

Mrs. Maria de Lourdes PINTASILGO  
Permanent Delegate of Portugal to UNESCO  
1, Villa de Ségur  
75007 Paris, France

---



Dear friend,

it was a pleasure for me to meet you in Madrid and to discuss with you a lot of problems regarding social services. Now, I would like to ask you some collaboration: as you may know (I think that I told you something about it) I am member of the editorial staff of a fortnightly review on social and health services.

This review, "Prospettive sociali e sanitarie", has a wide circulation (about 7.000 - 8.000 copies). Its reading public is among social workers, health officers and local administrators.

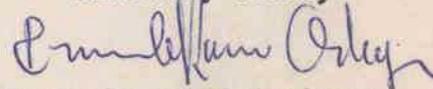
We would very much like to obtain some more contributions about foreign experiences in these fields. To this end, I ask you to kindly send us some information (documents or notes) about the experiences your organization is carrying on.

I am sending you some copies of our review in order to let you realize what are its contents and purposes.

I am waiting for a kind reply from you: I really hope in your cooperation. I also hope to meet you soon, in Italy or elsewhere.

With my wife's and my very best wishes, I remain,

sincerely Yours,

  
Emanuele Ranci Ortigosa

# Prospettive Sociali e Sanitarie

1

ANNO VIII  
15 GENNAIO 1978  
SPEDIZIONE  
IN ABBONAMENTO  
POSTALE  
GRUPPO II/70

Fundação Cuidar o Futuro

## La riforma sanitaria in Parlamento

*Per la prima volta un disegno di legge sulla riforma sanitaria viene discusso in Parlamento dopo essere stato approvato da una commissione in sede referente.*



*Quindicinale di promozione sociale che offre il proprio contributo al dibattito sui servizi sociali e sanitari nella società d'oggi, attraverso l'elaborazione di studi e ricerche, nonché la diffusione tempestiva dell'informazione in campo legislativo, amministrativo e delle esperienze più significative.*

*Utile strumento di lavoro per quanti sono impegnati nella programmazione e gestione di un settore tanto vitale per un ordinato sviluppo della società quale è quello dei servizi alle persone.*

**PPS**

**PROSPETTIVE  
SOCIALI  
E SANITARIE**

Periodico quindicinale

20123 Milano, Piazza Cadorna 7,  
Tel. 875.915

Anno VIII - N. 1

15 gennaio 1978

**SOMMARIO**

---

**EDITORIALE**

---

Al lettore pag. 1

---

**DOCUMENTI**

---

La riforma sanitaria in Parlamento pag. 2

---

**LIBRI**

---

Il problema dei farmaci III cop.

Fundação Cuidar o Futuro



---

**Comitato di direzione:** Maria Chiara Bassanini - Antonio Brenna - Franco Foschi - Carlo Lucioni - Roberto Palumbo - Emanuele Ranci Ortigosa - Carlo Trevisan.

**Segreteria di redazione:** Vittorio Mapelli

**Grafica ed impaginazione:** Alberto Merlo

**Responsabile:** Antonio Brenna

**Autorizzazione del Tribunale di Milano:** N. 83 del 5.3.1973

**Stampa:** Provelli s.r.l., Via Monti e Tognetti 3, 20052 Monza

**Abbonamento annuo** (22 fascicoli): L. 7.000 singolo (Estero: L. 9.000)

L. 6.000 collettivo con oltre 10 copie di richiesta (Estero: L. 8.000), 1 copia: L. 500

Da versare sul c/c 36973204, intestato a PROSPETTIVE SOCIALI E SANITARIE  
Piazza Cadorna, 7 - 20123 Milano

L'abbonamento decorre dal 1° gennaio al 31 dicembre. Il pagamento può anche essere effettuato mediante assegno bancario o vaglia postale.



Con questo numero *Prospettive Sociali e Sanitarie* entra ufficialmente nel suo ottavo anno di vita. Bandendo i falsi pudori, dobbiamo ammettere che ciò ci riempie di orgoglio, anche per il consistente aumento di abbonati ottenuto nel '77. Ma ancora una volta, accanto alla soddisfazione non possiamo negare i timori. Timori che sono di duplice natura: i primi di ordine economico ed i secondi, ben più importanti, relativi alla validità di questo strumento di informazione, aggiornamento e, quanto meno nelle intenzioni, di formazione degli operatori del settore dei servizi sociali e sanitari.

\* \* \*

Sgombriamo subito il campo dalle preoccupazioni di ordine economico. E' noto al lettore, in quanto non ci lasciamo sfuggire occasione per rammentarglielo, che "*Prospettive*" poggia esclusivamente sugli abbonamenti. Esso non contiene pubblicità, non usufruisce di contributi o finanziamenti se si escludono gli abbonamenti collettivi ad opera di poche Regioni, Associazioni o gruppi di lettori.

Nonostante i costanti aumenti di costo, il 1977 si è chiuso sostanzialmente in pareggio. Per l'anno che si apre, abbiamo deciso di conservare le stesse quote di abbonamento (in fondo siamo degli ottimisti incurabili e l'esperienza finora ci ha dato ragione): settemila lire per abbonamenti singoli, seimila per i collettivi (dieci copie ed oltre). La possibilità di «farcela» anche nel 1978 poggia tuttavia su due condizioni: l'aumento ulteriore di abbonati ed il tempestivo versamento delle quote di abbonamento. Una calda preghiera quindi ai lettori perchè provvedano sollecitamente al rinnovo del loro abbonamento, utilizzando l'annesso bollettino di versamento in c/c postale o inviando assegno, e segnalino, per mezzo della cartolina da ritagliare dalla copertina posteriore, nomi ed indirizzi di amici e conoscenti presumibilmente interessati alla rivista.

\* \* \*

Ed ora veniamo al contenuto. E'

## Al lettore

il messaggio di "*Prospettive*" ancora valido?

Se sì, che cosa si può fare per renderlo più efficace? La risposta al secondo quesito (il primo, immodestamente, trova già risposta positiva nella nostra decisione di continuare) va ricercata nei mutamenti che si sono verificati nel mondo dei servizi sociali e sanitari durante gli anni più recenti. Ebbene a questo proposito il 1977 non è stato del tutto avaro. La Legge 382 ha trovato finalmente un seguito nel DPR 616, attuando quel decentramento di poteri e relative funzioni alle Regioni ed agli Enti locali che da tempo tutte le forze socialmente più attive reclamavano. Con la Legge 349 ci si è posti nella stessa prospettiva decretando lo scioglimento delle mutue. I due provvedimenti, per fermarci ai più rilevanti, hanno reso l'attuazione delle grosse riforme ancora più urgente. Di fatto la riforma sanitaria ha per la prima volta nella storia italiana varcato le soglie dell'Assemblea parlamentare nella sua interezza ed, in assenza di deprecabili elezioni anticipate, si può sperare in una sua definitiva approvazione entro il primo trimestre di quest'anno. In fase meno avanzata si trova la riforma dei servizi assistenziali. Tuttavia, accanto ai disegni di legge dei vari partiti politici, il Parlamento probabilmente disporrà entro breve di quello governativo, e potrà pertanto accelerare i propri lavori.

Sotto il profilo istituzionale il 1977 ha quindi espresso un'inevitabile spinta alle riforme. Tuttavia le riforme se vogliono essere veramente tali devono superare il momento istituzionale per affrontare quello operativo. Non basta cambiare attori per attuare le riforme (nella fattispecie sostituire Regioni ed Enti locali agli Enti funzionali ed all'Amministrazione centrale dello Stato): è necessario che i nuovi attori recitino la loro parte meglio dei vecchi. Ebbene la ve-

rifica di ciò — della maniera con cui i vecchi problemi vengono di fatto affrontati dai nuovi attori — costituisce l'impegno prioritario di "*Prospettive*" per il 1978.

La nostra attenzione sarà quindi rivolta prevalentemente e criticamente alle Regioni, al modo con cui sapranno svolgere le funzioni di organizzazione e programmazione dei servizi su basi effettivamente territoriali e decentrate (funzioni che ora in larga misura gli competono) nonchè agli Enti locali, al modo con cui questi sapranno gestire i servizi e quindi realizzare (o meno) le riforme.

\* \* \*

Questo impegno presuppone la pubblicazione di un minor numero di « documenti » — il più delle volte semplici espressioni di volontà — e di un maggior numero di studi critici.

Sempre in questa prospettiva, stiamo mettendo in cantiere alcune iniziative specifiche tese a dare maggiore sistematicità alla nostra azione informativa. Sarà nostra premura informare il Lettore non appena queste saranno messe a punto.

Per sottolineare il nuovo impegno, con l'inizio di quest'anno la veste editoriale di "*Prospettive*" è stata ringiovanita (pur mantenendo il carattere di economicità che da sempre la caratterizza).

Last but not least, come il Lettore potrà notare, "*Prospettive*" con questo fascicolo vede aumentare il numero dei propri collaboratori stabili: ai vecchi componenti del Comitato di direzione si aggiungono Roberto Palumbo ed Emanuele Ranci Ortigosa, Vittorio Mapelli assume il nuovo ruolo di segretario di redazione.

Questo primo fascicolo, data l'importanza dell'evento, è interamente dedicato alla presentazione del disegno di legge di riforma sanitaria nella fase di elaborazione assunta nel momento di presentazione all'Assemblea parlamentare.



## RELAZIONE

**Il testo predisposto dalla XIV Commissione permanente**, più comunemente noto come « legge di riforma sanitaria » e che per la prima volta giunge all'esame della Assemblea, risponde innanzi tutto all'esigenza di dare corpo e concretezza al preciso dettato sancito dall'articolo 32 della Costituzione.

Nella dinamica dell'ordinamento la funzione attribuita all'articolo 32, che ha elevato a rango di diritto soggettivo perfetto l'esigenza dei cittadini di vedere protetta la propria salute, ha avuto in concreto un ruolo quasi del tutto marginale, a causa della incompleta trasformazione dell'astratto diritto alla tutela della salute in un valore assistito da effettive garanzie.

Invero, l'attuale organizzazione sanitaria costituisce una realtà estremamente varia e complessa a causa delle stratificazioni di norme intervenute in momenti storici differenti, della diversa natura degli istituti giuridici che operano nel settore e della ripartizione delle competenze, sia di carattere tecnico sia di carattere decisionale, a vari livelli, non soltanto istituzionali ma anche territoriali. Le disfunzioni inerenti alla stessa complessità del sistema sono state aggravate dalla profonda crisi di carattere strutturale e funzionale del sistema previdenziale, che sin dalle sue origini ha costituito una componente fondamentale delle strutture sanitarie del nostro paese. Infatti, la smisurata crescita del sistema previdenziale, per altro ampiamente giustificata da esigenze sociali profondamente sentite da ogni gruppo politico, ha determinato numerosi inconvenienti quali ad esempio la creazione di numerosi organismi burocratici, l'insorgenza di conflitti di competenza fra i predetti organismi con conseguente lacuna nella protezione di alcuni soggetti, una notevole sperequazione nei doveri contributivi degli assicurati, una profonda diversità per quanto concerne la entità e la qualità delle prestazioni, le notevoli possibilità di dispersioni e di abusi. Inoltre,

# La riforma sanitaria in Parlamento

Il 14 dicembre scorso è stato presentato alla Camera dei deputati il disegno di legge sulla riforma sanitaria elaborato dalla XIV Commissione permanente « Igiene e sanità pubblica » nel corso degli ultimi mesi. Per i lettori che volessero confrontare l'attuale testo con le proposte originarie dei partiti, ricordiamo che i vari testi dei d.d.l. sono stati pubblicati su "Prospettive" nel 1977 e rispettivamente: quello del Governo sul n. 6 quello del P.C.I. sul n. 7, quello del P.S.I. sul n. 8, quelli del P.L.I. e D.P. sul n. 11 e infine le proposte del P.R.I., sul n. 21. Il d.d.l. presentato al Parlamento viene preceduto da alcuni stralci della relazione dell'on. Morini, relatore ufficiale della Commissione che ne ha elaborato il testo.

il sistema previdenziale, ancorato al finanziamento su base contributiva, principio ormai non più idoneo a sostenere il peso dell'assistenza sanitaria intesa come servizio pubblico, è stato travolto da una profonda crisi finanziaria sotto la spinta di una incontrollata lievitazione dei costi di gestione, di un abnorme ricorso alle prestazioni e di un mancato adeguamento delle fonti di contribuzioni.

In questa situazione di crisi trova ampia giustificazione il decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, n. 386, che, nato per pianificare l'estinzione dei debiti mutualistici nei confronti degli ospedali, ha posto alcuni punti fermi per un anticipato avvio della riforma sanitaria, fra i quali la soppressione degli enti previdenziali e delle casse mutue, che hanno acquisito indubbi meriti per aver contribuito alla estensione dell'assistenza sanitaria, come diritto soggettivo perfetto, alle categorie economicamente più deboli (prima i lavoratori subordinati, poi i lavoratori autonomi), ma che ora hanno esaurito la loro funzione, a causa della inadeguatezza strutturale e finanziaria del sistema a sopperire alle istanze sempre crescenti nel paese.

Il testo in esame intende completare questo doveroso processo di trasformazione, dando finalmente attuazione a quel complesso di

norme costituzionali che individuando, direttamente o indirettamente, nella tutela della salute un compito istituzionale della Repubblica, da un lato assolvono alla funzione di fondare un obbligo della comunità statale, considerata nelle diverse forme di organizzazione istituzionale, di garantire una attività diretta a tale scopo, e dall'altro si prefiggono l'obiettivo che la tutela della salute sia anche il risultato di un impegno consapevole ed attivo delle singole persone e delle loro organizzazioni sociali.

**Il proposto servizio sanitario nazionale** è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica e la sua attività è caratterizzata nelle sue risultanze sostanziali da quattro principi informatori, che per la loro assolutezza non consentono deroga alcuna; globalità delle prestazioni, universalità dei destinatari, eguaglianza di trattamento, rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Per quanto concerne l'aspetto istituzionale, il servizio è articolato a livello centrale, regionale e degli enti locali territoriali.

