

# **sicurezza sociale**

NOTIZIARIO DEL GRUPPO DI LAVORO PER LA  
SICUREZZA SOCIALE DELLA DIREZIONE DEL PCI

***Il testo di riforma sanitaria approvato  
alla Camera***

***La mini-riforma psichiatrica***

***Tutela della maternità e aborto***

***La convenzione unica  
per la medicina generica***

**N. 15**

**Luglio 1978**



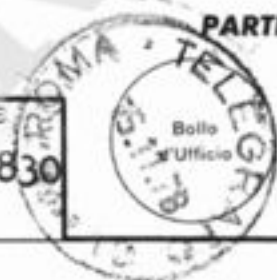
AMMINISTRAZIONE P.T.

## TELEGRAMMA

Nulla è dovuto al fattorino per il recapito

PARTE C

QUALIFICA	DESTINAZIONE	PROVENIENZA	NUMERO	PAGELLE	DATA	ORE
	ROMA	ROMA FONO TE.	Gae	19 18	15.11.78	1830
10013						
DESTINATARIO E INDIRIZZO	CARLA CAPPONI VIA DEI SERPENTI 72/A					
	00184	ROMA				
TESTO	BIBOGNO URGENTE VEDERTI GIOVEDI ORE 13 IN FEDERAZIONE					
	VINCENZO MARINI PASQUALINA NAPOLETANO					



95 BIS

## SOMMARIO

Presentazione	pag. 3
La dichiarazione di voto del compagno R. Triva sulla legge di riforma sanitaria	» 4
Testo della legge di riforma sanitaria approvata dalla Camera dei Deputati il 22 giugno 1978	» 5
Commento alla nuova legge di assistenza psichiatrica	» 40
Testo della legge di assistenza psichiatrica (legge n. 180 del 13 maggio 1978)	» 43
Gli schemi tipo di convenzioni fra le province, gli enti ospedalieri e le case di cura private per l'attuazione della legge n. 180	» 47
Maternità e aborto; la legge 194 e la sua attuazione	» 51
Testo della legge n. 194 del 22 maggio 1978	» 55
Dichiarazione della Federazione nazionale degli Ordini dei medici	» 60
Circolare della Federazione nazionale degli Ordini dei medici sulla attuazione della legge n. 194	» 60
Commento alla convenzione unica per la medicina generica	» 65
Testo della convenzione unica per la medicina generica firmato il 31 maggio 1978	» 68
Nota sui problemi riguardanti i farmaci	» 86
« Tabagismo: allarme internazionale » (nota della senatrice V. Squarcialupi)	» 91
Una indagine CEE sui danni da tabagismo	» 92
Parere del Comitato consultivo della CEE in materia di effetti nocivi del tabacco (7 ottobre 1977)	» 93

## Presentazione

Se non ci trattenesse il timore di cadere nella retorica, saremmo tentati di definire « storica » la pubblicazione di questo numero del nostro Notiziario.

Non solamente questa pubblicazione (con tutti i suoi limiti e difetti) compie dieci anni di vita (e questo non costituisce un gran merito), ma li compie pubblicando il testo di legge di riforma sanitaria approvato il 22 giugno 1978 dalla Camera dei Deputati.

Si tratta dell'approvazione di un solo ramo del Parlamento; ma essa mantiene tutto il suo eccezionale significato che appare chiaro appena si considera che la battaglia concreta per la realizzazione di questa riforma ha quasi venti anni di vita. Qui non anticipiamo alcun giudizio sul testo della legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Aggiungiamo solamente che questo numero del Notiziario non ha potuto essere realizzato in termini essenziali come avevamo pensato (cioè con la esclusiva pubblicazione del testo

di legge di riforma che è a metà del suo cammino) perché urgono contemporaneamente numerose altre questioni che sono testimonianza del fatto che il mutamento profondo del modello di tutela della salute non promana solo dalla legge di riforma, ma cresce impetuosamente nella vita del Paese.

Siamo forzati a pubblicare anche ampie notizie dell'attuazione nel Paese della profonda riforma dell'assistenza psichiatrica; dobbiamo dare notizie degli impegnati problemi che si pongono in queste settimane a tutta la nostra società nazionale per le nuove condizioni di tutela della maternità e di diritto all'aborto; dobbiamo informare adeguatamente del mutamento drastico e profondamente innovativo che sta intervenendo nella regolamentazione della professione medica di base, ecc.

Si tratta di un quadro che dà testimonianza del sommovimento profondo e rinnovatore che l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale trascina con sé.

