

CAMERA DEI DEPUTATI

N. 351

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**FAGNI, TAGLIABUE, PALOPOLI, PASTORE, ANGELINI, BARACETTI,
CERQUETTI, CORVISIERI, GATTI, GUERRINI, MARTELOTTI,
MINUCCI, PALMIERI, SPATARO, ZANINI**

Presentata il 12 agosto 1983

Norme per la ristrutturazione del servizio sanitario militare

ONOREVOLI COLLEGHI! — Con l'istituzione del servizio sanitario nazionale (legge 23 dicembre 1978, n. 833), che garantisce a tutti i cittadini italiani la tutela della salute, come fondamentale diritto dei singoli nell'interesse della collettività nazionale, l'esigenza di specificare in un contesto organico compiti e attribuzioni dei vari organi sanitari militari, nonché le necessarie connessioni con quelli previsti dalla legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, impongono un immediato intervento legislativo nel settore.

Non si può, infatti, mantenere i problemi riguardanti la salute dei cittadini sotto le armi in una logica che per trop-

po tempo ha tenuto distaccata l'istituzione militare dal contesto sociale del Paese.

Le ragioni che ci muovono a presentare questa proposta di legge derivano quindi dall'esigenza di riparare a questa ingiustizia che discrimina i militari dalla possibilità di beneficiare di alcuni momenti rinnovatori contenuti nella legge 23 dicembre 1978, n. 833, che segna una conquista civile e sociale, dove si privilegia la medicina preventiva, la crescita di una nuova coscienza sanitaria e il superamento delle passate discriminazioni ed ingiustizie.

Urge questo intervento legislativo nel momento in cui i problemi che attengono alla prevenzione, alla tossicodipendenza,

alla funzionalità delle strutture sanitarie chiedono una soluzione anche nell'ambito militare, ricercando, per quanto possibile, un raccordo costante con il servizio sanitario nazionale e con le unità sanitarie locali, così da consentire un reciproco ed utile scambio di esperienze ed iniziative.

In questa nostra proposta per la prima volta si precisano i compiti della sanità militare (articolo 3) e quelli del direttore generale (articolo 9) e dei capi-servizio di sanità delle tre forze armate: si prevede anche la costituzione di un comitato consultivo composto oltre che dai dirigenti militari anche da rappresentanti del Consiglio sanitario nazionale, del Ministero della sanità e di quello della pubblica istruzione, per esprimere proposte e pareri, tenendo conto anche del contributo che in materia devono dare gli organi di rappresentanza (articolo 12), i quali altresì si accertano delle condizioni di salute e di vita dei militari.

Tutto ciò per evitare che, di fatto, il direttore generale, nella specificità e molteplicità delle sue attribuzioni, possa venire ad assumere un ruolo assimilabile a quello di ministro della sanità militare, avulso dai problemi sanitari nazionali.

Costante è la ricerca di collegamenti tra servizio sanitario nazionale e servizio sanitario militare, il quale ne è parte essenziale, in quanto si interessa alla persona, nel momento in cui si somma alla veste di cittadino quella di militare.

Qualificante in questo senso l'articolo 4 che prevede l'iscrizione sul libretto sanitario, previsto dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, di tutti i dati relativi allo stato di salute del militare, rilevati sia durante la visita selettiva di leva sia nel corso della permanenza in servizio. In attesa che divenga operante la norma riguardante l'istituzione del libretto sanitario, la direzione di sanità militare provvederà, al termine del servizio di leva, a consegnare al giovane, unitamente al foglio di congedo, una scheda riportante i dati sanitari essenziali rilevati durante il periodo di servizio militare.

Negli articoli 5 e 6 si prevedono programmi di informazione ed educazione sa-

nitaria, nonché i compiti spettanti alle forze armate per combattere le tossicomanie in stretta collaborazione con le unità sanitarie locali. L'articolo 8 precisa che la relazione annuale sullo stato sanitario di cui all'articolo 8 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, riguardi anche i cittadini militari e che ogni anno, in preparazione del bilancio dello Stato si tengano, rispettivamente alla Camera e al Senato, presso le Commissioni difesa e sanità, in seduta congiunta, udienze conoscitive con i ministri della difesa e della sanità sulla condizione del servizio sanitario militare.