Questa articolazione risponde innanzi tutto all'esigenza di dare concreta attuazione all'articolo 5

della Costituzione relativo al riconoscimento ed alla promozione delle autonomie locali. In secondo luogo, la predetta articolazione risponde meglio alle esigenze della complessa realtà sociale e politica dell'età contemporanea, che postula una maggiore partecipazione dei cittadini alla gestione della cosa pubblica mediante un'attività che sia rappresentativa, anche sotto lo aspetto sostanziale e non soltanto formale, dei complessi, disparati interessi del corpo sociale.

Allo Stato è attribuita competenza in una serie di materie che è impossibile ricondurre sotto un concetto unitario per la complessità e varietà del loro contenuto, ma che si possono genericamente definire di interesse generale, nel senso che riguardano tutti i cittadini, indistintamente considerati, nei confronti dei quali debbono essere adottate forme di tutela indifferenziate, al fine di evitare delle sperequazioni che sarebbero moralmente e giuridicamente ingiustificate, perchè in contrasto con i principi dell'eguaglianza e della parità di dignità sociale e quindi gravemente pregiudizievoli per la realizzazione di una vera giustizia sociale.

Allo Stato, inoltre, è attribuita la funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle regioni in materia sanitaria, funzione che, come specifica l'articolo 5 del progetto, attiene ad esigenze di carattere unitario, anche con riferimento agli obiettivi della programmazione economica nazionale, alle esigenze di rigore e di efficacia della spesa sanitaria ed agli impegni derivanti dagli obblighi internazionali e comunitari.

Alla regione sono attribuite una potestà legislativa secondaria o concorrente, nei limiti, cioè, delle norme fondamentali e dei principi stabiliti dalla legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, ed una potestà di programmazione che deve essere svolta secondo il metodo della pluriennalità e della più ampia partecipazione democratica, in armonia con le norme statutarie, mediante la predisposizione di piani sanitari regionali, nell'ambito dei programmi regionali di sviluppo, previa consultazione degli enti locali, delle forze sociali, degli operatori sanitari, non-

chè della sanità militare territorialmente competente.

Infine, a livello locale le finalità del servizio sanitario nazionale sono realizzate dalle unità sanitarie locali, articolate funzionalmente, se necessario, in distretti sanitari di base per l'erogazione dei servizi di primo livello e al pronto intervento, e gestite da un apposito organo collegiale che sia espressione del consiglio comunale o dei consigli circoscrizionali ovvero dagli organi della comunità montana. Le unità sanitarie locali provvedono alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, di cura, di riabilitazione e di medicina legale, nonché agli altri compiti loro attribuiti dalla legge istitutiva del servizio ed alle funzioni di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria loro attribuite dalla legge regionale.

Non può essere sottaciuto il fatto che la riforma sanitaria prece-  
 de temporalmente un'altra attesa riforma, quella delle autonomie locali che logicamente invece avrebbe dovuto precederla. E in modo particolare vivo interesse per il servizio sanitario nazionale avrebbe avuto la definizione, nell'ambito della nuova legislazione sulle autonomie locali, del cosiddetto «ente intermedio», sostitutivo e ricomprensivo dell'attuale «ente-provincia».

Questa sfasatura comporta senz'altro conseguenze non del tutto positive soprattutto nella definizione del livello di governo dei presidi e servizi multizonali che è attribuita all'unità sanitaria locale sede del presidio o del servizio appunto multizonale.

In questa prospettiva l'istituzione delle unità sanitarie locali è in larga misura svincolata dai problemi relativi all'assetto che si dovrà dare in futuro all'ente intermedio; proprio perchè buona parte delle funzioni dell'unità sanitaria locale sono tipicamente comunali, non si può pensare alla creazione di un ente intermedio di dimensione corrispondente. Con ciò non si nega che, se la riforma delle autonomie locali procedesse, sarebbero semplificati anche i problemi che si pongono in sede di istituzione delle unità sanitarie locali: in effetti, in questa ipotesi, sarebbero operanti strumenti di collaborazione intercomunale di-

versi e più efficienti degli attuali, che potrebbero essere utilizzati proprio per radicarvi le unità sanitarie locali; nella normativa proposta è contenuta un'apertura verso questa nuova realtà, in quanto si consente ai comuni di esercitare i propri poteri sull'unità sanitaria locale mediante la partecipazione ad enti associativi anche a carattere generale.

**Assieme al problema** dello stato giuridico del personale, un altro problema in cui le posizioni di partenza erano molto distanti ha trovato soluzione in larga parte unitaria nel testo al nostro esame. Si tratta del problema inerente la prevenzione nei luoghi di lavoro.

All'articolo 19 si disciplina il complesso delle prestazioni di prevenzione che precedono sistematicamente le prestazioni di cura e di riabilitazione, ricomprendendo in esse assieme alla profilassi degli eventi morbosi alcune importanti attività che di seguito si elencano:

a) la ricerca, l'accertamento e il controllo dei fattori di nocività, di pericolosità e di deterioramento di ambienti di vita e di lavoro;

b) la comunicazione dei dati accertati diffondendone la conoscenza;

c) la formulazione di prescrizioni dirette all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento di ambiente di vita e di lavoro;

d) la formulazione di pareri preventivi, obbligatori sui progetti edilizi, sui progetti industriali e sulla ristrutturazione degli stessi, al fine di accertarne la compatibilità con la tutela dell'ambiente e la difesa della salute della popolazione.

Con l'articolo 21 si è proceduto alla creazione dell'istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza nel lavoro. Si tratta di un istituto cui sono affidati compiti di ricerca, di studio e di sperimentazione, sia con riferimento a funzioni consultive che riguardano la prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro nei confronti degli organi centrali e locali del servizio sanitario nazionale, sia con riferimento a funzioni consultive nei confronti degli organi centrali dello



Stati preposti ai problemi del lavoro e della prevenzione. Con lo articolo 22 si è ravvisata la necessità di una nuova legislazione organica che prima della data di entrata in funzione delle unità sanitarie locali provveda a:

a) disciplinare l'organizzazione del lavoro allo scopo di prevenire infortuni e malattie professionali causati da mezzi e materie di produzione, dagli ambienti ove si svolge il lavoro, dai processi produttivi;

b) fissare i criteri per l'omologazione di macchine, materiali, attrezzature, impianti e mezzi personali di protezione;

c) disciplinare i criteri per la autorizzazione di impianti e le relative modalità e procedure;

d) prevedere sanzioni penali.

**Dal punto di vista economico e finanziario, tre sono le esigenze fondamentali da rispettare:**

innanzi tutto, si tratta di attuare prassi programmatiche che, da un lato permettano di contenere l'evoluzione della spesa entro i limiti consentiti dalle risorse disponibili, e dall'altro, consentano di raggiungere gli obiettivi di salvaguardia di standards minimi dei servizi, nonché di perequazione territoriale;

in secondo luogo, resa compatibile la dinamica della spesa con le risorse, si tratta di garantire la regolarità e la correttezza del finanziamento in maniera da evitare il ricrearsi del cosiddetto debito sommerso;

infine, si tratta di porre le regioni e gli enti locali di fronte ad una situazione equilibrata dal punto di vista finanziario, il giorno in cui saranno chiamati ad assumere piene responsabilità in ordine alla programmazione e gestione dei servizi.

A questi obiettivi si ispirano gli articoli 42, 43 e 44 che riguardano rispettivamente i controlli, la contabilità ed il finanziamento, nonché gli articoli 45 e 46 concernenti l'attivazione di definite prassi programmatiche.

Per quanto riguarda i controlli sulle unità sanitarie locali, responsabili della gestione giornaliera dell'attività sanitaria, di particolare rilievo sono le disposizioni contenute nei primi due commi dell'articolo 42, che stabiliscono

rispettivamente le competenze dei comuni e delle comunità montane al proposito, nonché l'immediata esecutività delle deliberazioni delle unità sanitarie locali (ad eccezione di quelle di particolare rilevanza nei cui confronti permane il controllo preventivo sui singoli atti a norma della legge 10 febbraio 1953, n. 62).

Quanto alle norme di contabilità previste dall'articolo 43, al di là di quanto previsto dal primo comma (punti dall'1 al 6) nei cui confronti si fa solo notare il vincolo di destinazione dei trasferimenti regionali, di particolare rilievo è il contenuto dei commi successivi, che si presentano come estremamente innovativi. Infatti con essi si introduce:

il ricorso ai consuntivi trimestrali di cassa a livello di unità sanitarie locali e di regione;

l'obbligo di convocazione degli organi delle unità sanitarie locali, in caso di disavanzo di gestione, per l'adozione di provvedimenti atti a ripristinare l'equilibrio;

l'obbligo, nel caso in cui tale riequilibrio non sia ottenuto, di ripartire il disavanzo complessivo nei tre esercizi finanziari successivi.

Tali disposizioni sono altamente innovative in quanto: primo, permettono, attraverso i consuntivi trimestrali di cassa, di seguire l'evoluzione della situazione finanziaria con sistematicità e tempestività; secondo, accentuano la responsabilizzazione delle unità sanitarie locali e degli enti locali, imponendo loro l'onere di sanare gli eventuali disavanzi; e, terzo, per questa via permettono di contenere l'ammontare del « debito sommerso » entro limiti fisiologici.

Le disposizioni testé commentate assumono un significato ancora maggiore se considerate alla luce delle norme sul finanziamento del servizio sanitario nazionale previste dall'articolo successivo (articolo 44). Le norme sul finanziamento sono, infatti, tese ad un duplice obiettivo. L'obiettivo consistente nel garantire la regolarità e tempestività dei finanziamenti e quello — coerente con le disposizioni dell'articolo 43 — consistente nel creare precisi livelli di responsabilità finanziaria in corrispondenza delle regioni e dei co-

muni singoli od associati o delle comunità montane. Si fa notare come tali due obiettivi siano strettamente interdipendenti, nel senso che l'uno può essere raggiunto nel limite in cui il secondo sia osservato e viceversa. Non può esistere piena responsabilizzazione finanziaria dei livelli di governo inferiori se non esiste la certezza dei finanziamenti; d'altro canto finanziamenti certi di ammontare prestabilito possono essere garantiti solo se esiste da parte dei destinatari degli stessi, l'obbligo di considerarli come limiti entro cui contenere la spesa.

Significativa appare la sottolineatura delle motivazioni che inducono ad attribuire massima importanza alla formulazione di piani nazionali e regionali, e la descrizione delle caratteristiche innovative che ai piani stessi si vogliono conferire.

In un servizio sanitario pubblico, i piani costituiscono i normali strumenti per un corretto governo ed una corretta gestione dell'insieme delle attività sanitarie. Senza di essi nessun controllo è possibile, non solo circa l'evoluzione della spesa ma anche nei confronti del grado di raggiungimento degli obiettivi che con l'istituzione del servizio sanitario nazionale si intendono acquisire. Da qui la necessità di piani triennali, strettamente legati con la gestione annuale, sia a livello nazionale che regionale.

Nell'ottica brevemente descritta, il piano nazionale deve prevedere l'ammontare di risorse che si intendono stanziare nel triennio, le fasi di unificazione delle prestazioni, il conseguente adeguamento dei contributi assicurativi (nelle more della loro fiscalizzazione) ed infine gli indirizzi per la formulazione dei piani regionali. Lo articolo 45, dedicato appunto al piano sanitario nazionale, inoltre, prevede precisi vincoli all'espansione della spesa — che comunque non deve superare il 6,5 per cento del prodotto interno lordo, il primo anno e percentuali decrescenti gli anni successivi — e sottolinea la esigenza di adeguare costantemente il flusso delle entrate a quello delle spese (terzo comma, lettera c). Ad analoghi criteri si devono uniformare i piani sanitari triennali delle regioni

## Istituzione del servizio sanitario nazionale

### Titolo I IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

#### Capo I.

#### Pincipi ed obiettivi

##### Art. 1. (I principi).

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

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

Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza del trattamento. Esso si realizza a livello centrale, regionale e degli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

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

##### Art. 2. (Gli obiettivi).

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

- 1) la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione del cittadino e delle comunità;
- 2) la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di attività sociale e di lavoro;
- 3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi qualunque ne siano le cause, la natura e la durata;
- 4) la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica;
- 5) la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;
- 6) l'igiene degli alimenti, delle bevande e degli animali per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo;
- 7) una disciplina della registrazione, produzione e distribuzione dei farma-

ci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare la funzione sociale del farmaco;

8) la formazione professionale e permanente, nonché l'aggiornamento culturale e scientifico del personale sanitario.

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

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

b) la sicurezza del lavoro, con la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, per eliminare le condizioni pregiudizievoli alla salute e garantire nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro i servizi necessari;

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

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

e) la tutela sanitaria delle attività sportive;

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

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

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

#### Capo II.

#### Competenze e strutture

##### Art. 3. (Uniformità delle condizioni di salute sul territorio nazionale).

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

- 1) inquinamento dell'atmosfera, delle acque e del suolo;
- 2) igiene e sicurezza in ambienti di vita e di lavoro;
- 3) omologazione, per fini prevenzionali, di macchine, di impianti, di attrezzature e di mezzi personali di protezione;
- 4) tutela igienica degli alimenti e delle bevande;

5) ricerca e sperimentazione clinica e sperimentazione sugli animali;

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

Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Presidente del Consiglio, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono fissati i livelli minimi delle prestazioni sanitarie che devono essere garantite a tutti i cittadini.

Con decreto del Presidente del Consiglio, su proposta del ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono fissati i limiti massimi inderogabili d'accettabilità delle emissioni ed immissioni inquinanti e delle emissioni sonore negli ambienti di lavoro, abitativi e nell'ambiente esterno.

##### Art. 4. (Programmazione sanitaria nazionale)

Lo Stato, nell'ambito della programmazione economica nazionale, determina, con il concorso delle regioni, gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale.

##### Art. 5. (Indirizzo e coordinamento delle attività amministrative regionali).

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

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

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

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

Il ministro della sanità e le amministrazioni regionali sono tenuti a fornirsi reciprocamente ed a richiesta ogni notizia utile allo svolgimento delle proprie funzioni, nell'ambito di un sistema informativo sanitario.

