tale sistema non abbia assolto alla sua funzione nel processo di evoluzione dei rapporti sociali ed economici nella società italiana. Esso ha rappresentato il modo attraverso il quale le forme di solidarietà tra gruppi e categorie hanno raggiunto un alto grado di integrazione, ed è il punto di arrivo di un processo che ha visto il passaggio dal principio assicurativo alla mutualità a favore dei gruppi e dei settori a livelli economici più bassi.

Il sistema mutuo-previdenziale, pur nei suoi limiti, è stato infatti lo strumento che ha permesso anche a ceti e cittadini socialmente emarginati di accedere a strutture sanitarie e metodi di cura più avanzati ed ha reso possibile l'espandersi dei servizi, anche se il loro livello e la loro qualità sono unanimemente considerati insufficienti. Da questa base e da queste esperienze occorre comunque partire per costruire un Servizio Sanitario moderno, e ciò anche allo scopo di utilizzare pienamente il patrimonio umano, professionale e tecnico di cui disponiamo.

La costruzione della nuova struttura sanitaria è un compito impegnativo ed esaltante. Nel mettervi mano si deve tener conto delle esperienze realizzate da altri Paesi, ma anche della peculiarità della situazione italiana, e del complesso contesto istituzionale, economico e sociale nel quale la riforma viene ad incidere. Gli obiettivi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale, così come si sono andati definendo nel dibattito di questi anni, sono essenzialmente due: garantire l'intervento delle strutture sanitarie a favore di tutti i cittadini italiani e realizzare l'unitarietà dell'intervento stesso saldando i momenti della prevenzione, della cura e della riabilitazione.

Proprio il carattere di questi obiettivi implica che si respinga il tentativo, o la tentazione, di risolvere i problemi dell'avvio alla nuova fase e del superamento dell'attuale disarticolato sistema con soluzioni accentrate, rigide o burocratiche. Ciò sa-

rebbe in contrasto con il dettato Costituzionale, che, agli artt. 117 e 118, attribuisce alle Regioni funzioni e compiti primari nel campo sanitario, ma anche e soprattutto con l'esigenza politica di dar vita a forme sempre maggiori di decentramento e di partecipazione dei cittadini alla gestione delle strutture socio-sanitarie, che è alla base della riforma. Affermare tale esigenza è un modo reale per dare sostanza al disegno dei Costituenti, teso a realizzare uno Stato insieme decentrato, ed unitario. Da qui l'esigenza di dar vita, anche nel settore della sanità, a strutture che esaltino l'apporto originale e creativo degli organi istituzionali a livello locale (Regioni e Comuni) e dei cittadini, ma che siano capaci di essere un tutt'uno nel raggiungimento dell'obiettivo della tutela della salute.

Durante una udienza della Commissione Igiene e Sanità della Camera dei Deputati è stato chiesto quale era il problema più difficile da affrontare nell'ambito della Riforma Sanitaria. Le valutazioni espresse hanno posto l'accento sull'equilibrio da realizzare nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, tra il ruolo primario delle Unità Socio-Sanitarie Locali e quindi dei Comuni o dei consorzi dei Comuni, e quello delle Regioni e dello Stato. Sembra esatta una affermazione: se l'Unità Socio-Sanitaria funziona è l'intero sistema che funziona. La capacità operativa della U.S.S.L. si può esprimere pienamente solo nell'ambito di un Servizio che, in ogni sua parte ed in ogni suo momento, risponda alla necessità di sintesi tra autonomia gestionale ed unitarietà. Dalla positiva soluzione di questo fondamentale problema dipende la crescita del ruolo propulsivo degli Enti Locali e della funzione di direzione politica del Parlamento e del Governo, ma, soprattutto, dipende la eliminazione degli squilibri qualitativi e quantitativi dell'assistenza sanitaria, oggi esistenti a livello regionale, che penalizzano in modo particolare il Mezzogiorno e le zone depresse.

L'elemento da saldare a questa struttura articolata ed unitaria, per garantirne dinamicità ed accrescerne il contenuto democratico, è quello della partecipazione dei cittadini. Gli organismi di partecipazione non possono e non devono essere considerati come appesantimenti del sistema, ma come strumenti di iniziativa e di controllo, essenziali per la costruzione di un rapporto nuovo e positivo tra struttura sanitaria e cittadini. Un più alto grado di efficienza ed economicità di gestione sono, soprattutto in questo settore, direttamente proporzionali al grado di partecipazione degli utenti. Occorre quindi muoversi in questa direzione con decisione, affinché il Servizio Sanitario Nazionale non diventi un momento di codificazione del disimpegno dei cittadini oggi esistenti, ma sia occasione per il loro coinvolgimento in un processo di rinnovamento delle strutture e delle politiche sanitarie nel nostro Paese.

Si tratta, è bene sottolinearlo, di una delle attività fondamentali dello Stato moderno, con un volume di spesa rilevante, attraverso il quale si opera sulla redistribuzione del reddito in funzione sociale.

È per tale ragione che deve essere valutata positivamente la svolta che si è registrata nel confronto sui problemi della Riforma. In questi ultimi tempi si è passati dalle enunciazioni di principio alla elaborazione di proposte operative, anche sul piano legislativo, capaci di prefigurare una valida struttura di intervento sanitario.

Tutto ciò può facilitare il superamento delle resistenze che ci sono state e ci sono tuttora nei confronti della Riforma Sanitaria. Sono resistenze talvolta palesi, ma spesso nascoste e difficili da identificare. Esse possono essere vinte nella misura in cui la Riforma cammini con decisione ma, al tempo stesso, con coerenza e senza avventurismi, nella consapevolezza che attorno ad essa occorre realizzare il massimo di convergenze possibili.

Approvare in tempi brevi il disegno di legge sulla Riforma e dare il via alla istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, significa dunque compiere un atto politico qualificante che può caratterizzare l'attuale difficile legislatura. Tale atto è una delle risposte che la classe dirigente può dare alle inquietudini, alle tensioni ed alla rabbia che talvolta esplodono nel Paese. Dare il via alla costruzione di una struttura moderna ed efficiente è certamente un modo efficace con il quale intervenire in un settore in cui il progressivo deterioramento è palese e crescente.

## *2) I motivi sociali della Riforma*

L'esigenza di realizzare la Riforma Sanitaria non registra oggi contestazioni rilevanti. Convergono in questa direzione non solo numerosi partiti e le organizzazioni sindacali dei lavoratori, ma anche i datori di lavoro, i lavoratori autonomi e gli operatori sanitari. Si tratta certamente di un dato politico di grande rilevanza che è il risultato della presa di coscienza della necessità sociale ed economica di dare al settore un assetto diverso per eliminare le incongruenze oggi esistenti.

La struttura sanitaria del nostro Paese si basa essenzialmente su strutture pubbliche (Enti, Ospedali, ecc.) così come è pubblico il prelievo finanziario necessario al mantenimento di queste strutture (contribuzioni sociali sulla base di norme di legge e mezzi finanziari dello Stato). I livelli di prestazioni e gli aventi diritto sono determinati, nella maggior parte dei casi, per legge o per deliberazione degli organismi pubblici. Il 93% degli italiani rientra sostanzialmente nella sfera di intervento sanitario di queste strutture.

Si è quindi di fronte ad un sistema che formalmente dipende dalla volontà e dalle esigenze della collettività, ma a cui corrisponde una operatività disarticolata, talvolta contrastante, differenziata nella qualità e quantità delle prestazioni, spesso con gravi conseguenze sui cittadini.

Proprio queste contraddizioni tra la natura pubblica del sistema e la sua gestione disarticolata e sostanzialmente corporativa, sono alla base della crisi profonda del si-

stema degli Enti e del disordine nell'intervento sanitario. Conseguenza inevitabile è stata ed è la degenerazione qualitativa delle strutture sanitarie, malgrado il crescere della spesa in questo settore, e le occasioni di abusi e di malcostume che spesso si sono manifestate.

Se si pensa ai ritardi nella cura efficace di malattie gravi, al crescente ricorso alla struttura sanitaria privata, all'assenza di ogni politica organica di prevenzione e di intervento socio-sanitario e agli sprechi di medicinali, appare evidente che l'onere sopportato dalla collettività è assolutamente sproporzionato alla qualità e quantità del servizio prestato.

Un Consigliere ha peraltro rilevato che molti difetti del sistema precedente non sono frutto della forma istituzionale esistente, ma piuttosto di fenomeni di costume e di scelte non attuate, scelte che l'attuale disegno di legge si ritiene risolva solo in parte.

Altro indice palese dell'attuale grave stato di cose è certamente lo squilibrio esistente nelle strutture sanitarie a livello regionale a scapito soprattutto delle zone più povere del Paese. Ciò comporta un fenomeno di «emigrazione sanitaria» rilevante che viene oggi accettato come inevitabile, quando non incentivato.

Altri sintomi di preoccupazione vengono dal personale sanitario (medico e non medico) per il processo di dequalificazione professionale in corso e per l'assurdo rapporto numerico tra medici e personale tecnico che vede il nostro Paese registrare, accanto all'aumento abnorme di laureati in medicina, l'assenza di operatori a livello di gabinetti di radiologia e di analisi e di personale infermieristico. Vi sono infatti in Italia 148 infermieri su 100 mila abitanti (con ben 187 medici), contro i 406 infermieri e 102 medici (sempre su 100 mila abitanti) della Gran Bretagna e i 287 infermieri e 150 medici della media dei Paesi della C.E.E. Negli ospedali civili il numero degli infermieri diplomati supera di poco le 39 mila unità contro il fabbisogno calcolabile, rispetto agli «standards» assistenziali minimi previsti dalla stessa legge ospedaliera, intorno alle 80 mila unità. Nettamente inferiore al fabbisogno è infine anche il numero degli infermieri generici (mancano circa 80 mila unità negli istituti di cura pubblici) mentre abbonda decisamente il personale ausiliario (sono in soprannumero oltre 70 mila unità negli ospedali civili). Tutto ciò fa affermare alla F.L.O. (Federazione Unitaria Lavoratori Ospedalieri) «che il 40% del personale in servizio manca di una pur minima qualifica professionale».

Per la situazione determinatasi, ogni tentativo di puntare ad un miglioramento qualitativo del sistema attuale appare destinato all'insuccesso. Gli elementi degenerativi sono infatti intimamente legati, non solo al permanere della divisione verticale dell'intervento e della settorialità di Enti e strutture sanitarie, ma anche al proliferare degli interessi parassitari e delle rendite di posizione a tutti i livelli ed in tutti i settori. È questa la conseguenza inevitabile di un sistema incapace di autopropulsione, soggetto alle spinte e contropinte dei vari gruppi corporativi, privo di autorità politica e

sganciato dalla partecipazione dei cittadini, soggetto quindi al burocratismo ed all'elefantiasi.

Il risultato vistoso di tutto ciò non è solo il crescere indiscriminato della spesa, ma anche il sorgere di una rete sanitaria privata che utilizza la struttura pubblica come «filtro» dei malati per assicurarsi, innanzitutto, un minimo di entrate ed operare, poi, prelevando ulteriori mezzi finanziari dai cittadini impossibilitati ad ottenere una qualificata assistenza dal servizio pubblico.

In tale situazione, al moltiplicarsi delle cliniche private corrisponde il caos ospedaliero, al contrasto tra le strutture di intervento sanitario la degenerazione ambientale ed il crescere degli infortuni sul lavoro, mentre alla abnorme espansione della spesa farmaceutica (+ 25,89% nel 1976 sul 1975 a prezzi unitari immutati) corrisponde l'assenza di ogni iniziativa sul piano della riabilitazione e della prevenzione.

### 3) *Le ragioni economiche della Riforma*

Il dibattito sulla Riforma Sanitaria ha trovato elementi nuovi di valutazione in occasione del confronto avutosi nel Paese e nel Parlamento sui problemi del costo del lavoro e della spesa pubblica. Non poteva essere altrimenti di fronte ad un sistema, come quello attuale, caratterizzato sul piano economico da costi crescenti con produttività e qualità decrescenti.

I dati forniti dal Governo nella relazione inviata al CNEL sono quantomai esplicativi. Ecco in sintesi alcuni di questi dati (in miliardi di lire):

	1975	1976
Medico generico	669	747
Farmaceutica	1.201	1.520
Specialistica ed altre	714	797
Indennità economiche	809	938
Spese amministrazione e varie	376	404
Interessi passivi	358	358
	<hr/>	<hr/>
	4.127	4.764
Ospedaliera	3.300	3.750
	<hr/>	<hr/>
I° totale	7.427	8.514
Comuni, province	715	800
	<hr/>	<hr/>
Totale generale	8.142	9.314

Per il 1977, a legislazione costante, è previsto un ulteriore aumento della spesa (oltre 10.000 miliardi). Analoga tendenza risulta, per il 1978, sia al Governo che nella ipotesi riportata in allegato, elaborata per il CNEL dal Prof. Mario Alberto Coppini, Consigliere del CNEL ed autorevole esperto in questo settore.

L'andamento della spesa sanitaria ha assunto, nel nostro Paese, per entità e sviluppo, una incidenza determinante sulla situazione economica al punto da essere considerata un elemento di rottura permanente dell'equilibrio finanziario. In una situazione in cui gli elementi di tensione inflazionistica sono certamente provocati da una espansione della spesa pubblica improduttiva, il permanere di un simile stato di cose è inaccettabile da parte delle forze politiche e delle forze sociali. La situazione attuale determina il rischio di ulteriori spostamenti di mezzi finanziari dagli investimenti e dalla spesa pubblica produttiva al settore della sanità, senza che a ciò corrisponda il miglioramento dei servizi e della qualità dell'intervento.

Nè può più essere accettata la facile soluzione di risolvere i problemi relativi alla copertura della spesa attraverso l'aumento delle contribuzioni sociali. Ogni giorno di più appare in tutta la sua evidenza la abnorme struttura del costo del lavoro nel nostro Paese che registra il dato contraddittorio di una busta paga la più bassa della C.E.E. contro un costo globale di lavoro orario che, anche in conseguenza di tali contribuzioni, si attesta ai livelli massimi esistenti in tali paesi. Ciò crea tensione nei rapporti tra le forze sociali e fa sorgere notevoli problemi alla nostra economia rispetto agli altri partners comunitari.

Il recente accordo tra sindacati e Confindustria, e lo stesso provvedimento di parziale fiscalizzazione degli oneri sociali, approvato in questi giorni dal Parlamento, agiscono sostanzialmente in direzione della modifica strutturale del costo del lavoro e del trasferimento degli oneri di malattia al sistema fiscale, incidendo in tale modo sull'attuale criterio di finanziamento della spesa sanitaria che di fatto si configura come una tassa sulla occupazione.

Per tutte queste ragioni l'obiettivo su cui vanno confluendo tutte le forze politiche e sociali è oltre alla qualificazione, quello della stabilizzazione della spesa sanitaria. Se si considera giusto porsi il problema del costo della Riforma Sanitaria (cosa di cui si parlerà più avanti) è altrettanto giusto affermare con il Prof. Brenna, Direttore dell'Istituto di Economia Sanitaria di Milano (*Mondo Economico* 25-2-1977), che «il vero primo problema consiste nel domandarsi quali possibilità oggi esistono per evitare che la spesa sanitaria complessiva continui a lievitare nei prossimi anni nella misura che ha caratterizzato la sua crescita nel passato (dal 1964 al 1974 — periodo non eccessivamente turbato dalla inflazione — la spesa mutualistica è aumentata con un saggio di incremento annuo superiore al 17%)».

Il sistema attuale ha una caratteristica che lo contraddistingue: quella di una gestione senza limiti di spesa. I bilanci di previsione ai vari livelli sono semplici indica-

zioni ormai generalmente disattese, con la trasformazione delle gestioni stesse a «pié di lista» e lo scarico acritico delle passività sullo Stato e quindi sulla collettività. È proprio questa condizione di non responsabilizzazione degli amministratori, degli operatori e degli utenti che determina incentivi alla spesa e quindi contribuisce allo squilibrio permanente tra entrate e uscite in una rincorsa senza fine.

Nella elaborazione del «parere» quindi si è fatto di questi dati un punto di riferimento, ponendo in modo preciso il problema della stabilizzazione della spesa in un tutt'uno con quello di un più alto grado di efficienza del sistema sanitario.

#### 4) *Incongruenza dell'attuale situazione ed urgenza della riforma*

La profonda modificazione del sistema mutuo-previdenziale apportata dalla legge 17 agosto 1974, n. 386, che ha stabilito il passaggio alle Regioni dei presidi ospedalieri, ha rappresentato un momento significativo sulla via del superamento del vecchio sistema e la indicazione della volontà del legislatore di rendere irreversibile il processo di Riforma.

La presentazione del d.d.l. per il Servizio Sanitario Nazionale non sarebbe probabilmente avvenuta senza la decisione presa nel 1974.

La legge citata ha messo a disposizione delle Regioni uno dei più importanti strumenti della politica sanitaria, rendendo possibile non solo una prima fase di impegno reale della nuova istituzione sul piano della Sanità, ma permettendo anche, in molti casi, di rimettere in discussione il vecchio sistema di gestione degli ospedali. Risultati positivi sono stati ottenuti nella ristrutturazione dei servizi e nella programmazione delle strutture ospedaliere a livello regionale.

Ciò non ha, però, evitato gravi inconvenienti per quanto riguarda la gestione finanziaria e sanitaria che hanno continuato ad esprimersi senza riferimento ad un bilancio rigido e ad una programmazione globale dell'assistenza. Lo sganciamento della struttura ospedaliera da quella di primo intervento di medicina generica e specialistica ha reso d'altronde impossibile l'integrazione dei due momenti operativi, creando ulteriori disagi e contrapposizioni e facendo lievitare ancora di più i costi. È quindi necessario mettere in rilievo il fatto che proprio perché lo sganciamento dell'assistenza ospedaliera dagli Enti era un momento più ampio del disegno riformatore, il mantenere ancora in piedi l'attuale situazione sarebbe assurdo, irrazionale e, nel lungo periodo, causa di ulteriori degradazioni dell'intero sistema.

A tale stato di cose si aggiunge la giusta decisione sempre della legge 386, del blocco della istituzione di nuovi servizi e delle strutture ambulatoriali da parte degli Enti ed il divieto agli stessi di procedere alla assunzione di personale ed al rinnovo

delle convenzioni. Il permanere di questo stato di cose ha però provocato, alla lunga, la conseguenza chiaramente visibile di una sempre maggiore insufficienza delle strutture di primo intervento, della rinuncia da parte di tutti i centri operativi a svolgere una più intensa attività sanitaria e del prevalere delle tendenze burocratiche. In modo particolare, sembra opportuno segnalare l'alto grado di frustrazione determinatosi nel personale degli Enti in attesa di conoscere il proprio destino. Si tratta di uomini, quasi sempre di notevole esperienza, che chiedono di essere utilizzati nella nuova struttura sanitaria e che sarebbe irresponsabile non reinserire, al più presto, in una condizione di operatività reale.

Questo stato di grande confusione, se non di caos, è probabilmente alla base della affermazione fatta dal Presidente del Consiglio al Parlamento, al momento della presentazione del suo Governo: «La scadenza del 1° luglio 1977, prevista dalla legge 386, per la definitiva liquidazione giuridica, strutturale e gestionale degli Enti — ha dichiarato l'On. Andreotti — non ammette ritardo: la tesi del rinvio si scontrerebbe, nel caso, contro la realtà già di per sé in progressiva liquidazione».

Il CNEL ritiene di dover fare propria tale affermazione, alla luce dei fatti e delle cose e quindi esprimere in modo chiaro la sua sollecitazione al Parlamento per la discussione, in tempi brevi, della legge per la istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e la tempestiva entrata in funzione dello stesso. Che il Parlamento voglia muoversi in questa direzione sembra confermato dalla iniziativa già presa dalla Commissione Sanità della Camera di consultare le forze sociali e gli operatori sanitari ed avviare la discussione del d.d.l. per la istituzione del S.S.N.

##### *5) Il nuovo sistema sanitario: gli elementi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale*

Il giudizio critico espresso sul sistema mutuo-previdenziale e sulla situazione sanitaria attuale deve indurre le forze politiche e sociali ad affrontare la realizzazione del nuovo sistema senza sottovalutare le difficoltà da superare e le onerosità di questo impegno. Prevedere soluzioni capaci di risolvere di colpo tutte le questioni relative all'assetto sanitario del Paese non sarebbe rispondente alla complessità dei problemi che devono essere affrontati e porterebbe a gravi delusioni ed a fasi di riflusso della iniziativa necessaria alla costruzione del S.S.N.

Il legislatore ha il compito di determinare linee istituzionali e norme operative che configurino in modo sufficientemente chiaro e preciso il Servizio Sanitario Nazionale. Deve però essere convinzione di tutti che il nuovo assetto sarà solo il risultato di una visione dinamica delle funzioni del S.S.N. e della sua operatività. La nuova struttura sanitaria è quindi tutta da costruire, perfezionare, e aggiornare sulla base del-

le esperienze e degli apporti che l'insieme delle forze impegnate in questo settore sapranno realizzare.

La istituzione del Servizio Sanitario Nazionale rappresenta un grande atto di fiducia da parte del Paese nella capacità politica e funzionale dell'Amministrazione centrale dello Stato, nei confronti degli Enti locali (Regioni e Comuni), degli operatori sanitari e verso tutti i cittadini.

È un atto che mira a coinvolgere le istituzioni e le forze sociali nella gestione politica ed amministrativa di uno dei più importanti settori della vita pubblica, nella consapevolezza che questa è l'unica strada da percorrere per evitare soluzioni burocratiche, determinare una capacità di reazione dell'insieme delle forze nei momenti di stasi o degenerativi, che non potranno mancare, esaltare le fasi di dinamicità ed efficienza delle strutture e degli operatori a tutti i livelli.

Dato essenziale, resta quello che abbiamo definito in altra parte la «sintesi tra autonomia gestionale ed unitarietà del Servizio Sanitario Nazionale». Cioè quel rapporto organico che si deve creare tra programmazione e direzione della politica sanitaria con la piena ed autonoma competenza gestionale degli organi regionali e della U.S.S.L.

In questo quadro va considerato il valore della *Unità Socio-Sanitaria Locale*, nucleo essenziale della nuova struttura che ha il compito di realizzare compiutamente l'insieme dei servizi necessari a garantire l'intervento sanitario inteso nella sua globalità. Alla U.S.S.L. deve, pertanto, essere affidato il compito di amministrare direttamente, con autonomia di bilancio, i mezzi stanziati dalla Regione e dal Comune o dal consorzio dei Comuni per le sue attività.

È attraverso questa struttura, che deve integrare nel suo seno i vari servizi e i vari presidi, che il Servizio Sanitario Nazionale assolve al suo compito di presenza capillare nel tessuto sociale del Paese.

Attraverso le U.S.S.L. il Servizio Sanitario Nazionale realizza l'obiettivo fondamentale indicato dalla Costituzione con gli artt. 32 e 38: la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. In questa direzione deve operare il nuovo Servizio; una direzione che non ammette la polverizzazione dell'intervento sanitario, la disarticolazione tra prevenzione, cura e riabilitazione, ma presuppone la volontà e l'organizzazione specifica necessaria a salvaguardare l'ambiente, prevenire i rischi, curare le malattie e reintegrare nella loro capacità fisica i cittadini colpiti da eventi morbigeni.

Questa impostazione solleva in alcuni settori dubbi e riserve, ma è l'unica capace di evitare la contrapposizione delle competenze, la gestione disarticolata ed episodica della politica sanitaria, l'aumento improduttivo della spesa a causa della mancata integrazione delle strutture.

Altro importante elemento che deve caratterizzare il Servizio Sanitario Nazionale è la uniformità nella prestazione su tutto il territorio nazionale al fine di compiere

un'opera di perequazione nel tessuto sociale ed umano del Paese. Agire in tal senso significa assumere, come dato di riferimento, un risultato positivo già notevolmente acquisito con la struttura mutuo-previdenziale che non può essere rimesso in discussione. Tale equilibrio va sostenuto anche con una azione diretta al riequilibrio della condizione strutturale sanitaria che oggi penalizza le zone meridionali.

Muoversi per questo obiettivo significa risolvere problemi complessi, come quello della distribuzione del Fondo Sanitario Nazionale tra le varie Regioni. Occorre, da parte dei gruppi dirigenti a livello nazionale e locale, una grande coscienza unitaria, una notevole capacità di assunzione di responsabilità generale, una consapevolezza della connessione tra la condizione di sviluppo di una zona e quella delle altre zone. La ripartizione del Fondo, quindi, sarà un momento politico rilevante, non solo sul piano della politica sanitaria, ma dello sviluppo equilibrato della società italiana.

Alla base della positiva evoluzione della nuova struttura sarà certamente anche il rapporto tra questa e gli operatori (del S.S.N. e convenzionati) che ne dovranno esprimere la capacità di iniziativa, l'efficienza dei servizi e garantire la efficacia dell'atto medico nelle varie forme.

Dietro ogni struttura operativa ci sono degli uomini. Coloro che opereranno nel Servizio Sanitario Nazionale, qualunque sia la loro funzione, dovranno assumere la coscienza che il futuro del Servizio stesso è prevalentemente nelle loro mani e che da essi dipende la realizzazione del disegno di rinnovamento che il Parlamento si accinge ad elaborare in questo settore. Essi dovranno sentirsi parte viva di un meccanismo che si metterà in moto con la legge, ma la cui capacità funzionale dovrà essere costruita giorno per giorno sulla base dell'esperienza. Il recupero di energie e di impegno degli operatori provenienti dai disciolti Enti, con il loro reinserimento nel S.S.N., rappresenta solo un punto di partenza per un'attività i cui aspetti operativi sarà necessario definire progressivamente. Bisogna però partire dalla convinzione che l'attuale rapporto medico-paziente è insufficiente e che la capacità di intervento delle strutture attuali non risponde alle esigenze di una moderna società. Da qui la necessità di un processo di rinnovamento che crei dei rapporti tra le nuove strutture e i cittadini e tra la classe medica e utenti che saldino la frattura oggi esistente.

Alcune osservazioni sono necessarie sui problemi relativi ai costi della Riforma. Una polemica ampia e, spesso, aspra ha accompagnato la presentazione del disegno di legge, mettendone in rilievo momenti di diversificazione, non trascurabili, tra le valutazioni dei vari Ministeri. Sono diversificazioni che esprimono la difficoltà di elaborare stime riferite ad un sistema che deve ancora precisarsi nelle parti operative nuove e nella capacità di razionalizzare ed integrare le strutture sanitarie.