Nell'articolo 3, che indica i compiti della sanità militare, al comma g), si impegnano le autorità militari a fornire agli organi dello Stato tutte le informazioni utili sullo stato e l'efficienza della sanità militare. Si è voluto con ciò imporre la trasmissione alle Camere di dati e informazioni essenziali sulla struttura e consistenza del servizio sanitario militare, indispensabile per poter intervenire con cognizione di causa nel settore, dato che allo stato attuale, pur non essendo coperti da alcun segreto militare, l'amministrazione della difesa continua a mantenere riservati questi dati.

L'organizzazione periferica della sanità militare, la cui ricognizione e definizione è devoluta a un provvedimento presidenziale, tenuto conto delle effettive esigenze territoriali e delle indicazioni del piano sanitario nazionale viene esaminata in alcuni articoli (articoli 13-17) nei quali si precisano le competenze degli ospedali militari interforze, dove (salvo i casi di emergenza o calamità) sono ricoverati degenti appartenenti alle forze armate e si definisce la strutturazione ospedaliera che sempre più deve arrivare a caratterizzare queste strutture come centri di specializzazione attinenti alla specificità della comunità militare e delle sue particolari esigenze, garantendo anche il controllo e l'efficienza dei presidi sanitari decentrati per garantire strumenti e personale adeguati per una razionale ed efficiente azione di tutela igienico-sanitaria sui singoli e sulla colletti-

vità. Si eviteranno così i troppi inconvenienti che attualmente si registrano e che sono una delle principali cause delle forti riserve da parte dell'opinione pubblica nei confronti delle forze armate e della sanità militare in particolare.

Attenzione specifica quindi merita il problema del personale, affrontato nell'ultima parte di questa proposta di legge. Si impone infatti il superamento degli attuali vuoti di personale medico che oggi copre solo il 60 per cento del fabbisogno dell'esercito, il 39 per cento di quello della marina e il 18 per cento di quello dell'aeronautica.

Si prevede (articolo 20) l'abolizione dell'attuale accademia di sanità interforze, istituita nel 1968 che non ha dato i frutti sperati e compensativi degli alti costi, e la ristrutturazione come scuola di applicazione interforze della sanità militare, dove si svolgono corsi di perfezionamento e di specializzazione del personale medico, reclutato tra i giovani laureati forniti di diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo o di chimico-farmacista o di veterinario. I profili professionali e i requisiti di professionalità previsti si uniformano a quelli fissati per il servizio sanitario nazionale e sono definiti da norme emanate con decreto del ministro della difesa sentiti i ministri della sanità e della pubblica istruzione.

Per il personale medico viene previsto l'impiego a tempo pieno e il divieto di svolgere privatamente la professione medi-

ca, nonché l'equiparazione del trattamento economico a quello del personale civile di pari specializzazione e qualifica, per impedire il deflusso di personale sanitario, una volta raggiunta la qualificazione, nell'ambito civile, con un impegno responsabile e permanente e con il superamento delle attuali sperequazioni economiche.

Questo vale anche per il personale paramedico, oggi paurosamente carente, per il quale si prevede all'articolo 22 l'assunzione sulla base delle disposizioni previste per il personale del servizio sanitario nazionale e la cui formazione avverrà in corsi istituiti presso la Scuola d'applicazione interforze o presso gli ospedali militari.

Altro punto qualificante è l'articolo 27 che impegna il ministro della difesa, d'intesa con quello della sanità, a presentare in Parlamento, alla fine di ogni anno, una dettagliata relazione sullo stato della sanità militare, sulle misure adottate e sulla programmazione che si intende attuare per fronteggiare le esigenze immediate e di prospettiva.

Questa proposta di legge intende affrontare il problema della sanità militare interforze, definendone le aree di competenza e di intervento e nel contempo favorendo l'inserimento di questo settore nel quadro complessivo sanitario nazionale, con una profonda ristrutturazione e una sempre più stretta connessione con il Servizio sanitario nazionale, così da consentire anche ai cittadini sotto le armi il diritto alla necessaria assistenza sanitaria ed a dignitose condizioni igieniche e ambientali di lavoro e di vita.