#### Art. 6. (Competenze dello Stato).

Sono di competenza dello Stato le funzioni amministrative concernenti:

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

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

c) la produzione, la registrazione, la ricerca, la sperimentazione, il commercio e la pubblicità di prodotti chimici usati in medicina, di preparati farmaceutici, di preparati galenici, di specialità medicinali, di vaccini, di virus, di sieri, di tossine e prodotti assimilati, di emoderivati, di presidi sanitari e medico-chirurgici e di prodotti assimilati;

d) la coltivazione, la produzione, la fabbricazione, l'impiego, il commercio, all'ingrosso, l'esportazione, l'importazione, il transito, l'acquisto, la vendita e la detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, salvo che per le attribuzioni già conferite alle regioni dalla legge 22 dicembre 1975, n. 684;

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

f) l'elencazione e la determinazione delle modalità di impiego degli additivi e dei coloranti permessi nella lavorazione degli alimenti e delle bevande e nella produzione degli oggetti d'uso personale e domestico; la determinazione delle caratteristiche igienico-sanitarie dei materiali e recipienti destinati a contenere e conservare sostanze alimentari e bevande, nonché degli oggetti destinati comunque a venire a contatto con sostanze alimentari;

g) la determinazione di indici di qualità e di salubrità degli alimenti e delle bevande alimentari;

h) la produzione, la registrazione, il commercio e l'impiego dei gas tossici e delle altre sostanze pericolose;

i) i controlli sanitari sulla produzione dell'energia termoelettrica e nucleare e sulla produzione, il commercio e l'impiego delle sostanze radioattive;

l) il prelievo di parti di cadavere, la loro utilizzazione e il trapianto di organi limitatamente alle funzioni di cui alla legge 2 dicembre 1975, n. 644;

m) la disciplina dell'organizzazione del lavoro ai fini della prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;

n) l'omologazione di macchine, di impianti e di mezzi personali di protezione;

o) l'Istituto superiore di sanità, secondo le norme di cui alla legge 7 agosto 1973, n. 519;

p) la fissazione dei requisiti minimi per la determinazione dei profili professionali degli operatori sanitari; le disposizioni generali per la durata, lo svolgimento e la conclusione dei corsi; la determinazione dei requisiti minimi necessari per l'ammissione alle scuole, nonché dei requisiti minimi per l'esercizio delle professioni mediche e sanitarie ausiliarie;

q) il riconoscimento e la equiparazione dei servizi sanitari prestati in Italia e all'estero dagli operatori sanitari ai fini della ammissione ai concorsi e come titolo nei concorsi stessi;

r) gli ordini e i collegi professionali;

s) il riconoscimento delle proprietà terapeutiche delle acque minerali e termali e la pubblicità relativa alla loro utilizzazione a scopo sanitario.

#### Art. 7. (Funzioni delegate).

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

a) la profilassi delle malattie infettive e diffuse, di cui al precedente articolo 6, lettera b), ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie e le altre misure profilattiche già di competenza degli uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera previste dalla legge 27 aprile 1974, n. 174, e successive modificazioni, nonché le funzioni spettanti ai veterinari di confine, di porto e di aeroporto, previste dall'articolo 32 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 e dall'articolo 45 del decreto del Presidente della Repubblica 8 febbraio 1954, n. 320.

Nel determinare i criteri ed indirizzi per l'esercizio della delega il Governo potrà prescrivere particolari cautele e condizioni minime di strutture di uffici per il disimpegno di servizi particolarmente gravosi in porti ed aeroporti e posti di confine;

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

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

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

Il Ministero della sanità può provvedere alla costituzione e alla conservazione di scorte di vaccino e di medicinali di uso non ricorrente, da destinare alle regioni per esigenze eccezionali di profilassi e cura delle malattie infettive e diffuse per le quali siano

imposte la vaccinazione obbligatoria o misure quarantenarie.

#### Art. 8. (Consiglio sanitario nazionale)

E' istituito il Consiglio sanitario nazionale con funzioni di consulenza e di proposta nei confronti del Governo per la determinazione delle linee generali della politica sanitaria nazionale e per l'attuazione dei compiti del servizio sanitario nazionale.

Esso deve essere sentito obbligatoriamente in ordine ai programmi globali di prevenzione anche primaria, alla determinazione dei livelli di prestazioni sanitarie stabiliti con le modalità di cui al secondo comma dell'articolo 3 e alla ripartizione degli stanziamenti di cui all'articolo 44, nonché sulle fasi di attuazione del servizio sanitario nazionale e sulla programmazione del fabbisogno di personale sanitario necessario alle esigenze del servizio sanitario nazionale.

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

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

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

da tre rappresentanti del Ministero della sanità e da un rappresentante per ciascuno dei seguenti Ministeri: lavoro e previdenza sociale, pubblica istruzione, interno, difesa, tesoro, bilancio e programmazione economica, agricoltura e foreste, industria commercio e artigianato, marina mercantile;

dal direttore dell'Istituto superiore di sanità, dal direttore dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza nel lavoro e da un rappresentante del Consiglio nazionale delle ricerche designato dal ministro per il coordinamento della ricerca scientifica e tecnologica.

Per ogni membro effettivo deve essere nominato un membro supplente che subentra in caso di assenza o impedimento del titolare.

Il Consiglio elegge tra i suoi componenti due vicepresidenti.

Il Consiglio può articolarsi in sezioni che possono avvalersi, per la trattazione di problemi particolari, di esperti esterni.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario della carriera direttiva amministrativa del Ministero della sanità con la qualifica non inferiore a dirigente superiore.

#### Art. 9. (Istituto superiore di sanità).

L'Istituto superiore di sanità è organo tecnico scientifico del servizio sanitario nazionale dotato di strutture



ed ordinamenti particolari e di autonomia scientifica. Esso dipende dal ministro della sanità e collabora con le regioni per l'attività dei presidi igienico sanitari che operano nel loro territorio. Le modalità della collaborazione delle regioni con l'Istituto superiore di sanità sono disciplinate nell'ambito dell'attività governativa di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 5.

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

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

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

b) da 10 esperti nominati per tre anni con decreto del ministro della sanità tra personalità operanti nell'ambito di università e istituti a carattere scientifico, italiani ed eventualmente stranieri, o nell'ambito dei Consigli superiori della sanità e dei lavori pubblici o del Consiglio nazionale delle ricerche e da 10 esperti di nazionalità italiana nominati per tre anni con decreto del ministro della sanità, su proposta della commissione interregionale e di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281, tra personalità operanti nell'ambito delle università e dei presidi igienico sanitari regionali.

#### Art. 10. (L'organizzazione territoriale).

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

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

L'unità sanitaria locale può essere articolata funzionalmente in distretti sanitari di base per la erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento in favore di gruppi di popolazione, di regola, intorno ai 10.000 abitanti.

#### Art. 11. (Competenze regionali).

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

Le leggi regionali devono altresì conformarsi ai seguenti principi:

coordinare l'intervento sanitario con gli interventi negli altri settori economici, sociali e di organizzazione del territorio di competenza delle regioni; unificare l'organizzazione sanitaria su base territoriale e funzionale adeguando la normativa alle esigenze delle singole situazioni regionali.

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

Le regioni, sentiti i comuni, determinano gli ambiti territoriali per l'organizzazione delle unità sanitarie locali. Quando in un comune sono comprese più unità sanitarie locali la loro delimitazione deve tenere conto delle circoscrizioni di cui alla legge 8 aprile 1976, n. 278.

#### Art. 12. (Attribuzioni delle province).

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

#### Art. 13. (Attribuzioni dei comuni).

Sono attribuite ai comuni singoli o associati e alle comunità montane, ai sensi dell'articolo 118, primo comma, della Costituzione, tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera che non siano espressamente riservate allo Stato e alle regioni.

I comuni singoli o associati e le comunità montane esercitano le funzioni di cui alla presente legge mediante l'unità sanitaria locale.

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

Quando l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale comprende il territorio di più comuni questi devono gestirla in forma associata nei modi e nelle forme previsti dalla presente legge e dalle leggi regionali.

I comuni e le comunità montane, anche con riferimento alla legge 8 aprile 1976, n. 278, assicurano la più ampia partecipazione degli operatori sanitari, delle formazioni sociali esistenti sul territorio e dei cittadini a tutte le fasi della programmazione dell'attività delle unità sanitarie locali e alla gestione sociale dei servizi sanitari, nonché al controllo della loro funzionalità e rispondenza alle fina-

lità del servizio sanitario nazionale e agli obiettivi dei piani triennali di cui all'articolo 46. Disciplinano inoltre, anche ai fini dei compiti di educazione sanitaria propri dell'unità sanitaria locale, la partecipazione degli utenti direttamente interessati all'attuazione dei singoli servizi.

#### Art. 14. (Unità sanitarie locali).

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

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

L'unità sanitaria locale provvede fra l'altro:

- a) all'educazione sanitaria;
- b) all'igiene dell'ambiente;
- c) alla prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche;
- d) alla protezione sanitaria materno-infantile e all'assistenza pediatrica;
- e) all'igiene e medicina scolastica negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado;
- f) all'igiene e medicina del lavoro nonché alla prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
- g) alla medicina dello sport e alla tutela sanitaria delle attività sportive;
- h) all'assistenza medico-generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale;
- i) all'assistenza specialistica ambulatoriale e domiciliare per le malattie fisiche e psichiche in forme che consentano anche la riduzione della spedalizzazione;
- l) all'assistenza ospedaliera per le malattie fisiche e psichiche;
- m) alla riabilitazione;
- n) all'assistenza farmaceutica e alla vigilanza sulle farmacie;
- o) all'igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e delle bevande;
- p) alla profilassi e alla polizia veterinaria; alla ispezione e alla vigilanza veterinaria sugli animali destinati ad alimentazione umana, sugli impianti di macellazione e di trasformazione, sugli alimenti di origine animale, sull'alimentazione zootecnica e sulle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo, sulla riproduzione, allevamento e sanità animale, sui farmaci di uso veterinario;
- q) agli accertamenti, alle certificazioni e alle altre prestazioni medicolegali spettanti all'autorità sanitaria pubblica a norma della legislazione

vigente, con esclusione di quelli di competenza dell'organizzazione sanitaria militare.

**Art. 15. (Struttura e funzionamento delle unità sanitarie locali).**

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

La legge regionale stabilisce norme per:

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

2) la definizione delle strutture della unità sanitaria locale, prevedendo in particolare la creazione di un organo collegiale di gestione nel quale sia garantita la presenza delle minoranze e che sia espressione: del consiglio comunale, quando il territorio comunale coincide con quello della unità sanitaria locale; dei consigli dei comuni interessati, quando l'ambito dell'unità sanitaria locale comprende il territorio di più comuni; del consiglio comunale e dei consigli circoscrizionali interessati, quando l'ambito dell'unità sanitaria locale corrisponde ad una parte del territorio comunale. Quando l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale corrisponde a quello di una comunità montana, alla gestione dell'unità sanitaria locale provvedono gli organi della comunità;

3) assicurare l'autonomia tecnico-funzionale dei servizi dell'unità sanitaria locale ed il loro coordinamento, prevedendo organi di direzione tecnico-sanitaria e le relative responsabilità;

4) la istituzione, nell'ambito delle unità sanitarie locali e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, di servizi territoriali che svolgano funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale;

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

6) la predisposizione del conto di gestione dell'unità sanitaria locale, che deve essere iscritto nel bilancio del comune o dei comuni associati, fermo restando il vincolo di destinazione dei relativi stanziamenti regionali e la separazione da eventuali passività dei bilanci comunali;

7) il regolamento organico del personale dell'unità sanitaria locale e le piante organiche dei diversi presidi e servizi;

8) l'organizzazione e la gestione dei presidi e dei servizi multizonali di cui al successivo articolo 17, fermo il principio dell'intesa con i comuni interessati;

9) il riordino dei servizi veterinari a livello regionale nell'ambito di ciascuna unità sanitaria locale o in un ambito territoriale più ampio, tenendo conto della distribuzione e delle atti-

tudini produttive del patrimonio zootecnico, della riproduzione animale, della dislocazione e del potenziale degli impianti di macellazione, di lavorazione e di conservazione delle carni e degli altri prodotti di origine animale, della produzione dei mangimi e degli integratori, delle esigenze della zoonosi, della lotta contro le zoonosi e della vigilanza sugli alimenti di origine animale. La legge regionale individua anche le relative strutture multizonali e ne regola il funzionamento ai sensi dell'articolo 17.

La legge regionale stabilisce altresì norme di coordinamento delle unità sanitarie locali con i servizi sociali esistenti sul territorio e connessi alla tutela della salute e di coordinamento e integrazione funzionale di tutte le strutture proprie e convenzionate dell'unità sanitaria locale.

**Art. 16. (Requisiti e struttura interna degli Ospedali. Tirocinio obbligatorio dei medici).**

La legislazione regionale in materia di requisiti degli ospedali e struttura interna degli stessi deve uniformarsi alle norme contenute negli articoli 19, primo comma, e 35 della legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Nell'ambito del piano sanitario regionale e della organizzazione dei servizi delle unità sanitarie locali, la legge regionale stabilisce norme per l'istituzione di dipartimenti in applicazione dei principi di cui all'articolo 55 della legge 18 aprile 1975, n. 148 e relativo decreto del ministro della sanità in data 8 novembre 1976, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica del 24 novembre 1976, n. 313.

In materia di tirocinio obbligatorio dei medici restano in vigore gli articoli 45, 46, 47, 48 e 49 della legge 12 febbraio 1968, n. 132. L'onere della spesa relativa ai medici interni è a carico del fondo di cui all'articolo 44.

**Art. 17. (Presidi e servizi multizonali).**

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

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

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

b) la tenuta di uno specifico conto di gestione allegato al conto di gestione generale della unità sanitaria locale competente per territorio;

c) la composizione numerica dell'organo di gestione della unità sanitaria locale competente per territorio

e la sua eventuale articolazione in riferimento alle specifiche esigenze della gestione.

**Capo III.**

**Prestazioni e funzioni**

**Art. 18. (Prestazioni delle unità sanitarie locali).**

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

I servizi sono organizzati, compatibilmente con le esigenze obiettive dell'assistenza, in modo da consentire ai cittadini la libera scelta del medico e del luogo di cura.

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

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

Il personale militare ha diritto di accedere ai servizi di assistenza della località ove presta servizio.