## RIFORMA SANITARIA

dichiarazione di voto del compagno  
Triva alla Camera dei Deputati

Annuncio il voto favorevole del gruppo comunista al progetto di legge che istituisce il servizio sanitario nazionale, forse la piú importante riforma sociale che è stata varata dal Parlamento. Il gruppo comunista ha dato un importante contributo alla realizzazione della intesa da cui è scaturito il testo che ci accingiamo a votare. Ed il nostro voto sarà favorevole perché la riforma rappresenta una risposta concreta, adeguata e realistica, e quindi positiva, nel suo insieme, a problemi e ad esigenze di fondo della comunità nazionale.

Non mancano certo, anche per noi, limiti e insufficienze. Sarebbe, d'altra parte, strano che non ne esistessero in una riforma così complessa e così significativa. Ma tali limiti e tali insufficienze non ci impediscono di affermare che la riforma, nel suo impianto generale, nelle sue fasi piú qualificanti ed essenziali e nei principi che afferma la futura legislazione nazionale e regionale rappresenta la risposta che si attendeva il paese e che hanno sollecitato da decenni grandi movimenti popolari, lotte sindacali, uomini di cultura assemblee elettive locali.

Il gruppo comunista voterà a favore, quindi, perché con la riforma si chiude un tempo segnato dal disordine delle competenze e nella spesa, dalla insufficienza delle prestazioni e dei servizi, dagli squilibri fra grandi zone del paese, dalla collocazione dei problemi della salute in aree quasi esterne ad una diretta responsabilità delle assemblee elettive e si apre finalmente un tempo che vede la salute all'interno di una complessiva, coordinata ed unitaria azione di Governo.

Il voto dei deputati comunisti trova la sua principale motivazione in questo e nell'insieme dei valori che sono contenuti nella riforma e che la riforma propone come riferimenti essenziali alla

azione e ai comportamenti di tutte le forze politiche e sociali.

Voteremo a favore, in primo luogo, per il valore sociale ed umano della risposta nuova che la Repubblica democratica si accinge a dare ad uno dei primari diritti del cittadino, per lo stimolo che questo rappresenta alla realizzazione di una diversa qualità della vita, di nuovi rapporti fra gli uomini, di una piú diffusa ed estesa solidarietà.

Voteremo a favore, in secondo luogo, per il valore istituzionale che rappresenta la riforma, per l'unificazione delle funzioni che realizza nei diversi corpi istituzionali: organi centrali dello Stato, regioni, comuni per il sostanzioso contributo, quindi, che porta alla riforma generale dello Stato.

Voteremo a favore, in terzo luogo, per il suo valore economico, per l'unificazione dei centri di spesa che realizza, per il controllo democratico che introduce sulla stessa, per le estese possibilità di riqualificazione e di nuova efficacia che il sistema fondato sulla diffusa partecipazione istituzionale e popolare consente finalmente di tradurre in concreto.

Se dovessimo in rapida sintesi indicare quali sono i principi fondamentali che hanno ispirato il comportamento delle forze politiche che hanno contribuito alla elaborazione del testo, crediamo di poterli identificare: nella unificazione della materia, dalla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione; nella unificazione delle prestazioni indipendentemente dalla condizione sociale del cittadino; nella unificazione e nel coordinamento delle funzioni tutte all'interno del sistema istituzionale, senza deleghe a corpi esterni o separati; nella disciplina e nel controllo della spesa.

Voteremo a favore, infine, per il complessivo valore politico che rappresenta la riforma che ci accingiamo ad approvare. Il paese vive momenti

seri e difficili segnati da amare tragedie, da pesanti insidie, da aggressioni, da oscure manovre e da pesantezze economiche.

In questo momento le forze politiche sono impegnate a risolvere il serio problema che si è aperto al vertice della Repubblica con le dimissioni del Presidente Leone. Ebbene, onorevoli colleghi, è molto significativo e positivo che le stesse forze, nello stesso momento, licenziano in uno dei due rami del Parlamento una legge di grandissimo valore sociale, istituzionale ed economico. Sono questi, onorevoli colleghi, gli atti e i comportamenti che il paese sollecita e di cui ha bisogno.

Onorevoli colleghi, la legge che istituisce il servizio sanitario nazionale è nello stesso tempo una legge di principio: produce legislazione regionale, dà corpo e sostanza al decreto del Presidente della Repubblica n. 616 che ha così radicalmente modificato il ruolo e la funzione dei comuni.