PAGINA BIANCA

PROPOSTA DI LEGGE

PAGINA BIANCA

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Principi).

Lo Stato tutela la salute e la integrità psico-fisica del cittadino militare secondo i principi e gli obiettivi di cui alla legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Il servizio sanitario militare garantisce, nell'ambito delle proprie funzioni e in concorso con i servizi sanitari civili, l'attuazione di tutte le misure idonee a prevenire l'insorgere delle malattie, a tutelare l'ambiente di lavoro dei militari, ad assicurare la cura e l'assistenza adeguate.

Il Ministero della difesa, di concerto con il Ministero della sanità, elabora piani operativi annuali per raggiungere le finalità sopra specificate.

ART. 2.

Il servizio sanitario militare comprende una direzione generale i cui compiti sono specificati nel successivo articolo 9 ed i servizi di sanità militare dell'esercito, della marina e dell'aeronautica, i cui compiti sono definiti al successivo articolo 11.

Il servizio di sanità militare dell'esercito comprende anche i servizi veterinari e farmacisti.

Il servizio di sanità militare della marina comprende anche il servizio farmacisti.

Il direttore generale di sanità militare è nominato con decreto del Capo dello Stato su proposta del Consiglio dei ministri.

ART. 3.

(Compiti del servizio sanitario militare).

I compiti del servizio sanitario militare sono:

a) in materia medico-legale: accertamento e graduazione dell'idoneità fisio-sa-

nitaria e psico-attitudinale all'impiego in incarichi del servizio militare anche per il personale di leva; controllo dei requisiti dell'idoneità al fine di esentare temporaneamente o permanentemente dalle forze o dai corpi armati dello Stato i non più idonei o di trasferirli in incarichi compatibili con le modificate condizioni di idoneità; accertamento della causalità di servizio di ferite, lesioni o infermità; valutazione qualitativa e quantitativa del danno alla persona;

b) in materia di medicina preventiva e igiene e profilassi: permanente controllo dello stato di salute di ciascun componente della comunità militare per prevenire l'insorgere di qualsiasi fatto morboso; attuazione delle immunoprofilassi sistematiche contro determinate forme morbose; controllo periodico delle condizioni igieniche e di rischio e della nocività anche in relazione al materiale usato; azione di prevenzione antinfortunistica; realizzazione di una adeguata formazione del personale medico e paramedico in collaborazione con le USL; attuazione dei programmi di informazione e di educazione sanitaria per tutto il personale militare comunque in servizio, in collaborazione con le strutture sanitarie pubbliche e con l'utilizzo del personale specializzato e qualificato; controllo preventivo delle condizioni fisiche dei militari in attività di addestramento e della sicurezza nel corso di qualsiasi tipo di esercitazioni;

c) in materia clinico-terapeutica: diagnosi e cura, in concorso con le USL, dei soggetti in servizio che abbiano riportato ferite o lesioni o contratto infermità; soccorso, diagnosi e cura in particolare di ferite, lesioni o infermità causate da mezzi bellici;

d) nel campo della ricerca scientifica: ricerca applicata alle varie branche biomediche anche in relazione all'impiego di mezzi bellici di preminente interesse per la vita della collettività militare, mediante convenzioni con istituti universitari e con presidi e strutture altamente qualificate del Servizio sanitario nazionale;

e) in campo logistico: allestimento, conservazione, distribuzione, rifornimento ed eventuali riparazioni e recuperi dei materiali sanitari occorrenti per soddisfare le esigenze del servizio sia in pace che in caso di emergenza;

f) in campo sociale: apporto alla sanità civile attraverso le rilevazioni e la trasmissione al servizio sanitario nazionale, dei dati sanitari statistici concernenti le condizioni di salute dei giovani in età di servizio; partecipazione alla lotta contro le tossicomanie, contro la diffusione e l'uso delle sostanze stupefacenti e psicotrope, contro l'alcoolismo e il tabagismo, nonché l'attuazione degli obiettivi della riforma sanitaria di cui alla legge 23 dicembre 1978, n. 833. Le autorità militari collaborano con le regioni per la definizione del piano sanitario regionale per quanto riguarda la sanità militare; collaborano, mediante l'impiego di personale, strutture e mezzi, con gli organi del servizio sanitario nazionale per fronteggiare eccezionali esigenze di pubblica calamità;

g) in campo informativo generale: fornire al Ministro della sanità ogni utile informazione sullo stato e sull'efficienza della sanità militare.