**Art. 19. (Attività di prevenzione).**

Le attività di prevenzione comprendono:

a) la ricerca, l'accertamento e il controllo dei fattori di nocività, di pericolosità e di deterioramento negli ambienti di vita e di lavoro, in applicazione delle norme di legge vigenti in materia e al fine di garantire il rispetto dei limiti massimi inderogabili di cui all'ultimo comma dell'articolo 3, nonché al fine della tenuta dei registri di cui al penultimo comma dell'articolo 25;

b) la comunicazione dei dati accertati, diffondendone la conoscenza, anche a livello di luogo di lavoro, presso le comunità di cittadini ed i gruppi di lavoratori ad essi interessati, sia direttamente che tramite gli organi del decentramento comunale e le rappresentanze sindacali;

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

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

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



sedimenti industriali o sulla ristrutturazione degli stessi, sui progetti ed insediamenti di tutte le attività produttive e sui piani urbanistici, al fine di accertarne la compatibilità con la tutela dell'ambiente e la difesa della salute della popolazione.

Per l'attività di prevenzione le unità sanitarie locali si avvalgono sia degli operatori dei propri servizi di igiene, sia degli operatori dei presidi specializzati multizonali di cui al successivo articolo 20, sia, nell'ambito delle loro competenze tecniche e funzionali, degli operatori che erogano le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione.

Gli interventi di prevenzione all'interno degli ambienti di lavoro vengono effettuati in stretto collegamento con i gruppi di lavoratori interessati, con riferimento a quanto disposto dall'articolo 9 della legge 20 maggio 1970, n. 300.

#### Art. 20. (Presidi multizonali di prevenzione).

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

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

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

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

I presidi e i servizi multizonali di cui al comma precedente sono gestiti dall'unità sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati, secondo le modalità di cui all'articolo 17.

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

#### Art. 21. (Delega per la istituzione dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro).

Il Governo è delegato ad emanare, entro il 31 dicembre 1978, su proposta del Presidente del Consiglio, un decreto avente valore di legge ordinaria per la istituzione dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza nel lavoro, da porre sotto la vigilanza della Presidenza del Consiglio.

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

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

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

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

L'Istituto collabora con le unità sanitarie locali e con le regioni, su richiesta di queste ultime, fornendo le informazioni e le consulenze eventualmente necessarie per l'attività dei servizi di cui agli articoli 19 e 20.

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

L'Istituto organizza la propria attività secondo criteri di programmazione. I programmi di ricerca dell'Istituto relativi alla prevenzione delle malattie e degli infortuni sul lavoro, predisposti tenendo conto degli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e delle proposte delle regioni, sono approvati dal Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

L'Istituto collabora, anche ai fini dei programmi di ricerca e di sperimentazione, con l'Istituto superiore di sanità. Esso svolge inoltre la propria attività avvalendosi anche degli istituti di ricerca delle università, del CNR e di altre istituzioni pubbliche. Possono essere chiamati a collaborare all'attuazione dei suddetti programmi istituti privati di riconosciuto valore scientifico. L'Istituto cura altresì i collegamenti con istituzioni estere che operano nel medesimo settore.

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

L'Istituto provvede altresì ad elaborare i criteri per le norme di prevenzione degli incendi interessanti le macchine, gli impianti e le attrezzature soggette ad omologazione, di concerto con il Corpo nazionale dei vigili del fuoco.

#### Art. 22. (Nuova legislazione in materia di igiene e sicurezza nel lavoro).

Con legge dello Stato entro il 31 dicembre 1978 saranno dettate le norme per disciplinare:

a) l'organizzazione del lavoro allo scopo di prevenire infortuni e malattie professionali causati dai mezzi e dalle materie utilizzati nella produzione, dagli ambienti ove si svolge il lavoro e dai processi produttivi;

b) l'omologazione di macchine, di materiali, di attrezzature, di impianti e di mezzi personali di protezione;

c) l'autorizzazione di impianti e le relative modalità e procedure;

d) le sanzioni penali.

Ai fini dell'emanazione delle norme di cui al precedente comma si terrà conto delle direttive della CEE, dell'OIL e del Consiglio d'Europa, nonché delle più aggiornate esperienze degli altri paesi.

#### Art. 23. (Prestazioni di cura).

Le prestazioni curative comprendono l'assistenza medico generica, specialistica, ospedaliera, infermieristica e farmaceutica.

L'assistenza medico generica e pediatrica è prestata dal personale dell'unità sanitaria locale o del distretto di cui l'utente fa parte e dai medici convenzionati ai sensi dell'articolo 41.

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

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

L'assistenza medico specialistica è prestata di norma presso gli ambulatori dell'unità sanitaria locale di cui l'utente fa parte o presso gli ambulatori convenzionati ai sensi della presente legge. In determinati casi previsti da apposita normativa regionale le prestazioni specialistiche possono essere erogate a domicilio dell'utente.

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

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

**Art. 24. (Prestazioni di riabilitazione).**

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

Sono altresì garantite le prestazioni protesiche nei limiti e nelle forme stabiliti dal decreto del Presidente della Repubblica di cui al secondo comma dell'articolo 3.

**Art. 25. (Libretto personale sanitario e di rischio).**

Le unità sanitarie locali forniscono gratuitamente i cittadini di un libretto sanitario personale. Il libretto sanitario riporta i dati caratteristici principali sulla salute dell'assistito. L'unità sanitaria locale provvede alla compilazione ed all'aggiornamento del libretto sanitario personale, i cui dati sono rigorosamente coperti dal segreto professionale.

Il libretto è custodito dall'interessato o da chi esercita la patria potestà e può essere richiesto solo dal medico, nell'esclusivo interesse della protezione della salute dell'intestatario.

Con decreto del ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale è approvato il modello del libretto sanitario personale comprendente le indicazioni relative all'eventuale esposizione a rischi in relazione alle condizioni di vita e di lavoro.

Con lo stesso provvedimento sono determinate le modalità per la graduale distribuzione a tutti i cittadini del libretto sanitario, a partire dai nuovi nati.

Con decreto del ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative dei lavoratori e dei datori di lavoro, viene stabilito il modello del registro dei dati ambientali, biostatistici e di rischio che deve essere tenuto presso ogni azienda.

I dati complessivi derivanti dai libretti sanitari, facendo comunque salvo il segreto professionale, vengono utilizzati a scopo epidemiologico, oltre che di aggiornamento e di miglioramento dell'attività sanitaria da parte delle unità sanitarie locali, delle regioni e del Ministero della sanità.

**Art. 26. (Assistenza farmaceutica).**

L'unità sanitaria locale eroga l'assistenza farmaceutica attraverso le farmacie pubbliche e le farmacie private convenzionate secondo i criteri e le modalità di cui all'articolo 37.

Gli assistiti possono ottenere dalle farmacie di cui al precedente comma, su presentazione di ricetta compilata

dal medico curante, la fornitura di preparati galenici e specialità medicinali compresi nel prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale.

L'unità sanitaria locale, i suoi presidi e servizi, compresi quelli di cui all'articolo 17, e gli istituti ed enti convenzionati di cui all'articolo 35, possono acquistare direttamente le preparazioni farmaceutiche di cui al secondo comma per la distribuzione agli assistiti nelle farmacie pubbliche e per l'impiego negli ospedali, negli ambulatori e in tutti gli altri presidi sanitari. La legge regionale disciplina l'acquisto coordinato di detti medicinali e del restante materiale sanitario da parte delle unità sanitarie locali e dei loro presidi e servizi, nonché il coordinamento dell'attività delle farmacie comunali con i servizi della unità sanitaria locale.

**Art. 27. (Disciplina dei farmaci).**

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

Con legge dello Stato sono dettate norme:

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

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

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

d) per la individuazione dei presidi autorizzati e per la definizione delle modalità della sperimentazione clinica precedente la autorizzazione alla immissione in commercio;

e) per la brevettabilità dei farmaci.

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

dal ministro della sanità, che lo presiede;

dal direttore generale del servizio farmaceutico del Ministero della sanità; dal direttore dell'Istituto superiore di sanità;

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

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

da un rappresentante del Ministero dell'industria, commercio e artigianato; da due esperti di economia sanitaria designati dal ministro della sanità su proposta del Consiglio nazionale delle ricerche;

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

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

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

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

Fino all'approvazione del prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale di cui al presente articolo, resta in vigore il prontuario di cui all'articolo 9 della legge 19 agosto 1974, n. 386.

**Art. 28. (Pubblicità e informazione scientifica sui farmaci).**

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

Sino alla entrata in vigore della nuova disciplina generale dei farmaci di cui al precedente articolo 27 è fatto divieto di propaganda e di pubblicità di tutti i medicamenti con ogni mezzo, ivi compresa la stampa e la radiotelevisione.

Il ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, viste le proposte delle regioni, dell'Istituto superiore di sanità e degli istituti universitari e di ricerca, nonché delle industrie farmaceutiche, tenuto conto delle direttive comunitarie, predispone un programma annuale per l'informazione scientifica sui farmaci, finalizzato anche ad iniziative di educazione sanitaria, e detta norme per la regolamentazione del predetto servizio e dell'attività degli informatori scientifici.

Nell'ambito del programma annuale di cui al precedente comma l'informazione scientifica sui farmaci può essere svolta anche da imprese titolari delle autorizzazioni alla immissione in commercio dei medicinali, previa autorizzazione e sotto il controllo del ministro della sanità.

**Art. 29. (Funzioni di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria).**

Il ministro della sanità può emettere ordinanze di carattere contingibile e urgente, in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria, con



efficacia estesa all'intero territorio nazionale o a parte di esso comprendente più regioni.

La legge regionale stabilisce norme per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria, ivi comprese quelle già esercitate dagli uffici del medico e del veterinario provinciale e dagli ufficiali sanitari e veterinari comunali o consortili, ripartendo le rispettive competenze tra i sindaci e il presidente della giunta regionale e gli organi di gestione delle unità sanitarie locali e di direzione tecnico-sanitaria di cui al secondo comma, punto 3, dell'articolo 15.

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

I trattamenti sanitari obbligatori di cui al successivo articolo 30 sono sempre disposti dal sindaco.

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

#### Art. 30. (Norme per i trattamenti sanitari obbligatori).

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari. Si intendono volontari anche gli accertamenti ed i trattamenti sanitari richiesti dai familiari conviventi dell'infermo, ove questi non si opponga e risulti evidente la finalità terapeutica della richiesta.

Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori possono essere disposti dalla autorità sanitaria, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità e della libertà della persona e nel rispetto dei diritti civili e politici previsti dalla Costituzione. La unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità.

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento dell'autorità sanitaria sulla base della proposta motivata di un medico dell'unità sanitaria locale. Tali misure possono essere adottate solo ove esistano alterazioni gravi dello stato di salute individuale o gravi ragioni di sanità pubblica e condizioni e circostanze, verificate dal medico, che giustifichino il provvedimento per la impossibilità di adottare idonee misure sanitarie di altra natura.

I trattamenti sanitari obbligatori sono attuati presso le strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate. Ove non necessari la degenza, sono attuati negli altri presidi delle unità sanitarie locali o a domicilio.

I trattamenti sanitari obbligatori devono essere accompagnati da ogni iniziativa volta a promuovere, il più rapidamente possibile, le condizioni per il consenso e la partecipazione dell'infermo al trattamento.

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

L'autorità sanitaria notifica tramite messo comunale entro 48 ore al giudice tutelare il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

L'infermo sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio deve essere informato del diritto di presentare contro di esso ricorso in opposizione alla autorità sanitaria o ricorso al giudice tutelare, direttamente o tramite un rappresentante legale.

Il giudice tutelare, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti ritenuti opportuni, può disporre con provvedimento motivato la sospensione del trattamento sanitario obbligatorio.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, l'autorità sanitaria, sulla base di una ulteriore proposta motivata di un medico dell'unità sanitaria locale, ne darà comunicazione al giudice tutelare, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

Analogamente l'autorità sanitaria darà comunicazione al giudice tutelare dei successivi prolungamenti oltre il previsto o della cessazione del trattamento sanitario obbligatorio o dei motivi di eventuali sopravvenute impossibilità a proseguire il trattamento stesso.

La omissione di tali comunicazioni da parte dell'autorità sanitaria configura il reato di cui all'articolo 328 del codice penale.

Al giudice tutelare potranno essere rivolte in qualunque momento da parte dell'infermo, dei familiari o di altri, opposizioni in ordine al trattamento, alla sua durata e alle modalità.

Qualora il trattamento sanitario obbligatorio consista nel ricovero per necessità di cure in condizioni di degenza ospedaliera per una malattia mentale, esso deve essere attuato presso gli ospedali generali in servizi all'interno di strutture dipartimentali che garantiscano la continuità terapeutica, avvalendosi dello stesso personale che opera nei servizi territoriali di cui al secondo comma, punto 4, dell'articolo 15 e in modo da tenere conto della specificità degli interventi e delle terapie che devono essere praticate.

E' fatto divieto di costruire nuovi ospedali psichiatrici, di utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche degli ospedali generali e di istituire negli ospedali divisioni o sezioni psichiatriche.

All'atto dell'entrata in vigore della presente legge sono abrogate le leggi 14 febbraio 1904, n. 36, e relativo regolamento di esecuzione e 18 marzo 1968, n. 431, nonché gli articoli 420 codice civile, 714, 715, 716, 717 codice

penale, 604, n. 2, codice procedura penale per quanto attiene all'obbligo dell'annotazione dei provvedimenti di ricovero degli infermi di malattie mentali e della revoca di essi nel casellario giudiziario, e gli articoli 2, primo comma, n. 1, e 3 del decreto del presidente della Repubblica 20 marzo 1967, n. 223.

#### Art. 31. (Termalismo terapeutico).

Le aziende termali pubbliche operanti nell'ambito degli enti di cui all'articolo 113 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, sono dichiarate presidi e servizi multizonali della unità sanitaria locale nel cui territorio sono ubicate e sono disciplinate a norma dell'articolo 17. A tal fine dette aziende, entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sono sottoposte alla procedura prevista dal citato articolo 113 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616.