È una legge, quella che votiamo, che unifica tutto quanto era disperso e frazionato nel vecchio sistema mutualistico e dei corpi verticali ma che riassume anche e coordina tutta la legislazione che di recente ha interessato la materia e che ha rappresentato le tappe successive di una qualificante marcia di avvicinamento. Unifica cioè ed assorbe la legge sull'assistenza ospedaliera, la legge sullo scioglimento delle mutue, la recente legge sull'assistenza psichiatrica e si ricollega a quella recentissima sull'aborto.

La legge ora passa al Senato, e noi siamo convinti che la lunga e meditata maturazione, i significativi miglioramenti apportati dall'Assemblea, il dibattito severo ed approfondito che ha accompagnato tutto il cammino di questa legge che viene da molto lontano — e non vanno dimenticati i pronunciamenti che, per un servizio sanitario nazionale, erano contenuti in storici documenti dei Comitati di liberazione del Veneto, dell'Emilia, della Lombardia — consentano di pensare ad una sollecita e rapida conclusione della seconda fase legislativa. All'impegno dei colleghi senatori deve però accompagnarsi nel paese l'impegno delle istituzioni regionali e locali ad attrezzarsi per essere pari alla importanza dell'apuntamento che li attende e deve accompagnarsi l'impegno delle forze politiche e sociali per far crescere ancor più il livello della coscienza sanitaria nazionale, per rendere marginali gli spazi alle istanze corporative e settoriali, per collocare sempre più organicamente le risposte alle esigenze della salute all'interno di risposte che più

complessivamente riguardino la condizione umana e sociale dei cittadini nei luoghi di lavoro e di residenza, nella fabbrica, nelle campagne e nella casa.

Poche altre materie come la sanità hanno carattere interdisciplinare e chiamano in causa funzioni e competenze che riguardano molti altri aspetti della vita comunitaria. Poche altre leggi come questa che ci accingiamo a votare chiamano in causa e richiedono, per poter essere concretamente attuate, la partecipazione responsabile, coordinata e unitaria di tutti i livelli istituzionali, dal sovrano Parlamento della Repubblica all'autonomo consiglio comunale del più piccolo dei nostri comuni. L'impegno che i deputati comunisti hanno dedicato alla legge sarà trasfuso nelle istituzioni e nel paese perché la legge diventi uno dei punti di riferimento per il rinnovamento della società nazionale e per uno sviluppo diverso della nostra economia.

## IL TESTO APPROVATO ALLA CAMERA DEI DEPUTATI il 22 giugno 1978

### Titolo I

#### *Il Servizio Sanitario Nazionale*

#### Capo I

#### *Principi 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 dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Nel servizio sanitario nazionale è assicurato

il collegamento ed il coordinamento con le attività e gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidente 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 sanitaria del cittadino e delle comunità;
- 2) la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro;
- 3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi qualunque ne siano le cause, la fenomenologia e la durata;
- 4) la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica;
- 5) la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;
- 6) l'igiene degli alimenti, delle bevande e degli animali per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo;
- 7) una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e della informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e l'economicità del prodotto;
- 8) la formazione professionale e permanente del personale del servizio sanitario nazionale, nonché l'aggiornamento scientifico culturale dello stesso.

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

- a) il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese;
- b) la sicurezza del lavoro, con la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, per prevenire ed eliminare condizioni pregiudizievoli alla salute e garantire nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro gli strumenti ed i servizi necessari;
- c) le scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia, per assicurare la riduzione dei fattori di rischio connessi con la gravidanza e con il parto, le migliori condizioni di salute per la madre e la ridu-

zione del tasso di patologia e di mortalità perinatale ed infantile;

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

e) la tutela sanitaria delle attività sportive;

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

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

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

## Capo II *Competenze e strutture*

### Art. 3 *Programmazione di obiettivi e di prestazioni sanitarie*

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

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

### Art. 4 *Uniformità delle condizioni di salute sul territorio nazionale*

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

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





zioni sanitarie stabiliti con le modalità di cui al secondo comma dell'articolo 3 e alla ripartizione degli stanziamenti di cui all'articolo 51, 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:

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

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

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

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

Il Consiglio elegge tra i suoi componenti un vicepresidente.

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

#### Art. 9

##### *Istituto superiore di sanità*

L'Istituto superiore di sanità è organo tecnico scientifico del servizio sanitario nazionale dotato di strutture ed ordinamenti particolari e di auto-

nomia 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 del Consiglio nazionale delle ricerche e da 10 esperti di nazionalità italiana nominati per tre anni con decreto del ministro della sanità, tra personalità operanti nell'ambito delle università e dei presidi igienico sanitari regionali. Tali esperti sono nominati su proposta del Consiglio sanitario nazionale.