Il CNEL ha inteso dare un proprio contributo, nella valutazione di tali costi, in termini realistici e sufficientemente oggettivi. Lo studio, riportato in allegato (n. 1), è stato predisposto dal Prof. Mario Alberto Coppini, Consigliere del CNEL e Professo-

re ordinario di Tecnica Attuariale delle Assicurazioni Sociali dell'Università di Roma. Lo studio stesso prende come riferimento il prodotto nazionale lordo, registra anche i mutamenti che possono derivare dall'entrata in funzione della Riforma e ipotizza i seguenti volumi di spesa per il 1978:

A. EFFETTI CERTI	% P.N.L.
— Spesa derivante dalla attuale legislazione (escluse INDENNITA' ECONOMICHE)	6,06
— Maggiori oneri connessi alla unificazione dei livelli assistenziali ed alla estensione ai soggetti finora esclusi	+ 0,32
— Investimenti in conto capitale	+ 0,10
— Programmi relativi alla prevenzione ed alla riabilitazione	+ 0,10
Totale A	6,58
B. EFFETTI INCERTI	
— Mancata riduzione dei livelli erogativi più elevati	+ 0,25
— Introduzione del ticket	- 0,10
— Unificazione trattamento personale	+ 0,10
Totale B	0,25
Totale A + B	6,83
C. EFFETTI NON VALUTABILI	
— Controllo budgetario ed utilizzazione integrata delle strutture	- »
— Spinta delle Regioni alla uniformità delle assegnazioni	+ »

Questi dati meritano alcune valutazioni:

A) *Effetti Certi.*

- I maggiori oneri connessi alla unificazione dei livelli assistenziali ed alla estensione ai soggetti finora esclusi (circa 450 miliardi) saranno coperti dal contributo delle categorie e dei cittadini interessati (rif. Cap. V-2 del parere).

- Gli investimenti in conto capitale, difficili a definirsi nella attuale struttura sarebbero comunque indispensabili anche nel caso di non riforma per adeguare le strutture e realizzare un maggiore equilibrio tra le varie Regioni.
- I programmi relativi alla prevenzione ed alla riabilitazione dovranno prevedere l'assorbimento della spesa oggi sopportata a vari livelli per tale attività.

#### B) *Effetti Incerti.*

- Eliminazione livelli più alti delle presentazioni.  
Il CNEL propone l'allineamento al livello uniforme di tutte le prestazioni (rif. Cap. IV-2).
- Le entrate previste con l'introduzione del ticket possono essere considerate un effetto certo a cui si dovrebbero aggiungere le conseguenze derivanti dalla modifica del prontuario, dai nuovi criteri di formazione dei prezzi e dagli interventi previsti nella proposta del CNEL nel settore farmaceutico (rif. Cap. IV-8).
- Unificazione trattamento personale. È un obiettivo da raggiungere gradualmente, quindi un onere non valutabile ad oggi. Il CNEL propone il mantenimento dei trattamenti attuali e la gestione contrattuale, nel tempo, della unificazione (rif. Cap. VII-2).

#### C) *Effetti non Valutabili.*

- Controllo budgetario e utilizzo integrato delle strutture. Rappresentano gli obiettivi essenziali della gestione della nuova struttura.
- Spinta delle Regioni alla uniformità delle assegnazioni: dovrà essere assorbita in parte dalle disponibilità per gli investimenti in conto capitale da utilizzare a favore delle Regioni più arretrate.

Per quanto sopra detto si può ritenere che la spesa sanitaria per il 1978, con l'entrata in vigore della Riforma, si assesterà attorno al 6,50% del prodotto nazionale lordo (6,58 - 0,10 per il ticket), escluse le indennità economiche.

La stabilizzazione in percentuale di tale spesa appare l'obiettivo realistico da raggiungere con lo sforzo comune di tutte le forze che opereranno nel S.S.N.; e che porrebbe il nostro Paese sui livelli medi raggiunti negli altri Paesi della C.E.E.

Questa stabilizzazione, come già affermato, è una esigenza economica nel quadro della qualificazione e razionalizzazione della spesa pubblica, della lotta ai processi inflazionistici e della riduzione del costo globale del lavoro.

Assumere tali obiettivi significa affrontare l'esigenza di finalizzare le misure riformatrici anche alla riduzione degli sprechi e delle spese non produttive sul piano sanitario, al raggiungimento di modelli operativi che integrino tra loro le strutture sanitarie ai vari livelli, alla responsabilizzazione degli utenti, degli operatori medici e non medici e degli amministratori.

Con la Riforma si entra sostanzialmente in una nuova fase di vita in questo settore. Il CNEL avanza nei capitoli successivi una serie di proposte che investono tutti gli aspetti della vita del Servizio Sanitario Nazionale e tra queste alcune in direzione della qualificazione della spesa. Il parametro di riferimento non viene valutato dal CNEL solo come un'indicazione generica, ma come un modo con il quale tutti i protagonisti della vita sanitaria sono chiamati a svolgere un ruolo nuovo nei confronti del passato.

In questo senso si riafferma il valore delle norme previste dal d.d.l. o proposte dal CNEL sulla partecipazione dei cittadini alla vita del S.S.N. È questo un elemento essenziale nel processo di costruzione della nuova struttura e per il governo dei fatti economici, organizzativi e sanitari che le caratterizzano.

Il futuro del Servizio Sanitario Nazionale dipende in notevole parte dal concretizzarsi di questo aspetto della Riforma e quindi dalla realizzazione del nuovo rapporto tra cittadini e servizi per la collettività che da tante parti si auspica.

A conclusione di queste considerazioni generali, è necessario porre l'accento sull'importanza politica della fase di passaggio. Essa deve assicurare, contemporaneamente, sia la certezza della costituzione delle nuove strutture regionali e locali, sia il rapido passaggio delle funzioni e delle attrezzature di tutti gli Enti mutualistici nazionali e locali alle articolazioni del Servizio Sanitario. Si deve soprattutto evitare che, per negligenza o non volontà, si corra il rischio di passare dalla incongruenza delle attuali strutture alla inconsistenza delle nuove.

Si tratta di una operazione politica ed amministrativa complessa che deve evitare una soluzione di continuità tra il vecchio e il nuovo, superando resistenze volute o non volute, realizzando una reale liquidazione degli Enti attuali nei tempi previsti. È inoltre indispensabile che anche la gestione della fase di passaggio del personale venga vista in questa ottica evitando che incertezze legislative o «momenti» burocratici creino tensioni tra i lavoratori interessati e siano causa di ritardi nella entrata in funzione del nuovo ordinamento.

Con riferimento alla fase di transizione si deve rilevare come non sia positiva l'approvazione da parte di un ramo del Parlamento, il Senato, del progetto di legge n. 202 relativo alle convenzioni con i medici e la gestione della fase di liquidazione de-

gli Enti. Si tratta di un provvedimento che regola la fase di liquidazione degli Enti ed il rapporto tra questi e le Regioni prescindendo dalle norme e dalle indicazioni contenute nel d.d.l. in esame per la istituzione del S.S.N. Ciò crea duplicazioni di interventi, mancanza di collegamento tra la operatività per la eliminazione della vecchia struttura e quella necessaria alla costruzione della nuova. Il CNEL ritiene che il Parlamento debba riesaminare la proposta di legge 202 in riferimento alla legge di Riforma ed a tal fine avanza delle indicazioni che sono contenute nel capitolo VIII relativo alla fase di passaggio al Servizio Sanitario Nazionale.

Sulla base delle valutazioni generali espresse la Commissione Lavoro del CNEL ha elaborato delle proposte specifiche e riferite ai vari articoli del d.d.l.

A conclusione della relazione è doveroso esprimere la convinzione della utilità del lavoro, anche faticoso, svolto dalla Commissione, la quale ha avuto modo di impegnarsi in un dibattito ed in una elaborazione seria e responsabile che attraverso le modifiche, le interpretazioni e gli arricchimenti venuti dall'Assemblea rappresenterà un contributo reale all'attività del Parlamento ed alla elaborazione di una legge tra le più importanti nella vita politica, economica e sociale del Paese.

CAP. II.  
**STRUTTURA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

1) *Unità Socio-Sanitaria Locale*

1.1. – Contrasta con una visione unitaria dell'intervento sanitario sottrarre alla struttura locale del Servizio Sanitario Nazionale compiti socio-sanitari che sono parte essenziale dell'intervento a tutela della salute inteso nella sua globalità. Si tratta di funzioni già decentrate a livello locale (minori, invalidi, anziani, utenti di consultori, drogati dimessi da ospedali psichiatrici), che sono parte integrante dei programmi sanitari elaborati da diverse Regioni. Se è vero che occorrerà procedere con progressività e cautela all'allargamento della sfera sociale di intervento delle U.S.S.L., per ragioni di spesa, è necessario che la legge preveda l'assegnazione istituzionale di tale compito alla U.S.S.L.

Si dovrà semmai determinare in modo preciso l'entità della spesa dei servizi sociali nell'ambito dei programmi regionali ed organizzare le strutture specializzate a disposizione di più U.S.S.L. per agevolarne i compiti.

Alcuni Consiglieri hanno sollevato riserve sull'affidamento alla U.S.S.L. di compiti socio-sanitari esprimendo la preoccupazione di un eccessivo appesantimento dei compiti delle stesse.

Alla luce delle considerazioni sulla unitarietà dell'intervento socio-sanitario il d.d.l. dovrà contenere in tutta la legge la definizione delle Unità Sanitarie come Unità Socio-Sanitarie Locali e prevedere l'inclusione quindi nelle U.S.S.L. di tutti i servizi socio-sanitari pubblici esistenti nel territorio e di spettanza delle stesse U.S.S.L. connessi alla tutela della salute (artt. 1, 10, 12).

1.2. – Anche i punti 4 e 5 dell'art. 11 e l'ultimo capoverso dell'art. 12 del disegno di legge predeterminano un tipo di strutturazione dei servizi amministrativi e sanitari

a livello locale che vanificano l'unità di gestione e la responsabilità di direzione della U.S.S.L. e prefigurano una articolazione funzionale, basata sulla divisione dei ruoli e delle strutture, incompatibile con il lavoro di «équipe» che è alla base della medicina moderna e dell'unità dell'intervento sanitario. Ogni norma amministrativa ed organizzativa deve tendere alla unità di gestione, di responsabilità della U.S.S.L. e quindi prevedere i distretti ed i servizi (compresi ospedali) come una articolazione di una unica entità amministrativa.

Si propone l'abolizione dei punti 4 e 5 dell'art. 11, dell'ultimo capoverso dell'art. 12 e che l'autonomia tecnico-funzionale dei servizi sanitari ed ospedalieri di competenza delle U.S.S.L. sia subordinata all'unità amministrativa da garantire anzitutto mediante un responsabile amministrativo unico della U.S.S.L. medesima.

1.3. — Si condividono le indicazioni relative ai limiti minimi e massimi di popolazione previsti per la costruzione delle U.S.S.L. che devono poter essere adeguati così come il d.d.l. prevede (primo e secondo capoverso dell'art. 10), alle diverse esigenze. Appare, però, troppo rigido il dato riferito ai distretti sanitari, rigidità, che può creare difficoltà nella determinazione di articolazioni più efficaci, soprattutto a livello delle comunità montane.

Deve essere abolita quindi l'indicazione di 10.000 abitanti per distretti sanitari.

## 2) *Gli organismi di partecipazione, iniziativa e controllo ai vari livelli del S.S.N.*

2.1 — Il rapporto democratico tra il Servizio Sanitario Nazionale ai vari livelli e gli utenti è mantenuto e garantito dagli organismi di partecipazione previsti nei vari articoli del d.d.l. Tali organismi sono essenziali alla vita dinamica della nuova struttura. Pur rimanendo organismi di consultazione nei confronti degli organi di direzione politica (Governo, Giunta Regionale, organismo di gestione delle U.S.S.L.) essi debbono però avere un ruolo fondamentale e incisivo.

Alcuni Consiglieri hanno espresso l'opinione che anche negli organismi di gestione delle U.S.S.L. siano rappresentati direttamente gli utenti.

Gli organismi di consultazione previsti dal d.d.l. a livello regionale e di U.S.S.L. debbono essere definiti dalle Regioni come veri e propri organi di partecipazione, di iniziativa e di controllo da parte dei cittadini.

2.2. — Il modo di formazione degli organismi di partecipazione ai tre livelli (nazionale, regionale e locale) dovrebbe essere previsto in due fasi. La prima con la partecipazione, per designazione, dei rappresentanti degli organi territoriali (Regioni per

il S.S.N. e Comuni per il Servizio Sanitario a livello regionale), dei rappresentanti delle formazioni sociali previste dall'art. 2 della Costituzione e degli operatori socio-sanitari.

Questa fase si dovrebbe concludere al termine del processo di fiscalizzazione degli oneri per il Servizio Sanitario Nazionale.

La seconda fase dovrebbe avere inizio con il passaggio dell'intero Servizio al finanziamento a carico dell'Erario e dovrebbe concretizzarsi nella elezione diretta, da parte dei cittadini, degli organismi di partecipazione, di iniziativa e controllo.

Vanno definite, quindi, due fasi temporali per la formazione degli organismi di consultazione, e cioè una prima fase transitoria di designazione ed una seconda elettiva.

2.3. – La composizione del Consiglio Nazionale Sanitario prevista nel disegno di legge non appare rispondente al ruolo che lo stesso deve assolvere. La presenza massiccia di rappresentanti ministeriali non è comprensibile in un organismo di consultazione e di partecipazione sociale. Si creerebbe l'assurdo di un Ministero che si consulta a nome del Governo con i funzionari dello stesso Governo che diverrebbe, in tal modo, il consultore-consultato.

Il Consiglio Sanitario Nazionale, nella fase transitoria che precede la elezione diretta dello stesso Consiglio, dovrebbe essere così composto: 21 membri in rappresentanza delle Regioni; 21 membri in rappresentanza delle altre formazioni sociali (8 rappresentanti dei lavoratori dipendenti, 5 rappresentanti dei datori di lavoro, 5 rappresentanti dei lavoratori autonomi compresi i cooperatori, tenendo conto della rappresentatività nel CNEL, 3 rappresentanti degli ordini dei medici, paramedici e veterinari); 11 operatori socio-sanitari designati dal Ministro della Sanità. Alle riunioni del Consiglio Sanitario Nazionale potranno partecipare, su invito del Ministro, i rappresentanti dei vari Ministeri senza diritto di voto. Questi criteri dovrebbero essere presi come base per le soluzioni regionali e per quelle a livello di U.S.S.L.

### 3) *Consiglio Superiore di Sanità ed Istituto Superiore di Sanità*

3.1. – Alla luce della nuova organizzazione sanitaria nel Paese appare contraddittorio il permanere di più organismi a carattere tecnico scientifico o consultivo con particolare riferimento al Consiglio Superiore di Sanità, che può divenire una alternativa nei confronti del Consiglio Sanitario Nazionale ed aprire momenti di contraddizione e di scontro nella elaborazione degli indirizzi di politica sanitaria. Viene invece rilevato il ruolo originale ed essenziale che svolge e può ancor svolgere l'Istituto Superiore di Sanità (art. 7 d.d.l.) quale organo tecnico-scientifico del Ministero della Sanità.

Alcuni Consiglieri hanno espresso riserve sullo scioglimento del Consiglio Superiore della Sanità. Si propone di provvedere al riordinamento degli organi tecnico-scientifici e consultivi in modo da assicurare in misura adeguata l'indispensabile supporto conoscitivo all'azione del Governo, delle Regioni e degli organismi del S.S.N. e di evitare inutili, costose e non funzionali sovrapposizioni di competenze tra i diversi organi.

CAP. III.  
**COMPITI DELLO STATO E DEL SERVIZIO  
SANITARIO LOCALE**

1) *Competenze statali*

1.1. – La indicazione delle competenze dello Stato (art. 3) è accompagnata nel d.d.l. da un «tra l'altro» che pone in dubbio la certezza degli argomenti soggetti alla sfera legislativa ed operativa dello Stato e a quella specifica delle Regioni sulla base dell'articolo 117 della Costituzione.

Si rileva che non possono essere mantenute allo Stato competenze che riguardano le acque minerali e la relativa pubblicità per la utilizzazione a scopo sanitario in quanto già attribuite alle Regioni.

Inoltre le competenze previste al punto 12 dell'art. 3 vanno considerate tra la normativa statale di principio di cui all'art. 4. Ulteriore preoccupazione desta il punto I del 2° comma dell'art. 4 che affida alle Regioni il compito di adeguare la normativa statale alle esigenze delle singole situazioni regionali.

Si propone di eliminare l'inciso «tra l'altro» all'art. 3; di eliminare il punto I del 2° comma dell'art. 4.

1.2. – Si ritiene che ove nelle materie indicate dall'art. 4 fosse da ravvisarsi una competenza propria delle Regioni (e ciò vale certamente per la materia ospedaliera: punti 5 e 6) questa non può essere trasformata in competenza di attuazione (art. 117, 2° comma, Costituzione). Inoltre poiché la previsione di un'ulteriore legislazione (di principio) non ha alcuna efficacia vincolante per il Parlamento, ma implicitamente esclude l'esercizio di potestà normativa delle Regioni, sarebbe più opportuno definire nei modi propri una delega al Governo per l'emanazione di norme sulle materie di cui

ai punti 1, 2, 3, 4 e 7, attribuendo alle Regioni i compiti di cui al 2° comma nn. II e III.

## 2) *Competenze del Servizio Sanitario Nazionale*

2.1. – La considerazione fondamentale che nasce dall'esame dei compiti che il d.d.l. affida al Servizio Sanitario Nazionale (art. 2) è quella relativa alla esclusione di qualsiasi intervento, sul piano della prevenzione, che incida sulle *cause* del deterioramento degli ambienti di vita e di lavoro e sulle condizioni di pericolosità nelle attività produttive. Ogni attività, prevista nel d.d.l. per il Servizio Sanitario Nazionale si rivolge esclusivamente in direzione della cura degli *effetti* della nocività e della pericolosità degli ambienti (il cosiddetto rischio sanitario, previsto dall'art. 2).

Particolare rilievo assume il confronto tra il testo del d.d.l. approvato dal Consiglio dei Ministri e trasmesso in via definitiva al CNEL e la prima stesura fatta pervenire alla Commissione. Nell'ultimo documento sono state apportate modifiche che vanificano l'impegno del S.S.N. sul piano preventivo con variazioni sostanziali all'art. 1 (la dizione «servizio ed attività destinati alla promozione» è diventata «...destinati alla salvaguardia») ed all'art. 2 (la dizione «fattori di nocività e pericolosità» è stata sostituita con «fattori di rischio sanitario» e sono stati annullati i seguenti compiti del S.S.N.: «la sicurezza nel lavoro garantendo anche la presenza dei necessari servizi nei luoghi di lavoro» e «la lotta contro il deterioramento ambientale, con particolare riguardo a quello derivante dalle attività industriali»).

Questa modificazione ha l'obiettivo di rafforzare le ragioni della esistenza di un nuovo istituto (art. 36) che dovrebbe sostituire l'ENPI (Ente Nazionale Prevenzione Infortuni).

Sulla base degli orientamenti prevalenti in campo sanitario non è accettabile la rottura del necessario collegamento tra la fase di prevenzione e quella della cura e della riabilitazione. Tale collegamento è alla base di ogni moderno intervento socio-sanitario e deve caratterizzare il costituendo Servizio Sanitario Nazionale. Pertanto è necessario reinserire nel d.d.l. l'obiettivo della prevenzione, affidando i compiti di intervento sanitario in direzione preventiva alle U.S.S.L.

Delle riserve sono state espresse nella Commissione circa i tempi in cui realizzare il passaggio dei compiti di prevenzione alle U.S.S.L. avendo alcuni Consiglieri la preoccupazione che tali compiti potrebbero pesare negativamente sulla operatività delle stesse.

È necessario effettuare la modifica degli artt. 1 e 2 per reinserire tra i compiti del S.S.N. «la sicurezza nel lavoro garantendo il collegamento con i necessari servizi nei

luoghi di lavoro e la lotta contro il deterioramento ambientale, con particolare riguardo a quello derivante dalle attività produttive».

2.2. — Il d.d.l. mentre determina lo scioglimento dell'ENPI (art. 36) non fa menzione degli altri 16 Enti che si interessano, per la verità con scarsi risultati, di prevenzione (A.N.C.C. — ecc.). Alla eliminazione dell'ENPI si contrappone però la nascita di un nuovo istituto in molte parti troppo simile a quello da sciogliere. La esigenza di un organismo centrale che si limiti alla ricerca ed alla elaborazione di direttive tecniche (omologazione, normative internazionali, standards di sicurezza) non è messa in discussione. L'importante è che esso non operi, attraverso proprie strutture, in alternative alle U.S.S.L., ma agisca come momento essenziale per l'unità di indirizzo in campo previdenziale.

Diventa necessaria pertanto la modifica dell'art. 36 prevedendo, sia l'ampliamento della delega al Governo per operare lo scioglimento degli altri Enti, oltre l'ENPI, che si interessano esclusivamente di prevenzione sia il riordinamento delle funzioni affidate alle varie strutture, e stabilendo che l'organismo centrale incaricato di nuova costituzione sia limitato a compiti di ricerca di direttiva. Dovrà essere previsto a livello regionale un corpo di ispettori tecnici a disposizione delle U.S.S.L. e collegati con l'organismo centrale sopra previsto, precisando che questo debba operare nell'ambito dell'Istituto Superiore di Sanità; approntando norme che regolano il rapporto tra gli Ispettori del Lavoro e le U.S.S.L. per l'espletamento dei compiti di polizia giudiziaria propri degli stessi ispettori.

### 3) *Compiti del Consiglio Sanitario Nazionale*

3.1. — La indicazione nell'articolo 6 dei casi in cui il Ministero della Sanità deve sentire obbligatoriamente il parere del Consiglio Sanitario Nazionale appare insufficiente ad assicurare a questo organismo di partecipazione, di iniziativa e di controllo un ruolo effettivo nella vita del Servizio Sanitario Nazionale.

Di fatto il Consiglio Sanitario Nazionale è estraniato da tutti i problemi organizzativi e di funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale, dalla conoscenza della situazione del Fondo e del grado di sviluppo delle attività e delle strutture del Servizio stesso.

Pertanto si ritiene indispensabile che all'art. 6 il parere del Consiglio Sanitario Nazionale sui problemi generali di organizzazione e funzionamento del S.S.N. diventi obbligatorio, come deve diventare obbligo per il Ministro della Sanità riferire ogni tre mesi al Consiglio sulla situazione del Fondo e sullo sviluppo delle attività e delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Si ritiene inoltre necessaria la competenza del C.S.N. sulla fissazione dei criteri per la formazione del personale.

#### 4) Assistenza agli italiani all'estero e agli stranieri in Italia

4.1. – Risulta poco chiara la normativa relativa all'assistenza sanitaria agli italiani all'estero (art. 8 e art. 49). Si parla di connazionali in Paesi stranieri per lavoro senza fare riferimento alle norme C.E.E., che valgono per qualunque cittadino avente diritto all'assistenza, o agli accordi bilaterali che regolano i rapporti tra i vari Paesi in questa materia.

Manca, inoltre, ogni riferimento alla osservanza da parte dello Stato italiano e del Servizio Sanitario Nazionale dell'obbligo di assistenza ai cittadini, che si trovano provvisoriamente in Italia, dei Paesi della C.E.E. o di altri Paesi con i quali esistano accordi bilaterali. Nasce il problema della copertura finanziaria, sino alla fiscalizzazione completa delle entrate del Fondo Sanitario, delle spese sanitarie relative a questi cittadini stranieri.

Da qui la necessità della rielaborazione dei due articoli sulla base delle norme C.E.E. e degli accordi internazionali.

#### 5) Assistenza sanitaria riabilitativa

5.1. – Risulta carente la dizione di assistenza sanitaria riabilitativa che sembra escludere dalle competenze del S.S.N. quella di provvedere all'attività di riabilitazione, partecipando all'azione diretta al recupero e al reinserimento sociale dei soggetti colpiti da infortunio e minorati.

Alle U.S.S.L. deve essere affidata sia l'assistenza che l'attività riabilitativa, sulla base di livelli minimi definiti in sede nazionale. Alle U.S.S.L. va anche affidata la gestione delle strutture oggi adibite all'attività riabilitativa, sia pure prevedendo, nell'attuale situazione di carenza, forme di uso preferenziale a favore dei soggetti colpiti da infortunio.

Diventa importante l'integrazione dell'art. 10 sia per quanto riguarda l'attribuzione alle U.S.S.L. dei compiti di attività riabilitativa, sia la gestione delle strutture adibite ad espletamento di particolari forme di assistenza riabilitativa. L'integrazione dell'art. 3 per le competenze relative alla fissazione di «livelli minimi» di assistenza riabilitativa, riveste lo stesso grado di importanza.

#### 6) Educazione sanitaria

6.1. – Le indicazioni che emergono dal d.d.l. non rispondono all'esigenza di rafforzare i compiti del S.S.N. in direzione della «formazione di una moderna coscienza

sanitaria sulla base di una adeguata educazione del cittadino e della comunità, affermata agli artt. 2 e 10. Occorre quindi che nel d.d.l. venga inserita una norma programmatica che impegni le strutture del S.S.N., prevedendone un finanziamento apposito, a sviluppare una profonda azione di informazione, sia diretta che indiretta (soprattutto in quelle zone del Paese dove più evidente risulta la carenza di una sufficiente educazione sanitaria) con iniziative culturali e forme dirette di partecipazione dei cittadini alla vita organizzativa e gestionale delle strutture sanitarie pubbliche.

La norma dell'art. 2 e quella dell'art. 10 dovranno essere reintegrate con le indicazioni più sopra espresse, al fine di reinserire in modo esplicito nei compiti di attività e di iniziativa delle U.S.S.L. la educazione sanitaria.

#### *7) Controllo delle malattie in base alla legge 20 maggio 1970 n. 300*

7.1. – La proposta di una delega al Governo per l'adeguamento della disciplina prevista dalla legge 20 maggio 1970 n. 300 non appare accettabile (art. 37). Ogni modifica o aggiornamento di tale normativa legislativa deve essere, per la sua rilevanza politica, discusso in ogni caso in Parlamento.

Si rileva invece la opportunità di indicazioni più certe per quanto riguarda i controlli da parte delle U.S.S.L.