ART. 4.

(Libretto sanitario).

I dati del libretto sanitario da compiersi a cura delle Unità sanitarie locali sono validi anche ai fini della anamnesi richiesta dalla visita di leva.

Gli uffici leva territoriali nell'espletamento delle visite selettive-attitudinali, si avvalgono anche dei servizi medico-legali delle USL.

I risultati sanitari delle rilevazioni di leva sono a disposizione delle strutture sanitarie pubbliche.

Il libretto sanitario appositamente aggiornato del giovane in servizio militare di leva è consegnato all'interessato al momento del congedo perché venga trasmesso al proprio medico di base.

Fino a quando non sarà operante la norma riguardante l'istituzione del libretto sanitario, al termine del servizio di leva, unitamente al foglio di congedo, sarà consegnata al militare una scheda riportante i dati sanitari essenziali rilevati sia in sede di visita di leva sia nel corso del servizio.

La scheda è predisposta a cura della direzione generale di sanità militare.

ART. 5.

(Educazione sanitaria).

Nell'ambito del servizio sanitario militare sono predisposti e attuati per i militari in servizio di leva e per quelli in ferma, rafferma e servizio permanente, programmi di educazione, di informazione e di conoscenza sanitaria. In particolare i programmi devono essere finalizzati:

a) alla conoscenza adeguata dei rischi in cui incorrono i militari nell'esercizio della propria attività lavorativa o operativa;

b) alla educazione e alla conoscenza dei danni derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, dall'alcoolismo e dal tabagismo;

c) alla educazione sessuale;

d) alla educazione nell'alimentazione e nei consumi.

Nello svolgimento di programmi di educazione, informazione e conoscenza sanitaria gli organi delle forze armate si avvalgono del personale qualificato segnalato dalle USL territoriali.

ART. 6.

(Compiti delle forze armate per combattere le tossicomanie).

Nell'ambito dei principi ispiratori delle leggi 22 dicembre 1975, n. 685, e 23 dicembre 1978, n. 833, le forze armate compiono rilevazioni epidemiologiche annuali riguardanti le tossicomanie tra il personale militare di leva, in ferma, in rafferma, e in servizio permanente. Le rilevazioni epidemiologiche sono trasmesse al Ministero della sanità, al Consiglio sanitario nazionale e all'Istituto superiore di sanità.

Ogni anno, sulla base delle rilevazioni epidemiologiche, il ministro della difesa, di concerto con il Ministro della sanità elabora programmi di attività per concorrere attivamente alla prevenzione e alla tutela della salute psico-fisica dei militari.

Le Regioni, nella elaborazione ed attuazione del piano sanitario regionale, devono tener conto delle informazioni ed osservazioni formulate dalle autorità sanitarie militari esistenti nel territorio di competenza.

Nella realizzazione dei piani operativi la direzione generale di sanità militare deve realizzare forme di coordinamento per la utilizzazione del personale medico e paramedico nonché delle strutture delle unità sanitarie locali (USL). La tossicodipendenza non costituisce motivo esclusivo di esonero dal servizio militare. In caso di accertato uso di sostanze stupefacenti si ritiene utile ed opportuno allungare il periodo di rivedibilità ai fini di consentire l'inizio o il proseguimento di trattamenti terapeutici o riabilitativi. Si deve peraltro garantire ai militari già in servizio di leva un adeguato trattamento di assistenza e di cura finalizzato alla dissuefazione dall'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope ed al reinserimento sociale.

L'autorità militare è tenuta ad informare la USL alla quale appartiene il militare tossicodipendente delle cure e delle misure adottate per il suo recupero nel periodo di servizio militare.

ART. 7.

(Divieto di pubblicità).

È vietata in ogni luogo ed ambiente militare la pubblicità e la propaganda di alcoolici superiori ai 20°, di sigarette e sigari nazionali e esteri, nonché di sostanze stupefacenti e psicotrope e di psicofarmaci.