Gli stabilimenti termali gestiti dall'INPS ai sensi dell'articolo 83 del regio decreto-legge 4 ottobre 1935, n. 1827, convertito con modificazioni nella legge 6 aprile 1936, n. 1155, per la cura e la prevenzione dell'invalidità pensionabile in base agli articoli 45 e 81 del citato regio decreto-legge, sono costituiti in presidi e servizi sanitari delle unità sanitarie locali in cui sono ubicati e sono disciplinati a norma dell'articolo 17.

La legge regionale promuove la integrazione e la qualificazione sanitaria degli stabilimenti termali pubblici, in particolare nel settore della riabilitazione.

Le prestazioni idrotermali, limitate al solo aspetto terapeutico, da erogarsi presso gli appositi presidi e servizi di cui al presente articolo, nonché presso aziende termali private, riconosciute ai sensi dell'articolo 6, lettera s) e convenzionate ai sensi dello articolo 37, sono garantite nei limiti e nelle forme stabiliti dal decreto del Presidente della Repubblica di cui al secondo comma dell'articolo 3.

#### Art. 32. (Delega per la disciplina dell'assistenza sanitaria agli italiani all'estero e al personale navigante).

Il Governo è delegato ad emanare, entro il 31 dicembre 1978, su proposta del ministro della sanità, di concerto con i ministri degli affari esteri, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare l'erogazione dell'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero, secondo i principi generali della presente legge e con l'osservanza dei seguenti criteri direttivi:

a) dovrà essere assicurata attraverso forme di assistenza diretta o indiretta, la tutela della salute dei lavoratori e dei loro familiari aventi diritto, per tutto il periodo di permanenza all'estero connesso alla prestazione di attività lavorativa, qualora tali soggetti non godano di prestazioni assistenziali

garantite da leggi locali o tali prestazioni siano palesemente inferiori ai livelli di prestazioni sanitarie stabiliti con le modalità di cui al secondo comma dell'articolo 3;

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

c) dovrà essere prevista analoga disciplina per i cittadini residenti nel comune di Campione d'Italia, in ragione della sua particolare collocazione.

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

Entro il termine di cui al primo comma il Governo è delegato ad emanare, su proposta del ministro della sanità, di concerto con i ministri della marina mercantile, dei trasporti, degli affari esteri e del tesoro, un decreto avente valore di legge ordinaria per disciplinare l'erogazione dell'assistenza sanitaria al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, secondo i principi generali della presente legge e con l'osservanza dei criteri direttivi indicati nel presente articolo.

#### Art. 33. (Servizio di assistenza religiosa).

Presso le strutture di ricovero del servizio sanitario nazionale è assicurata l'assistenza religiosa a chi la richiama.

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

#### Art. 34. (Cliniche universitarie e relative convenzioni).

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

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

- 1) l'apporto nel settore assistenziale delle facoltà di medicina alla realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale;
- 2) l'utilizzazione da parte delle facoltà di medicina, per esigenze di ricer-

ca e di insegnamento, di idonee strutture delle unità sanitarie locali e l'apporto di queste ultime ai compiti didattici e di ricerca dell'università.

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

Con tali convenzioni:

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

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

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

Le convenzioni devono altresì prevedere:

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

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

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

La convenzione di cui al secondo comma va attuata, per quanto concerne l'utilizzazione delle strutture assistenziali delle unità sanitarie locali, con specifiche convenzioni, da stipulare tra l'università e l'unità sanitaria locale, che disciplineranno sulla base della legislazione vigente i rapporti indicati nell'articolo 4 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129.

Le convenzioni previste nel presente

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

#### Art. 35. (Convenzioni con istituzioni sanitarie che erogano assistenza pubblica).

Salva la vigilanza tecnico-sanitaria spettante all'unità sanitaria locale competente per territorio, nulla è innovato alle disposizioni vigenti per quanto concerne il regime giuridico-amministrativo degli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera, nonché degli ospedali di cui all'articolo 1 della legge 26 novembre 1973, n. 817.

Salva la vigilanza tecnico-sanitaria spettante all'unità sanitaria locale competente per territorio, nulla è innovato alla disciplina vigente per quanto concerne l'ospedale Galliera di Genova e l'Ordine mauriziano.

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

Gli istituti, enti ed ospedali di cui al primo comma, che non abbiano ottenuto la classificazione ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, ma che abbiano un ordinamento dei servizi ospedalieri corrispondente a quello degli ospedali gestiti direttamente dalle unità sanitarie locali, possono ottenere, a domanda, dalla regione che i loro ospedali, a seconda delle caratteristiche tecniche e specialistiche, siano dichiarati, ai soli fini dell'erogazione dell'assistenza sanitaria e ospedaliera, presidi dell'unità sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati sempre che il piano regionale sanitario preveda i detti presidi. I rapporti dei predetti istituti, enti ed ospedali con le unità sanitarie locali sono regolati da apposite convenzioni.

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

Qualora gli ordinamenti del personale dei predetti istituti, enti ed ospedali risultino conformi alle disposizioni di cui all'articolo 40, essi possono ottenere, a domanda, con decreto del ministro della sanità, l'equiparazione dei servizi e dei titoli acquisiti dal proprio personale ai servizi e ai titoli acquisiti dal personale in servizio presso gli ospedali delle unità sanitarie locali.

La regione, nell'assicurare la dotazione finanziaria alle unità sanitarie locali, deve tener conto delle convenzioni di cui presente articolo.

**Art. 36. (Istituti a carattere scientifico).**

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

Spettano alle regioni, nei confronti degli istituti riconosciuti a carattere scientifico, che svolgono attività di ricovero e cura degli infermi, le stesse funzioni che esse esercitano per la parte assistenziale nei confronti dei presidi ospedalieri dipendenti dalle unità sanitarie locali se si tratta di istituti aventi personalità giuridica di diritto pubblico, o nei confronti delle case di cura private se si tratta di istituti aventi personalità giuridica di diritto privato.

Detti istituti per la parte assistenziale sono considerati presidi ospedalieri multizonali delle unità sanitarie locali nel cui territorio sono ubicati e sono disciplinati a norma dell'articolo 17. Continuano invece ad essere esercitate dai competenti organi dello Stato le funzioni attinenti al regime giuridico-amministrativo di detti istituti ed eventualmente alla nomina dei componenti i relativi organi di amministrazione.

Il controllo sulle deliberazioni degli istituti aventi personalità giuridica di diritto pubblico è esercitato nelle forme indicate dal terzo comma dell'articolo 42; l'annullamento delle deliberazioni adottate in deroga alle disposizioni regionali non è consentito ove la deroga sia stata autorizzata, con specifico riguardo alle finalità scientifiche dell'istituto, mediante decreto del ministro della sanità di concerto con il ministro della pubblica istruzione.

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

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

Gli istituti a carattere scientifico aventi personalità giuridica di diritto pubblico, ai quali non viene confermato il riconoscimento, perdono la personalità giuridica; con lo stesso decreto di cui al precedente comma i beni, le attrezzature ed il personale, nonché i rapporti giuridici in atto, sono trasferiti alle unità sanitarie locali competenti per territorio. Ove gli istituti ai quali non è confermato il riconoscimento abbiano personalità giuridica di diritto privati, gli stessi sono disciplinati ai sensi del successivo articolo 37.

**Art. 37. (Istituzioni sanitarie private).**

La legge regionale disciplina l'auto-

rizzazione e la vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato, ivi comprese quelle di cui al primo comma dell'articolo precedente che non hanno richiesto di essere classificate ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e sulle aziende termali private e definisce le caratteristiche funzionali a cui tali istituzioni e aziende devono corrispondere onde assicurare livelli di prestazioni sanitarie non inferiori a quelle erogate dalle corrispondenti istituzioni pubbliche. Restano ferme le istituzioni di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 5.

Il piano sanitario regionale di cui al terzo comma dell'articolo 11 accerta la necessità di convenzionare le istituzioni private di cui al comma precedente. La legge regionale stabilisce norme per le eventuali convenzioni fra le unità sanitarie locali e le istituzioni private di cui al comma precedente, da stipularsi in armonia col piano sanitario regionale e garantendo la erogazione di prestazioni sanitarie non inferiori a quelle erogate dalle corrispondenti istituzioni pubbliche. Dette convenzioni sono stipulate dalle unità sanitarie locali in conformità a schemi tipo approvati dal ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Sino alla emanazione della legge regionale di cui al primo comma rimangono in vigore gli articoli 51, 52 e 53, 1° e 2° comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132 e il decreto del ministro della sanità in data 5 agosto 1977, adottato ai sensi del predetto articolo 51 e pubblicato nella 'Gazzetta Ufficiale' della Repubblica del 31 agosto 1977, n. 236, nonché gli articoli 194, 195, 196, 197 e 198 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, numero 1265, intendendosi sostituiti al Ministero della sanità la regione e al medico provinciale e al prefetto il presidente della giunta regionale.

**Art. 38. (Associazioni di volontariato).**

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

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

A tal fine le predette istituzioni avanzano documentata istanza al presidente della giunta regionale che procede, sentito il consiglio comunale ove ha sede l'istituzione, con proprio decreto, a dichiarare l'esistenza delle condizioni previste nel comma precedente. Di tale decreto viene data notizia alla commissione di cui al sesto comma dell'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616.

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

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

**Art. 39. (Mutualità volontaria).**

La mutualità volontaria è libera.

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

Capo IV.  
Personale

**Art. 40. (Personale dipendente).**

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

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

Il Governo è delegato ad emanare, entro il 31 dicembre 1978, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare, salvo quanto previsto dall'ottavo comma del presente articolo, lo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

- 1) assicurare un unico ordinamento del personale in tutto il territorio nazionale;
- 2) disciplinare i ruoli del personale secondo qualifiche funzionali con la specificazione dei profili di professionalità e delle mansioni;
- 3) definire le tabelle di equiparazione per il personale proveniente dagli enti e dalle amministrazioni le cui funzioni sono trasferite ai comuni per essere esercitate mediante le unità sanitarie locali;
- 4) garantire il diritto all'esercizio della libera attività professionale per i medici dipendenti delle unità sanitarie locali, degli istituti universitari e dei policlinici convenzionati e degli istituti scientifici di ricovero e cura di cui all'articolo 36. Con legge regionale sono stabiliti le modalità e i limiti dello esercizio di tale attività;

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

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

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

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

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

Le unità sanitarie locali, per l'attuazione del proprio programma di attività e in relazione a comprovate ed effettive esigenze assistenziali, didattiche e di ricerca, previa autorizzazione della regione, individuano le strutture, le divisioni ed i servizi cui devono essere addetti sanitari a tempo pieno e prescrivono anche in carenza della specifica richiesta degli interessati, a singoli sanitari delle predette strutture, divisioni e servizi, la prestazione del servizio a tempo pieno.

In riferimento al comma precedente i relativi bandi di concorso per posti vacanti prescrivono il rapporto di lavoro a tempo pieno.

Il Governo, sentita una commissione parlamentare di dieci deputati e dieci senatori, nominati in rappresentanza proporzionale dei gruppi parlamentari dai Presidenti delle rispettive Camere, su designazione dei Presidenti dei gruppi stessi, emana le norme delegate di cui al presente articolo, su proposta del Presidente del Consiglio, di concerto con i ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, dell'interno e del tesoro, previa consultazione delle associazioni sindacali delle categorie interessate.

Il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico del rapporto d'impiego di tutto il personale sono disciplinati mediante accordo nazionale unico, di durata triennale, stipulato tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. La delegazione del Governo,

delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti è costituita rispettivamente: da un rappresentante della Presidenza del Consiglio dei ministri e dai ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro; da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1971, n. 281; da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

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

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

#### Art. 41. (Personale a rapporto convenzionale).

L'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantita sull'intero territorio nazionale da convenzioni, aventi durata triennale, del tutto conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale di ciascuna categoria. La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti è costituita rispettivamente: dai ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro; da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1971, n. 281; da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

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

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

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

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

convenzionati esterni e per gli specialisti e generici ambulatoriali;

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

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

5) il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia ed il massimo delle ore per i medici ambulatoriali specialisti e generici, da determinare in rapporto ad altri impegni di lavoro compatibili;

la regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in dipendenza del numero degli assistiti o delle ore; il divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati;

le attività libero-professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione.

Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle regioni, previa domanda motivata alla unità sanitaria locale;

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

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

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

9) le forme di incentivazione in favore dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;

10) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati;



11) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione;

12) le forme di collaborazione fra i medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;

13) la collaborazione dei medici, per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio.

I criteri di cui al comma precedente, in quanto applicabili, si estendono alle convenzioni con le altre categorie non mediche di operatori professionali, da stipularsi con le modalità di cui al primo e secondo comma del presente articolo.

Gli stessi criteri, per la parte compatibile, si estendono, altresì, ai sanitari che erogano le prestazioni specialistiche e di riabilitazione in ambulatori dipendenti da enti o istituti privati convenzionati con la regione.

E' nullo ad ogni effetto qualsiasi atto, anche avente carattere integrativo, stipulato con organizzazioni professionali o sindacali per la disciplina dei rapporti convenzionali. Resta la facoltà degli organi di gestione delle unità sanitarie locali di stipulare convenzioni con ordini religiosi per l'espletamento di servizi nelle rispettive strutture.

E' altresì nulla di pieno diritto qualsiasi convenzione con singoli appartenenti alle categorie di cui al presente articolo. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma comportano la responsabilità personale degli amministratori.

Le federazioni degli ordini nazionali, nonché i collegi professionali, nel corso delle trattative per la stipula degli accordi nazionali collettivi riguardanti le rispettive categorie, partecipano in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontologico e agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle convenzioni uniche.

Gli ordini e collegi professionali sono tenuti a dare esecuzione ai compiti che saranno ad essi demandati dalle convenzioni uniche. Sono altresì tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali, indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione.

In caso di grave inosservanza delle disposizioni di cui al comma precedente, la regione interessata provvede a farne denuncia al ministro della sanità e a darne informazione contemporaneamente alla competente federazione nazionale dell'ordine. Il ministro della sanità, sentita la suddetta federazione, provvede alla nomina di un commissario, scelto tra gli iscritti nell'albo professionale della provincia, per il compimento degli atti cui l'ordine provinciale non ha dato corso.