#### Art. 10

##### *L'organizzazione territoriale*

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

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

L'unità sanitaria locale si articola, di regola, in distretti sanitari di base per la erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento. I distretti sanitari di base sono strutture tecniche funzionali dell'unità sanitaria locale, rispetto alla quale non presentano autonomia giuridica.

Art. 11  
*Competenze regionali*

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

Le leggi regionali devono altresì conformarsi ai seguenti principi:

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

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

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

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

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

Art. 12  
*Attribuzioni delle province*

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

Art. 13  
*Attribuzioni dei comuni*

Sono attribuite ai comuni tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed

ospedaliera che non siano espressamente riservate allo Stato ed alle regioni.

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

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

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

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

Art. 14  
*Unità sanitarie locali*

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

Nell'ambito delle proprie competenze, l'unità sanitaria locale provvede in particolare:

- 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, all'assistenza pediatrica e alla tutela del diritto alla procreazione cosciente e responsabile;







ria locale, nel cui territorio sono ubicati, secondo le modalità di cui all'articolo 18.

#### Art. 23

##### *Delega per la istituzione dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza nel lavoro*

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

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

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

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

All'Istituto devono essere affidati compiti di ricerca, di studio, di sperimentazione e di elaborazione delle tecniche prevenzionali, in stretta connessione con l'evoluzione tecnologica degli impianti, dei materiali, delle attrezzature e dei processi produttivi, 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 svolge la sua consulenza in tutte le materie di competenza dello Stato e collabora con le unità sanitarie locali e con le regioni, su richiesta di queste ultime, fornendo le informazioni e le consulenze eventualmente necessarie per l'attività dei servizi di cui agli articoli 21 e 22.

Il personale dell'Istituto ha facoltà di accedere nei luoghi di lavoro per compiere rileva-

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

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

L'Istituto, anche ai fini dei programmi di ricerca e di sperimentazione, opera in stretto collegamento con l'Istituto superiore di sanità e coordina le sue attività con il Consiglio nazionale delle ricerche e con il Comitato nazionale per l'energia nucleare. Esso si avvale inoltre della collaborazione degli istituti di ricerca delle università 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 i servizi di protezione civile del Ministero dell'interno.

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

#### Art. 24

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

Il Governo è delegato ad emanare, entro il 31 dicembre 1979, un testo unico in materia di sicurezza del lavoro, che riordini la disciplina generale del lavoro e della produzione al fine della prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, nonché in materia di omologazioni, unificando e innovando la legislazione vigente al fine di garantire la salute e l'integrità fi-























rettamente o indirettamente il trattamento economico previsto dal decreto di cui al precedente comma. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma sono nulli di diritto e comportano la responsabilità personale degli amministratori.

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

#### Art. 48

##### *Personale a rapporto convenzionale*

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

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

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

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

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

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

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

5) il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di 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 nei settori della prevenzione, cura e riabilitazione; saranno fissate a tal fine tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici generici e per i pediatri di libera scelta, da un compenso globale annuo per assistito; e, per gli specialisti e generici ambulatoriali, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione;

8) le forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati, 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;



gni 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. 50  
*Norme di contabilità*

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

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

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

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

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

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

6) le risultanze complessive delle previsioni di entrata e di spesa 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 delle comunità montane. I bilanci di previsione e i conti consuntivi delle unità sanitarie locali debbono essere allegati alle contabilità degli enti territoriali cui si riferiscono.

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

8) i contratti di fornitura non possono essere

stipulati con dilazioni di pagamento superiori a 90 giorni;

9) alle unità sanitarie locali è vietato, anche attraverso i comuni, il ricorso a qualsiasi forma di indebitamento salvo anticipazioni mensili da parte del tesoriere pari a un dodicesimo dello scoperto autorizzato.

Le unità sanitarie locali debbono fornire alle regioni rendiconti trimestrali, entro il termine perentorio di 30 giorni dalla data di scadenza del trimestre, in cui si dia conto dell'avanzo o disavanzo di cassa, nonché dei debiti e crediti dei bilanci già accertati alla data della resa del conto anzidetto, dettagliando gli eventuali impedimenti obiettivi per cui, decorso il termine di cui al precedente numero 8), del primo comma, non sono stati effettuati pagamenti per forniture.

La regione a sua volta fornirà gli stessi dati ai Ministeri della sanità e del tesoro secondo un modello di rilevazione contabile delle spese del servizio sanitario nazionale impostato uniformemente nell'ambito dell'indirizzo e coordinamento governativo.