All'articolo 37 si propone pertanto l'abolizione della delega al Governo per l'adeguamento della legge 300 e l'inserimento di norme relative alla certificazione ed allo svolgimento dei controlli da parte delle U.S.S.L.

#### *8) Accertamento del grado di invalidità pensionabile*

8.1. – Il d.d.l. prevede la delega al Governo per introdurre nuovi criteri per l'accertamento del grado di invalidità permanente, congenita o da qualsiasi altra causa originata. Si ritiene che eventuali modifiche di tale genere sia giusto proporle in sede di apposita discussione parlamentare, tenendo conto delle diverse caratteristiche dell'assicurazione generale e dell'assicurazione per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali; mentre devono essere definiti i criteri per la certificazione delle invalidità.

Sempre in riferimento all'art. 37 si propone l'abolizione della delega al Governo relativamente ai criteri per la invalidità e l'inserimento di norme che affidino alle strutture del S.S.N. l'accertamento della invalidità, sulla base delle disposizioni vigenti e l'obbligo per le stesse strutture di trasmettere le certificazioni agli enti, erogatori dei trattamenti previsti dalle leggi, ai quali resta peraltro la competenza per la concessione delle prestazioni stesse.

## CAP. IV. LE PRESTAZIONI

### 1) *Uniformità delle prestazioni*

1.1. – Il d.d.l. usa alternativamente, nei vari articoli (5,6, 13) la dizione «livelli assistenziali minimi» e «standards» di prestazioni. A parere del CNEL occorre salvaguardare in modo preciso la uniformità delle prestazioni su tutto il territorio nazionale. Ogni soluzione che prevedesse possibilità di differenziazione, a carico del Fondo Sanitario Nazionale, determinerebbe un arretramento delle condizioni sanitarie nelle Regioni più povere, provocherebbe differenziazioni socialmente non accettabili tra le varie zone del Paese, causerebbe ragioni di tensione sociale e politica.

Non si può concepire pertanto un Servizio Sanitario Nazionale articolato su prestazioni minime e su prestazioni di più alto livello.

Va inoltre considerato che alcune forti differenze qualitative sono in atto già oggi in conseguenza della diversità delle strutture sanitarie nelle varie Regioni. È questo uno degli squilibri fondamentali che il Servizio Sanitario dovrà superare.

Nella legge si dovrà quindi parlare di «prestazioni uniformi per tutto il territorio nazionale». Ne consegue che qualsiasi prestazione aggiuntiva a quella garantita dal Fondo non potrà essere, in nessun modo, considerata ai fini della ripartizione dei mezzi finanziari alle Regioni.

### 2) *Livelli delle prestazioni*

2.1. – Il Servizio Sanitario Nazionale dovrà operare sulla base di livelli unici di prestazione per tutte le categorie dei cittadini. Ciò comporta la unificazione delle prestazioni attuali differenziate a seconda degli Enti, in modo particolare per i lavoratori

autonomi. Tenendo presente che già oltre 30 milioni di cittadini sono oggi assistiti dall'INAM, è da prevedere che le prestazioni fornite da tale Ente saranno la base del «regime» che adotterà il Servizio Sanitario Nazionale.

L'allineamento ai livelli unici di prestazione deve avvenire al momento della scadenza dei termini previsti all'art. 28, cioè al momento dell'entrata in funzione delle U.S.S.L. e quindi va superata la indeterminatezza del d.d.l. (art. 30). Naturalmente alla stessa data devono entrare in vigore le nuove contribuzioni a carico delle categorie interessate così come proposto nella parte relativa al funzionamento del Fondo.

Alla data di cui all'art. 28 si devono allineare al livello delle prestazioni unificate anche le prestazioni superiori.

### 3) *Estensione dell'indennità economica ai lavoratori autonomi in particolari eventi*

3.1 – Nel quadro dell'unificazione dei livelli assistenziali di cui all'art. 30, le categorie interessate hanno avanzato la richiesta della estensione dell'indennità economica per t.b.c., maternità e natalità ai lavoratori autonomi in caso di ricovero e cioè in quei periodi in cui, per il verificarsi di eventi particolarmente incidenti sulla economia familiare, tale intervento può risultare di concreto sostegno del reddito familiare. Le stesse categorie hanno dichiarato la loro disponibilità a forme di controllo simili a quelle previste dalla legge 300 per i lavoratori dipendenti.

È importante ricordare in proposito che nelle «Osservazioni e proposte sulla Riforma della Previdenza Sociale» (approvate dal CNEL nella Assemblea del 3-10-1963 n. 1/35) si legge a pag. 62: «Le indennità sostitutive del salario in caso di inabilità temporanea per malattia e maternità possono essere estese anche ai lavoratori dipendenti attualmente sprovvisti di tale forma di tutela, purché tutte le norme di legge o contrattuali non prevedano già la corresponsione del salario da parte del datore di lavoro. Le predette prestazioni debbono essere estese anche alle principali categorie di lavoratori autonomi, commisurando le relative indennità a redditi convenzionali (stabiliti in base a redditi medi di lavoro). Tale ultima estensione deve essere attuata con gradualità e con opportune garanzie che consentano la precisa individuazione dell'evento da tutelare. Ovviamente — si aggiunge — all'estensione dell'area protetta deve conseguire una corrispondenza sul piano della contribuzione.

Il CNEL riconferma su questo problema il suo precedente parere positivo.

### 4) *Assistenza domiciliare*

4.1 – Nel quadro della definizione dei livelli uniformi di prestazioni occorre prevedere la estensione della assistenza domiciliare specialistica ed infermieristica recu-

perando, in tal modo, a livello generale alcune valide esperienze del settore dei lavoratori autonomi e già messe in atto anche in alcune Regioni. Ciò specie nei confronti dei cardiopatici, dei pensionati non deambulabili, ecc. Tale indicazione si colloca in una linea operativa che tende a ridurre i costi gestionali alleggerendo la spedalizzazione e realizzando, in pari tempo, condizioni ottimali di qualificazione nel servizio svolto. Sempre in direzione del contenimento della spesa vanno indicate le positive esperienze compiute con la istituzione di ospedali di lunga degenza, di cronicari e di ospedali di giorno.

Si propone pertanto l'estensione della assistenza domiciliare specialistica ed infermieristica.

#### 5) *Rapporto fiduciario*

5.1 – Il comma 9 dell'art. 13 prevede che il rapporto fiduciario tra medico e utente possa cessare in ogni momento a richiesta delle parti. Tale norma non può applicarsi quando l'assistenza è affidata ad un solo medico nella zona in cui si trova il cittadino che ha bisogno di cure. Grandi difficoltà nel cambiamento del medico si registrano anche nei centri in cui i medici sono in numero limitato.

Ne consegue che la risoluzione del rapporto fiduciario tra medici ed utenti possa essere decisa da ambo le parti salvo il caso in cui esista un solo medico nell'ambito del distretto.

In caso di risoluzione, da parte del medico, che può avvenire solo in casi eccezionali, il medico stesso deve motivarla alla U.S.S.L. che ne esaminerà le motivazioni per le iniziative necessarie.

#### 6) *Assistenza pediatrica*

6.1 – Il d.d.l. prevede che l'assistenza pediatrica sia esclusa dalle prestazioni ambulatoriali delle U.S.S.L. Ciò impedisce quelle correlazioni necessarie al lavoro di «équipe» che devono essere svolte nello stesso presidio.

Al comma 10 dell'art. 13 deve essere prevista l'assistenza pediatrica anche nell'ambito delle strutture ambulatoriali delle U.S.S.L.

#### 7) *Accessi alle strutture*

7.1 – Deve essere ammesso l'accesso a qualsiasi struttura del Servizio Sanitario Nazionale agli utenti che si trovino fuori dalla loro residenza abituale. Pur nella con-

siderazione delle necessità di carattere organizzativo che propongono, per quanto è possibile, il rispetto di determinati indirizzi generali, la libertà di accesso è giustificata dalla esigenza di non creare ostacoli alla mobilità delle persone nel territorio nazionale e dal fatto che ciò non dovrebbe incidere in modo determinante sul normale andamento dei servizi delle U.S.S.L.

È necessario pertanto garantire la possibilità di accesso a qualsiasi struttura del S.S.N. per gli utenti che si trovino fuori dalla loro residenza abituale.

## 8) Assistenza farmaceutica

8.1 – Il tema della «farmaceutica» viene richiamato nel disegno di legge all'art. 3, punto 7 (competenze statali), all'art. 16 (assistenza farmaceutica), all'art. 17 (pubblicità ed informazioni scientifiche sui farmaci) ed all'art. 18 (partecipazione degli assistibili alla spesa farmaceutica).

Considerato il ruolo essenziale del farmaco nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale, la legge di riforma deve affrontare l'insieme dei problemi che sono connessi alla ricerca, produzione e distribuzione dei prodotti farmaceutici per rispondere alla necessità di dare a tutta la materia una regolamentazione più adeguata alle esigenze della società, e dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario.

L'art. 40 del disegno di legge n. 3207 del 12-8-1974 (presentato dall'allora Ministro della Sanità On. Vittorino Colombo) esprimeva orientamenti e proposte che potrebbero corrispondere a tali esigenze.

Queste modifiche sono necessarie se si vogliono concretamente ottenere quelle riduzioni di spesa nel settore della farmaceutica che siano elemento convergente con analoghi interventi di contenimento in altre direzioni.

Gli artt. 16 e 17 dovranno essere integrati con norme che regolino la politica di ricerca anche sulla base di programmi finalizzati; la programmazione delle ricerche o della produzione farmaceutica delle imprese a partecipazione pubblica in collegamento con gli organismi competenti del S.S.N.; l'adeguamento degli strumenti della ricerca favorendone il potenziamento presso Istituti Universitari, Enti pubblici e le imprese private e/o pubbliche, nonché l'eventuale ricorso a forme consortili anche con la partecipazione delle Regioni; gli orientamenti per la revisione della normativa, resa tra l'altro necessaria dal previsto allineamento a quella europea, in materia di autorizzazione e registrazione e brevettabilità; l'istituzione di forme pubbliche di informazione biomedica e farmacologica e la disciplina della informazione sulla base di rigorosi criteri medico-scientifici; l'assoluto divieto della pubblicità per i prodotti farmaceutici ed una revisione delle norme sulla determinazione dei prezzi.

8.2 – Affrontando i problemi dell'assistenza farmaceutica non si può prescindere dall'esigenza di una revisione del prontuario terapeutico e del suo utilizzo. Tale prontuario, nella sua articolazione, deve divenire strumento di politica sanitaria operando una selezione scientifica dei medicinali realmente rispondenti alle esigenze curative e dei medicinali non adeguati a tali necessità. Obiettivo deve essere quello di ricondurre l'offerta dei farmaci in modo da tenere conto della effettiva e riconosciuta validità e utilità terapeutica.

Il ticket, su cui ci si soffermerà più diffusamente nella parte relativa ai finanziamenti ed alla spesa, va pertanto utilizzato in questa direzione.

È necessario, sulla base di queste considerazioni, che nell'art. 18 la delega al Governo per la revisione del prontuario venga vincolata ai criteri selettivi scientifici dei medicinali realmente rispondenti alle esigenze curative e dei medicinali non adeguati a tali necessità e che il ticket venga stabilito solo per i medicinali non essenziali.

8.3 – Per quanto riguarda l'acquisizione di materiale farmaceutico da parte delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale il d.d.l. prevede che le Regioni dettino norme per l'acquisto coordinato dei medicinali e del restante materiale sanitario. In considerazione dell'importanza dell'impegno richiamato, è necessaria in proposito una puntuale attuazione di detti compiti di coordinamento e di intervento da parte delle Regioni quando non sia necessaria la costituzione di Consorzi tra le Regioni medesime. Ciò soprattutto per il peso e, quindi, per le conseguenti utilità che possono scaturire dalla realizzazione di detti livelli di intervento, sia in ordine alle modalità di acquisto che alla capacità contrattuale nei confronti delle case farmaceutiche.

L'art. 16 dovrà quindi riconsocere il ruolo delle Regioni e dei Consorzi di Regioni nell'acquisto dei prodotti farmaceutici.

## 9) *Indennità economiche*

9.1 – L'art. 47 delinea la futura disciplina dell'erogazione delle indennità economiche temporanee per malattia.

In proposito il CNEL ritiene opportuno porre in rilievo l'importanza e la delicatezza di questo settore di operatività.

Il bilancio di previsione INAM per il 1977 ha previsto per il titolo di cui sopra una spesa che supera i mille miliardi. Si deve prevedere per lo stesso anno una casistica (indennità di malattia e maternità) pari ad oltre sette milioni di pratiche indennizzate (nel 1975 sono state oltre sei milioni ottocentomila).

Si tratta di una prestazione erogata attraverso nove centri meccanografici inter-regionali direttamente gestiti e che richiama aspetti operativi sensibili, non potendosi, ovviamente, determinare ritardi, stante la sua particolare natura.

9.2 – Il richiamo all'istituto degli assegni familiari, effettuato dal secondo comma dell'art. 47, non è adeguato alla situazione: detto istituto, infatti, presenta caratteri pressoché fissi nel tempo, mentre la determinazione dell'ammontare dell'indennità economica soggiace a tutta una vasta serie di variabili.

9.3 – La possibilità di far erogare l'indennità di malattia direttamente dalle aziende, anche da quelle di modeste dimensioni, con il sistema del conguaglio sui contributi assicurativi dovuti, ha formato nel recente passato materia di accurato vaglio nell'ambito del settore dei metalmeccanici, tra Ente e parti sociali. Tenuto conto dei molteplici e gravi problemi che ne sarebbero derivati nella vigenza dell'attuale normativa, delle difficoltà organizzative e del presumibile vastissimo contenzioso che avrebbe potuto scaturirne, le parti informarono il Ministero del Lavoro che qualora fosse stato confermato l'intendimento di procedere secondo le linee che avevano promosso i contatti, si sarebbe dovuta prevedere, sul piano legislativo, una normativa del tutto nuova. In conseguenza di ciò si sarebbe determinata la eliminazione della vasta casistica applicativa in atto prevista con l'introduzione di una disciplina uniforme e più agevole dei vari livelli di indennità e con il superamento delle diversità di trattamento in relazione alle diverse categorie e qualifiche.

Fra i numerosi aspetti presi in esame, fu anche considerata, in quella sede, l'esigenza della costituzione di adeguati strumenti di sostegno per aziende di piccole dimensioni, per le quali specifiche situazioni di mobilità avrebbero potuto determinare stati di difficoltà economica. Fu anche accennato all'esigenza della istituzione di un fondo idoneo a garantire la corresponsione delle prestazioni economiche a lavoratori di particolari categorie (agricoli, licenziati, ecc.).

È importante perciò una dizione dell'art. 47, riferita al sistema del conguaglio, meno rigida. Sarà necessario assicurare in un primo tempo il passaggio all'INPS, del servizio di erogazione delle prestazioni economiche sulla base delle attuali normative e, successivamente, procedere alle modificazioni strutturali dei modi di erogazione.

9.4 – In riferimento alle indennità economiche temporanee (malattia, maternità, tubercolosi e infortuni) appare sempre più urgente, anche per facilitare le operazioni di pagamento delle stesse da parte dell'unico Ente erogatore (INPS) che queste indennità vengano portate ad un unico livello rendendo omogenea la base di riferimento per il loro calcolo.

L'art. 47 dovrà contenere una norma per realizzare nei tempi prefissati la unificazione dei livelli e dei criteri di riferimento per le indennità economiche temporanee.

9.5 — Per semplificare le procedure e i modi di pagamento e per ottenere un sostanziale risparmio dei costi di gestione si ritiene più utile far erogare le indennità di quiescenza, oggi pagate dall'ENPAS e dall'INADEL, direttamente da parte degli Enti datori di lavoro (Enti pubblici, Comuni, Regioni, Amministrazione dello Stato).

Si propone la modifica del penultimo comma dell'art. 29 del d.d.l. attribuendo la facoltà di erogare le indennità di quiescenza, oggi pagate dall'ENPAS e dall'INADEL, direttamente dagli Enti datori di lavoro.

9.6 — Sempre nel quadro dell'erogazione dell'indennità economica va rilevata la indicazione dell'art. 10 lettera «q» che recita: «L'Unità Socio-Sanitaria provvede, tra l'altro, agli accertamenti, alle certificazioni e alle altre prestazioni medico-legali».

Il problema ha evidenti connessioni con quello della esecuzione dei controlli sanitari istituzionali (ambulatoriali e domiciliari) sui lavoratori in stato di malattia e con l'altro relativo all'espletamento degli accertamenti sanitari ai sensi dell'art. 5 dello Statuto dei Lavoratori. La soluzione è nella creazione di un «momento» operativo che preveda l'impegno di due strutture: una (l'INPS — INAIL) incaricata di liquidare la indennità temporanea, l'altra (l'U.S.S.L.) a cui è assegnato il compito della certificazione e del controllo della malattia. Ogni eventuale scollamento nella operatività delle due strutture avrebbe come conseguenza grave la vanificazione dell'effetto dei controlli e il ritardo nel pagamento delle indennità.

Nell'art. 37 si deve sanzionare l'obbligo tra le strutture (INPS e INAIL) interessate al pagamento delle indennità economiche e le U.S.S.L. di realizzare un collegamento continuativo ed efficace in questo campo.

Resta ferma alla U.S.S.L. la competenza dell'accertamento medico-legale e all'INPS e all'INAIL quella della verifica del diritto alla prestazione e dell'atto di concessione della prestazione stessa.

## 10) *Prestazioni indirette*

10.1 — In una prima fase, anche per alleggerire l'impegno della struttura sanitaria pubblica, specie nel periodo di impatto con la nuova realtà operativa, appare necessario consentire anche il ricorso dei cittadini alla struttura privata non convenzionata, limitatamente ai casi di ricovero ospedaliero, senza che ciò rappresenti un aggravio di oneri per il Servizio Sanitario Nazionale.

Tale possibilità dovrebbe far riconsiderare la particolare legislazione riferita alle detrazioni fiscali per spese sanitarie, in maniera da evitare, per l'effetto derivante dagli sgravi, ogni motivo di incentivazione nel ricorso alla struttura sanitaria privata.

Si dovrà pertanto prevedere all'art. 13 la possibilità di accesso a strutture sanitarie private con rimborso predeterminato e comunque non superiore all'onere che avrebbe subito la U.S.S.L.

#### 11) *Libretto sanitario e di rischio*

11.1 – Le norme previste dall'art. 20 appaiono generiche e confuse.

D'altra parte prevedere il rilascio del libretto sanitario a partire dai nuovi nati rende scarsamente valida l'iniziativa.

Il libretto sanitario non può escludere la rilevazione dei dati relativi alla condizione ambientale e di rischio in cui sono i cittadini nell'espletamento della loro attività.

È proprio in questa direzione che il libretto può svolgere la sua positiva funzione oltre, naturalmente, nei casi di malattie di rilievo.

Occorre però definire a cosa serve il libretto sanitario e di rischio. Tale documento, infatti, per le finalità anche di ordine statistico-sanitario a cui deve rispondere, deve trovare il suo riscontro, in un quadro di programmazione automatizzata, per rendere effettivamente possibile l'utilizzazione dei dati. Il che presuppone non solo il rilascio del documento stesso agli interessati attraverso procedure di meccanizzazione, ma anche la realizzazione di un sistema informativo centralizzato, opportunamente collegato con l'area regionale, per la trasmissione e l'elaborazione dei dati di interesse.

11.2 – Dovrà essere definita, sempre in riferimento alle già richiamate esigenze di rilevazione automatizzata, l'area dei fatti morbigeni significativi da prendersi in considerazione e le modalità di raccordo fra dette indicazioni e le «memorie» degli elaboratori.

Pur condividendo l'esigenza che la consegna del documento in oggetto avvenga con gradualità, si dovrà verificare la possibilità, nel quadro delle connessioni operative innanzi richiamate, di effettuare preliminarmente il rilascio ai lavoratori impegnati in lavorazioni comportanti manifeste esposizioni al rischio e, quindi, possibili condizioni di nocività, in concomitanza con iniziative atte alla istituzione dei registri dei dati biostatistici sui posti di lavoro, nonché agli utenti ricoverati in ospedale e agli studenti.

Alcuni Consiglieri non hanno condiviso queste argomentazioni ed hanno espresso opinioni contrarie alla istituzione del libretto sanitario per ragioni di principio e pratiche.

È necessario quindi rielaborare l'art. 20 sulla base dei seguenti punti: il libretto deve essere sanitario e di rischio e deve essere finalizzato alla utilizzazione generaliz-

zata dei dati al fine di prevedere i fatti rilevanti da registrare, utilizzando anche i dati dei registri aziendali biostatici, affidando infine alla Regione la elaborazione delle norme sulla base delle quali procedere alla distribuzione del libretto sanitario e di rischio. Lo stesso potrà essere distribuito progressivamente iniziando oltre che dai nuovi nati, anche dai cittadini sottoposti a maggiori rischi o nocività o degenti negli ospedali e dagli studenti.

## 12) *Forme associative volontarie di assistenza*

12.1 — Si ritiene che debbano essere riconosciute forme associative volontarie di assistenza (art. 29) purché esse non contrastino con le finalità della struttura pubblica cui è demandato il compito di assicurare il Servizio Sanitario.

È opportuno peraltro inserire nella norma l'espresso divieto che possano derivarne oneri pubblici.

CAP. V  
IL FINANZIAMENTO, LA SPESA ED I CONTROLLI

1) *Spesa per il Servizio Sanitario Nazionale*

1.1 – L'indicazione di un parametro di riferimento tra spesa sanitaria e prodotto nazionale lordo nell'art. 42 appare oggi necessaria ma questo deve rappresentare un criterio contingente nella determinazione della quota di risorse da destinare alla tutela della salute, nella fase transitoria e al semplice fine di stabilizzare temporaneamente la quota di risorse assegnata nell'ambito della spesa pubblica al settore sanitario. Questo soprattutto a sostegno dell'esigenza di realizzare l'obiettivo politico della stabilizzazione di tale spesa nel quadro dell'impegno del Paese per un'ordinata politica di sicurezza sociale, per la cui realizzazione è necessario avviare, in tempi certi, un coerente processo di graduale fiscalizzazione degli oneri sociali di malattia.

In più chiari termini si ritiene che sia da prevedere nella legge che, in via normale, e quindi all'art. 26, la quota di risorse da destinare al finanziamento del S.S.N. vada determinata nell'ambito di una programmazione pluriennale della spesa pubblica nel suo complesso, tenendo conto dei livelli di spesa relativi ai diversi settori della spesa pubblica.

Un accenno specifico va fatto per gli oneri che possono derivare da epidemie di vaste proporzioni e da calamità nazionali. In tal caso ad eventi straordinari dovranno corrispondere stanziamenti straordinari.

Sulla base di tali considerazioni anche una indicazione temporale del parametro di riferimento al P.N.L. deve essere inserita nell'art. 26 anziché nell'art. 42 e debbono essere previsti nell'ambito del Fondo, accantonamenti per i casi di gravi epidemie e di calamità naturali.

Per quanto riguarda la percentuale di riferimento al P.N.L. non è realistica la quota del 6% prevista nel d.d.l.

Obiettivo politico, da raggiungere con il complesso delle misure riformatrici, con l'insieme dei meccanismi di controllo, con gli strumenti di partecipazione attiva degli utenti e degli operatori che implicano anche una loro responsabilizzazione, deve essere la stabilizzazione dell'ammontare della spesa sostenuta nel 1976, che, sulla base dei dati disponibili, sia pure provvisori e quindi approssimativi, risulta oggi superiore a tale quota.

Si ritiene quindi la quota del 6,50% del prodotto nazionale lordo più corrispondente a coprire le esigenze prevedibili del Fondo sanitario ed equilibrata rispetto agli altri Paesi della CEE: confortati in ciò dalla proiezione di spesa elaborata dagli esperti del CNEL, e riportata in allegato, che si attesta complessivamente a tale livello.

La razionalizzazione della struttura complessiva del S.S.N., un rigoroso controllo dei flussi di spesa, l'eliminazione delle duplicazioni degli interventi, sono gli strumenti indispensabili per una profonda riqualificazione della spesa e per consentire impegni programmati anche e soprattutto in direzione della prevenzione.

Ulteriore elemento, a conforto della proiezione indicata, è costituito dal fatto che gli incrementi di spesa per l'allineamento delle prestazioni a tutte le categorie dovranno essere coperti da una maggiore contribuzione delle categorie beneficiarie, per cui si determina comunque l'esigenza di una omogeneizzazione con il carico oggi sopportato dai settori a regime contributivo applicato sui redditi da lavoro.

1.2 – Nel disegno di legge, all'art. 42, si pone l'obiettivo della fiscalizzazione degli oneri di malattia solo come indicazione di massima.

Il richiamo alla norma di cui all'art. 18, ultimo comma, della legge 9-10-1971 n. 815, non è accompagnato da alcuna previsione certa circa il rispetto della data prevista dalla stessa legge dell'1-1-1978 per l'inizio del processo di fiscalizzazione degli oneri per l'assistenza sanitaria.

Per poter considerare reale l'impegno di rispettare la norma suddetta, è necessario che il Governo garantisca contestualmente, l'attuazione di un programma di fiscalizzazione degli oneri di malattia, rivedendo, coerentemente, le norme contenute nel d.d.l.

La legge deve prevedere, sulla base degli impegni legislativi già fissati dal Parlamento, l'inizio della fiscalizzazione degli oneri di malattia dal 1° gennaio 1978 e la data di completamento della stessa fiscalizzazione.

1.3 – Nell'art. 42 del d.d.l. si prevede che, fino alla fiscalizzazione, la copertura dell'eventuale onere differenziale fra la spesa sanitaria indicata con il parametro di riferimento ed i flussi finanziari attuali, sia garantita attraverso decreto delegato, facendo ricorso congiuntamente o alternativamente alla imposizione fiscale, alla revisione delle aliquote contributive, chiamando le categorie assistite a concorrere alla spesa del Servizio Sanitario (di fatto un secondo ticket).

Per un atto di tale importanza politica ed economica non bastano valutazioni semplicemente amministrative o finanziarie, ma occorre una verifica politica delle ragioni della insufficienza dei flussi finanziari.

La facoltà di stabilire nuove entrate è attribuzione soltanto del Parlamento, sia rispetto ai programmi generali di impegni finanziari della spesa pubblica, sia riguardo ai riflessi politici ed economici che nascono dal rapporto con particolari categorie di cittadini contribuenti (in questo caso i lavoratori dipendenti).