Sino a quando non sarà riordinato con legge il sistema previdenziale relativo alle categorie professionistiche convenzionate, le convenzioni di cui al presente articolo prevedono la deter-

minazione della misura dei contributi previdenziali e delle modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto del ministro del lavoro e della previdenza sociale in data 15 ottobre 1976, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica del 28 ottobre 1976, n. 289.

## Capo V. Controlli contabilità e finanziamento

### Art. 42. (Controlli sulle USL).

Il controllo sulle unità sanitarie locali è attribuito agli organi dei rispettivi comuni, singoli o associati e delle comunità montane secondo norme stabilite dalla legge regionale in armonia con le disposizioni di cui al presente articolo.

Le deliberazioni delle unità sanitarie locali, salvo quelle di cui al successivo comma, sono immediatamente esecutive e devono, a pena della loro decadenza, essere trasmesse entro 8 giorni ai comuni singoli o associati o alla comunità montana.

Il controllo preventivo sugli atti di particolare rilevanza di cui al secondo comma, punti 5 e 6, dell'articolo 15, è esercitato nelle forme previste dall'articolo 59 della legge 10 febbraio 1953, n. 62, dai comitati regionali di controllo di cui agli articoli 55 e 56 della medesima legge, integrati da un esperto in materia sanitaria designato dal consiglio regionale.

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

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

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

### Art. 43. (Norme di contabilità).

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

1) la disciplina amministrativo-contabile delle gestioni deve risultare in armonia con i principi della

contabilità pubblica previsti dalla legislazione vigente, prevedendo in particolare le modalità di tempestiva comunicazione ai comuni singoli o associati o alla comunità montana degli eventuali disavanzi che risultassero dalle periodiche verifiche di cassa, al fine della adozione dei provvedimenti di cui all'ultimo comma del presente articolo;

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

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

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

5) le risultanze complessive delle previsioni di entrata e di spesa, nonché dei conti consuntivi delle unità sanitarie locali, devono essere iscritte rispettivamente nel bilancio di previsione e nel conto consuntivo dei comuni singoli o associati o della comunità montana;

6) gli stanziamenti iscritti in entrata ed in uscita dei bilanci comunali o delle comunità montane per i compiti delle unità sanitarie locali debbono comprendere i relativi versamenti regionali, che non possono essere utilizzati in alcun caso per altre finalità.

Le unità sanitarie locali devono fornire i rendiconti trimestrali di cassa alla regione, e la regione a sua volta deve fornirli al Ministero della sanità, secondo un modello di rilevazione contabile delle spese del servizio sanitario nazionale impostato uniformemente nell'ambito dell'indirizzo e coordinamento governativo.

Ove dalla comunicazione di cui al primo comma, numero 1, del presente articolo risulti un disavanzo di gestione, i comuni singoli o associati e la comunità montana sono tenuti a convocare nel termine di 30 giorni i rispettivi organi deliberativi al fine di adottare i provvedimenti necessari a riportare in equilibrio il conto di gestione della unità sanitaria locale.

Ove malgrado i provvedimenti di cui al precedente comma permanesse un disavanzo di gestione i comuni singoli o associati e la comunità montana sono tenuti a deliberare il programma di ripartizione del disavanzo complessivo nei conti di gestione di non più di tre degli esercizi finanziari della unità sanitaria locale immediatamente successivi.

### Art. 44. (Finanziamento del servizio sanitario nazionale).

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

Fundação Cuidar o Futuro

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

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

#### Art. 49. (Riordinamento del Ministero della sanità).

Il Governo, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, è delegato ad emanare, su proposta del ministro della sanità, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per il riordinamento dei servizi del Ministero della sanità, in osservanza dei principi di cui alla presente legge e per l'esercizio delle funzioni che competono al Ministero nell'ambito del servizio sanitario nazionale. In sede di riordinamento del Ministero della sanità, sarà stabilita la dotazione organica degli uffici per il funzionamento del Consiglio sanitario nazionale.

Con lo stesso decreto saranno rideterminate le attribuzioni e la composizione del Consiglio superiore della sanità, con riferimento esclusivo alla natura di organo consultivo tecnico del ministro della sanità e in funzione dei compiti assunti dal Ministero della sanità nell'ambito del servizio sanitario nazionale.

#### Art. 50. (Costituzione del Consiglio sanitario nazionale).

Entro 45 giorni dall'entrata in vigore della presente legge è costituito il Consiglio sanitario nazionale di cui all'articolo 8.

Il Consiglio sanitario nazionale, a partire dalla data del suo insediamento e fino alla conclusione delle operazioni di liquidazione degli enti e gestioni autonome preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime mutualistico, assume i compiti attribuiti al comitato centrale di cui all'articolo 4 della legge 29 giugno 1977, n. 349.

Sono prorogati sino al 31 dicembre 1978 i compiti e i poteri affidati ai commissari liquidatori dagli articoli 3 e 7 della legge 29 giugno 1977, n. 349.

Alle sedute del Consiglio sanitario nazionale convocate per l'esercizio dei compiti di cui al secondo comma partecipano con voto consultivo i cinque commissari liquidatori designati dal ministro del lavoro e della previdenza sociale ed i cinque membri proposti dal CNEL di cui al secondo comma dell'articolo 4 della legge 29 giugno 1977, n. 349.

Per l'assolvimento dei propri compiti il Consiglio sanitario nazionale si avvale, sino al riordinamento del Ministero della sanità di cui al precedente articolo 49, dell'esistente se-

greteria del comitato centrale di cui all'articolo 4 della legge 29 giugno 1977, n. 349.

#### Art. 51. (Costituzione delle unità sanitarie locali).

Le regioni, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge e secondo le norme di cui al precedente Titolo I, individuano gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali e delle loro eventuali articolazioni in distretti sanitari di base e ne disciplinano i compiti, la struttura, la gestione, l'organizzazione, l'articolazione ed il funzionamento.

Con provvedimento da adottare entro il 31 dicembre 1978 secondo le norme dei rispettivi statuti le regioni costituiscono le unità sanitarie locali.

#### Art. 52. (Testo unico delle norme in materia di profilassi).

Il Governo, entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, su proposta del ministro della sanità, sentito il Consiglio di Stato, è autorizzato a modificare, integrare, coordinare e riunire in testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffuse, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie e le altre norme specifiche, tenendo conto dei principi, delle disposizioni e delle competenze previsti dalla presente legge. Sino all'emanazione del predetto testo unico, si applicano, in quanto non in contrasto con le disposizioni della presente legge, le norme del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni ed integrazioni, nonché le altre disposizioni vigenti in materia.

#### Art. 53. (Assicurazione obbligatoria).

A decorrere dal 1° gennaio 1979 l'assicurazione contro le malattie è obbligatoria per tutti i cittadini che hanno raggiunto la maggiore età.

I cittadini che secondo le leggi vigenti non sono tenuti alla iscrizione ad un istituto mutualistico sono assicurati presso il servizio sanitario nazionale nel limite delle prestazioni sanitarie già erogate agli assicurati dal disciolto INAM.

A partire dalla stessa data i cittadini assicurati presso il servizio sanitario nazionale sono tenuti a versare un contributo per la assistenza malattia secondo le modalità di cui al comma seguente.

Il Governo, entro il 30 settembre 1979, è delegato ad emanare, su proposta del ministro delle finanze di intesa con il ministro della sanità, un decreto avente valore di legge ordinaria per determinare la forma, i modi di applicazione e le entità di una aliquota che sarà applicata, a far tempo dal 1979 e sino alla fiscalizzazione degli oneri per la assistenza sanitaria, a titolo di contributo assicurativo contro le malattie, sul reddito imponibile accertato ai fini della

imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF).

L'assicurazione presso il servizio sanitario nazionale comprende tutti i componenti la famiglia compresi i minori.

A decorrere dal 1° gennaio 1979 è abrogato l'articolo 13 della legge 17 agosto 1974, n. 386.

### Titolo III

## NORME TRANSITORIE E FINALI

#### Art. 54. (Norme transitorie per l'assistenza psichiatrica).

Dalla entrata in vigore della presente legge sino al 31 dicembre 1978, i trattamenti sanitari obbligatori in regime di ricovero sono disposti dall'autorità sanitaria su certificazione medica motivata. Tali trattamenti sono attuati presso l'ospedale generale, individuato ai sensi del successivo comma, e preferibilmente in quello territorialmente più vicino alla abituale residenza dell'infermo.

Fino all'istituzione delle strutture dipartimentali di cui al quattordicesimo comma dell'articolo 30 e ai fini dei trattamenti sanitari obbligatori ivi previsti, la regione entro 90 giorni dalla entrata in vigore della presente legge, dispone l'utilizzo, presso i servizi di pronto soccorso-accettazione degli ospedali generali da essa individuati e all'uopo idonei, degli operatori medici e non medici dei presidi psichiatrici pubblici localmente esistenti.

Le norme di cui alla presente legge si applicano, anche nell'ambito delle attuali strutture psichiatriche, agli infermi attualmente ricoverati in base a provvedimenti coattivi.

Relativamente ai ricoverati in istituzioni psichiatriche in base alla legge 14 febbraio 1904, n. 36, il primario responsabile della divisione, entro sei mesi dalla entrata in vigore della presente legge comunica, con adeguata relazione medica, alla autorità sanitaria l'elenco nominativo dei degenti per i quali si ritiene necessario il proseguimento del trattamento sanitario obbligatorio e di quelli per i quali tale misura non si riveli ulteriormente necessaria.

La predetta relazione medica sostituisce il provvedimento motivato di cui al terzo comma dell'articolo 30. L'autorità sanitaria, accertate le condizioni per il trattamento sanitario obbligatorio, provvede agli adempimenti la cui omissione, ai sensi del dodicesimo comma dell'articolo 30, configura il reato previsto dall'articolo 328 del codice penale.

Tra gli operatori sanitari di cui alla lettera i) dell'articolo 27 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, sono compresi gli infermieri di cui alla legge 14 febbraio 1904, n. 36 e relativo regolamento di esecuzione. Fermo restando quanto previsto dalla lettera



p) dell'articolo 6 la regione provvede all'aggiornamento e alla riqualificazione del personale infermieristico, nella previsione del superamento degli ospedali psichiatrici ed in vista delle nuove funzioni di tale personale nel complesso dei servizi per la tutela della salute mentale delle unità sanitarie locali.

La regione, nell'ambito del piano sanitario regionale, disciplina il graduale superamento degli attuali ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici e la diversa utilizzazione, correlativamente al loro rendersi disponibili, delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento. La regione disciplina, secondo le norme di cui agli articoli 56 e 58, la destinazione alle unità sanitarie locali dei beni e del personale delle IPAB e degli altri enti pubblici che all'atto dell'entrata in vigore della presente legge provvedono, per conto o in convenzione con le amministrazioni provinciali, al ricovero ed alla cura dell'infermo di mente, nonché la destinazione dei beni e del personale delle amministrazioni provinciali addetto ai presidi e servizi di assistenza psichiatrica e di igiene mentale.

Sino all'adozione del piano sanitario regionale, di cui al precedente comma, i divieti di cui all'articolo 6 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, n. 386, sono estesi agli ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici dipendenti dalle IPAB o da altri enti pubblici o dalle amministrazioni provinciali. Gli eventuali concorsi continuano ad essere espletati secondo le procedure applicate da ciascun ente prima dell'entrata in vigore della presente legge.

**Art. 55. (Attribuzione, per i servizi delle unità sanitarie locali, di beni già di pertinenza degli enti mutualistici).**

In applicazione del progetto di riparto previsto dall'ultimo comma dell'articolo 4 della legge 29 giugno 1977, n. 349, e d'intesa con le regioni interessate, con decreto del ministro del tesoro, di concerto con i ministri del lavoro e della previdenza sociale e delle finanze, i beni mobili ed immobili e le attrezzature destinate prevalentemente ai servizi sanitari appartenenti agli enti, casse mutue e gestioni soppressi, sono trasferiti al patrimonio dei comuni, con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali.

Con legge regionale sono disciplinati lo svincolo di destinazione dei beni di cui al precedente comma, nonché il reimpiego ed il reinvestimento dei capitali ricavati dalla loro alienazione o trasformazione e la tutela dei beni culturali eventualmente ad essi connessi.

Alle operazioni di trasferimento di cui al primo comma provvedono i commissari liquidatori di cui alla citata legge 29 giugno 1977, n. 349, che provvedono altresì al trasferimento di tutti i rapporti giuridici relativi alle

attività di assistenza sanitaria attribuite alle unità sanitarie locali.

I rimanenti beni, ivi comprese le sedi in Roma delle Direzioni generali degli enti soppressi, sono realizzati dalla gestione di liquidazione ai sensi dell'articolo 65, ad eccezione dell'immobile sede della Direzione generale dell'INAM che è attribuito al patrimonio dello Stato.

**Art. 56. (Attribuzione, per i servizi delle unità sanitarie locali, di beni già di pertinenza di enti locali).**

Sono trasferiti al patrimonio del comune in cui sono collocati, con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali:

a) i beni mobili ed immobili e le attrezzature appartenenti alle province o a consorzi di enti locali e destinati ai servizi igienico-sanitari, compresi i beni mobili ed immobili e le attrezzature dei laboratori di igiene e profilassi;

b) i beni mobili ed immobili e le attrezzature degli enti ospedalieri, degli ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici e dei centri di igiene mentale dipendenti dalle province o da consorzi delle stesse o dalle IPAB di cui al settimo comma dell'articolo 54, nonché degli altri istituti di prevenzione e cura e dei presidi sanitari extraospedalieri dipendenti dalle province o da consorzi di enti locali.

I rapporti giuridici relativi alle attività di assistenza sanitaria attribuite alle unità sanitarie locali sono trasferiti ai comuni competenti per territorio.

E' affidata alle unità sanitarie locali la gestione dei beni mobili ed immobili e delle attrezzature destinati ai servizi igienico-sanitari dei comuni e all'esercizio di tutte le funzioni dei comuni e loro consorzi in materia igienico-sanitaria.

Le regioni adottano gli atti legislativi ed amministrativi necessari per realizzare i trasferimenti di cui al precedente comma e per regolare i rapporti patrimoniali attivi e passivi degli enti ed istituti di cui alle lettere a) e b) del primo comma.