ART. 8.

*(Relazione annuale
sullo stato sanitario militare).*

La relazione annuale sullo stato sanitario di cui all'articolo 8 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, riguarda anche i cittadini militari.

Una volta l'anno e prima dell'approntamento del bilancio dello Stato, le Commissioni Difesa e Igiene e sanità della Camera e del Senato in seduta congiunta nei rispettivi rami del Parlamento, intrattengono udienze conoscitive con i Ministri della difesa e della sanità sullo stato del servizio sanitario militare.

ART. 9.

(Compiti del direttore generale di sanità militare).

Il direttore generale di sanità militare, sentito il parere del Comitato di cui all'articolo 10 della presente legge, provvede a:

a) formulare un programma sanitario interforze i cui piani attuativi saranno annualmente redatti per ciascuna forza armata dai rispettivi capi-servizio, tenuto conto del parere e delle proposte degli organi di rappresentanza;

b) emanare direttive nelle materie di cui all'articolo 3;

c) redigere un piano programmatico della sanità militare da sottoporre al vaglio del Parlamento, prima della discussione sul bilancio dello Stato;

d) coordinare lo svolgimento delle attività sanitarie nell'ambito delle forze armate e dei corpi armati dello Stato;

e) raccogliere ed elaborare i dati della statistica sanitaria;

f) autorizzare la partecipazione alle cure balneo-termali;

g) organizzare, verificare e controllare il funzionamento dell'Istituto chimico-farmaceutico militare e del collegio medico-legale;

h) curare la definizione delle questioni giuridico-amministrative in materia di assistenza sanitaria con enti pubblici e privati;

i) provvedere all'approvvigionamento di materiale sanitario;

l) redigere annualmente un piano di attività di sanità militare da trasmettere alle Commissioni Sanità e Difesa dei due rami del Parlamento;

m) pronunciarsi sulle istanze relative a riforme di decisioni di competenza del collegio medico-legale.

La carica di direttore generale di sanità militare è incompatibile con quella di capo del servizio di sanità di forza armata.

ART. 10.

(Comitato consultivo per la programmazione e l'organizzazione del servizio sanitario militare).

È costituito il Comitato consultivo per la programmazione e l'organizzazione del servizio sanitario militare composto da:

1) il direttore generale della sanità militare;

2) i tre capi servizio di sanità per ciascuna forza armata;

3) due rappresentanti del Consiglio sanitario nazionale;

4) un rappresentante del Ministero della sanità;

5) un rappresentante del Ministero della pubblica istruzione.

Il Comitato consultivo per la programmazione e l'organizzazione del servizio sanitario militare, nell'esprimere pareri di competenza deve tenere conto dei pareri e delle proposte degli organi della rappresentanza militare di cui al successivo articolo 12.

ART. 11.

(Compiti dei capi dei servizi sanitari di ciascuna forza armata).

I capi dei servizi sanitari di ciascuna forza armata provvedono a:

a) organizzare e controllare le attività di ricerca scientifica, di medicina pre-

ventiva e sociale, di medicina legale, di medicina curativa, di igiene e profilassi;

b) garantire la formazione e l'impiego del personale alle loro dipendenze;

c) organizzare gli enti del servizio;

d) programmare il bilancio per gli enti della propria forza armata;

e) proporre, al direttore generale, la stipula delle convenzioni di cui all'articolo 26;

f) decidere sulle istanze, in via amministrativa, relative ai giudizi medico-legali emessi dagli organi sanitari dipendenti.

La carica di capo del servizio di sanità di forza armata è incompatibile con quella di direttore generale della sanità militare.

ART. 12.

(Partecipazione degli organi delle rappresentanze militari).

L'organo centrale delle rappresentanze militari di cui alla legge 11 luglio 1978, n. 382, e successive modificazioni, formula pareri e proposte al Comitato consultivo per la programmazione dei servizi sanitari militari di cui all'articolo 10 della presente legge riguardanti l'organizzazione del servizio sanitario militare e lo stato psico-fisico del personale militare e si accerta delle condizioni di salute e di vita dei militari ad ogni livello.

ART. 13.

(Organizzazione periferica della sanità militare).