Pertanto non possono essere ritenute valide le alternative proposte: fisco, ticket, contributi per la copertura della spesa sanitaria.

Un sistema che si avvia ad operare per tutti i cittadini deve avere nel prelievo fiscale su tutti i redditi, l'unico mezzo per coprire le esigenze finanziarie.

L'art. 42 pertanto deve essere modificato per abolire la delega al Governo, per confermare la sovrana competenza del Parlamento per la copertura del Fondo Sanitario e per definire il prelievo fiscale come unica ipotesi di tale copertura.

## 2) *Contribuzioni delle categorie dei lavoratori autonomi*

La contribuzione dei lavoratori autonomi, dal punto di vista normativo è attualmente disciplinata attraverso i poteri di imposizione che le rispettive leggi attribuiscono alle assemblee provinciali e comunali delle Cassa Mutue di categoria, ad integrazione delle quote capitarie uniformi nazionali, previste dalle leggi stesse. Dal punto di vista sostanziale, alla diversità delle prestazioni cosiddette facoltative, stabilite per decisione delle assemblee delle Casse Mutue, con il supporto finanziario di interventi differenziati delle Regioni e degli Enti Locali, corrisponde altrettanta diversità di costi, di oneri, di criteri contributivi fra provincia e provincia.

In questa situazione, rispetto alla previsione dell'art. 42 n. 9, va ribadita l'esigenza che, finché il Fondo Nazionale è alimentato anche con contribuzioni di categoria, nella determinazione del loro ammontare venga tenuto conto del mantenimento degli interventi statali, regionali e locali, previsti dalla normativa in atto. E, rispetto al passaggio dal meccanismo di contribuzione capitaria — in base al potere impositivo conferito alle Assemblee elettive delle mutue locali degli autonomi — al meccanismo di contribuzione percentuale, necessario per avviare un processo di perequazione nazionale, venga seguito un criterio di gradualità, inteso a non restringere la base contributiva con la sola eccezione dei coltivatori diretti, che optano per la percentualizzazione dei contributi, riferiti a tributi applicati in forma generale.

Il CNEL propone quindi:

— che le norme previste all'art. 30 siano adottate con la consultazione della

Commissione Parlamentare, sentite le organizzazioni sindacali delle categorie interessate;

— che le norme stesse prevedano, per gli artigiani ed i commercianti fino alla completa fiscalizzazione, una quota capitaria aziendale, ed una quota riferita a fasce di redditi, ricavati dagli imponibili fiscali, e prelevata in misura percentuale; per i coltivatori diretti la contribuzione della categoria deve essere calcolata sulla base del reddito dominicale ed agrario determinati con coefficienti di rivalutazione o dall'imponibile lordo IRPEF.

— che l'accertamento dei soggetti, la formazione dei ruoli, la imposizione e la riscossione dei contributi venga affidata ad un unico Ente impositore, l'INPS, che già gestisce l'assicurazione di invalidità vecchiaia e superstiti;

— che venga assicurata dalle categorie interessate, purché in relazione alla estensione delle prestazioni, la relativa copertura dei costi aggiuntivi, tenendo conto della diversa capacità contributiva dei vari settori.

### 3) *Riscossione unificata dei contributi*

3.1 – Per quanto riguarda i nuovi criteri per la riscossione dei contributi di malattia, attualmente di competenza dei rispettivi Enti erogatori dell'assistenza, si è contrari alla delega al Governo, contenuta nell'art. 41, in quanto l'avvio di un nuovo sistema di accertamento, di riscossione e di controllo degli obblighi contributivi, richiede l'indicazione di tempi certi coordinati con le scadenze previste per l'entrata in vigore del nuovo sistema di gestione dell'attività assistenziale pubblica.

L'esigenza inderogabile di acquisire con certezza le risorse finanziarie necessarie, richiede metodi e strumenti che rendano impossibili le denunce infedeli e siano in grado di scoraggiare le evasioni, eliminando la disarticolazione esistente tra i sistemi di prelievo e di versamento dei contributi obbligatori di malattia.

L'art. 41 deve contenere la data di decorrenza del nuovo sistema di accertamento e deve disporre che i criteri e le modalità di trasferimento delle competenze amministrative e gestionali dell'INPS siano approvati con apposito provvedimento di legge regolando con chiarezza gli automatismi e le scadenze dei rapporti finanziari fra l'Ente percettore e il Fondo Sanitario Nazionale.

Devono inoltre essere stabilite le procedure per la definizione dei rapporti attivi e passivi degli enti attualmente abilitati alla riscossione dei contributi. Appaiono, infine, insufficienti le sanzioni previste in caso di inadempienza e di evasione degli obblighi contributivi.

#### 4) *Indicazioni contrattuali per gli operatori del S.S.N.*

4.1 – Il sistema del parametro di riferimento al prodotto nazionale lordo per la determinazione della spesa sanitaria nazionale, deve impegnare tutti: strutture, operatori e utenti del S.S.N. e non può costituire un vincolo per il solo utente attraverso un suo concorso alla copertura delle spese eccedenti con ulteriori oneri a suo carico.

Tale parametro deve essere acquisito quindi come un dato che impone un coerente comportamento e un rigoroso impegno di tutti i soggetti e di tutte le sedi interessate alla gestione della struttura e della attività del S.S.N.

Il CNEL ritiene perciò che gli artt. 25 e 26 devono prevedere anche criteri che indichino una precisa assunzione di responsabilità da parte delle strutture operative e meccanismi di verifica della capacità organizzativa e amministrativa dei responsabili del S.S.N. ai vari livelli.

Nelle normative che dovranno essere poste in atto per i rapporti con tutti i dipendenti del S.S.N. e con tutte le categorie convenzionate debbono essere inserite le clausole previste nei rapporti contrattuali, sia del settore ospedaliero (1.132/68) sia del settore degli Enti pubblici (1.70/75): quelle clausole cioè relative alla richiesta di formale assunzione delle responsabilità da parte del Governo delle conseguenze finanziarie dei rinnovi contrattuali o delle convenzioni, attraverso formale delibera del Consiglio dei Ministri.

#### 5) *Partecipazione degli utenti alla spesa farmaceutica (ticket)*

5.1 – Per prevedere l'applicazione di una quota a carico degli utenti sul prezzo delle specialità medicinali in regime di assistenza pubblica occorre realizzare i suddetti vincoli nei confronti degli altri operatori di spesa.

L'introduzione del ticket deve essere inoltre condizionata ad una rigorosa revisione, in senso riduttivo, del Prontuario terapeutico nazionale, alla revisione del meccanismo della formazione dei prezzi delle specialità medicinali con l'abolizione del criterio del riconoscimento automatico della quota per la pubblicità e l'informazione verso i medici e gli Enti, nonché della quota per la ricerca in assenza di garanzia di utilizzo a questo fine.

Alcuni Consiglieri hanno espresso parere contrario alla introduzione del «ticket» ritenuto inutile ai fini della diminuzione della spesa farmaceutica proponendo, in alternativa, la drastica riduzione delle specialità medicinali da prescrivere gratuitamente.

A parziale modifica dell'art. 18 del d.d.l. l'applicazione di una quota a carico degli utenti (ticket) sul prezzo delle specialità medicinali, in regime di assistenza pub-

blica, deve avvenire con la revisione in senso riduttivo del prontuario terapeutico nazionale, con la revisione del meccanismo della formazione dei prezzi e con la definizione dell'esclusione del ticket dei cittadini non abbienti alla data, prevista dall'art. 28, dell'entrata in funzione delle U.S.S.L.

## 6) Fondo Sanitario Nazionale - Ripartizione

6.1 – La ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale è l'atto politico amministrativo che determina il tipo di sviluppo del S.S.N. Le difficoltà sinora incontrate nella ripartizione del Fondo Nazionale Ospedaliero sono molte e richiedono una grande capacità di equilibrio e di solidarietà sociale e politica tra le varie Regioni. La possibilità di assicurare le prestazioni fissate dal CIPE in tutto il territorio nazionale e la omogeneizzazione in ogni Regione del rapporto tra strutture e popolazione assistibile, la uniforme capacità di intervento in fatto di mezzi e strumenti tecnici operativi, sono elementi che risulteranno determinanti per l'ordinata realizzazione di un Servizio Sanitario pubblico, in grado di assicurare in ogni momento e senza discriminazioni l'effettiva e completa tutela della salute e dell'ambiente di lavoro e di vita in tutto il Paese.

La ripartizione del F.S.N. (art. 26) deve quindi avvenire secondo due criteri fondamentali, assicurando prestazioni uniformi sull'intero territorio nazionale e riducendo gli squilibri esistenti tra le Regioni per quanto attiene alle strutture ed ai presidi sanitari.

6.2 – Si prevede all'art. 26 che le Regioni ripartiscono i fondi a loro disposizione non solo alle Unità Socio-Sanitarie Locali, ma anche ai presidi e servizi di cui all'art. 12. Questi presidi e servizi sono stati ritenuti nell'esame fatto nel capitolo relativo alle «strutture del S.S.N.» un elemento di rottura della unità operativa delle U.S.S.L.

È necessario perciò che ogni finanziamento pubblico a strutture, servizi e presidi socio-sanitari, rispetti l'autonomia e l'unitarietà di bilancio, e favorisca la gestione budgetaria, dell'organo territoriale competente del S.S.N., Regioni e U.S.S.L. Si propone pertanto di annullare l'ultimo capoverso dell'art. 26.

6.3 – Ferma restando la suddivisione del Fondo Sanitario Nazionale tra parte corrente e parte in conto capitale, appare necessario procedere anche alla ripartizione ulteriore del Fondo in capitoli di spesa, soprattutto per ripartire le quote di volta in volta programmate e destinate alla prevenzione e alla riabilitazione.

L'art. 26 deve essere integrato in modo da prevedere la ripartizione del Fondo in

capitoli di spesa programmati all'intervento in funzione della prevenzione e della riabilitazione.

## 7) *Programmazione sanitaria*

7.1 – Gli artt. 5 e 26 del d.d.l., mentre indicano lo strumento del piano sanitario, sia nazionale che regionale, da considerarsi essenziale per una incisiva programmazione della politica sanitaria ad ogni livello, non indicano i criteri base per la sua elaborazione, che devono poggiare sulla più ampia partecipazione delle strutture e delle sedi gestionali alla programmazione delle risorse destinate all'assistenza.

Tale aspetto deve essere considerato fondamentale per la realizzazione dei piani e per gli elementi di responsabilizzazione che innesta nella fase più delicata della programmazione dell'attività pubblica e della ripartizione delle risorse, atteso il loro riferimento al P.N.L.

Gli artt. 5 e 26 debbono essere integrati con l'indicazione che alla predisposizione dei piani sanitari partecipino, attuando la gestione budgetaria ai vari livelli, le Regioni ed i Comuni, o loro Consorzi, rispettivamente per il Piano Sanitario Nazionale e Regionale.

## 8) *Norme di contabilità e controlli*

8.1 – Non risulta evidenziato all'art. 25 l'obbligo delle strutture del S.S.N. di esporre nei bilanci di previsione e consuntivi, l'analisi dettagliata dei costi, e dei risultati per titoli di prestazione.

Così come manca ogni norma che disponga la strutturazione dei bilanci medesimi secondo una classificazione anche funzionale ad incrocio, intestata a ciascun reparto sanitario.

Tali omissioni possono nuocere alla chiarezza della contabilità e non pongono le assemblee elettive, gli organismi di partecipazione e gli utenti nella condizione di esercitare un ruolo attivo nel controllo dell'andamento del S.S.N. ai vari livelli. La pubblicità dei dati è lo strumento fondamentale per creare un rapporto positivo tra nuova struttura sanitaria e cittadini.

È evidente pertanto l'esigenza di integrare l'art. 25 con norme che stabiliscono metodi contabili e statistici omogenei capaci di pubblicizzare i dati relativi alle diverse gestioni e che facciano richiamo alle norme di contabilità generale contenute nella legge 335/76. In via generale il CNEL propone che l'art. 26 preveda che sia consultata la Commissione Interregionale presso il CIPE, come le leggi dispongono ormai in tutti i casi analoghi.

Un Consigliere ha sostenuto l'opportunità che i deficit che dovessero determinarsi, a livello regionale, siano coperti con prelievo fiscale diretto sui cittadini delle rispettive regioni, anziché attraverso norme che dispongano la partecipazione degli assistiti delle spese sanitarie (art. 26).

## CAP. VI. LE CONVENZIONI

### 1) *Le convenzioni con i medici generici e specialisti*

1.1 – Il disegno di legge inserisce la regolamentazione relativa ai medici generici e specialisti che svolgono attività a favore degli assistiti del S.S.N. nel Capo V dove si tratta dei problemi del personale. Se tale inserimento rappresenta una scelta che tende a stabilire un collegamento tra condizione dei medici a rapporto d'impiego e medici convenzionati, esso può essere valutato come un fatto positivo. Non sarebbe accettabile invece la codificazione dell'attuale tendenza a cumulare, da parte dei sanitari convenzionati, condizioni proprie della libera professione con condizioni caratteristiche di dipendenti di un Ente pubblico.

Sulla base di questa valutazione è quindi necessaria una impostazione coerente con la scelta fatta dal Governo, nel momento in cui ha assimilato il medico convenzionato a quello a rapporto di impiego, e quando viene stabilito il rapporto tra spesa sanitaria e prodotto nazionale lordo. Questi due elementi comportano la necessità di stabilire tra i parametri di riferimento da considerare, per la stipula delle convenzioni, la incidenza complessiva della spesa per le prestazioni regolate dalle convenzioni stesse sulla spesa complessiva del Servizio Sanitario Nazionale e, a parità di condizioni, dei livelli retributivi e normativi dei sanitari a rapporto di impiego.

Su questa impostazione, sono state avanzate riserve da alcuni Consiglieri che hanno sostenuto la illegittimità di questi riferimenti in un sistema contrattuale libero, come quello del nostro Paese.

È necessario introdurre norme che stabiliscano come elementi di riferimento, nella stipula delle convenzioni con i sanitari, il rapporto tra spesa derivante da tali convenzioni e la spesa sanitaria prevista per la costituzione del Fondo; il rapporto fra trattamenti complessivi, a parità di condizioni, tra medici convenzionati e medici a

rapporto di impiego nel Servizio Sanitario Nazionale. Inoltre si deve fare riferimento alle indicazioni contenute nel capitolo V punto 4 del parere.

1.2 – L'art. 23, punto 6, prevede per i sanitari generici un compenso globale annuo per assistito che tiene conto dell'anzianità di laurea del medico. Se questo fosse il solo elemento di differenziazione nella determinazione della quota capitaria non sarebbe giusto. Oggi si procede con il pagamento di un compenso capitario annuo costituito da una «quota» base differenziata in relazione al gruppo di appartenenza degli assistibili (agricoltura, altri settori, bambini di età inferiore ai 6 anni, pensionati, varietà situazioni regionali), e da «quote aggiuntive» determinate in relazione alla distribuzione numerica ed alla dislocazione topografica degli assistibili.

Si ritiene che dovranno essere adottate indicazioni più flessibili per permettere di adeguare le norme della convenzione sulla quota capitaria alle diverse situazioni e condizioni in cui verrà assicurata la prestazione medica evitando di indicare il solo criterio di anzianità di laurea.

1.3 – La proposta del Governo (art. 23) per la stipula della convenzione vede, come controparti, i Ministeri della Sanità, del Lavoro e del Tesoro. Le Regioni sono relegate ad un ruolo secondario essendo prevista solo l'intesa tra i Ministeri e le stesse. Tale soluzione marginalizza, nel rapporto con le categorie sanitarie, gli organismi regionali che del Servizio Sanitario sono l'asse portante. Mentre si rende necessario che Stato e Regioni costituiscano insieme una «controparte contrattuale».

1.4 – Sempre nell'art. 23 non si accenna ad esperienze operative di lavoro medico-collegiale (nell'ambito della medicina generale e nel rapporto tra generici e specialisti) né ai servizi medici di guardia notturna e festiva, aspetti questi che sono indubbiamente rilevanti nell'ambito di un valido S.S.N.

Norme riferite al lavoro medico collegiale ed ai servizi medici di guardia notturna e festiva, dovranno essere inserite per integrare l'art. 23.

1.5 – Sulla base del disposto di cui all'art. 23, le Regioni recepiscono gli accordi relativi alla convenzione unica, stipulando convenzioni conformi con le categorie interessate. Se le convenzioni debbono essere conformi, e per ragioni di uniformità non potrebbe essere altrimenti, non è comprensibile la motivazione che ha condotto alla formulazione di tale norma.

È necessaria pertanto l'abolizione del terzo comma dell'art. 23 relativo alla stipula, a livello regionale, di convenzioni conformi.

1.6 – Il disegno di legge prevede la determinazione di un «massimale» unico e

di un «elenco» unico per tutti gli utenti (art. 23) e propone la gestione di tali strumenti organizzativi sin dal momento in cui la legge verrà approvata.

Per far ciò occorre definire per tempo indispensabili cicli operativi ed organizzativi, per disciplinare e rimuovere in modo unitario i sistemi già in atto nei singoli Enti.

Nell'ambito del richiamato «elenco» unico, si dovrà procedere alla liquidazione delle quote capitarie nei confronti dei medici e seguire il relativo gestionale (scelte e revoche operate dall'assistibile, revoche operate d'ufficio per cancellazione di duplicati di scelta, decesso dell'assistibile, trasferimento, superamento limite età dei familiari e numerosissime altre situazioni). Ne deriva la indispensabilità di seguire tali rapporti attraverso una anagrafe meccanizzata degli assistibili stessi. Questo strumento operativo è oggi disponibile solo per alcuni Enti. Da tener presente che la gestione INAM per il 1975 ha comportato, nell'ambito dell'anagrafe meccanizzata, già realizzata in questa sede, circa 12 milioni di variazioni interessanti le quote da liquidarsi ai medici incaricati del servizio.

L'immediata messa in atto da parte del S.S.N. degli strumenti operativi per l'anagrafe unica senza attendere la fine della fase di passaggio deve essere prevista nell'art. 23.

1.7 – La definizione di un rapporto ottimale medico-assistibili prevista dall'art. 23, punto 5, è certamente un obiettivo da raggiungere per il Servizio Sanitario Nazionale.

Esso presuppone una programmazione della dislocazione dei medici che va realizzata nel tempo con incentivazioni e disincentivazioni. Allo stadio attuale si tradurrebbe nell'albo chiuso dei medici convenzionati.

Ecco perché si rendono necessari criteri di maggiore elasticità per la determinazione del rapporto ottimale medico-assistito di cui al punto 5 dell'art. 23.

## *2) Convenzioni con altre categorie e centri di cura*

2.1 – Convenzioni dovranno essere stipulate con altre categorie che operino nell'ambito del S.S.N. (ostetriche, categorie non sanitarie, ecc.), con le stesse norme stabilite per i medici.

2.2 – Le convenzioni potranno essere stipulate con i centri di cura che sono in grado di assicurare prestazioni previste dal S.S.N.

## CAP. VII IL PERSONALE

### *1) Struttura del rapporto giuridico del personale del Servizio Sanitario Nazionale*

1.1 – La struttura del rapporto giuridico del personale (art. 22) non appare affrontata in modo soddisfacente nel d.d.l. se si considerano le diverse caratteristiche dei vari contratti interessanti le categorie di personale che dovranno essere accorpate (Regionali, Enti Locali, Ospedalieri, dipendenti degli Enti Pubblici). La complessità dei problemi legati all'inquadramento giuridico del personale rende opportuna la determinazione per legge solamente di alcuni principi fondamentali rinviando alla contrattazione la definizione degli elementi strutturali e particolari che dovranno caratterizzare il nuovo assetto unico.

Nella legge dovranno pertanto essere acquisiti alcuni principi fondamentali: il personale dovrà essere inquadrato in ruoli unici regionali sulla base di norme di carattere generale, uniformi su tutto il territorio nazionale, con il rapporto di impiego basato sui principi fondamentali che regolano l'impiego pubblico e le posizioni lavorative tese verso un assetto funzionale; dovrà essere realizzato, sia pure progressivamente, un trattamento economico-tipo sia di servizio che di quiescenza e previdenziale; i concorsi per l'assunzione del personale dovranno essere indetti dalle Regioni su base nazionale e quindi aperti a candidati di ogni parte del territorio nazionale e con criteri uniformi di carattere nazionale.

### *2) Il trasferimento del personale dagli Enti*

2.1 – In merito ai problemi del passaggio del personale oggi in servizio presso Enti o Istituti sopprimendi, o che dovranno trasferire funzioni e personale al S.S.N. (art. 39), appare impossibile operare immediatamente l'uniformità dei trattamenti.

Ciò potrà essere realizzato progressivamente attraverso le fasi contrattuali. Attualmente, su questo problema, il Governo ha insediato una apposita Commissione che dovrebbe concludere in tempi brevi i suoi lavori. Il CNEL si riserva un parere più dettagliato anche sulla base dei risultati dei lavori dell'apposito gruppo di lavoro costituito per i problemi del trasferimento del personale degli Enti. Dovrà ipotizzarsi comunque che, attraverso la contrattazione, si realizzino fasi di omogeneizzazione dei trattamenti per giungere alla loro completa unificazione; dovrà essere mantenuto, in via transitoria, il trattamento degli Enti di provenienza e infine definito il sollecito trasferimento e la piena utilizzazione del personale degli Enti pubblici e di quello degli Uffici accertamento e notifica sconti farmaceutici (UANSF) negli altri Enti pubblici, negli Enti Locali e nella Amministrazione dello Stato (comprese le aziende autonome) superando il principio della collocazione nel ruolo unico previsto dalla legge 382/75 che, sostanzialmente, rappresenta una ingiustificata posizione di inattività; l'utilizzo preferenziale, dopo l'assorbimento di quello degli enti pubblici soppressi, del personale impiegato in attività complementari della struttura sanitaria assorbite dal S.S.N. (es. distribuzione all'ingrosso di farmaci).

È necessario infine aggiungere all'art. 39 ultimo comma «norme per garantire la continuità della erogazione dei trattamenti previdenziali a favore del personale già in pensione alla data di cui all'art. 28».

### 3) *La formazione e la riqualificazione del personale*

3.1 – L'importante tema della formazione professionale dell'operatore socio-sanitario è ampiamente sottovalutato nel d.d.l. che non coglie il nesso fondamentale esistente tra un nuovo modo di tutelare la salute e la preparazione professionale dell'operatore stesso.

Infatti l'art. 44 si limita a stabilire, al primo comma, che la formazione professionale è compito delle regioni e, nel successivo ed ultimo comma, assegna al Ministero della Sanità, di concerto con quello della Pubblica Istruzione, sentito il Consiglio Superiore di Sanità, la funzione di determinare i requisiti di ammissione nonché i piani di insegnamento e la durata dei corsi tenendo presenti le direttive comunitarie.

Pur non esprimendo pregiudizialmente parere negativo a tale impostazione non si può non rilevare come essa postuli la formazione di un operatore socio-sanitario basata su metodi e situazioni tradizionali che dovrebbero invece essere superati.

Va sottolineata inoltre la mancanza di ogni riferimento al problema, che ha notevoli implicazioni di carattere operativo, della qualificazione e dell'aggiornamento professionale del personale attualmente impiegato nelle strutture sanitarie.

La modificazione dell'art. 44 va pertanto effettuata prevedendo l'attribuzione alle

Regioni della competenza anche per la riqualificazione del personale non medico; lo svolgimento dell'attività formativa e di riqualificazione sulla base di indicazioni nazionali e criteri omogenei da definire con apposita legge da emanarsi entro sei mesi dall'entrata in vigore della Riforma; la soppressione del secondo comma.

Le Università, e per esse facoltà diverse da quelle di medicina e chirurgia, possono altresì istituire scuole e corsi diretti al perfezionamento e/o all'abilitazione di operatori sociali e di programmatori di servizi socio-sanitari per il Servizio Sanitario Nazionale.

Alcuni Consiglieri hanno sostenuto l'esigenza che nell'ambito della Riforma Sanitaria, con norme generali a carattere nazionale, vengano definiti i rapporti che devono essere stabiliti tra Regioni e Facoltà mediche.

CAP. VIII  
**LA FASE DEL PASSAGGIO AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

*1) I tempi di attuazione*

1.1 – L'arco di tempo previsto per l'avvio in concreto della fase di esercizio del S.S.N. (art. 28), (19 mesi), appare troppo ampio.

Tale lungo tempo può diventare elemento di stabilizzazione di uno stato di precarietà, nel quale la vecchia condizione, per le difficoltà reali da rimuovere e da rivedere su nuove basi la vecchia struttura, tenda a sopravvivere anziché proiettarsi in un nuovo modello organizzativo più funzionale alle esigenze dei cittadini.

Per tali ragioni si ritiene sufficiente e congruo contenere la fase transitoria e organizzativa in un periodo non superiore ai 12 mesi. Tali considerazioni si assumono come indicazioni per la realizzazione da parte delle Regioni delle fasi di avvio dell'attività attualmente svolta dagli Enti erogatori di assistenza sanitaria.

Si precisa come, qualora non si ravvisi la opportunità di ridurre il periodo di 19 mesi previsto dal d.d.l. governativo, sia opportuno non rinviare a quella scadenza qualunque provvedimento inteso ad avviare sia pure parzialmente, il processo di riforma sanitaria. Si può ipotizzare, in tale ultimo caso, il graduale trasferimento delle attività riguardanti singoli settori di assistenza (specialistica, ambulatoriale, farmaceutica), alcuni dei quali non pongono problemi organizzativi o istituzionali, su tutto il territorio nazionale sulla base di criteri uniformi e a scadenze prefissate, sotto il coordinamento del Comitato Nazionale che il CNEL propone per la gestione di tutta la fase di passaggio dall'attuale al nuovo sistema sanitario nazionale.

*2) La fase transitoria*

2.1 – Tali indicazioni comportano necessariamente l'attribuzione alle Regioni

della facoltà, fin dalla data di entrata in vigore della legge, di attivare il Comitato di Coordinamento all'art. 20 della legge 17 agosto 1974, n. 386, opportunamente modificato per quanto concerne sia nuovi compiti e poteri ad esso demandati, sia la composizione in cui dovrà articolarsi per assicurare le presenze necessarie a realizzare una gestione unitaria di tutti i presidi sanitari pubblici.