I trasferimenti di cui al presente articolo decorrono dal 1° gennaio 1979.

A decorrere dall'1 gennaio 1979 gli enti ed istituti di cui alle lettere a) e b) del primo comma perdono, ove l'abbiano, la personalità giuridica.

Con legge regionale sono disciplinati lo svincolo di destinazione dei beni di cui al precedente comma, nonché il reimpiego ed il reinvestimento dei capitali ricavati dalla loro alienazione o trasformazione e la tutela dei beni culturali eventualmente ad essi connessi.

**Art. 57. (Norme per il trasferimento del personale degli enti mutualistici).**

Entro il 30 giugno 1978, in applicazione del progetto di riparto previsto dall'ultimo comma dell'articolo 4 della legge 29 giugno 1977, n. 349, il ministro della sanità di concerto con il ministro del lavoro e della

previdenza sociale, sentito il Consiglio sanitario nazionale e le organizzazioni confederali rappresentate nel CNEL, stabilisce i contingenti numerici, distinti per amministrazione od ente e per qualifica, del personale da iscrivere nei ruoli regionali del personale addetto ai servizi delle unità sanitarie locali, e del personale da assegnare agli uffici centrali del servizio sanitario nazionale, all'Istituto nazionale della previdenza sociale, all'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, alle amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, e ad altri enti e pubbliche amministrazioni, per le seguenti esigenze:

a) per il fabbisogno di personale relativo ai servizi delle unità sanitarie locali e per i compiti di cui agli articoli 62 e 63;

b) per la copertura di posti vacanti nelle dotazioni organiche previste dai rispettivi ordinamenti degli enti pubblici anzidetti e delle amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo.

I contingenti numerici di cui al precedente comma comprendono anche il personale dipendente, alla data del 1° dicembre 1977, dalle associazioni rappresentanti gli enti ospedalieri di cui all'articolo 40 della legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Entro il 31 dicembre 1978 i commissari liquidatori di cui alla legge 29 giugno 1977, n. 349, dispongono, su proposta formulata dalle regioni previa intesa con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale, il comando del personale presso le unità sanitarie locali, nell'ambito dei contingenti di cui al primo comma e sulla base di criteri oggettivi di valutazione fissati dal Consiglio sanitario nazionale.

Entro la stessa data i commissari liquidatori di cui alla legge 29 giugno 1977, n. 349, dispongono, su proposta del ministro della sanità previa intesa con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale, con riferimento ai contingenti di cui al primo comma e sulla base di criteri oggettivi di valutazione fissati dal Consiglio sanitario nazionale, il comando del personale presso le altre amministrazioni ed enti.

Allo scadere dell'anno dal comando di cui al terzo e quarto comma tutto il personale comandato è trasferito alle unità sanitarie locali ed alle amministrazioni ed enti presso i quali presta servizio, in una posizione giuridica e funzionale corrispondente a quella ricoperta nell'ente o gestione di provenienza, secondo le tabelle di equiparazione previste dal terzo comma, punto 3), dell'articolo 40.

Il personale non comandato ai sensi dei precedenti commi è trasferito nei ruoli unici istituiti presso la Presidenza del Consiglio dei ministri ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 618, nella posizione giuridica e funzionale ricoperta all'atto del trasferimento.

Sino all'entrata in vigore del primo contratto nazionale di cui all'articolo 40 al personale trasferito spetta il trattamento economico previsto dall'ordinamento vigente presso gli enti o le gestioni di provenienza.

**Art. 58. (Norme per il trasferimento del personale degli enti locali).**

Con legge regionale entro il 30 giugno 1978 è disciplinata l'iscrizione nei ruoli nominativi regionali di cui all'articolo 40 del personale dipendente degli enti di cui alle lettere a) e b) del primo comma dell'articolo 56 che risulti addetto ai servizi sanitari trasferiti, in modo continuativo da data non successiva al 30 giugno 1977, salvo le assunzioni conseguenti a concorsi pubblici espletati fino alla entrata in vigore della presente legge.

Il personale di cui al precedente comma è assegnato alle unità sanitarie locali, nella posizione giuridica e funzionale corrispondente a quella ricoperta nell'ente di provenienza, secondo le tabelle di equiparazione previste dal terzo comma, punto 3, dell'articolo 40.

Sino all'entrata in vigore del primo contratto nazionale di cui all'articolo 40 al personale in oggetto spetta il trattamento economico previsto dall'ordinamento vigente presso gli enti di provenienza, ivi compresi gli istituti economico-normativi previsti dalle leggi 18 marzo 1968, n. 431, e 21 giugno 1971, n. 515, e dai decreti applicativi delle medesime, nonché dall'articolo 13 della legge 29 giugno 1977, n. 349.

**Art. 59. (Spese in materia sanitaria già sostenute dagli enti locali).**

Le somme già destinate dalle regioni al finanziamento delle funzioni esercitate in materia sanitaria prima dell'entrata in vigore della presente legge, sono ripartite tra le unità locali ai sensi del quinto comma dell'articolo 44.

In relazione all'attribuzione ai comuni delle funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera di cui all'articolo 13, a decorrere dal 1° gennaio 1979 e sino alla legge di riforma della finanza locale, con decreto del ministro del tesoro, di concerto con il ministro delle finanze, sui trasferimenti di fondi a favore delle province sono trattenute le somme pari alle quote iscritte in uscita nei bilanci provinciali, comunque destinate, in via diretta o strumentale, ai presidi per la salute mentale e agli altri servizi sanitari trasferiti. Dette quote sono riferite all'esercizio finanziario 1978 e sono computate al netto delle entrate per azioni di rivalsa a carico dei ricoverati o loro familiari e delle entrate per prestazioni fornite ai privati.

Le somme di cui al precedente comma sono ripartite tra le regioni, ai sensi del secondo comma dell'articolo 44.

Sono direttamente attribuite ai comitati di gestione delle unità sanitarie locali competenti per territorio le somme destinate, in via diretta o strumentale, all'assistenza sanitaria ed ospedaliera, iscritte nei bilanci dei comuni e degli enti pubblici che alla data del 1° gennaio 1979, rispettivamente esercitano tramite le unità sanitarie locali o cessano di esercitare le funzioni in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera.

**Art. 60. (Scorporo dei servizi sanitari della Croce Rossa Italiana — CRI — e riordinamento dell'Associazione).**

Con effetto dal 1° gennaio 1979, con decreto del ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono trasferiti alle unità sanitarie locali competenti per territorio i servizi di assistenza sanitaria dell'Associazione della Croce rossa italiana (CRI), non connessi direttamente alle sue originarie finalità, nonché i beni mobili ed immobili destinati ai predetti servizi ed il personale ad essi adibito, previa individuazione del relativo contingente.

Per il trasferimento dei beni e del personale si adottano in quanto applicabili le disposizioni di cui agli articoli 55 e 57.

Il Governo, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, è delegato ad emanare, su proposta del ministro della sanità, di concerto con il ministro della difesa, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per il riordinamento della Associazione della Croce rossa italiana con l'osservanza dei seguenti criteri direttivi:

- 1) l'organizzazione dell'Associazione dovrà essere ristrutturata in conformità del principio volontaristico della Associazione stessa;
- 2) i compiti dell'Associazione dovranno essere rideterminati in relazione alle finalità statutarie ed agli adempimenti commessi dalle vigenti convenzioni internazionali e dagli organi della Croce rossa internazionale alle società di Croce rossa nazionali;
- 3) le strutture dell'Associazione, pur conservando l'unitarietà del sodalizio, dovranno essere articolate su base regionale;
- 4) le cariche dovranno essere gratuite e dovrà esserne prevista l'elettività da parte dei soci qualificati per attive prestazioni volontarie nell'ambito dell'Associazione.

**Art. 61. (Suppressione dell'ENPI e dell'ANCC).**

Con decreto del Presidente della Repubblica, previa delibera del Consiglio dei ministri, su proposta dei ministri del lavoro e della previdenza sociale, della sanità, dell'industria e del tesoro, da emanarsi entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, è dichiarata la estinzione dell'ENPI e dell'ANCC e ne sono nominati i commissari liquidatori.

589  
590  
591  
592  
593  
594  
595  
596  
597  
598  
599  
600  
601  
602  
603  
604  
605  
606  
607  
608  
609  
610  
611  
612  
613  
614  
615  
616  
617  
618  
619  
620  
621  
622  
623  
624  
625  
626  
627  
628  
629  
630  
631  
632  
633  
634  
635  
636  
637  
638  
639  
640  
641  
642  
643  
644  
645  
646  
647  
648  
649  
650  
651  
652  
653  
654  
655  
656  
657  
658  
659  
660  
661  
662  
663  
664  
665  
666  
667  
668  
669  
670  
671  
672  
673  
674  
675  
676  
677  
678  
679  
680  
681  
682  
683  
684  
685  
686  
687  
688  
689  
690  
691  
692  
693  
694  
695  
696  
697  
698  
699  
700  
701  
702  
703  
704  
705  
706  
707  
708  
709  
710  
711  
712  
713  
714  
715  
716  
717  
718  
719  
720  
721  
722  
723  
724  
725  
726  
727  
728  
729  
730  
731  
732  
733  
734  
735  
736  
737  
738  
739  
740  
741  
742  
743  
744  
745  
746  
747  
748  
749  
750  
751  
752  
753  
754  
755  
756  
757  
758  
759  
760  
761  
762  
763  
764  
765  
766  
767  
768  
769  
770  
771  
772  
773  
774  
775  
776  
777  
778  
779  
780  
781  
782  
783  
784  
785  
786  
787  
788  
789  
790  
791  
792  
793  
794  
795  
796  
797  
798  
799  
800  
801  
802  
803  
804  
805  
806  
807  
808  
809  
810  
811  
812  
813  
814  
815  
816  
817  
818  
819  
820  
821  
822  
823  
824  
825  
826  
827  
828  
829  
830  
831  
832  
833  
834  
835  
836  
837  
838  
839  
840  
841  
842  
843  
844  
845  
846  
847  
848  
849  
850  
851  
852  
853  
854  
855  
856  
857  
858  
859  
860  
861  
862  
863  
864  
865  
866  
867  
868  
869  
870  
871  
872  
873  
874  
875  
876  
877  
878  
879  
880  
881  
882  
883  
884  
885  
886  
887  
888  
889  
890  
891  
892  
893  
894  
895  
896  
897  
898  
899  
900  
901  
902  
903  
904  
905  
906  
907  
908  
909  
910  
911  
912  
913  
914  
915  
916  
917  
918  
919  
920  
921  
922  
923  
924  
925  
926  
927  
928  
929  
930  
931  
932  
933  
934  
935  
936  
937  
938  
939  
940  
941  
942  
943  
944  
945  
946  
947  
948  
949  
950  
951  
952  
953  
954  
955  
956  
957  
958  
959  
960  
961  
962  
963  
964  
965  
966  
967  
968  
969  
970  
971  
972  
973  
974  
975  
976  
977  
978  
979  
980  
981  
982  
983  
984  
985  
986  
987  
988  
989  
990  
991  
992  
993  
994  
995  
996  
997  
998  
999  
1000

589  
590  
591  
592  
593  
594  
595  
596  
597  
598  
599  
600  
601  
602  
603  
604  
605  
606  
607  
608  
609  
610  
611  
612  
613  
614  
615  
616  
617  
618  
619  
620  
621  
622  
623  
624  
625  
626  
627  
628  
629  
630  
631  
632  
633  
634  
635  
636  
637  
638  
639  
640  
641  
642  
643  
644  
645  
646  
647  
648  
649  
650  
651  
652  
653  
654  
655  
656  
657  
658  
659  
660  
661  
662  
663  
664  
665  
666  
667  
668  
669  
670  
671  
672  
673  
674  
675  
676  
677  
678  
679  
680  
681  
682  
683  
684  
685  
686  
687  
688  
689  
690  
691  
692  
693  
694  
695  
696  
697  
698  
699  
700  
701  
702  
703  
704  
705  
706  
707  
708  
709  
710  
711  
712  
713  
714  
715  
716  
717  
718  
719  
720  
721  
722  
723  
724  
725  
726  
727  
728  
729  
730  
731  
732  
733  
734  
735  
736  
737  
738  
739  
740  
741  
742  
743  
744  
745  
746  
747  
748  
749  
750  
751  
752  
753  
754  
755  
756  
757  
758  
759  
760  
761  
762  
763  
764  
765  
766  
767  
768  
769  
770  
771  
772  
773  
774  
775  
776  
777  
778  
779  
780  
781  
782  
783  
784  
785  
786  
787  
788  
789  
790  
791  
792  
793  
794  
795  
796  
797  
798  
799  
800  
801  
802  
803  
804  
805  
806  
807  
808  
809  
810  
811  
812  
813  
814  
815  
816  
817  
818  
819  
820  
821  
822  
823  
824  
825  
826  
827  
828  
829  
830  
831  
832  
833  
834  
835  
836  
837  
838  
839  
840  
841  
842  
843  
844  
845  
846  
847  
848  
849  
850  
851  
852  
853  
854  
855  
856  
857  
858  
859  
860  
861  
862  
863  
864  
865  
866  
867  
868  
869  
870  
871  
872  
873  
874  
875  
876  
877  
878  
879  
880  
881  
882  
883  
884  
885  
886  
887  
888  
889  
890  
891  
892  
893  
894  
895  
896  
897  
898  
899  
900  
901  
902  
903  
904  
905  
906  
907  
908  
909  
910  
911  
912  
913  
914  
915  
916  
917  
918  
919  
920  
921  
922  
923  
924  
925  
926  
927  
928  
929  
930  
931  
932  
933  
934  
935  
936  
937  
938  
939  
940  
941  
942  
943  
944  
945  
946  
947  
948  
949  
950  
951  
952  
953  
954  
955  
956  
957  
958  
959  
960  
961  
962  
963  
964  
965  
966  
967  
968  
969  
970  
971  
972  
973  
974  
975  
976  
977  
978  
979  
980  
981  
982  
983  
984  
985  
986  
987  
988  
989  
990  
991  
992  
993  
994  
995  
996  
997  
998  
999  
1000