Gli organi direttivi ed esecutivi della sanità militare sono definiti, entro 90 giorni dall'approvazione della presente legge, con decreto del Presidente della Repubblica sulla base delle leggi ordinarie vigenti, tenuto conto delle reali esigenze territoriali e sociali e delle indicazioni del piano sanitario nazionale.

Gli istituti medico-legali dell'aeronautica militare sono trasformati in centro medico legale.

Nel decreto di cui al primo comma dovrà essere definita anche la tipologia degli ospedali militari in relazione alla suddivisione degli ospedali civili prevista dall'articolo 20 della legge 12 febbraio 1968, numero 132, per la quale dovrà essere acquisito il parere delle Commissioni parlamentari della difesa e della sanità.

ART. 14.

(Compiti degli organi direttivi periferici).

Spettano agli organi direttivi periferici della sanità militare la direzione tecnica e il controllo delle attività sanitarie nell'ambito del territorio di competenza e, di concerto con il COIR di competenza per il territorio, le decisioni sui ricorsi avverso le pronunce emesse dalle commissioni mediche ospedaliere e degli organi medico-legali ospedalieri.

ART. 15.

(Compiti degli ospedali militari).

Agli ospedali militari spettano competenze in materia di:

- 1) ricovero e cura;
- 2) diagnostica;
- 3) medicina legale;
- 4) formazione degli operatori sanitari sia con istituzione di scuole di perfezionamento attinenti alla specificità della sanità militare, sia mediante convenzioni con le università.

ART. 16.

(Strutturazione degli ospedali militari).

L'organizzazione interna degli ospedali militari deve prevedere divisioni di me-

dicina e chirurgia generale, nonché divisioni e servizi ambulatoriali specialistici, secondo quanto previsto per gli ospedali civili, in rapporto con le particolari esigenze della sanità militare.

Gli ospedali militari sono equiparati, a tutti gli effetti, agli ospedali civili di pari livello.

ART. 17.

(Personale ricoverabile negli ospedali militari).

Le disposizioni contenute negli articoli 427, 428, 429 del decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 1976, n. 1076, sull'amministrazione e contabilità militare, sono abrogate.

ART. 18.

(Centri balneotermali).

I beni mobili ed immobili dei centri balneotermali di Ischia e di Acqui Terme sono trasferiti, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, ai comuni territorialmente competenti.

I comuni mettono a disposizione delle USL i beni mobili ed immobili per la gestione dei centri balneo-termali di Ischia e di Acqui Terme.

Con apposito decreto del Ministro della difesa, di concerto con i Ministri delle finanze e della sanità, saranno definite le operazioni per la cessione.

Il personale militare usufruisce delle strutture pubbliche esistenti per le cure balneotermali.

ART. 19.

(Personale in SPE).

Il reclutamento degli ufficiali medici, farmacisti e veterinari in SPE è effettuato tra i giovani forniti di diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo o di chimico farmacista o di veterinario.

Con decreto del Ministro della difesa, sentiti i Ministri della sanità e della pubblica istruzione sono emanate norme riguardanti i profili professionali e i requisiti di professionalità previsti per il personale medico in uniformità a quelli fissati per il servizio sanitario nazionale.

Conseguita la nomina ad ufficiale medico, il personale è inviato a frequentare un corso di applicazione della durata di almeno un anno presso la Scuola di applicazione interforze di cui al successivo articolo 20.

Al termine di tale corso, l'ufficiale deve effettuare un tirocinio di almeno un anno presso un ospedale militare o civile.

Il personale sanitario militare, prima dell'assunzione, è sottoposto a verifica psico-attitudinale, per la assegnazione ad attività di impiego adeguate alle sue caratteristiche e attitudini.

ART. 20.

*(Scuola d'applicazione
della sanità militare).*

L'accademia di sanità militare interforze istituita con la legge 14 marzo 1968, n. 273, e successive modificazioni, è soppressa a decorrere dal termine dell'ultimo corso in atto alla data del 1° gennaio successivo all'entrata in vigore della presente legge.

È istituita a Firenze la scuola di applicazione interforze della sanità militare.

ART. 21.