La modificazione dell'art. 20 della legge citata, potrebbe quindi avvenire nel contesto della legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

Ciò appare indispensabile per consentire alle Regioni ed alle U.S.S.L. di collegare realmente e con grande anticipo sia le attività già avviate dalle Regioni in materia di prevenzione, sia le attività socio-sanitarie in essere per effetto di altre disposizioni legislative.

Di conseguenza, gli Enti ospedalieri devono perdere la personalità giuridica entro un termine massimo di sei mesi.

Quanto sopra esposto, tra l'altro, permette da una parte di sperimentare e valutare, già dalla primissima fase, la capacità di gestione delle strutture e dei servizi da parte delle istituzioni locali, dall'altra di approfondire e meglio considerare tutti gli elementi caratterizzanti le forme di partecipazione degli operatori e degli utenti alla gestione stessa.

### *3) La gestione della fase di passaggio al S.S.N.*

3.1 – Allo scopo fondamentale di evitare ogni possibile disarticolazione o soluzione dell'attività di assistenza sanitaria, occorre definire una forma concreta di garanzia che assicuri un reale coordinamento della fase di passaggio dall'attuale struttura alla nuova organizzazione sanitaria.

Le indicazioni che erano emerse nell'ambito delle norme previste dal d.d.l. Senato/202, in sede di approvazione, sostituite da altra norma peraltro non condivisibile, avrebbero potuto costituire una base di discussione abbastanza vicina alle preoccupazioni emerse nel corso della discussione nel CNEL.

Le ipotesi di una sede gestionale unitaria della fase di passaggio al S.S.N. risponde sostanzialmente alle seguenti esigenze:

a) certezza che la liquidazione degli Enti avvenga in funzione delle norme di legge e sulla base di criteri finalizzati alla migliore costruzione del S.S.N. in sintonia con le indicazioni del Consiglio Sanitario Nazionale;

b) definizione dei criteri unitari per direttive che consentano di realizzare la fase di passaggio delle strutture e del personale evitando una polverizzazione dei rapporti tra le strutture ai vari livelli;

c) garanzia di gestire, con le Regioni, le fasi di passaggio del personale e delle strutture in relazione alle esigenze di operatività del Servizio Sanitario Nazionale.

In conclusione si intende mettere in rilievo la positività della ipotesi di costituire un Comitato Nazionale ristretto, per la gestione della fase di passaggio e al quale vanno affidati i compiti di iniziativa e di controllo, definiti e transitori, collegati peraltro ad una funzione operativa del Consiglio Sanitario Nazionale che va definita e attribuita in concomitanza con l'entrata in vigore della legge di riforma.

Tale Comitato deve assicurare, attraverso la sua composizione:

a) la capacità operativa del Governo con la partecipazione del Ministro della Sanità, che lo presiede, del Lavoro e del Tesoro o loro delegati;

b) il coinvolgimento delle strutture mutualistiche con la partecipazione dei Commissari di tre Enti di cui all'art. 12/bis della legge 17 agosto 1974, n. 386;

c) l'operatività delle Regioni con la partecipazione di una delegazione di tre rappresentanti designati dai membri che la rappresentano nel Consiglio Sanitario Nazionale;

d) la partecipazione di tre membri designati dai rappresentanti delle formazioni sociali presenti nel Consiglio Sanitario Nazionale;

e) il coordinamento dell'attività dei comitati di cui all'articolo 20 della legge 17 agosto 1974 n. 386, nella nuova formulazione che il CNEL stesso ha proposto.

Nel corso del dibattito in Assemblea sono stati presentati numerosi emendamenti, alcuni dei quali accolti o trasformati in ordine del giorno. Di altri appare opportuno dare sinteticamente notizie.

Non sono stati approvati:

1) un emendamento presentato dal Consigliere Coppini, che intendeva sopprimere la definizione di unità socio-sanitarie locali, attribuite alle unità sanitarie;

2) la proposta della Commissione, con la quale si chiedeva la abolizione del Consiglio Superiore della Sanità (il testo della Commissione non veniva approvato avendo conseguito un eguale numero di voti favorevoli e contrari);

3) un emendamento presentato dal Consigliere Alesi, col quale si chiedeva che la possibilità di accesso a qualunque struttura del servizio sanitario socio-nazionale fosse sancita senza alcuna specificazione;

4) un emendamento del Consigliere Coppini, col quale si intendeva escludere il

ticket come mezzo ordinario di contenimento della spesa proponendo la limitazione del prontuario farmaceutico ai soli farmaci giudicati essenziali;

5) un emendamento del Consigliere Coppini, col quale si proponeva l'abolizione del libretto sanitario e la istituzione di una scheda personale presso le unità sanitarie locali con i dati essenziali relativi a ciascun assistito.

## CONCLUSIONI

### CAP. I - Considerazioni generali

#### *Il Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro*

presi in esame i lineamenti generali del disegno di legge sulla «Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale» inviato dal Governo al CNEL per il parere e sulla base delle indicazioni emerse nella discussione svoltasi in Commissione:

a) Rileva l'importanza dell'approvazione del d.d.l. per la Riforma Sanitaria da parte del Governo e dell'avvio dell'iter legislativo in rispondenza all'impegno previsto dalla legge 17 agosto 1974, n. 386 che prevede lo scioglimento e la liquidazione degli Enti entro il 1° luglio 1977.

b) Considera fondamentale l'impegno del Parlamento e dei Partiti per una sollecita discussione del progetto di riforma; impegno di cui fanno fede la presentazione in Parlamento di appositi disegni di legge da parte delle varie parti politiche e le consultazioni in corso da parte della Commissione Igiene e Sanità della Camera dei Deputati.

c) Esprime il suo Parere in tempi rapidi, consapevole della esigenza politica di contribuire al rispetto della scadenza del 1° luglio e rendere contestuale la liquidazione degli Enti e l'avvio del Servizio Sanitario Nazionale sulla base di un preciso e chiaro sistema organizzativo e funzionale.

d) Rileva come l'approvazione della legge di riforma e l'attuazione del Servizio Sanitario Nazionale chiudano il ciclo storico del sistema mutuo-previdenziale che, nei

suoi limiti, ha assolto una importante funzione nel processo di evoluzione dei rapporti sociali ed economici nella società italiana.

e) Sottolinea che il Servizio Sanitario Nazionale nella sua articolazione e nel suo funzionamento deve corrispondere alla concezione di un servizio decentrato, ma al tempo stesso unitario, in cui trovino attuazione da una parte il dettato costituzionale che agli articoli 117 e 118 attribuisce alle Regioni compiti primari nel campo sanitario, dall'altra le esigenze espresse dal Paese di forme di partecipazione nell'ambito delle strutture attraverso cui lo Stato garantisce i servizi per tutti i cittadini.

f) Auspica che il nuovo ordinamento sanitario realizzi un positivo equilibrio tra il ruolo primario delle Unità Socio-Sanitarie Locali, e quindi dei Comuni o dei Consorzi dei Comuni, e quello delle Regioni e dello Stato.

g) Ritiene poi che gli organismi di partecipazione non devono essere considerati come appesantimenti del sistema, ma come strumenti di iniziativa e di controllo essenziali per la costruzione di un rapporto nuovo e positivo tra struttura sanitaria e cittadini, nel rispetto del legittimo pluralismo delle e nelle istituzioni previste dal Servizio Sanitario Nazionale.

h) Pone in rilievo, nel quadro dei motivi sociali che rendono necessaria la riforma sanitaria, come l'attuale sistema mutuo-previdenziale si contraddistingua per essere sostanzialmente basato su strutture e compiti pubblici, ma gestito in termini settoriali e disarticolati con la conseguente crisi e disordine del sistema stesso nell'intervento sanitario. Inevitabile è stato il deterioramento qualitativo delle strutture sanitarie malgrado il crescendo della spesa in questo settore.

i) Fa presente come l'andamento della spesa sanitaria ha assunto nel nostro Paese, per entità e sviluppo, una incidenza determinante sulla situazione economica al punto da essere considerata un elemento di rottura permanente dell'equilibrio economico-finanziario. Gravi sono le conseguenze inflazionistiche e sul costo globale del lavoro di questo stato di cose. Pertanto il CNEL, condividendo la posizione contenuta nel d.d.l., sostiene l'esigenza di realizzare con la nuova struttura sanitaria la stabilizzazione della spesa nel settore, il che presuppone un più alto grado di produttività del sistema sanitario.

l) Rileva che l'urgenza di passare alla realizzazione del Servizio Sanitario Nazionale non dipende solo dall'impegno legislativo che fissa il termine del 1° luglio 1977, ma anche dalla incongruenza della situazione determinatasi dopo l'entrata in vigore

della Legge 386 che trasferiva i presidi ospedalieri alla Regione. Tale passaggio era un momento del più ampio disegno riformatore che doveva portare al Servizio Sanitario Nazionale. Il CNEL ritiene che il permanere dell'attuale situazione sia irrazionale e, alla lunga, causa di ulteriori deterioramenti dell'intero sistema.

m) Nota che la istituzione del Servizio Sanitario Nazionale va intesa come l'avvio di una fase di costruzione della nuova struttura. Essa dovrà essere perfezionata e consolidata sulla base delle esperienze e degli apporti che l'insieme delle forze impegnate in questo settore sapranno realizzare.

n) Auspica che il Servizio Sanitario Nazionale deve dar vita, attraverso le Regioni e sull'intero territorio nazionale, ad una struttura capace di garantire l'intervento globale di politica sanitaria, realizzando gli obiettivi indicati nell'art. 32 della Costituzione. In questo quadro la U.S.S.L. deve essere considerata il nucleo essenziale della nuova struttura con il compito di gestire unitariamente tutti i servizi e i presidi di sua competenza.

o) Rileva che l'impostazione di una politica sanitaria, globalmente intesa, deve garantire l'attribuzione al Servizio Sanitario Nazionale, ai vari livelli, dei compiti di direzione e di intervento che investano i momenti di prevenzione, cura e riabilitazione.

p) Ritiene indispensabile che il Servizio Sanitario Nazionale si caratterizzi per l'uniformità delle prestazioni su tutto il territorio nazionale e consegua un equilibrio nel livello delle strutture sanitarie in tutto il Paese.

q) Ribadisce che alla base della positiva evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale è anche la costruzione di un rapporto nuovo e diverso tra il Servizio e gli operatori (personale del S.S.N. e convenzionato).

r) Sottolinea come l'obiettivo della stabilizzazione della spesa sanitaria comporti la finalizzazione delle misure riformatrici anche alla riduzione degli sprechi e delle spese non produttive sul piano sanitario, al raggiungimento di modelli operativi che integrino tra loro le strutture sanitarie ai vari livelli, alla responsabilizzazione degli utenti, degli operatori medici e non medici e degli amministratori.

s) Ritiene infine necessario mettere in evidenza la grande importanza della fase di passaggio. Essa deve assicurare, contemporaneamente, sia la certezza della costituzione delle strutture regionali e locali, sia il rapido passaggio delle funzioni e delle attrezzature di tutti gli Enti nazionali e locali alle articolazioni del Servizio Sanitario

Nazionale. In questo ambito devono trovare definizione, in tempi certi e contemporaneamente alla approvazione della legge di riforma, le norme per il trasferimento del personale oggi degli Enti e la definizione dei principi per l'inquadramento del Servizio Sanitario Nazionale.

Sulla base di queste considerazioni di ordine generale il CNEL, con riferimento ai contenuti del d.d.l. del Governo, formula le seguenti specifiche proposte.

## **CAP. II - Struttura del Servizio Sanitario Nazionale**

### *1 - Unità socio-sanitaria locale*

Il CNEL propone una modifica del d.d.l. sulla base dei seguenti punti:

1.1 - La definizione delle Unità Sanitarie come Unità Socio-Sanitarie Locali;  
— l'inclusione nelle U.S.S.L. di tutti i servizi socio-sanitari pubblici esistenti nel territorio e di spettanza delle stesse U.S.S.L., connessi alla tutela della salute al fine di garantire la unitarietà e globalità di intervento della U.S.S.L. nel territorio di sua competenza.

(Riferimento artt. 1, 10 e 12 del d.d.l.)

1.2 - L'abolizione dei punti 4 e 5 dell'art. 11 e dell'ultimo capoverso dell'art. 12;  
— che l'autonomia tecnico-funzionale dei servizi sanitari e ospedalieri di competenza delle U.S.S.L. sia subordinata all'unità amministrativa da garantire anzitutto mediante un responsabile amministrativo unico della U.S.S.L. medesima.

(Riferimento artt. 11 e 12 del d.d.l.)

1.3 - L'abolizione dell'indicazione di 10.000 abitanti per i distretti sanitari.

(Riferimento art. 10, 5° comma, del d.d.l.).

### *2 - Gli organismi di partecipazione, iniziativa e controllo ai vari livelli del S.S.N.*

2.1 - Che gli organismi di consultazione previsti dal d.d.l. a livello regionale e di U.S.S.L., siano definiti dalle Regioni come veri e propri organi di partecipazione, di iniziative e di controllo da parte dei cittadini.

(Riferimento art. 10, ultimo comma, e all'art. 11, n. 6 del d.d.l.).

2.2 - La definizione di due fasi temporali per la formazione degli organismi di consultazione e cioè una prima fase transitoria di designazione ed una seconda elettiva.

(Riferimento agli articoli 6, comma secondo e successivi; 9, ultimo comma; 11, n. 6).

2.3 - La seguente composizione del Consiglio Sanitario Nazionale nella fase transitoria che precede la elezione diretta dello stesso Consiglio:

— 21 membri in rappresentanza delle Regioni;

— 21 membri in rappresentanza delle altre formazioni sociali (8 rappresentanti dei lavoratori dipendenti, 5 rappresentanti dei datori di lavoro, 5 rappresentanti dei lavoratori autonomi compresi i cooperatori, tenendo conto della rappresentatività nel CNEL, 3 rappresentanti degli ordini professionali dei medici, paramedici e veterinari);

— 11 operatori socio-sanitari designati dal Ministro della Sanità;

— che alle riunioni del Consiglio Sanitario Nazionale possono partecipare, su invito del Ministro, i rappresentanti dei vari Ministri senza diritto di voto.

I criteri di cui sopra dovrebbero essere presi come base per le soluzioni regionali e per quelle a livello di U.S.S.L.

— La definizione del Consiglio Sanitario Nazionale come organo di partecipazione, di iniziativa e di controllo.

(Riferimento art. 6 del d.d.l.).

### *3 - Consiglio Superiore di Sanità e Istituto Superiore di Sanità*

Il CNEL rileva:

3.1 - L'esigenza di provvedere al riordinamento degli organi tecnico-scientifici e consultivi in modo da assicurare in misura adeguata l'indispensabile supporto conoscitivo all'azione del Governo, delle Regioni e degli organismi del S.S.N. e di evitare inutili, costose e non funzionali sovrapposizioni di competenza tra i diversi organismi.

(Riferimento artt. 7 e 50 del d.d.l.).

## CAP. III - Compiti dello Stato e del Servizio Sanitario Nazionale

### *1 - Competenze statali*

Il CNEL propone:

1.1 - Di eliminare l'inciso «tra l'altro», all'art. 3;

— di eliminare il punto I del 2° comma dell'art. 4;

— di aggiungere all'art. 4 p. 2 ... (igiene) «e sicurezza» ... in ...

— di escludere dalle competenze statali (art. 3) quelle relative alle acque minerali (punto 7, ultime tre righe);

— di eliminare il punto 12 dell'art. 3 e inserirne i titoli all'art. 4, 1° comma.

### *2 - Competenze del Servizio Sanitario Nazionale*

Il CNEL propone:

2.1 - La modifica degli artt. 1 e 2 per inserire tra i compiti del S.S.N. «la sicurezza nel lavoro», garantendo il collegamento con i necessari servizi operanti in luoghi di lavoro e «la lotta contro il deterioramento ambientale, con particolare riguardo a quello derivante dalle attività produttive».

— Di sopprimere all'art. 4, 1° comma, i punti 5 e 6;

— Di sopprimere all'art. 4, 2° comma, le parole «ai sensi dell'art. 117, terzo comma della Costituzione»;

— Che il rinvio a leggi della Repubblica contenute nel 1° comma dell'art. 4 sia trasformato in delega al Governo per l'emanazione di leggi quadro dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi e standards per tutto il territorio nazionale e per le materie indicate in tale articolo (come emendato in base alla presente conclusione) rinviando alle Regioni la normativa di attuazione di cui al 2° comma dell'art. 4 (come emendato in base alla presente conclusione).

2.2 - La modifica dell'art. 36 prevedendo: l'ampliamento della delega al Governo per operare lo scioglimento degli altri Enti, oltre l'ENPI, che si interessano esclusivamente di prevenzione e il riordinamento delle funzioni affidate ai vari organismi;

— che l'organismo centrale di nuova costituzione sia limitato a compiti di ricerca e di elaborazione di direttive tecniche (omologazioni normativa internazionale, standards di sicurezza);

— che sia previsto a livello regionale un corpo di ispettori tecnici a disposizione delle U.S.S.L. collegato con l'organismo centrale sopra previsto;

— che il nuovo organismo operi nell'ambito dell'Istituto Superiore di Sanità;

— che sia regolato il rapporto tra gli ispettori del lavoro e le U.S.S.L. per l'espletamento dei compiti di polizia giudiziaria propri degli stessi ispettori;

— di indicare all'art. 5 che per le norme che definiscono i poteri di indirizzo e coordinamento del Governo centrale, le relative procedure si devono armonizzare con quelle previste dall'art. 3 della legge 22 luglio 1975, n. 382, relative all'esercizio delle funzioni da parte del Consiglio dei Ministri.

### *3 - Compiti del Consiglio Sanitario Nazionale*

Il CNEL propone all'art. 6:

3.1 - Il parere obbligatorio del Consiglio Sanitario Nazionale sui problemi generali di organizzazione e finanziamento del S.S.N.;

— l'obbligo per il Ministro della Sanità di riferire ogni tre mesi al Consiglio sulla situazione del Fondo e sullo sviluppo delle attività e delle strutture del S.S.N.;

— competenza sulla fissazione di criteri per la formazione e qualificazione del personale.

### *4 - Assistenza agli italiani all'estero e agli stranieri in Italia*

Il CNEL propone:

4.1 - Una rielaborazione dei due articoli sulla base delle norme CEE e degli accordi internazionali.

(Riferimento agli artt. 8 e 49 del d.d.l.).

### *5 - Assistenza sanitaria riabilitativa*

Il CNEL propone:

5.1 - L'integrazione dell'art. 10 sia per quanto riguarda l'attribuzione alle U.S.S.L. dei compiti di attività riabilitativa, sia della gestione delle strutture adibite all'espletamento di particolari forme di assistenza riabilitativa;

— l'integrazione dell'art. 3 per le competenze relative alla fissazione di «livelli minimi di assistenza riabilitativa».

## *6 - Educazione sanitaria*

Il CNEL propone:

6.1 - Di integrare le previsioni degli artt. 2 e 10 del d.d.l. al fine di inserire in modo esplicito nei compiti di attività e di iniziativa delle U.S.S.L. l'educazione sanitaria.

## *7 - Controllo delle malattie in base alla legge 20 maggio 1970, n. 300*

Il CNEL propone all'art. 37:

7.1 - L'abolizione della delega al Governo per l'adeguamento della legge 20 maggio 1970, n. 300;

— l'inserimento di norme relative alla certificazione ed allo svolgimento dei controlli delle malattie da parte delle U.S.S.L.

## *8 - Accertamento del grado di invalidità pensionabile*

Il CNEL propone all'art. 37:

8.1 - L'abolizione della delega al Governo relativamente ai criteri per la invalidità;

— l'inserimento di norme che affidino alle strutture del S.S.N. l'accertamento sanitario per la determinazione della invalidità, sulla base delle disposizioni vigenti e l'obbligo per le stesse strutture di trasmettere le certificazioni agli Enti erogatori dei trattamenti previsti dalle leggi, ai quali resta peraltro la competenza per la concessione delle prestazioni stesse.

## **CAP. IV - Le prestazioni**

### *1 - Uniformità delle prestazioni*

Il CNEL propone:

1.1 - Che nella legge si parli di «prestazioni uniformi per tutto il territorio nazionale». Ne consegue che qualsiasi prestazione aggiuntiva a quelle garantite dal Fondo non potrà essere, in nessun modo, considerata ai fini della ripartizione dei mezzi finanziari alle Regioni.

(Riferimento artt. 5, 6, 13 ecc.).

### *2 - Livelli delle prestazioni*

Il CNEL propone:

2.1 - Che l'allineamento ai livelli unici di prestazione debba avvenire al momento della scadenza dei termini previsti dall'art. 28, cioè all'entrata in funzione delle U.S.S.L. e quindi vada superata la indeterminatezza del d.d.l. (art. 30). Naturalmente, alla stessa data dovranno entrare in vigore le nuove contribuzioni a carico delle categorie interessate, così come proposto nella parte relativa al finanziamento del Fondo.

Alla data di cui all'art. 28 si dovranno allineare a livello delle prestazioni unificate anche le prestazioni superiori.

### *3 - Estensione dell'indennità economica ai lavoratori autonomi in particolari eventi.*

3.1 - Il CNEL riconferma su questo problema il suo precedente parere positivo («Osservazioni e proposte sulla riforma della previdenza sociale») approvato nell'Assemblea del 3 ottobre 1963, n. 1/35. Cfr. par. 3.1 del Cap. IV.

### *4 - Assistenza domiciliare*

Il CNEL propone:

4.1 - L'estensione dell'assistenza domiciliare specialistica ed infermieristica e la possibilità di istituire ospedali di lunga degenza, di cronicari e di ospedali di giorno.

## *5 - Rapporto fiduciario*

Il CNEL propone:

5.1 - Che la risoluzione del rapporto fiduciario tra medici e utenti possa essere decisa da ambo le parti salvo i casi in cui esista un solo medico nell'ambito del distretto o del presidio sanitario. In caso di risoluzione da parte del medico, il medico stesso deve motivarla a richiesta dell'utente alla U.S.S.L. che ne esaminerà le motivazioni per le iniziative necessarie.

## *6 - Assistenza pediatrica*

Il CNEL propone:

6.1 - Che il comma 10 dell'art. 10 venga modificato prevedendo l'assistenza pediatrica anche nell'ambito delle strutture ambulatoriali della U.S.S.L.

## *7 - Accessi alle strutture*

Il CNEL propone:

7.1 - La possibilità di accesso a qualsiasi struttura del S.S.N. per gli utenti che si trovino fuori della loro residenza abituale (articolo 13 del d.d.l.)

## *8 - Assistenza farmaceutica*

Il CNEL propone:

8.1 - Che gli artt. 16 e 17 siano integrati con norme che regolino:

- la politica della ricerca sulla base di programmi finalizzati;
- la programmazione della ricerca e della produzione farmaceutica delle imprese a partecipazione pubblica in collegamento con gli organismi competenti del S.S.N.;
- l'adeguamento degli strumenti della ricerca favorendone il potenziamento

presso istituti universitari, altri enti pubblici, imprese private e/o pubbliche, nonché l'eventuale ricorso a forme consortili anche con la partecipazione delle Regioni;

— gli orientamenti per la revisione della normativa, resa tra l'altro necessaria dal previsto allineamento a quella europea in materia di autorizzazione, registrazione e brevettabilità;

— l'istituzione di forme pubbliche di informazione biomedica e farmacologica e la disciplina della informazione sulla base di rigorosi criteri medico-scientifici;

— l'assoluto divieto della pubblicità per i prodotti farmaceutici ed una revisione delle norme sulla determinazione dei prezzi.

8.2 - Che nell'art. 18 la delega al Governo per la revisione del prontuario venga vincolata ai criteri selettivi scientifici dei medicinali realmente rispondenti alle esigenze curative e dei medicinali non adeguati a tale necessità e che il ticket venga stabilito solo per i medicinali non essenziali.

8.3 - Che l'art. 16 debba riconoscere il ruolo delle Regioni e dei Consorzi di Regioni nell'acquisto dei prodotti farmaceutici.

## 9 - *Indennità economiche*

Il CNEL propone:

9.3 - Una dizione dell'art. 47, riferita al sistema del conguaglio, meno rigida. Sarà necessario assicurare, in un primo tempo, il passaggio all'INPS del servizio di erogazione delle prestazioni economiche sulla base delle attuali normative e, successivamente, procedere alle modificazioni strutturali dei modi di erogazione.

9.4 - Che l'art. 47 contenga una norma che preveda di realizzare, nei tempi prefissati, la unificazione dei livelli e dei criteri di riferimento per le indennità economiche temporanee.

9.5 - La modifica dell'art. 29 del d.d.l.(penultimo comma) attribuendo la facoltà di erogare le indennità di quiescenza, oggi pagate dall'ENPAS e dall'INADEL, direttamente da parte degli Enti datori di lavoro.

9.6 - Che l'art. 37 debba sanzionare l'obbligo per le strutture interessate al pagamento delle indennità economiche (INPS e INAIL e per le U.S.S.L.) di realizzare un

collegamento continuativo ed efficace in questo campo. Resta ferma alla U.S.S.L. la competenza dell'accertamento medico-legale e all'INPS e all'INAIL quella della verifica del diritto alla prestazione e dell'atto di concessione della prestazione stessa.

#### *10 - Prestazioni indirette*

Il CNEL propone:

10.1 - Che all'art. 13 si preveda la possibilità di accesso a strutture sanitarie private, con rimborso predeterminato e comunque non superiore all'onere che avrebbe sopportato la U.S.S.L.

#### *11 - Libretto sanitario e di rischio*

Il CNEL propone:

11.2 - La rielaborazione dell'art. 20 sulla base dei seguenti punti:

a) il libretto deve essere sanitario e di rischio;

b) esso deve essere finalizzato alla utilizzazione generalizzata dei dati;

c) deve acquisire i fatti sanitari rilevanti da registrare utilizzando anche i dati dei registri biostatistici;

d) affidare alle Regioni la rielaborazione delle norme sulla base delle quali procedere alla distribuzione del libretto sanitario e di rischio. Esso potrà essere distribuito progressivamente iniziando, oltre che dai nuovi nati, anche dai cittadini sottoposti ai maggiori rischi o nocività, o degenti negli ospedali ed agli studenti

#### *12 - Forme associative volontarie di assistenza*

Il CNEL propone:

12.1 - Che debbono essere riconosciute forme associative volontarie di assistenza (art. 29) purché esse non contrastino con le finalità della struttura pubblica cui è demandato il compito di assicurare il Servizio Sanitario.