589  
590  
591  
592  
593  
594  
595  
596  
597  
598  
599  
600  
601  
602  
603  
604  
605  
606  
607  
608  
609  
610  
611  
612  
613  
614  
615  
616  
617  
618  
619  
620  
621  
622  
623  
624  
625  
626  
627  
628  
629  
630  
631  
632  
633  
634  
635  
636  
637  
638  
639  
640  
641  
642  
643  
644  
645  
646  
647  
648  
649  
650  
651  
652  
653  
654  
655  
656  
657  
658  
659  
660  
661  
662  
663  
664  
665  
666  
667  
668  
669  
670  
671  
672  
673  
674  
675  
676  
677  
678  
679  
680  
681  
682  
683  
684  
685  
686  
687  
688  
689  
690  
691  
692  
693  
694  
695  
696  
697  
698  
699  
700  
701  
702  
703  
704  
705  
706  
707  
708  
709  
710  
711  
712  
713  
714  
715  
716  
717  
718  
719  
720  
721  
722  
723  
724  
725  
726  
727  
728  
729  
730  
731  
732  
733  
734  
735  
736  
737  
738  
739  
740  
741  
742  
743  
744  
745  
746  
747  
748  
749  
750  
751  
752  
753  
754  
755  
756  
757  
758  
759  
760  
761  
762  
763  
764  
765  
766  
767  
768  
769  
770  
771  
772  
773  
774  
775  
776  
777  
778  
779  
780  
781  
782  
783  
784  
785  
786  
787  
788  
789  
790  
791  
792  
793  
794  
795  
796  
797  
798  
799  
800  
801  
802  
803  
804  
805  
806  
807  
808  
809  
810  
811  
812  
813  
814  
815  
816  
817  
818  
819  
820  
821  
822  
823  
824  
825  
826  
827  
828  
829  
830  
831  
832  
833  
834  
835  
836  
837  
838  
839  
840  
841  
842  
843  
844  
845  
846  
847  
848  
849  
850  
851  
852  
853  
854  
855  
856  
857  
858  
859  
860  
861  
862  
863  
864  
865  
866  
867  
868  
869  
870  
871  
872  
873  
874  
875  
876  
877  
878  
879  
880  
881  
882  
883  
884  
885  
886  
887  
888  
889  
890  
891  
892  
893  
894  
895  
896  
897  
898  
899  
900  
901  
902  
903  
904  
905  
906  
907  
908  
909  
910  
911  
912  
913  
914  
915  
916  
917  
918  
919  
920  
921  
922  
923  
924  
925  
926  
927  
928  
929  
930  
931  
932  
933  
934  
935  
936  
937  
938  
939  
940  
941  
942  
943  
944  
945  
946  
947  
948  
949  
950  
951  
952  
953  
954  
955  
956  
957  
958  
959  
960  
961  
962  
963  
964  
965  
966  
967  
968  
969  
970  
971  
972  
973  
974  
975  
976  
977  
978  
979  
980  
981  
982  
983  
984  
985  
986  
987  
988  
989  
990  
991  
992  
993  
994  
995  
996  
997  
998  
999  
1000

A decorrere dal 1° gennaio 1979 i compiti e le funzioni svolti dall'ENPI e dalla ANCC sono attribuiti rispettivamente ai comuni, alle regioni e agli organi centrali dello Stato, con riferimento all'attribuzione di funzioni che nella stessa materia è disposta dal decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 618 e dalla presente legge. Nella legge istitutiva dell'Istituto superiore per la prevenzione e per la sicurezza nel lavoro sono individuate le attività e le funzioni già esercitate dall'ENPI e dall'ANCC attribuite al nuovo Istituto.

Si applicano per il trasferimento dei beni dell'ENPI e della ANCC le norme di cui all'articolo 55.

**Art. 62. (Indennità economiche temporanee).**

A decorrere dal 1° gennaio 1979 e sino all'entrata in vigore della legge di riforma del sistema previdenziale, l'erogazione delle prestazioni economiche per malattia e per maternità previste dalle vigenti disposizioni in materia, è attribuita all'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS). A partire dalla stessa data la quota parte dei contributi di legge relativi a tali prestazioni è devoluta all'INPS.

Resta ferma presso l'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) la gestione dell'assicurazione contro la tubercolosi, con compiti limitati all'erogazione delle sole prestazioni economiche.

Entro la data di cui al primo comma con legge dello Stato si provvede a riordinare la intera materia delle prestazioni economiche per maternità, malattia ed infortunio.

**Art. 63. (Rapporto con gli enti previdenziali).**

Sino all'entrata in vigore della legge di riforma del sistema previdenziale, che dovrà disciplinare gli aspetti previdenziali connessi con le competenze in materia di medicina legale attribuite alle unità sanitarie locali ai sensi dell'articolo 14, lettera q), gli enti previdenziali gestori delle assicurazioni invalidità, vecchiaia, superstiti, tubercolosi, infortuni sul lavoro e malattie professionali, conservano le funzioni concernenti le attività medico-legali ed i relativi accertamenti e certificazioni, nonché i beni, le attrezzature ed il personale strettamente necessari all'espletamento delle funzioni stesse.

Fermo restando il termine sopra previsto gli enti previdenziali di cui al precedente comma possono stipulare convenzioni con le unità sanitarie locali per utilizzarne i servizi me-

dico-legali per la istruttoria delle pratiche previdenziali.

Le gestioni commissariali istituite ai sensi dell'articolo 12-bis della legge 17 agosto 1974, n. 386, di conversione con modificazioni del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, in relazione ai compiti di assistenza sanitaria e curativa degli enti previdenziali di cui al primo comma cessano alla data del 1° gennaio 1979.

**Art. 64. (Modalità transitorie per la riscossione dei contributi obbligatori di malattia).**

Fino al 31 dicembre 1978 gli adempimenti relativi all'accertamento, alla riscossione e al recupero in via giudiziale dei contributi sociali di malattia restano affidati agli enti mutualistici ed altri istituti e gestioni interessati, posti in liquidazione ai sensi della legge 29 giugno 1977, n. 349.

A decorrere dal 1° gennaio 1979 e fino alla completa fiscalizzazione degli oneri sociali tali adempimenti sono affidati all'INPS, che terrà contabilità separate per ciascuno degli enti o gestioni soppressi.

I contributi di competenza degli enti di malattia dovranno affluire in conto corrente fruttifero di tesoreria intestato all'INPS, mediante versamento da parte dei datori di lavoro o degli esattori o enti, incaricati alla riscossione a mezzo ruolo, con bollettino di conto corrente postale o altro idoneo sistema stabilito con decreto del ministro del lavoro e della previdenza sociale di concerto con il ministro del tesoro.

Restano salve le sanzioni penali previste in materia dalla vigente legislazione.

Mensilmente l'INPS attingerà dal conto corrente di tesoreria e verserà all'entrata del bilancio dello Stato un dodicesimo dell'importo delle entrate per assistenza sanitaria relative all'anno precedente.

Trimestralmente saranno effettuati i conguagli in relazione agli accertamenti delle entrate per assistenza sanitaria relativi al periodo considerato.

Per l'attuazione dei nuovi compiti provvisoriamente attribuiti ai sensi del presente articolo, l'INPS, sia a livello centrale che periferico, è tenuto ad avvalersi esclusivamente di personale degli enti già preposti a tali compiti. Le competenze fisse ed accessorie ed i relativi oneri riflessi sono a carico dell'INPS.

**Art. 65. (Liquidazione degli enti soppressi e ripiano delle loro passività).**

Alla liquidazione degli enti, casse, servizi e gestioni autonome individuati ai sensi dell'articolo 12-bis della legge 17 agosto 1974, n. 386, di conversione con modificazioni del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, si provvede sulla base delle direttive impartite dal comitato centrale di cui all'articolo 4 della legge 29 giugno 1977, n. 349 ai sensi del quarto comma del suddetto articolo.

Il disavanzo della liquidazione è finanziato a carico del fondo previsto dall'articolo 14 della legge 4 dicembre 1956, n. 1404 per la cui integrazione, ai fini delle liquidazioni di cui al precedente comma, il ministro del tesoro è autorizzato ad effettuare operazioni di ricorso al mercato finanziario con l'osservanza delle norme di cui all'articolo 1 del decreto legge 8 luglio 1974, numero 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386.

Prima che siano esaurite le operazioni di liquidazione degli enti, casse, servizi e gestioni autonome estinti, i commissari liquidatori provvedono a definire tutti i provvedimenti da adottarsi in esecuzione di decisioni degli organi di giustizia amministrativa non più suscettibili di impugnativa. Entro lo stesso periodo i commissari liquidatori provvedono, ai

solli fini della collocazione nella carriera, alla ricostruzione della carriera dei dipendenti che, trovandosi in aspettativa per qualsiasi causa, ne abbiano diritto al termine dell'aspettativa in base a norme di legge o regolamentari.

**Art. 66. (Norme fiscali).**

Gli atti, i documenti ed i contratti

dipendenti o comunque connessi all'attuazione della presente legge, ivi compresi i trasferimenti di beni mobili ed immobili, sono esenti, senza limiti di valore, dalle imposte di bollo, di registro, sul reddito, di incremento di valore, ipotecarie, catastali e da ogni altra imposta, spesa, tassa o diritto di qualsiasi specie o natura.

**Art. 67. (Esercizio delle deleghe legislative).**

Per l'esercizio delle deleghe di cui agli articoli 32, 49, 52 e 60 si applica la procedura complessivamente prevista dall'articolo 8 della legge 22 luglio 1975, n. 382.

Per l'esercizio della delega di cui all'articolo 53, quarto comma, è sentito il parere della commissione di cui all'articolo 17 della legge 9 ottobre 1971, n. 825.

**Art. 68. (Regioni a statuto speciale).**

Restano salve le competenze statutarie delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano nelle materie disciplinate dalla presente legge.

Al trasferimento delle funzioni, degli uffici, del personale e dei beni alle regioni Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Sardegna, Sicilia, Trentino-Alto Adige, nonché alle province autonome di Trento e Bolzano, si provvederà con le procedure previste dai rispettivi statuti.



Albano Del Favero

# Il problema dei farmaci

« Il Pensiero Scientifico » Editore - Roma 1977,  
pp. 235, L. 7.000.



« La monografia intende puntualizzare alcuni degli aspetti salienti della problematica che riguarda i farmaci in vista della riforma sanitaria. Il discorso che viene fatto tende ad aprire un dibattito sempre più ampio, approfondito e consapevole, non a slogan cioè, su di un tema che ha avuto e continuerà ad avere notevoli implicazioni sul modo di fare il medico, di intendere la medicina e quindi di dare risposta ai bisogni dei cittadini.

Il volume si articola in sette grossi capitoli. Partendo da una premessa sul come sono nati i farmaci viene innanzitutto analizzato il rapporto farmaci/salute nei suoi multiformi aspetti. La trattazione dei presupposti che interessano un uso corretto della terapia farmacologica con le implicazioni che investono medico, paziente e industria farmaceutica costituisce il nucleo centrale del discorso. Ad esso segue una analisi della ricerca dei nuovi farmaci e dei controlli esercitati sull'iter della loro costruzione. Si

chiude con una serie di proposte di intervento nel settore della ricerca, promozione, informazione e uso dei farmaci.

Il tentativo di agganciare la parte cosiddetta « teorica » del tema con i problemi « di tutti i giorni », è una caratteristica che sottende tutta l'esposizione, al fine di dare un concreto apporto alla costruzione della riforma sanitaria ».

(dalla presentazione)

## INDICE

**Cap. I** - Il rapporto farmaci-salute — **Cap. II** - L'efficacia (il primo presupposto alla azione benefica dei farmaci) — **Cap. III** - L'indice terapeutico favorevole (il secondo presupposto all'azione benefica dei farmaci) — **Cap. IV** - L'uso corretto (il terzo presupposto all'azione benefica dei farmaci) — **Cap. V** - La ricerca — **Cap. VI** - Il controllo dei farmaci - **Cap. VII** - Che fare?

## Fundação Cuidar o Futuro

### PROSPETTIVE SOCIALI E SANITARIE

Quindicinale di promozione sociale

Vi segnalo i seguenti nominativi di persone interessate a ricevere una copia saggio di PROSPETTIVE SOCIALI E SANITARIE

.....

.....

.....

.....

nome e cognome .....

via ..... cap ..... città .....

## ABBONATI PER IL 1978

«Prospettive Sociali e Sanitarie» come è noto si regge esclusivamente sugli abbonamenti. Se hai interesse alla continuità di questo strumento di informazione su tutto ciò che si sta muovendo nel settore dei servizi sociali e sanitari:

- rinnova tempestivamente il tuo abbonamento per il 1978
- segnalaci i nominativi di colleghi, amici o conoscenti interessati alla rivista (utilizzando la cedola qui allegata che non richiede affrancatura)
- inviaci notizie di iniziative nel settore dei servizi sociali e sanitari che ritieni utile far conoscere.

**Nonostante gli aumenti dei costi «Prospettive Sociali e Sanitarie» ha deciso di mantenere invariate per quest'anno le condizioni di abbonamento.**

ABBONAMENTO ANNUALE (22 fascicoli). Singolo L. 7.000; Collettivo (per almeno 10 nominativi) L. 6.000. ESTERO L. 9.000; Collettivo L. 8.000.

L'abbonamento può essere sottoscritto oltre che con versamento in C/C postale anche mediante vaglia postale o assegno bancario.

**IMPORTANTE.** Il nuovo numero di Conto Corrente Postale intestato a Prospettive Sociali e Sanitarie è 36973204. Per ragioni amministrative l'abbonamento decorre dal 1° gennaio al 31 dicembre. A coloro che si abbonano in ritardo verranno inviati i numeri arretrati, nei limiti delle disponibilità esistenti.

Fundação Cuidar o Futuro



Alfrancatura ordin.  
a carico del destinatario da addeb. sul conto di credito n. 5201 presso l'uff. post. arrivi e distrib. di Milano (Aut. Dir. Pr. PT Milano n. B/102652 del 26 - 11 - 1973)

Spett.

**PROSPETTIVE SOCIALI E SANITARIE**

P.ZA CADORNA, 7  
**20123 MILANO**