*(Compiti e trattamento
del personale medico).*

Gli ufficiali medici in servizio permanente effettivo sono tenuti all'impiego a tempo pieno; purtuttavia, fatte salve le esigenze del servizio, possono svolgere privatamente la professione al di fuori del servizio sanitario nazionale.

Essi possono essere comandati per motivi di studio e di ricerca presso strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale.

Il trattamento economico degli ufficiali è equiparato a quello del personale civile di pari specializzazione e qualifica dipendente dalle USL.

ART. 22.

(Personale paramedico).

Il reclutamento del personale paramedico è effettuato sulla base delle disposizioni, per quanto compatibili, previste dal decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, per l'assunzione del personale sanitario del servizio sanitario nazionale.

Il trattamento economico del personale paramedico è equiparato a quello del personale di pari qualifica ed impiego dipendente dalle USL.

Presso la scuola di applicazione e presso gli ospedali militari sono istituiti, in conformità con le indicazioni del piano sanitario nazionale e di concerto con le regioni, corsi per la formazione di personale sanitario non laureato. Il diploma rilasciato dal direttore del corso è equiparato a tutti gli effetti a quello rilasciato dalle analoghe scuole civili.

ART. 23.

(Programmazione relativa al personale).

Il Governo, a partire dal 1° gennaio 1982, ai fini del reclutamento del personale sanitario nell'ambito delle forze armate, in armonia con gli obiettivi da conseguire ed indicati ai precedenti articoli 2 e 3, attua il procedimento della programmazione mediante piani pluriennali a carattere scorrevole, da allegare annualmente allo stato di previsione della spesa:

a) sulla previsione dei posti di organico disponibili e da coprire in riferimento alle varie categorie di personale necessario;

b) sulla previsione di un maggior numero di posti di formazione e di addestra-

mento in considerazione della possibilità concessa al personale sanitario delle forze armate di chiedere il collocamento in congedo dopo il periodo minimo di permanenza in servizio determinato per legge;

c) allo scopo di evitare la formazione di contingenti di personale da trattenerne in posizione precaria.

Fino a quando la predisposta programmazione non potrà essere pienamente attuata, il reclutamento del personale sanitario avverrà sulla base delle normative vigenti e di contingenti fissati con decreto ministeriale.

ART. 24.

(Programmazione relativa alle strutture).

Il Governo, a partire dalla data di entrata in vigore della presente legge, sulla base dei prevedibili stanziamenti sui capitoli di spesa per esigenze sanitarie, provvederà a programmare le ristrutturazioni, le permutate, le nuove costruzioni di immobili per fronteggiare le esigenze di prevenzione, ricovero e cura. I risultati della programmazione saranno con apposita relazione, trasmessi alle Camere entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

ART. 25.

(Utilizzo delle strutture sanitarie militari).

Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge il Ministro della difesa trasmetterà alle Camere una relazione contenente:

1) la situazione organica del personale militare e civile dei ruoli che interessano la sanità militare;

2) la consistenza delle attrezzature comprese quelle campali e delle dotazioni ordinarie di materiale sanitario, specificando entro quali limiti dette dotazioni possono essere utilizzate, in caso di calamità naturale.

ART. 26.

(Stipula convenzioni).

Le convenzioni di cui all'ultimo comma dell'articolo 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono stipulate dal direttore generale di sanità militare su proposta dei capi dei servizi di sanità di forza armata.

Le convenzioni per l'istituzione di scuole di specializzazione presso gli ospedali militari sono stipulate dal direttore generale di sanità militare, su proposta dei capi dei servizi di sanità di forza armata.

ART. 27.

(Relazione del Ministro della difesa).

Il Ministro della difesa, d'intesa col Ministro della sanità, presenta al Parlamento, alla fine di ogni anno, una dettagliata relazione sullo stato della sanità militare, sulle misure adottate e sul piano di attività programmate per garantire al personale militare il diritto alla salute e a dignitose condizioni igieniche ed ambientali di vita e di lavoro.

ART. 28.

(Regolamento di esecuzione).

Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge sarà emanato il relativo regolamento di esecuzione che riunirà e coordinerà altresì tutte le norme regolamentari vigenti non incompatibili con la presente legge.