## CAP. V - Il finanziamento, la spesa ed i controlli

### 1 - Spesa per il Servizio Sanitario Nazionale

Il CNEL propone:

1.1 - L'abolizione del parametro di riferimento al PNL contenuto nell'art. 42;

— di prevedere nella legge (art. 26) che, in via normale, la quota di risorse da destinare al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale sia determinata nell'ambito di una programmazione pluriennale della spesa pubblica nel suo complesso tenendo conto dei livelli di spesa relativi ai diversi settori della spesa pubblica;

— che soltanto nella fase di transizione, ed al semplice fine di stabilizzare temporaneamente la quota di risorse assegnate alla spesa pubblica nel settore sanitario sia conservata l'indicazione del parametro di riferimento al «Prodotto Nazionale Lordo».

— che la spesa sanitaria, escluse le indennità economiche, per il 1977 e con l'entrata in vigore della riforma, venga stabilizzata entro il 6,50% del P.N.L.

1.2 - Che la legge preveda, in attuazione della legge 9 ottobre 1971, n. 815, art. 18, l'inizio della fiscalizzazione degli oneri di malattia dal 1° gennaio 1978 e la data di completamento della stessa fiscalizzazione.

1.3 - Che l'art. 42 venga modificato:

— per abolire la delega al Governo;

— per confermare la sovrana competenza del Parlamento ai fini della copertura del Fondo Sanitario;

— per definire il prelievo fiscale come unica ipotesi per tale copertura.

### 2 - Contribuzioni categorie lavoratori autonomi

Il CNEL propone:

2.1 - Che le norme previste dall'art. 30 siano adottate con la consultazione della Commissione Parlamentare, sentite le organizzazioni sindacali nazionali delle categorie interessate;

— che le norme stesse prevedano, per gli artigiani e i commercianti fino alla

completa fiscalizzazione, una quota capitaria aziendale ed una quota riferita a fasce di redditi, ricavati dagli imponibili fiscali, e prelevata in misura percentuale. Per i coltivatori diretti la contribuzione delle categorie deve essere calcolata sulla base del reddito dominicale ed agrario, determinati con coefficienti di rivalutazione o dall'imponibile lordo dell'IRPEF;

— che l'accertamento dei soggetti, la formazione dei ruoli, l'imposizione e la riscossione dei contributi venga affidata ad un unico Ente, l'INPS, che già gestisce l'assicurazione di invalidità vecchiaia e superstiti;

— che venga assicurata dalle categorie interessate, purché in relazione all'estensione delle prestazioni, la relativa copertura dei costi aggiuntivi, tenendo conto della diversa capacità contributiva dei vari settori.

### *3 - Riscossione unificata dei contributi*

Il CNEL propone che l'art. 41:

3.1 - Contenga la data di decorrenza del nuovo sistema di accertamento e di riscossione;

— disponga che i criteri e le modalità del trasferimento delle competenze amministrative e gestionali all'INPS siano approvate con apposito provvedimento di legge. Questo dovrà regolare con chiarezza gli automatismi e le scadenze dei rapporti fra l'ente percettore e gli altri enti interessati, nonché con il Fondo Sanitario Nazionale. Devono essere fissate le procedure per la definizione dei rapporti attivi e passivi degli enti attualmente abilitati alla riscossione dei contributi.

Il CNEL rileva infine:

l'insufficienza delle sanzioni previste all'art. 41 per i casi di inadempienza e di evasione degli obblighi contributivi.

### *4 - Indicazioni contrattuali per gli operatori del S.S.N.*

Il CNEL propone:

4.1 - Che nelle normative che dovranno essere poste in atto per i rapporti con tutti i dipendenti del S.S.N. e con tutte le categorie convenzionate sia inserita una

clausola che preveda la formale assunzione delle responsabilità da parte del Governo in relazione alle conseguenze finanziarie dei rinnovi contrattuali o delle convenzioni, attraverso formale delibera del Consiglio dei Ministri, analogamente a quanto già previsto dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132 (ospedalieri) e dalla legge 20 marzo 1975, n. 70 (Enti pubblici).

#### *5 - Partecipazione degli utenti alla spesa farmaceutica - ticket*

Il CNEL propone:

5.1 - Che l'applicazione della quota a carico degli utenti (ticket) sul prezzo delle specialità medicinali (art. 18), in regime di assistenza pubblica avvenga alle seguenti condizioni:

- con la revisione in senso riduttivo del prontuario terapeutico nazionale;
- con la revisione del meccanismo della formazione dei prezzi delle specialità medicinali;
- con la definizione dell'esclusione dal ticket da parte dei cittadini non abbienti;
- alla data, prevista all'art. 28, per l'entrata in funzione delle U.S.S.L.

#### *6 - Fondo Sanitario Nazionale - Ripartizione*

Il CNEL propone:

6.1 - Che la ripartizione del F.S.N. (art. 26) avvenga secondo due criteri fondamentali:

- assicurare prestazioni uniformi sull'intero territorio nazionale;
- ridurre gli squilibri esistenti tra le Regioni per quanto attiene alle strutture e ai presidi sanitari.

6.2 - Che ogni finanziamento pubblico a strutture, servizi e presidi socio-sanitari, debba rispettare l'autonomia e l'unitarietà di bilancio — e favorire la gestione budgettaria — dell'organo territoriale competente del S.S.N., Regioni e U.S.S.L. Deve quindi essere annullato il penultimo capoverso dell'art. 26;

6.3 - Che l'art. 26 del d.d.l. venga integrato prevedendo la ripartizione del Fondo ai capitoli di spesa programmati all'intervento in funzione della prevenzione e della riabilitazione.

## *7 - Programmazione Sanitaria*

Il CNEL propone:

7.1 - Che siano integrati l'art. 5 e l'art. 26 con l'indicazione che alla predisposizione dei piani sanitari partecipino, attuando la gestione budgettaria ai vari livelli, le Regioni e i Comuni o loro consorzi, rispettivamente per il piano sanitario nazionale e regionale.

## *8 - Norme di contabilità e controlli*

Il CNEL propone:

8.1 - Di integrare l'art. 25 con norme:

1) che stabiliscono metodi contabili e statistici omogenei atti a pubblicizzare i dati relativi alle diverse gestioni;

2) che facciano richiamo alle norme di contabilità regionale contenute nella legge 19 maggio 1976, n. 335.

## **CAP. IV - Le convenzioni**

### *1 - Le convenzioni con i medici generici o specialistici*

Il CNEL propone:

1.1 - Di introdurre norme che stabiliscano come elementi di riferimento nella stipula delle convenzioni con i sanitari:

— un riferimento tra spesa derivante da tali convenzioni e la spesa sanitaria prevista con il Fondo Sanitario Nazionale;

— la correlazione tra trattamenti complessivi, a parità di condizioni, tra medici convenzionati e medici a rapporto d'impiego nel S.S.N.;

— si fa inoltre riferimento alle indicazioni contenute nel capitolo V, punto delle conclusioni.

1.2 - Di adottare all'art. 23 indicazioni più flessibili che permettano di adeguare le norme della convenzione sulla quota capitaria alle diverse situazioni in cui verrà assicurata la prestazione medica evitando di indicare il solo criterio della anzianità di laurea.

1.3 - Di determinare una «controparte contrattuale» unica formata da rappresentanti del Governo e da una delegazione delle Regioni.

1.4 - Di integrare l'art. 23 inserendo norme riferite al lavoro medico collegiale ed ai servizi medici di guardia notturna e festiva.

1.5 - L'abolizione del terzo comma dell'art. 23 relativo alla stipula - a livello regionale - di convenzioni conformi.

1.6 - Che la legge debba prevedere all'art. 23 l'immediata messa in atto da parte del Servizio Sanitario Nazionale degli strumenti operativi per l'anagrafe unica senza attendere la fine della fase di passaggio.

1.7 - Criteri di maggiore elasticità per la determinazione del rapporto ottimale medico-assistiti di cui al punto V art. 23.

## *2 - Convenzioni con altre categorie e centri di cura*

Il CNEL propone:

2.1 - Che per le convenzioni con le categorie non mediche si seguano, in quanto applicabili, le stesse norme stabilite per i medici.

2.2 - Che le convenzioni potranno essere stipulate con i centri di cura che sono in grado di assicurare prestazioni previste dal Servizio Sanitario Nazionale.

## CAP. VII - Il personale

### *1 - Struttura del rapporto giuridico per il personale del Servizio Sanitario Nazionale*

Il CNEL propone:

#### 1.1 - L'acquisizione nella legge dei seguenti principi:

— il personale dovrà essere inquadrato in ruoli unici regionali sulla base di norme di carattere generale uniformi su tutto il territorio nazionale;

— dovrà essere realizzato, sia pure progressivamente, un trattamento economico tipo sia di servizio che di quiescenza e previdenziale;

— i concorsi per l'assunzione del personale dovranno essere indetti dalle Regioni su base nazionale e quindi aperti a candidati di ogni parte del territorio nazionale e con criteri uniformi di carattere nazionale;

— il rapporto di impiego sarà basato sui principi fondamentali che regolano l'impiego pubblico;

— le posizioni lavorative dovranno essere individuate sulla base di un assetto funzionale del personale.

(Riferimento all'art. 22 del d.d.l.).

### *2 - Il trasferimento del personale degli Enti*

Il CNEL, riservandosi un parere più dettagliato, anche sulla base delle risultanze che emergeranno dall'apposito Gruppo di Lavoro (Decreto Ministro della Sanità del 29 dicembre 1976) costituito per il problema del trasferimento del personale degli Enti, propone nel frattempo:

2.1 - Il mantenimento, in via transitoria, del trattamento degli Enti di provenienza per tutto il personale trasferito;

— la realizzazione, attraverso la contrattazione, di fasi di omogeneizzazione dei trattamenti per giungere alla loro completa unificazione;

— il sollecito trasferimento e la piena utilizzazione del personale degli enti pubblici e di quello degli uffici accertamento e notifica sconti farmaceutici (U.A.N.S.F.), negli altri enti pubblici, negli enti locali e nell'Amministrazione dello Stato (comprese

le aziende autonome) evitando la collocazione nel ruolo unico previsto dalla legge 22 luglio 1975 n. 382 che sostanzialmente rappresenta una ingiustificata posizione di inattività;

— l'utilizzo preferenziale, dopo l'assorbimento di quello degli enti pubblici soppressi, del personale impiegato in attività complementari della struttura sanitaria assorbita dal S.S.N. (Es. distribuzione all'ingrosso di farmaci);

— di aggiungere all'art. 39, ultimo comma: «e per garantire la continuità della erogazione dei trattamenti previdenziali a favore del personale già in pensione alla data di cui all'art. 28».

### *3 - La formazione e la riqualificazione del personale*

Il CNEL propone:

3.1 - La modifica dell'art. 44 prevedendo:

— l'attribuzione alle Regioni della competenza a promuovere anche la riqualificazione del personale non medico;

— lo svolgimento dell'attività formativa e di riqualificazione sulla base di indicazioni nazionali e criteri omogenei da definire con apposita legge, da emanarsi entro sei mesi dalla entrata in vigore della legge di riforma;

— la soppressione del secondo comma dell'art. 44;

— la integrazione dell'art. 45 con la seguente dizione: «Le Università e per esse facoltà diverse da quelle di medicina e chirurgia, possono altresì istituire scuole e corsi diretti al perfezionamento e/o all'abilitazione di operatori sociali e di programmatori di servizi socio-sanitari, per il Servizio Sanitario Nazionale».

## **CAP. VIII - La fase di passaggio al Servizio Sanitario Nazionale**

### *1 - I tempi di attuazione*

Il CNEL propone:

1.1 - *Ipotesi A*) modificare il termine di cui all'art. 28 del disegno di legge portando a 12 mesi il periodo transitorio per l'attuazione del Servizio Sanitario Nazionale

*Ipotesi B)* (subordinata al mantenimento del termine di 18 mesi) stabilire comunque fasi di graduale trasferimento, entro termini prefissati, di singoli settori di assistenza (specialistica, ambulatoriale, farmaceutica, etc.) con criteri uniformi e su tutto il territorio nazionale.

## 2 - *La fase transitoria*

Il CNEL propone:

2.1 - Inserire una norma che modifichi l'art. 20 della legge 17 agosto 1974, n. 386 attribuendo ai Comitati regionali in esso previsti nuovi compiti e poteri di gestione delle attività sanitarie a livello regionale, indicandone una composizione che assicuri le presenze necessarie per una gestione unitaria delle attività stesse.

— Modificare la norma di cui all'art. 33, stabilendo che gli enti ospedalieri perdano la personalità giuridica nel termine di sei mesi.

## 3 - *La gestione della fase transitoria*

Il CNEL propone:

3.1 - Superare le norme contenute nella proposta di legge Senato/202 e prevedere la costituzione di un Comitato nazionale ristretto che garantisca:

a) la certezza che la liquidazione degli enti avvenga in funzione delle norme di legge e finalizzata all'attuazione del Servizio Sanitario Nazionale, in sintonia con le indicazioni che verranno elaborate dal Consiglio Sanitario Nazionale;

b) la definizione di criteri unitari per realizzare la fase di passaggio del personale e delle strutture;

c) la gestione, con le Regioni, delle fasi di passaggio del personale e delle strutture in relazione alle esigenze di operatività del Servizio Sanitario Nazionale;

— la seguente composizione del Comitato:

1) il Ministro della Sanità che lo presiede, il Ministro del Lavoro, il Ministro del Tesoro o loro delegati;

2) tre Commissari degli Enti tra quelli indicati nell'art. 12-bis della legge 17 agosto 1974, n. 386;

3) tre rappresentanti delle Regioni designati dai membri che le rappresentano nel Consiglio Sanitario Nazionale;

4) tre membri designati dai rappresentanti delle formazioni sociali presenti nel Consiglio Sanitario Nazionale.

## **ORDINE DEL GIORNO**

presentato dal Consigliere Achille ARDIGO' (Esperto nominato dal Presidente della Repubblica)

### **«Il CNEL**

stante la delicatezza e complessità dei problemi da risolvere e il grande impegno della fase di passaggio al Servizio Sanitario Nazionale, si impegna, nell'ambito dei propri compiti istituzionali, a seguire la fase transitoria della riforma sanitaria;

auspica che su tale materia possa essere avviato un rapporto con le Regioni, ai sensi dell'art. 13 della legge 5 gennaio 1957 n. 33».

*F.to Achille ARDIGO'*

Al presente o.d.g. ha aderito la maggioranza dell'Assemblea.

## **ORDINE DEL GIORNO**

presentato dal Relatore RAVENNA a nome della Commissione Lavoro, tenendo conto di un emendamento del Consigliere Franco MATTEI.

### **«II CNEL**

sui punti 1), 2), 4), 5), del Cap. V s'impegna a predisporre, dopo le necessarie valutazioni e consultazioni una pronuncia specifica sui seguenti punti:

a) costo attuale dei servizi sanitari pubblici e di quelli che dovrebbero essere assicurati dal S.S.N.;

b) previsioni di costo in termini monetari e di risorse, in particolare di manodopera, che dovrebbero essere assorbiti dal S.S.N. a regime e nella fase di transizione;

c) investimenti di capitali, già previsti ed aggiuntivi, necessari per assicurare la uniformità delle prestazioni sanitarie;

d) adempimenti immediati per assicurare la confrontabilità, i controlli e la trasparenza dei costi di ogni livello della struttura sanitaria prevista;

e) finanziamento del sistema a regime e nella fase transitoria, inclusa la sistemazione dei debiti progressi».

Al presente o.d.g. ha aderito la maggioranza dell'Assemblea.

## ALLEGATI

## INDICE DEGLI ALLEGATI

— Allegato predisposto dal Consigliere Prof. Mario Alberto Coppini per incarico della Commissione Lavoro, Previdenza Sociale e Cooperazione (allegato n. 1): «Accertamenti sulla spesa per assistenza sanitaria in relazione al d.d.l.».	Pag.	105
— Istituzioni previste dal disegno di legge concernente la istituzione del Servizio Sanitario Nazionale approvato dal Consiglio dei Ministri nella riunione del 4 marzo 1977 (allegato n. 2)	"	113
— Adempimenti previsti dal disegno di legge concernente la istituzione del Servizio Sanitario Nazionale approvato dal Consiglio dei Ministri nella riunione del 4 marzo 1977 (allegato n. 3)	"	117
— Enti che, oltre quelli facenti capo a Comuni, Province e Regioni, hanno competenze nel campo della prevenzione, e più in particolare nella prevenzione tecnico-ingegneristica (allegato n. 4)	"	123
— Situazione della struttura ospedaliera (allegato n. 5)	"	125
— Gli Enti mutualistici ed i loro assistibili (allegato n. 6)	"	145
— Consistenze del personale degli Enti interessati allo scorporo delle funzioni sanitarie (allegato n. 7)	"	147
— Graduatorie delle Province secondo il rapporto medico-abitanti (allegato n. 8)	"	153

**«ACCERTAMENTI SULLA SPESA PER ASSISTENZA SANITARIA  
IN RELAZIONE AL DISEGNO DI LEGGE SULLA ISTITUZIONE  
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE».**

L'entità della spesa derivante dal progetto di riforma sanitaria, ma soprattutto l'entità stabilita in rapporto al P.N.L., è un dato conoscitivo essenziale anche perché il disegno di legge fa riferimento esplicito ad un limite annuo del 6% in termini di P.N.L.

Si è voluto pertanto effettuare un accertamento autonomo della predetta entità in caso di riforma, cercando - per quanto possibile - di *tener separati i vari elementi di aumento o di riduzione dei costi.*

A tal fine si è in primo luogo accertato - con riferimento al quinquennio 1971-1976 e quindi *a legislazione costante* - l'incremento aggiuntivo della spesa sanitaria rispetto all'incremento del reddito.

Nel prospetto 1 sono indicate, secondo le componenti di uscita, rispettivamente:

EVOLUZIONE DELLA SPESA SANITARIA PUBBLICA

Anni 1971-1976

VOCI	Spesa Anno 1971	Spesa Anno 1971 rivalutata (a)	Spesa Anno 1976	Incremento aggiuntivo della spesa rispetto al PNL	Tasso medio annuo di incremento aggiuntivo
	(miliardi di lire)			%	
<b>A) SPESA MUTUALISTICA</b>					
— Medico-generica	359	805	757	— 5,96%	— 1,22
— Medico-specialistica	247	554	654	+ 18,05%	% 3,38
— Farmaceutica (b)	546	1.224	1.420	+ 16,01%	+ 3,01
— Altre prest. sanit.	61	137	79	— 42,34%	— 10,43
Totale	1.213	2.720	2.910	+ 6,99%	+ 1,36
Indennità economica	242	543	922	+ 69,80%	+ 11,17
Spese gen. di amm.ne	195	437	396	— 9,38%	— 1,95
Altre uscite	66	148	353	+ 138,51%	+ 18,98
Complesso	1.716	3.848	4.581	+ 19,05%	+ 3,55
<b>B) SPESA OSPEDALIERA</b>	1.316	2.951	3.750	+ 27,08%	+ 4,91
<b>C) SPESA ENTI LOCALI</b>	316	709	900	+ 26,94%	+ 4,88
<b>D) SPESA SANITARIA INAIL-INPS (c)</b>	151	339	140	— 58,70%	— 16,21
<b>Totale generale</b>	<b>3.499</b>	<b>7.847</b>	<b>9.371</b>	<b>+ 19,42%</b>	<b>+ 3,61</b>

(a) La rivalutazione è effettuata sulla base dell'incremento del PNL:

$$\frac{\text{PNL 1976 } 142.000}{\text{PNL 1971 } 63.319} = 2,2426$$

(b) Al lordo degli sconti.

(c) L'andamento anomalo è connesso all'avvenuta istituzione del Fondo Naz. Ospedaliero.

- le spese sanitarie accertate per l'anno 1971;
- le spese sanitarie dell'anno 1971 rivalutate secondo l'incremento del P.N.L. nel quinquennio 1971-1976;
- le spese sanitarie accertate per l'anno 1976;
- l'incremento aggiuntivo registrato nel quinquennio rispetto all'incremento del reddito;
- il tasso medio annuo di incremento aggiuntivo a legislazione costante.

In merito ai dati contenuti nel prospetto 1 occorre anzitutto osservare che la spesa accertata per il 1976 costituisce probabilmente un *limite minimo* di quella realmente sostenuta perché:

a) non comprende tutte le istituzioni che erogano assistenza sanitaria (aziende municipalizzate, ferrovieri, ecc.);

b) alcuni dati relativi ad altri Enti non risultano disaggregabili;

c) le prestazioni ospedaliere sono indicate secondo quanto fissato dal CIPE (per il ritardo esistente nel finanziamento della spesa corrente del Fondo Ospedaliero, probabilmente, a consuntivo 1976, saranno aumentati gli interessi passivi);

d) non è accertato se il dato di spesa degli Enti locali (900 miliardi) fornito dal Governo comprenda anche le spese di pertinenza della Amministrazione dello Stato a livello centrale.

Sulla scorta dei dati accertati per il 1976 e dei tassi medi annui di incremento aggiuntivo, si può determinare - *a moneta e reddito dell'anno 1976* - la spesa che, in assenza di provvedimenti di riforma, farà carico nel 1978 alle istituzioni preposte all'assistenza sanitaria pubblica.

Per esaminare le variazioni che il disegno di legge sulla istituzione del S.S.N. potrebbe apportare alla spesa sanitaria pubblica e, quindi, all'incidenza della spesa sul P.N.L. occorre anzitutto procedere ad una diversa aggregazione delle voci di spesa in modo da enucleare quelle che dovrebbero risultare ininfluenti ai fini dell'accertamento da condurre.

Nel prospetto 2 sono state infatti indicate separatamente sia le «indennità economiche», per le quali il disegno di legge prevede per il futuro una gestione separata dall'assistenza sanitaria, sia per le «altre uscite» che sono costituite prevalentemente da interessi passivi derivanti da un attuale insufficiente autofinanziamento del sistema.

Nello stesso prospetto sono state poste a confronto le spese degli anni 1976 e 1978, in assoluto e in percentuale del P.N.L. a moneta e reddito 1976 e nell'ipotesi di costanza della legislazione attuale.

**SPESA SANITARIA PUBBLICA PREVISTA PER L'ANNO 1978**

*(In assenza di riforma)*

*(A moneta e reddito dell'anno 1976)*

<b>A. SPESA MUTUALISTICA</b>	<b>miliardi</b>
- Medico generica	739
- Medico specialista	699
- Farmaceutica	1.507
- Altre prestazioni sanitarie	63
<b>TOTALE</b>	<b>3.008</b>
- Indennità economiche	1.139
- Spese generali di amministrazione	381
- Altre uscite	500
<b>COMPLESSO</b>	<b>5.028</b>
<b>B. SPESA OSPEDALIERA</b>	<b>4.127</b>
<b>C. SPESA ENTI LOCALI</b>	<b>990</b>
<b>D. SPESA SANITARIA INAIL-INPS</b>	<b>98</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>10.243</b>

SPESA SANITARIA PUBBLICA PER GLI ANNI 1976 E 1978

(Legislazione costante - Moneta e reddito dell'anno 1976)

VOCI	Spesa 1976 (miliardi)	% P.N.L.	Spesa 1978 (miliardi)	% P.N.L.
Medico-generica	757	0,53	739	0,52
Medico-specialistica	654	0,46	699	0,49
Farmaceutica	1.420	1,00	1.507	1,06
Altre prestazioni sanitarie	79	0,06	63	0,04
Spese gen. di amministrazione	396	0,28	381	0,27
Ospedaliera	3.750	2,64	4.127	2,91
Enti locali	900	0,63	990	0,70
Inail-Inps	140	0,10	98	0,07
<b>TOTALE</b>	<b>8.096</b>	<b>5,70</b>	<b>8.604</b>	<b>6,06</b>
Indennità economiche	922	0,65	1.139	0,80
Altre uscite	353	0,25	500	0,35
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>9.371</b>	<b>6,60</b>	<b>10.243</b>	<b>7,21</b>

Fissata l'aliquota del P.N.L. impegnata nel 1978 nell'assistenza sanitaria pubblica, si è quindi proceduto — si veda il prospetto 3 — alla determinazione delle variazioni che il disegno di legge dovrebbe apportare alla predetta aliquota, tenendo separati i vari fattori di aumento e di riduzione della spesa.

**SPESA PER LA SOLA ASSISTENZA SANITARIA PUBBLICA PREVISTA PER L'ANNO 1978 IN CASO DI RIFORMA IN PERCENTUALE DEL P.N.L.**

A. EFFETTI CERTI	% P.N.L.
— Spesa derivante dalla attuale legislazione (escluse <i>Indennità economiche</i> )	6,06
— Maggiori oneri connessi alla unificazione dei livelli assistenziali ed alla estensione ai soggetti finora esclusi	+ 0,32
— Investimenti in conto capitale	+ 0,10
— Programmi relativi alla prevenzione ed alla riabilitazione	+ 0,10
<b>TOTALE A</b>	<b>6,58</b>
B. EFFETTI INCERTI	
— Mancata riduzione dei livelli erogativi piú elevati	+ 0,25
— Introduzione ticket	— 0,10
— Unificazione trattamento personale	+ 0,10
<b>TOTALE B</b>	<b>0,25</b>
<b>TOTALE A + B</b>	<b>6,83</b>
C. EFFETTI NON VALUTABILI	
— Controllo budgetario ed utilizzazione integrata delle strutture	— ...
— Spinta delle regioni alla uniformità delle assegnazioni	+ ...

Se si esclude la spesa derivante dalla attuale legislazione, gli altri dati esposti nel prospetto 3 richiedono una sia pur minima illustrazione:

— la maggiore spesa per l'unificazione dei livelli assistenziali (a quello attuale I-NAM) è stata quantificata come «effetto certo» per la parte di spesa eccedente quella attuale, e come «effetto incerto» per la parte concernente l'eventuale riduzione dei livelli più elevati;

— la maggiore spesa per l'estensione ai soggetti finora esclusi è stata ottenuta con riferimento ad una ipotesi di 2 milioni di cittadini attualmente non coperti;

— gli «investimenti in conto capitale» hanno avuto una quantificazione correlata con le esperienze pregresse ma, soprattutto, con le indicazioni programmatiche di livellamento delle strutture contenute nel disegno di legge;

— i programmi di «prevenzione e riabilitazione» sono stati valutati in base ad una ipotesi di impegno che meriterebbe qualche ulteriore supporto di approfondimento;

— le aliquote relative alla «introduzione ticket» ed alla «unificazione trattamento personale» derivano sostanzialmente da valutazioni ministeriali;

— sono stati raggruppati sotto la voce «effetti non valutabili» eventuali aumenti o riduzioni di spesa connessi a norme del disegno di legge la cui portata non è oggettivamente valutabile in quanto dipendente dalle forme di assetto contabile ed amministrativo, nonché degli atteggiamenti delle Regioni, degli organi di gestione e dei cittadini; atteggiamenti che non possono, allo stato attuale, essere previsti. Ovviamente tutti gli effetti considerati sono stati riferiti convenzionalmente all'anno 1978: come anno nel quale le varie norme in materia di prestazioni si presumono in vigore.

---

Come si desume dalle risultanze del prospetto 3, l'accertamento condotto consente di poter affermare:

1) La spesa sanitaria, a legislazione costante, supererà nel 1978 il 6% del P.N.L.

2) La maggiore spesa derivante da alcune norme contenute nel disegno di legge in esame va da un minimo «certo» dello 0,50% del P.N.L. ad un massimo dello 0,80% del P.N.L. in cifre tonde.

3) Sono esclusi gli effetti di alcune disposizioni contenute nel disegno di legge, disposizioni la cui rilevanza economica non è oggettivamente valutabile: la somma

algebraica di detti effetti dovrebbe comunque essere di segno positivo, ossia aumentare l'aliquota del P.N.L. destinata a fini sanitari.

4) Le aliquote indicate non comprendono le «indennità economiche» la cui entità (se si includono anche quelle per TBC) ammonta all'1% del P.N.L.

5) Non sono, del pari, compresi nella valutazione eventuali oneri relativi ad operazioni di ripianamento dei deficit accumulati dall'attuale sistema, deficit che peraltro è presumibile raggiungano i 6.900 miliardi a fine 1977.

## ISTITUZIONI PREVISTE DAL DISEGNO DI LEGGE

Articoli	Istituzioni previste	Deleghe al Governo
6	Consiglio sanitario nazionale (decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della Sanità; durata 5 anni).	
9	Consiglio sanitario regionale istituito con legge regionale.	
9 e 10	Unità sanitarie locali, articolate in distretti sanitari di base, istituite con legge regionale.	
11	Consiglio Sanitario locale, articolato a livello di distretti sanitari di base, istituito con legge regionale.	
12	Organismi di gestione dei presidi sanitari ospedalieri e dei servizi veterinari, istituiti con legge regionale.	

Articoli	Istituzioni previste	Deleghe al Governo
20	Libretto sanitario personale, secondo modello approvato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.	
22	Istituzione con legge regionale di n. 4 ruoli organici del personale addetto al servizio sanitario.	
30		Delega per disciplinare la partecipazione contributiva dei lavoratori autonomi e dei liberi professionisti (decreto del Governo da emanarsi almeno un mese prima dalla data di entrata in funzione delle unità sanitarie locali).
36		Delega per l'emanazione di norme generali in materia di sicurezza del lavoro, applicabile a tutti i settori dell'attività lavorativa (entro 1 anno).
36		Delega per ristrutturare, concentrandoli in un nuovo istituto dipendente dal Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, i servizi e i compiti già svolti dall'ENPI (entro 1 anno).

Articoli	Istituzioni previste	Deleghe al Governo
37		Delega per disciplinare l'esercizio delle funzioni medico-legali, ispettive e di accertamento sanitario (entro un anno).
38		Delega per il riordinamento della C.R.I. (entro 1 anno).
41		Delega per disciplinare i criteri, le modalità, i controlli e il contenzioso in materia di accertamento e versamento dei contributi (entro 1 anno).
47		Delega per la disciplina delle prestazioni economiche temporanee di malattia e maternità (entro sei mesi).
48		Delega per una nuova disciplina delle limitazioni della libertà personale per scopi sanitari (entro 1 anno).
49		Delega per la disciplina dell'assistenza dell'assistenza sanitaria all'estero (entro 1 anno).

Articoli	Istituzioni previste	Deleghe al Governo
50		Delega per il riordinamento dei servizi del Ministero della Sanità e del Consiglio superiore di sanità (entro un anno).
52	Commissione per la verifica dell'andamento delle spese e delle prestazioni del servizio sanitario nazionale nel primo anno della sua attuazione (costituita con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri).	

## ADEMPIMENTI PREVISTI DAL DISEGNO DI LEGGE

Tempi dall'entrata in vigore della legge o da altra data	Adempimenti previsti	Articoli
All'entrata in vigore	Promozione di accordo nazionale unico tra i rappresentanti dei sanitari convenzionati ed i Ministri della Sanità, del Lavoro, del Tesoro d'intesa con le Regioni.	23
All'entrata in vigore	Istituzione di ruoli regionali, in attesa della fiscalizzazione oneri sociali, per assistenza soggetti non aventi diritto secondo norme vigenti.	31
All'entrata in vigore	Vincolo per le Regioni di utilizzare per i servizi sanitari personale degli Enti le cui attribuzioni confluiranno nel Servizio Sanitario Nazionale.	39
Entro 30 giorni	Costituzione del Consiglio sanitario nazionale e Consigli sanitari regionali.	27
Entro 30 giorni	Emanazione D.P.R. per dichiarare: estinzione enti mutualistici, nomina Commissari liquidatori degli Enti a carattere nazionale ed interregionale, istituzione di gestioni autonome di assistenza sanitaria enti di previdenza sociale e nomina « Commissario ai servizi sanitari ».	29

Tempi dall'entrata in vigore della legge o da altra data	Adempimenti previsti	Articoli
Entro 30 giorni	Soppressione dell'ENPI e nomina relativo Commissario Straordinario	36
Dal 1° luglio 1977	Pagamento a carico degli assistiti di una quota del prezzo dei medicinali, secondo modalità e misure che saranno stabilite dal CIPE.	18
Entro 6 mesi	Emanazione D.P.R. per trasferire le gestioni residue degli enti previdenziali all'INPS o all'Amministrazione dello Stato.	29
Entro 6 mesi	Emanazione di decreti delegati per disciplinare le prestazioni economiche di malattia e di maternità.	47
A decorrere dall'anno scolastico 1977/1978	Cessazione delle scuole e sezioni di arti sanitarie ausiliarie funzionanti presso lo Stato e loro trasferimento alle Regioni.	46
Entro un anno	Emanazione di decreti delegati per il riordinamento delle norme in materia di prevenzione degli infortuni sul lavoro e di igiene del lavoro.	36
Entro un anno	Emanazione di decreti delegati per la disciplina dell'esercizio delle funzioni medico-legali, ispettive e di accertamento sanitario.	37
Entro un anno	Emanazione decreti delegati per il riordinamento della C.R.I.	38

Tempi dall'entrata in vigore della legge o da altra data	Adempimenti previsti	Articoli
Entro un anno	Emanazione di decreti delegati per disciplinare i criteri, le modalità e i controlli per l'accertamento ed i versamenti contributivi.	41
Entro un anno	Emanazione di decreti delegati per una nuova disciplina delle limitazioni della libertà personale per motivi sanitari.	48
Entro un anno	Emanazione di decreti delegati per la nuova disciplina dell'erogazione dell'assistenza sanitaria all'estero.	49
Entro un anno	Emanazione di decreti delegati per il riordinamento dei servizi del Ministero della Sanità.	50
Entro 18 mesi	Emanazione di decreto del Presidente della Repubblica per stabilire la data di decorranza dell'unificazione delle prestazioni sanitarie degli Enti mutualistici ai livelli CIPE.	30
Entro 18 mesi	Emanazione di decreti delegati per disciplinare i livelli contributivi.	30
Entro 18 mesi	Emanazione di legge regionale per disciplinare i compiti, la struttura, la gestione ed il funzionamento delle U.S.L.	32
Entro 18 mesi	Trasferimento, con decreto del Ministro della Sanità o con provvedimento regionale, dei restanti presidi sanitari non trasferiti direttamente, dei loro beni e del personale.	34

Tempi dell'entrata in vigore della legge o da altra data	Adempimenti previsti	Articoli
Dall'inizio del 19° mese	Costituzione delle unità sanitarie locali ed erogazione dell'assistenza sanitaria a tutti gli aventi diritto secondo le norme vigenti.	28
Dall'inizio del 19° mese	Abolizione del limite dei 180 giorni per l'erogazione dell'assistenza da parte degli enti.	30
Dall'inizio del 19° mese	Emanazione di legge regionale per la costituzione delle U.S.L. e trasferimento del patrimonio regionale alle stesse.	32
Dall'inizio del 19° mese	Trasferimento, con la stessa legge, alle Regioni, dei beni appartenenti ai servizi igienico-sanitari degli enti ospedalieri, dei comuni, delle province e consorzi e trasferimento alle regioni del personale addetto, da data non posteriore al 31 dicembre 1976, ai servizi sanitari di tali enti.	33
Dall'inizio del 19° mese	Trasferimento alle regioni in cui sono ubicati, con decreto interministeriale da emanarsi tre mesi prima, dei beni degli enti casse mutue e gestioni soppresse, per il successivo trasferimento entro un mese alle U.S.L.	35
Dall'inizio del 19° mese	Emanazione del decreto del Presidente della Repubblica per trasferimento delle attività, già svolte dall'ENPI, alle U.S.L.	36

Tempi dell'entrata in vigore della legge o da altra data	Adempimenti previsti	Articoli
Dall'inizio del 19° mese	Trasferimento alle regioni, con decreto del Presidente della Repubblica, dei servizi sanitari dell'INAIL, dell'INPS e delle Amministrazioni anche autonome dello Stato, nonché dei beni e delle attrezzature.	37
Dall'inizio del 19° mese	Trasferimento alle regioni, con decreto del Ministro della sanità, dei servizi di assistenza sanitaria della C.R.I. non rientranti nei fini istituzionali, nonché dei beni e del personale	38
Dall'inizio del 19° mese	Trasferimento alle regioni, con decreto del Presidente del Consiglio, del personale degli enti mutualistici in relazione alle esigenze da soddisfare.	39
Dall'inizio del 19° mese	Fino alla fiscalizzazione degli oneri sociali la riscossione dei contributi di malattia verrà effettuata da parte dell'INPS.	41
	Fino alla fiscalizzazione degli oneri sociali istituzione di un « Fondo nazionale per l'assistenza sanitaria » per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale.	42
	Affidamento all'INPS dell'erogazione delle prestazioni economiche di malattia e di maternità.	47

Tempi dell'entrata in vigore della legge o da altra data	Adempimenti previsti	Articoli
Entro cinque anni	Piena attuazione del Servizio sanitario nazionale con l'erogazione dell'assistenza sanitaria in condizioni di uniformità ed uguaglianza a tutta la popolazione.	53

**ENTI CHE, OLTRE A QUELLI FACENTI CAPO A COMUNI,  
PROVINCE E REGIONI, HANNO COMPETENZE NEL CAMPO  
DELLA PREVENZIONE, E PIU' IN PARTICOLARE  
NELLA PREVENZIONE TECNICO-INGEGNERISTICA:**

---

- Ministero del Lavoro tramite gli Ispettori del lavoro nel campo della cosiddetta «sicurezza del Lavoro». - Ministero dell'Interno (esplosivi; fabbricazione, trasporto e deposito di petroli derivati liquidi e gassosi; incendi). - Ministero Industria, Commercio e artigianato (miniere, cave e torbiere; impiego gas combustibile per uso domestico). - Ministero Marina Mercantile (navigazione marittima con vigilanza sulle macchine e sugli impianti ma anche sui porti e lavori portuali) attraverso l'Ispettorato tecnico, le Capitanerie di porto e il Registro Navale (RINA). - Ministero dei Trasporti e Aviazione Civile (trasporti terrestri pubblici e privati; esercizio navigazione aerea interna; funivie, teleferiche ecc.) tramite il registro aeronautico (RAI) e gli Ispettorati della Motorizzazione Civile. - Ministero delle Poste e Telecomunicazioni per i propri servizi e impianti. - Ministero della Difesa per gli impianti, macchine, apparecchi installati negli stabilimenti e automezzi militari. - Ministero dei Lavori Pubblici (alcuni impianti e macchine impiegate nelle abitazioni civili, come gli ascensori) tramite l'ENPI. - Associazione Nazionale per il controllo della combustione (ANCC) con competenze tecniche per gli apparecchi a pressione e per il controllo della combustione finalizzato all'economia dei combustibili nazionali ed esteri. - Comitato Nazionale per l'Energia Nucleare (CNEN) nel campo delle radiazioni ionizzanti relative alla produzione e alla lavorazione di materie radioattive. - Ente Nazionale Prevenzione Infortuni (ENPI) (impianti di sollevamento, apparecchi idroestrattori, impianti di protezione contro scariche atmosferiche; ascensori nelle abitazioni civili; ascensori in genere e installazioni elettriche di cui alle norme del Comitato Elettrotecnico Italiano). - Registro Navale Italiano (macchine, apparecchi, impianti a bordo di natanti della Ma-

rina Militare). - Registro Aeronautico Italiano (collaudo materiale aeronautico e controllo delle condizioni di navigabilità degli aeromobili civili). - Comitato Elettrotecnico Italiano (CEI), associazione a carattere privatistico con competenze normative (!) sulla sicurezza degli impianti, attrezzature, macchine elettriche. - Comitato Italiano Gas (CIG) anche questo a carattere privatistico con competenza normativa (!) per l'utilizzazione dei gas combustibili per uso domestico. - Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) che provvede alla stesura di norme per l'accettazione, il collaudo, l'unificazione di materiali, strumenti, macchinari ecc. per usi tecnici e scientifici ed inoltre norme per l'esecuzione, il collaudo e la protezione degli impianti e delle costruzioni. - Istituto Superiore di Sanità con compiti di ricerca scientifica ai fini della tutela della salute pubblica e della integrità psico-fisica dei cittadini; esegue controlli, cura l'esame tecnico dei brevetti e dei progetti, di opere e impianti produttivi pubblici e privati; compie accertamenti ed indagini di natura igienico-sanitaria anche in relazione all'ambiente; interviene nel campo igienico-sanitario per la salute pubblica

*Fonte:* Ufficio sicurezza sociale U.I.L.

## 1974 - SITUAZIONE DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA (Fonte: Indagine FIARO-CIRSS)

ABRUZZO	Ospedali generali				Osp. specializzati non sanatoriali			Osp. Spec. San.	Osp. N.C. e inf.	Totale generale
	Reg.	Prov.	Zon.	Totale	Reg.	Prov.	Totale			
ospedali		9	11	20		1	1	2	1	24
posti-letto		5.848	2.313	8.161		30	30	347	92	8.830
medici		585	220	805		4	4	22	12	843
ausiliari		1.560	835	2.395		3	3	85	11	2.404
ricoverati		127.277	53.411	180.688		313	313	1.214	1.900	184.115
gg. di degenza		1.473.468	841.647	2.115.113		5.988	5.988	96.141	28.082	2.245.304
posti-letto % abitanti		4,9	1,9	6,8				0,3	0,1	7,2
posti-letto per medico		10,0	10,5	10,1		7,5	7,5	15,8	7,7	10,2
posti-letto per ausil.		3,7	2,8	3,4		10,0	10,0	4,1	8,4	3,5
gg. di deg. per ricov.		11,6	12,0	11,7		19,1	19,1	79,2	14,8	12,2
occup. media perc.		69,0	76,0	71,0		54,7	54,7	75,9	83,6	71,3

BASILICATA	Ospedali generali				Osp. specializzati non sanatoriali			Osp. Spec. San.	Osp. N.C. e inf.	Totale generale
	Reg.	Prov.	Zon.	Totale	Reg.	Prov.	Totale			
ospedali		2	8	10						10
posti-letto		1.527	1.201	2.728						2.728
medici		170	105	275						275
ausiliari		539	295	834						834
ricoverati		37.933	29.960	67.893						87.893
gg. di degenza		457.222	356.284	813.486						813.480
posti-letto % abitanti		2,5	2,0	4,5						4,5
posti-letto per medico		9,0	11,4	9,9						9,9
posti-letto per ausil.		2,8	4,1	3,3						3,3
gg. di deg. per ricov.		12,0	11,9	12,0						12,0
occup. media perc.		82,0	81,3	81,7						81,7

CALABRIA	Ospedali generali				Osp. specializzati non sanatoriali			Osp. Spec. San.	Osp. N.C. e inf.	Totale generale
	Reg.	Prov.	Zon.	Totale	Reg.	Prov.	Totale			
ospedali	2	1	15	18				4	1	23
posti-letto	2.127	884	4.137	6.948				834	55	7.837
medici	259	91	428	779				47	7	833
ausiliari	807	197	1.018	2.022				135	7	2.104
ricoverati	66.053	15.582	102.931	184.548				3.629	2.058	190.233
gg. di degenza	711.312	153.026	1.096.967	1.961.305				244.856	14.828	2.220.839
posti-letto % abitanti	1,1	0,3	2,1	3,5				0,4		3,9
posti-letto per medico	8,2	7,5	9,6	8,9				17,7	7,8	6,4
posti-letto per ausil.	2,6	3,5	4,1	3,4				6,2	7,8	3,6
gg. di deg. per ricov.	10,8	9,8	10,6	10,6				67,5	7,2	11,7
occup. media perc.	91,6	61,3	72,6	77,3				80,4	73,9	77,6

CAMPANIA	Ospedali generali				Osp. specializzati non sanatoriali			Osp. Spec. San.	Osp. N.C. e inf.	Totale generale
	Reg.	Prov.	Zon.	Totale	Reg.	Prov.	Totale			
ospedali	9	8	22	39	5	1	6	2	9	56
posti-letto	6.463	4.812	4.106	15.411	2.652	281	2.933	2.151	465	20.960
medici	1.234	720	581	2.535	458	49	507	153	31	3.228
ausiliari	2.380	1.479	1.000	4.885	1.055	124	1.179	311	39	6.394
ricoverati	173.460	117.862	98.758	360.108	49.308	9.839	59.147	9.387	6.423	485.085
gg. di degenza	2.072.805	1.334.809	1.073.283	4.480.697	732.387	91.347	823.734	671.924	70.197	8.046.552
posti-letto % abitanti	1,2	0,6	0,8	2,9	0,5	0,1	0,6	0,4	0,1	4,0
posti-letto per medico	5,3	8,7	7,1	8,1	5,8	5,7	5,8	14,0	15,0	9,4
posti-letto per ausil.	2,7	3,2	4,1	3,1	2,5	2,3	2,5	6,0	11,9	3,3
gg. di deg. per ricov.	11,9	11,3	10,9	11,5	14,8	9,3	13,9	71,8	10,9	13,0
occup. media pere.	87,4	78,0	71,6	79,6	75,7	89,1	76,9	85,6	41,3	79,0

EMILIA-ROMAGNA	Ospedali generali				Osp. specializzati non sanatoriali			Osp. Spec. San.	Osp. N.C. e inf.	Totale generale
	Reg.	Prov.	Zon.	Totale	Reg.	Prov.	Totale			
ospedali	6	9	61	76	1	6	7	3	18	104
posti-letto	9.761	7.755	11.423	28.939	681	2.183	2.884	988	1.087	33.858
medici	1.527	310	941	3.278	106	203	309	48	47	3.682
ausiliari	5.210	3.343	3.508	12.061	283	770	1.053	225	173	13.512
ricoverati	230.182	187.167	225.209	622.567	20.556	24.656	45.212	4.400	13.556	685.735
gg. di degenza	3.252.244	2.271.961	3.127.714	8.651.919	246.774	759.112	1.005.836	271.063	267.832	10.196.500
posti-letto % abitanti	2,5	2,0	2,9	7,4	0,2	0,5	0,7	0,3	0,3	3,7
posti-letto per medico	6,4	9,6	12,1	8,8	6,4	10,7	9,3	20,6	22,7	9,2
posti-letto per ausil.	1,9	2,3	3,2	2,4	2,4	2,8	2,7	4,4	6,2	2,5
gg. di deg. per ricov.	14,1	13,6	13,9	13,9	12,0	30,8	22,2	61,6	19,7	14,9
occup. media perc.	91,3	80,3	75,0	81,9	99,3	95,3	96,2	75,2	68,7	82,5

FRIULI-VENEZIA GIULIA	Ospedali generali				Osp. specializzati non sanatoriali			Osp. Spec. San.	Osp. N.C. e inf.	Totale generale
	Reg.	Prov.	Zon.	Totale	Reg.	Prov.	Totale			
ospedali	3	5	11	19	1	3	4	2	25	
posti-letto	3.833	3.187	2.312	9.332	595	348	1.443	654	11.429	
medici	492	287	159	938	82	29	111	36	1.085	
ausiliari	2.254	1.320	878	4.452	267	157	424	85	4.981	
ricoverati	94.567	78.929	51.609	225.105	17.183	4.495	21.678	2.912	249.895	
gg. di degenza	1.345.478	1.011.695	736.676	3.093.849	149.201	287.724	410.925	193.083	3.703.837	
posti-letto % abitanti	3,1	2,8	1,9	7,6	0,5	0,7	1,2	0,5	9,3	
posti-letto per medico	7,8	11,1	14,5	9,9	7,2	29,2	13,0	18,2	10,5	
posti-letto per ausil.	1,7	2,4	2,6	2,1	2,2	5,4	3,4	7,7	2,3	
gg. di deg. per ricov.	14,2	12,8	14,3	13,7	8,7	59,6	19,2	86,3	14,9	
occup. media perc.	96,2	87,0	87,3	90,8	68,7	88,5	79,1	80,9	88,8	

LAZIO	Ospedali generali				Osp. specializzati non sanatoriali			Osp. Spec. San.	Osp. N.C. e inf.	Totale generale
	Reg.	Prov.	Zon.	Totale	Reg.	Prov.	Totale			
ospedali	7	12	33	52	7	6	13	2	2	69
posti-letto	8.714	5.101	4.379	18.194	1.723	878	2.601	1.819	110	22.724
medici	1.338	626	443	2.407	352	138	490	182	4	3.063
ausiliari	3.325	1.726	1.074	6.125	819	428	1.247	460	9	7.841
ricoverati	225.147	143.380	97.358	465.885	26.132	17.156	43.288	7.695	1.571	518.439
gg. di degenza	3.180.704	1.507.142	1.150.954	5.838.800	538.681	255.461	794.142	575.700	21.038	7.229.680
posti-letto % abitanti	1,8	1,1	0,9	3,8	0,3	0,2	0,5	0,4		4,7
posti-letto per medico	6,5	8,1	9,9	7,5	4,9	6,3	5,3	11,2	27,5	7,4
posti-letto per ausil.	2,6	3,0	4,1	3,0	2,1	2,0	2,1	3,9	12,2	2,9
gg. di deg. per ricov.	14,1	10,5	11,8	12,5	20,6	14,9	18,2	74,8	13,4	13,9
occup. media perc.	100,0	80,9	72,0	87,9	85,0	79,7	83,6	86,7	52,4	87,2

LIGURIA	Ospedali generali				Osp. specializzati non sanatoriali			Osp. Spec. San.	Osp. N.C. e inf.	Totale generale
	Reg.	Prov.	Zon.	Totale	Reg.	Prov.	Totale			
ospedali	1	6	21	28	2	3	5	2	14	49
posti-letto	3.753	5.492	4.403	13.648	3.044	615	3.659	973	713	18.993
medici	388	659	426	1.473	273	42	315	49	22	1.859
ausiliari	1.715	2.152	1.270	5.137	995	154	1.149	142	73	6.501
ricoverati	66.600	117.344	81.390	265.334	47.028	8.979	56.007	2.946	7.853	332.140
gg. di degenza	1.095.697	1.620.619	1.277.132	3.993.446	883.462	201.860	1.065.112	273.079	148.328	5.479.967
posti-letto % abitanti	2,0	2,9	2,4	7,3	1,6	0,3	1,9	0,5	0,4	10,1
posti-letto per medico	9,7	8,3	10,4	9,3	11,1	14,6	11,6	19,8	32,4	10,2
posti-letto per ausil.	2,2	2,5	3,5	2,6	3,0	4,0	3,2	6,8	9,8	2,9
gg. di deg. per ricov.	16,4	13,8	15,7	15,0	18,4	22,4	19,0	92,7	18,9	16,5
occup. media perc.	80,0	80,8	79,5	80,2	77,7	89,3	79,7	76,9	57,0	79,0

LOMBARDIA	Ospedali generali				Osp. specializzati non sanatoriali			Osp. Spec. San.	Osp. N.C. e inf.	Totale generale
	Reg.	Prov.	Zon.	Totale	Reg.	Prov.	Totale			
ospedali	7	27	81	115	2	13	15	9	17	156
posti-letto	11.349	25.281	20.460	57.090	825	4.823	5.648	3.915	1.387	68.040
medici	2.008	2.475	1.620	6.101	158	529	687	94	35	6.917
ausiliari	4.466	8.794	5.682	18.942	472	1.723	2.195	398	115	21.650
ricoverati	271.868	524.869	434.439	1.231.176	10.873	98.307	109.180	9.087	13.935	1.363.378
gg. di degenza	3.777.557	7.179.098	5.667.286	16.823.939	261.910	1.450.982	1.712.892	919.493	387.241	19.643.585
posti-letto % abitanti	1,3	2,9	2,3	6,5	0,1	0,6	0,7	0,4	0,2	7,8
posti-letto per medico	5,6	10,2	12,6	9,3	5,2	9,1	8,2	41,6	39,8	9,8
posti-letto per ausil.	2,5	2,9	3,6	3,0	1,7	2,9	2,6	9,8	12,1	3,1
gg. di deg. per ricov.	13,9	13,7	13,0	13,5	24,1	14,8	15,7	101,2	27,8	14,4
occup. media perc.	91,2	77,8	75,9	79,8	87,0	82,4	83,1	64,3	76,5	79,1

MARCHE	Ospedali generali				Osp. specializzati non sanatoriali			Osp. Spec. San.	Osp. N.C. e inf.	Totale generale
	Reg.	Prov.	Zon.	Totale	Reg.	Prov.	Totale			
ospedali	1	8	40	49	3	1	4	3	10	68
posti-letto	911	4.643	6.183	11.737	1.730	209	1.939	517	537	14.730
medici	136	429	409	974	124	42	186	24	20	1.184
ausiliari	283	1.858	1.487	3.408	553	107	680	61	89	4.198
ricoverati	23.011	108.628	107.679	237.618	26.457	3.874	30.331	1.750	5.782	275.461
gg. di degenza	266.993	1.308.878	1.510.846	3.086.517	501.077	69.824	570.901	116.422	92.459	3.866.299
posti-letto % abitanti	0,6	3,4	4,5	8,5	1,3	0,1	1,4	0,4	0,4	10,7
posti-letto per medico	6,7	10,8	15,1	12,0	13,9	5,0	11,7	21,5	26,8	12,4
posti-letto per ausil.	3,2	2,8	4,2	3,4	3,1	1,9	2,9	8,5	7,8	3,5
gg. di deg. per ricov.	11,6	12,3	14,0	13,0	18,9	18,0	18,8	66,5	16,0	14,0
occup. media perc.	80,3	77,2	87,0	72,1	79,3	91,5	80,7	61,7	47,2	72,0

MOLISE	Ospedali generali				Osp. specializzati non sanatoriali			Osp. Spec. San.	Osp. N.C. e inf.	Totale generale
	Reg.	Prov.	Zon.	Totale	Reg.	Prov.	Totale			
ospedali		2	4	6						6
posti-letto		608	732	1.340						1.340
medici		70	68	138						138
ausiliari		145	206	351						351
ricoverati		15.118	18.242	33.360						33.360
gg. di degenza		147.175	233.890	381.065						381.065
posti-letto % abitanti		1,9	2,2	4,1						4,1
posti-letto per medico		8,7	10,8	9,7						9,7
posti-letto per ausil.		4,2	3,6	3,8						3,8
gg. di deg. per ricov.		9,7	12,8	11,4						11,4
occup. media perc.		86,3	87,5	77,9						77,9

PIEMONTE	Ospedali generali				Osp. specializzati non sanatoriali			Osp. Spec. San.	Osp. N.C. e inf.	Totale generale
	Reg.	Prov.	Zon.	Totale	Reg.	Prov.	Totale			
ospedali	6	11	37	54	8	9	7	43	113	
posti-letto	3.793	10.894	8.684	23.371	3.413	3.413	2.516	2.821	32.123	
medici	462	1.021	725	2.208	410	410	103	86	2.807	
ausiliari	1.327	3.836	2.522	7.735	1.288	1.286	360	270	9.651	
ricoverati	80.458	229.008	193.899	503.365	74.129	74.129	9.578	28.850	615.722	
gg. di degenza	1.130.215	3.181.647	2.414.169	6.726.031	925.557	925.557	714.890	692.024	9.058.302	
posti-letto % abitanti	0,8	2,4	1,9	5,1	0,8	0,8	0,6	0,6	7,1	
posti-letto per medico	8,2	10,7	12,0	10,6	8,3	8,3	24,4	32,9	11,4	
posti-letto per ausil.	2,8	2,8	3,4	3,2	2,6	2,6	7,0	10,5	3,3	
gg. di deg. per ricov.	14,0	13,9	12,4	13,4	12,5	12,5	74,6	24,1	14,7	
occup. media perc.	80,0	80,0	76,2	78,8	74,3	74,3	77,8	67,0	77,2	

PUGLIA	Ospedali generali				Osp. specializzati non sanatoriali			Osp. Spec. San.	Osp. N.C. e inf.	Totale generale
	Reg.	Prov.	Zon.	Totale	Reg.	Prov.	Totale			
ospedali	6	13	43	62	2	1	3	7	4	76
posti-letto	7.027	5.968	9.007	22.002	915	80	995	1.783	220	25.000
medici	1.026	646	808	2.480	97	12	109	108	21	2.718
ausiliari	2.677	1.671	2.521	6.869	274	30	304	276	37	7.488
ricoverati	167.981	131.725	189.021	498.727	16.984	3.518	20.502	6.744	4.118	530.091
gg. di degenza	2.054.427	1.571.454	2.346.204	5.972.085	222.711	26.481	249.172	499.581	55.515	6.776.333
posti-letto % abitanti	1,9	1,6	2,5	6,0	0,2		0,2	0,5	0,1	6,8
posti-letto per medico	6,8	9,2	11,1	8,9	9,4	6,7	9,1	16,5	10,5	9,2
posti-letto per ausil.	2,8	3,8	3,6	3,2	3,3	2,7	3,3	6,5	5,9	3,3
gg. di deg. per ricov.	12,2	11,8	11,8	12,0	13,1	7,5	12,1	74,1	13,5	12,8
occup. media perc.	80,1	72,1	71,4	74,4	68,7	90,6	68,6	76,8	69,1	74,3

SARDEGNA	Ospedali generali				Osp. specializzati non sanatoriali			Osp. Spec. San.	Osp. N.C. e inf.	Totale generale
	Reg.	Prov.	Zon.	Totale	Reg.	Prov.	Totale			
ospedali	1	2	13	16		3	3	5	3	27
posti-letto	1.817	2.087	2.389	6.293		390	390	1.260	175	8.118
medici	286	262	202	750		53	53	42	18	861
ausiliari	818	928	645	2.391		128	128	112	58	2.689
ricoverati	37.569	48.575	52.025	138.169		10.418	10.418	2.379	4.783	155.749
gg. di degenza	580.784	573.548	669.117	1.823.449		122.142	122.142	345.821	61.243	2.352.655
posti-letto % abitanti	1,2	1,4	1,6	4,2		0,2	0,2	0,8	0,1	5,3
posti-letto per medico	6,3	8,0	11,8	8,4		7,3	7,3	30,0	10,9	9,4
posti-letto per ausil.	2,2	2,2	3,7	2,6		3,0	3,0	11,2	3,0	3,0
gg. di deg. per ricov.	15,4	11,8	12,9	13,2		11,7	11,7	145,4	12,8	15,1
occup. media perc.	83,0	75,3	78,7	79,4		85,8	85,8	75,2	95,9	79,4

TOSCANA	Ospedali generali				Osp. specializzati non sanatoriali			Osp. Spec. San.	Osp. N.C. e inf.	Totale generale
	Reg.	Prov.	Zon.	Totale	Reg.	Prov.	Totale			
ospedali	3	13	48	64	2	4	6	8	11	89
posti-letto	7.771	10.328	7.916	26.015	930	769	1.699	1.676	791	30.181
medici	1.200	1.175	606	2.981	102	96	198	88	25	3.292
ausiliari	3.595	4.493	2.124	10.212	350	387	737	292	78	11.319
ricoverati	146.246	241.157	145.700	533.103	23.087	18.358	41.443	8.841	7.184	590.571
gg. di degenza	2.280.564	2.914.895	2.128.628	7.324.087	265.427	228.486	493.913	424.076	230.153	8.472.229
posti-letto % abitanti	2,2	2,9	2,3	7,4	0,3	0,2	0,5	0,5	0,2	8,6
posti-letto per medico	6,5	8,8	13,1	8,7	9,1	8,0	8,5	19,0	31,6	9,2
posti-letto per ausil.	2,2	2,3	3,7	2,5	2,6	2,0	2,3	5,7	10,1	2,7
gg. di deg. per ricov.	15,6	12,1	14,6	13,7	11,5	12,4	11,9	48,0	32,0	14,3
occup. media perc.	80,4	77,3	73,7	77,1	78,2	81,4	79,6	69,3	79,7	76,9

TRENTINO- ALTO ADIGE	Ospedali generali				Osp. specializzati non sanatoriali			Osp. Spec. San.	Osp. N.C. e inf.	Totale generale
	Reg.	Prov.	Zon.	Totale	Reg.	Prov.	Totale			
ospedali	2	3	11	16	2	2	1	2	21	
posti-letto	2.271	1.318	1.975	5.564	314	314	330	82	6.290	
medici	216	88	137	441	19	19	9		469	
ausiliari	860	363	564	1.787	101	101	28	8	1.924	
ricoverati	51.568	25.970	44.327	121.863	6.512	6.512	954	974	130.303	
gg. di degenza	709.485	400.044	669.963	1.779.492	89.089	89.089	109.339	19.993	1.997.918	
posti-letto % abitanti	2,7	1,5	2,3	6,5	0,4	0,4	0,4	0,1	7,4	
posti-letto per medico	10,5	15,0	14,4	12,6	16,5	16,5	36,7		13,4	
posti-letto per ausil.	2,6	3,6	3,5	3,1	3,1	3,1	11,8	10,2	3,3	
gg. di deg. per ricov.	13,7	15,4	15,1	14,6	13,7	13,7	114,6	20,5	15,3	
occup. media perc.	85,8	83,1	92,9	87,6	77,7	77,7	90,8	66,8	87,0	

UMBRIA	Ospedali generali				Osp. specializzati non sanatoriali			Osp. Spec. San.	Osp. N.C. e inf.	Totale generale
	Reg.	Prov.	Zon.	Totale	Reg.	Prov.	Totale			
ospedali	1	4	14	19				1	3	23
posti-letto	1.450	2.393	2.342	6.185				202	259	6.648
medici	289	299	195	783				13	8	804
ausiliari	803	1.051	628	2.482				53	8	2.543
ricoverati	33.436	57.067	41.730	132.233				539	2.308	135.140
gg. di degenza	408.446	665.985	549.601	1.624.032				46.953	43.876	1.714.881
posti-letto % abitanti	1,9	3,0	3,0	7,9				0,2	0,3	8,4
posti-letto per medico	5,0	8,0	12,0	7,9				15,5	32,4	8,3
posti-letto per ausil.	1,8	2,3	3,7	2,5				3,8	32,4	2,6
gg. di deg. per ricov.	12,2	11,7	13,2	12,3				78,4	19,0	12,7
occup. media perc.	77,2	76,3	64,3	71,9				63,7	46,4	70,7

VALLE D'AOSTA	Ospedali generali				Osp. specializzati non sanatoriali			Osp. Spec. San.	Osp. N.C. e inf.	Totale generale
	Reg.	Prov.	Zon.	Totale	Reg.	Prov.	Totale			
ospedali	1			1	1		1		1	3
posti-letto	468			468	100		100		14	582
medici	49			49	8		8		1	58
ausiliari	207			207	37		8		4	248
ricoverati	10.867			10.867	2.983		2.983		183	14.913
gg. di degenza	158.958			158.958	25.159		25.159		1.513	183.630
posti-letto % abitanti	4,2			4,2	0,9		0,9		0,1	5,2
posti-letto per medico	9,5			9,5	12,5		12,5		14,0	10,0
posti-letto per ausil.	2,3			2,3	2,7		2,7		3,6	2,3
gg. di deg. per ricov.	14,4			14,4	8,5		8,5		8,3	13,1
occup. media perc.	91,9			91,9	68,9		68,9		29,6	88,4

VENETO	Ospedali generali				Osp. specializzati non sanatoriali			Osp. Spec. San.	Osp. N.C. e inf.	Totale generale
	Reg.	Prov.	Zon.	Totale	Reg.	Prov.	Totale			
ospedali	6	21	45	72	1	5	8	6	1	85
posti-letto	11.599	16.089	13.458	41.144	360	2.028	2.386	1.722	60	45.312
medici	1.361	1.362	903	3.626	20	141	161	53	2	3.842
ausiliari	4.812	5.983	4.002	14.707	63	578	642	196	8	15.943
ricoverati	227.950	318.789	246.716	793.455	6.183	24.718	30.901	3.693	592	828.641
gg. di degenza	3.407.536	4.714.404	3.713.014	11.834.954	115.485	605.647	721.132	413.136	16.085	12.935.309
posti-letto % abitanti	2,8	3,8	3,2	9,8	0,1	0,5	0,6	0,4		10,8
posti-letto per medico	8,5	11,8	14,8	11,3	18,0	14,4	14,8	32,5	30,0	11,8
posti-letto per ausil.	2,4	2,7	3,4	2,8	5,7	3,5	3,7	8,9	7,5	2,9
gg. di deg. per ricov.	14,9	14,8	15,0	14,9	18,7	24,5	23,3	111,9	27,2	15,7
occup. media perc.	80,5	80,3	75,6	78,8	87,9	81,9	82,8	85,7	73,4	78,5

## GLI ENTI MUTUALISTICI ED I LORO ASSISTIBILI

ENTI GESTORI	1973	1974 (a)
<b>1) LAVORATORI DIPENDENTI</b>		
I.N.A.M.	29.546.207	30.059.000
E.N.P.A.S.	5.365.700	5.518.000
E.N.P.D.E.D.P.	1.049.343	1.085.415
I.N.A.D.E.L.	2.262.855	2.385.000
Cassa Marittima Adriatica	48.380	48.700
Cassa Marittima Meridionale	209.362	208.000
Cassa Marittima Tirrena	60.102	60.000
Cassa di Prev. lavoratori Porto di Savona	3.304	3.304
E.N.P.A.L.S.	125.221	157.750
I.N.P.G.I.	—	—
E.N.P.A.I.A.	50.709	52.429
F.A.S.D.A.I.	84.632	87.363
Cassa Naz. Malattia Gente dell'Aria	40.987	40.987
Cassa Malattia Trento	220.668	225.000
Cassa Malattia Bolzano	197.705	200.600
<b>Totale lavoratori dipendenti</b>	<b>39.265.175</b>	<b>40.131.548</b>
<b>2) LAVORATORI AUTONOMI</b>		
Coltivatori Diretti	4.689.225	5.120.367
Artigiani	4.244.938	4.242.936
Commercianti	4.064.997	3.930.869
<b>Totale lavoratori autonomi</b>	<b>12.999.160</b>	<b>13.294.172</b>

### 3) LIBERI PROFESSIONISTI

E.N.P.A.M. (medici)	174.162	177.785
E.N.P.A.O. (ostetriche)	19.604	19.604
E.N.P.A.F. (farmacisti)	30.387	30.387
E.N.P.A.V. (veterinari)	29.841	26.975
E.N.P.D.E.D.P.:		
— Avvocati e procuratori	72.975	74.646
— Ingegneri e architetti	37.680	38.314
— Geometri	19.890	21.664
— Ragionieri	11.630	16.637
	<hr/>	<hr/>
Totale liberi professionisti	369.151	406.012
	<hr/>	<hr/>
TOTALE COMPLESSIVO	52.660.406	53.831.732

---

(a) Dati provvisori.

Fonte: Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese, 1974.

**CONSISTENZE DEL PERSONALE DEGLI ENTI INTERESSATI ALLO  
SCORPORA DELLE FUNZIONI SANITARIE**

*Tabella n. 1 - Consistenza complessiva del personale degli enti mutuo-previdenziali, dell'E.N.P.I. e della C.R.I. addetto alla gestione « assistenza malattia » e ai « servizi sanitari » (al 31 marzo 1976)*

ENTE	Consistenza complessiva
I.N.A.M.	27.698
E.N.P.A.S.	7.158
I.N.A.D.E.L.	2.516
E.N.P.D.E.D.P.	1.944
E.N.P.A.L.S.	645
Federazioni Nazionale e Casse Mutue provinciali di malattia:	
— Coltivatori diretti	3.077
— Artigiani	1.746
— Commercianti	2.074
I.N.P.G.I.	70
E.N.P.A.I.A.	62
Casse Marittime:	
— Meridionale Napoli	115
— Tirrena Genova	68
— Adriatica Trieste	40
Cassa Mutua prov. Trento	218
Cassa Mutua prov. Bolzano	254
U.A.N.S.F.	2.760
I.N.P.S.	2.417
I.N.A.I.L.	1.397
E.N.P.I.	3.339
C.R.I.	3.158
<b>TOTALE</b>	<b>60.756</b>

Tabella n. 2 - *Personale amministrativo in servizio al 31 marzo 1976 presso i principali Enti mutuo-previdenziali*

Ente	Direttivo	Di concetto	Esecutivo	Ausiliario	Totale
I.N.A.M.	2.431	5.931	6.675	1.904	16.941
E.N.P.A.S.	384	1.708	1.369	387	3.848
I.N.A.D.E.L.	365	735	679	164	1.943
E.N.P.D.E.D.P.	474	610	393	105	1.582
Federmutue e Casse MM.PP. Coltivatori Diretti	400	709	894	362	2.365
Federmutue e Casse MM.PP. Artigiani	287	429	721	77	1.514
Federmutue e Casse MM.PP. Commercianti	337	542	723	94	1.696
E.N.P.I.	198	344	478	208	1.228
<b>Totale</b>	<b>4.876</b>	<b>11.008</b>	<b>11.932</b>	<b>3.301</b>	<b>31.117</b>

Tabella n. 3 - *Personale sanitario e senitario ausiliario in servizio al 31 marzo 1976 presso i principali Enti mutuo-previdenziali.*

Ente	Medici	Farmacisti e qualifiche equiparate	Infermieri tecnici RX e di laboratorio	Totale
I.N.A.M.	1.867	384	7.793	10.044
E.N.P.A.S.	886	52	2.348	3.286
I.N.A.D.E.L.	422	86	65	573
E.N.P.D.E.D.P.	206	10	146	362
Federmutue e Casse MM.PP. Coldiretti	339	—	373	712
Federmutue e Casse MM.PP. Artigiani	121	—	111	232
Federmutue e Casse MM.PP. Commercianti	89	—	—	89
E.N.P.I.	334*	—	614**	948
I.N.P.S.	717	—	789	1.506
I.N.A.I.L.	322	—	1.075	1.397
<b>Totale</b>	<b>5.303</b>	<b>532</b>	<b>13.314</b>	<b>19.149</b>

\* compresi 114 psicologi

\*\* compresi 275 aiuto-psicologi

Tabella n. 4 - *Riepilogo generale del personale dell'INAM, ENPAS, INADEL, ENPDEDP e delle Casse MM.PP. dei Coltivatori diretti, artigiani e commercianti in servizio al 31-3-1976 nell'ambito di ciascuna Regione, nonché del personale delle Direzioni Generali e delle Federazioni Nazionali.*

Regione	Personale amministrativo					Personale sanitario				Altri ruoli o categ. (c)	Totali (a+b+c)
	Direttivo	Concetto	Esecutivo	Ausiliario	Totale (a)	Medici	Farmacisti	Infermieri Tecnici RX e Labor.	Totale (b)		
Piemonte	230	704	1.046	198	2.178	188	28	816	1.032	70	3.280
Valle D'Aosta	17	32	34	14	97	9	2	24	35	—	132
Lombardia	401	1.186	1.768	298	3.653	340	43	1.382	1.765	95	5.513
Trentino-Alto Adige	29	73	70	16	188	28	2	35	65	4	257
Veneto	250	646	885	186	1.967	184	28	584	796	32	2.795
Friuli V.G.	96	252	314	83	745	69	30	307	406	14	1.165
Liguria	159	388	461	113	1.115	151	17	430	598	35	1.748
Emilia-Romagna	316	674	915	207	2.112	284	40	819	1.143	68	3.323
Toscana	311	757	845	211	2.124	298	42	815	1.155	70	3.349
Umbria	75	204	143	61	483	73	9	196	278	16	777
Marche	138	294	294	93	819	99	15	250	364	2	1.185
Lazio	319	976	873	268	2.436	528	74	1.576	2.178	104	4.718
Abruzzi	128	270	233	103	734	76	14	209	299	8	1.041
Molise	46	92	82	38	258	36	1	62	99	6	363
Campania	392	973	718	263	2.346	397	36	1.136	1.569	74	3.989
Puglie	277	662	495	173	1.607	251	25	613	889	33	2.529
Basilicata	59	116	92	49	316	41	5	67	113	4	433
Calabria	156	355	289	128	928	167	14	301	482	18	1.428
Sicilia	438	897	771	284	2.390	441	45	899	1.385	107	3.882
Sardegna	99	205	333	88	725	98	12	224	334	10	1.069
Direzioni Gen.	748	908	793	219	2.668	172	50	91	313	256	3.237
<b>Totale</b>	<b>4.678</b>	<b>10.664</b>	<b>11.454</b>	<b>3.093</b>	<b>29.889</b>	<b>3.930</b>	<b>532</b>	<b>10.836</b>	<b>15.298</b>	<b>1.026</b>	<b>46.213</b>

Tabella n. 5 - *Personale della Sede centrale e delle Sezioni provinciali dell'Ufficio per l'Accertamento e la Notifica degli Sconti Farmaceutici - U.A.N.S.F. - ripartito per Regioni - in servizio al 31 marzo 1976.*

Regione	Amministrativi					Farmacisti (b)	Totali (a+b)
	Concetto	Esecutivi		Ausiliari	Totale (a)		
		Generici	Addetti macchine				
Piemonte	5	54	103	4	166	19	185
Valle D'Aosta	—	—	4	—	4	1	5
Lombardia	10	121	160	8	299	47	346
Trentino A.A.	3	9	16	—	28	1	29
Veneto	7	47	98	5	157	18	175
Friuli V.G.	4	31	44	4	83	6	89
Liguria	5	26	64	1	96	12	108
Emilia-Romagna	7	51	110	7	175	39	214
Toscana	19	71	107	5	202	37	239
Umbria	4	14	23	2	43	6	49
Marche	4	22	37	4	67	17	84
Lazio	5	34	40	6	85	11	96
Abruzzi	2	20	27	2	51	11	62
Molise	1	3	5	—	9	2	11
Campania	10	51	112	4	177	44	221
Puglie	16	37	84	4	141	31	172
Basilicata	2	7	14	1	24	5	29
Calabria	8	41	44	3	96	20	116
Sicilia	16	59	140	13	223	76	304
Sardegna	3	24	43	8	78	20	98
Sede Centrale	78	41	—	6	125	3	128
<b>Totale</b>	<b>209</b>	<b>763</b>	<b>1.275</b>	<b>87</b>	<b>2.334</b>	<b>426</b>	<b>2.760</b>

**Tabella n. 6 - Personale di ruolo addetto ai servizi sanitari dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale - I.N.P.S. - e dell'Istituto Nazionale per la Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro - I.N.A.I.L. - nonché ai cinque stabilimenti termali dall'I.N.P.S. (al 31 marzo 1976).**

Servizi	Personale sanitario						Amministrativi (b)	Salarati (c)	Totale (a+b+c)
	Medici	Infermieri	Ostetriche	Tecn. RX e Lab.	Masso-Fisio Terap.	Totale (a)			
I.N.P.S. - Accertamento Invalidità	698	707	—	15	—	1.420	191	—	1.611
I.N.P.S. - Stabilimenti termali	19	37	3	15	12	86	60	660	806
I.N.A.I.L. - Accertamenti Medico-legali	322	829	—	156	90	1.397	—	—	1.397
<b>Totale</b>	<b>1.039</b>	<b>1.573</b>	<b>3</b>	<b>186</b>	<b>102</b>	<b>2.903</b>	<b>251</b>	<b>660</b>	<b>3.814</b>

Tabella n. 7 - *Personale addetto ai servizi sanitari dell'Associazione della Croce Rossa Italiana - C.R.I.*

Servizi	Medici	Chimici	Biologi	Infermieri	Terapisti	Vigilatrici	Assistenti	Assistenti Sociali	Periti Tecnici	Assistenti Tecnici	Insegnanti	Amministr. vi	Inservienti Salarati	Autisti	Totali
Centri Trasfusionali	50	1	8	—	—	—	—	—	91	49	—	16	26	—	241
Pronto Soccorso	100	—	—	341	—	—	—	—	—	—	—	89	—	1.280	1.810
Scuole Infermieri Profess. e AA.SS.	—	—	—	565	—	—	—	—	—	—	—	16	152	—	733
Centri di Educazione Motoria	7	—	—	11	35	58	4	1	—	—	31	14	152	—	313
Istituti psico-pedagogici	3	—	—	3	3	13	—	1	—	—	16	3	19	—	61
<b>Totale</b>	<b>160</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>920</b>	<b>38</b>	<b>71</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>91</b>	<b>49</b>	<b>47</b>	<b>138</b>	<b>349</b>	<b>1.280</b>	<b>3.158</b>

N.B. La C.R.I. si avvale inoltre di n. 17 Consulenti e di n. 18 Religiosi per i Centri di Educazione motoria e gli Istituti psico-pedagogici.

Graduatoria delle province secondo il rapporto medico-abitanti - Anno 1975

ALLEGATO N. 8

N.	Province	Abitanti per medico	N.	Province	Abitanti per medico	N.	Province	Abitanti per medico
1	Bologna	259	34	Grosseto	485*	67	Cosenza	611
2	Roma	261	35	Piacenza	490	68	Vercelli	619
3	Genova	278	36	Torino	500	69	Enna	627
4	Parma	308	37	Ravenna	502	70	Isernia	629
5	Pisa	324*	38	Reggio Emilia	503	71	Sondrio	633
6	Siena	324*	39	Terni	504	72	Treviso	637
7	Trieste	333	40	Mantova	511	73	Como	638
8	Firenze	347	41	Ragusa	515	74	Viterbo	640
9	Palermo	353	42	L'Aquila	516	75	Bolzano	645
10	Pavia	361	43	Forlì	519	76	Foggia	648
11	Messina	368	44	Rieti	525	77	Teramo	664
12	Catania	373	45	Cremona	526	78	Brescia	668
13	Napoli	387	46	Alessandria	527*	79	Brindisi	676
14	Perugia	398	47	Pesaro	527*	80	Aosta	683
15	Livorno	405	48	Ascoli Piceno	533	81	Bergamo	691
16	Milano	406	49	Macerata	538	82	Caserta	692
17	Padova	409	50	Campobasso	541	83	Caltanissetta	693*
18	Reggio Calabria	410	51	Arezzo	542	84	Latina	693*
19	Ferrara	417	52	Venezia	545	85	Pordenone	693*
20	Modena	424	53	Salerno	548	86	Trapani	693*
21	Massa Carrara	425	54	Udine	558	87	Avellino	699
22	Cagliari	437	55	Varese	569	88	Agrigento	709
23	Pesaro	440	56	Chieti	573	89	Matera	718
24	La Spezia	442	57	Catanzaro	584	90	Frosinone	736
25	Ancona	443*	58	Pistoia	585*	91	Cuneo	749
26	Savona	443*	59	Trento	585*	92	Asti	763
27	Verona	446*	60	Lecce	587	93	Potenza	802
28	Sassari	446*	61	Belluno	597	94	Nuoro	868
29	Imperia	448	62	Rovigo	598	95	Oristano	1.031
30	Bari	467	63	Taranto	600			
31	Lucca	480	64	Novara	601			
32	Siracusa	481	65	Benevento	609*			
33	Gorizia	485*	66	Vicenza	609*			
							ITALIA	451

(\*) A parità di valore la graduatoria è stata determinata secondo l'arrotondamento.  
Fonte: Elaborazione su dati FNOM E ISTAT.