Ove dalla comunicazione di cui al numero 2) del primo comma, ovvero dalla rendicontazione trimestrale prevista dal secondo comma del presente articolo, risulti che la gestione manifesta un disavanzo complessivo, e ciò anche avendo riguardo ai debiti e crediti di bilancio, i comuni singoli o associati e le comunità montane sono tenuti a convocare nel termine di 30 giorni i rispettivi organi deliberanti al fine di adottare i provvedimenti necessari a riportare in equilibrio il conto di gestione della unità sanitaria locale.

Art. 51  
*Finanziamento del servizio sanitario nazionale*

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

Le somme stanziata a norma del precedente comma vengono ripartite con delibera del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) tra tutte le regioni, comprese quelle a statuto speciale, su proposta del ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, tenuto conto delle indicazioni contenute nei piani sanitari





















mente prevista dall'articolo 8 della legge 22 luglio 1975, n. 382; per l'esercizio delle deleghe di cui agli artt. 23, 24 e 47 della presente legge in luogo della commissione parlamentare per le questioni regionali è nominata un'apposita commissione parlamentare formata da 10 deputati e da 10 senatori, rispettivamente nominati dal Presidente della Camera dei Deputati e dal Presidente del Senato della Repubblica.

Art. 79

*Regioni a statuto speciale*

Restano salve le competenze statutarie delle Regioni a statuto speciale nelle materie disciplinate dalla presente legge. Restano ferme altresì le competenze spettanti alle province autonome di Trento e di Bolzano secondo le forme e con-

dizioni particolari di autonomia definite dal decreto del Presidente della Repubblica 31-8-1972, n. 670, e relative norme di attuazione, nel rispetto, per quanto attiene alla provincia autonoma di Bolzano, anche delle norme relative alla ripartizione proporzionale fra i gruppi linguistici e alla parificazione delle lingue italiana e tedesca. Per il finanziamento relativo alle materie di cui alla presente legge nelle due province si applica quanto disposto dall'art. 78 del citato D.P.R. 31-8-1972 n. 670 e relativi parametri.

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

## LA NUOVA LEGGE SULL'ASSISTENZA PSICHIATRICA E GLI IMPEGNI PER LA SUA ATTUAZIONE

In data 13-5-1978 è uscita sulla G.U. la legge n. 180: « Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori » la quale, nonostante il suo carattere transitorio, è destinata a produrre effetti innovatori e duraturi nel campo dell'assistenza psichiatrica e nell'insieme della organizzazione sanitaria ed assistenziale del Paese.

La legge fa proprie, infatti, alcune fondamentali « scoperte » prodotte in questi anni da importanti esperienze alternative; apre la strada al superamento della settorialità della psichiatria avviando la sua integrazione, certo non scontata, ma contraddittoria, con la realtà più vasta e complessa dei servizi socio-sanitari.

Certo, sarà la riforma sanitaria, dalla quale la legge n. 180 sarà riassorbita, a rendere più chiaro e più organico questo processo ma già oggi Regioni ed Enti locali dispongono di uno strumento legislativo che favorisce questo non facile innesto.

La legge provvede a generalizzare l'obiettivo della trasformazione dell'assistenza psichiatrica, del superamento dell'ancora consistente realtà manicomiale entro un progetto politico che chiama a protagoniste tutte le istituzioni democratiche, tutte le forze sociali e politiche, tutti gli operatori impegnati nel campo della sanità e della assistenza. La lotta alla emarginazione, che deve essere impegno dell'intera collettività, trova nella legge un suo preciso punto di riferimento e di sostegno.

Soprattutto dopo il 15/20 giugno questo obiettivo è diventato più maturo e possibile non solo perché più grande è diventata la forza del Pci e dell'intera sinistra ma perché più profondo e incisivo si è fatto il processo unitario che ha consentito a tutte le forze politiche democratiche di esprimere, in forme certamente diverse,

un contributo positivo alla costruzione di un servizio psichiatrico non repressivo.

Nel complesso si tratta di una legge positiva, civile, che fa compiere un grande passo in avanti alla legislazione italiana, che non offre più alibi per una pratica repressiva e che anzi apre condizioni nuove a tutti gli operatori che vogliono riconquistare il valore di una pratica medico-sociale al servizio dei bisogni della popolazione.

La legge infatti cancella definitivamente l'attributo di pericolosità addossato al malato di mente dalla vecchia legge manicomiale n. 36 del 1904, abrogandone gli articoli 1-2-3-3/bis, eliminando la competenza repressiva della Magistratura e della Pubblica Sicurezza e ponendo come obiettivo fondamentale del servizio socio-sanitario il superamento del manicomio.

Le esperienze di questi ultimi anni, sorrette da una interpretazione evolutiva della legge, hanno dimostrato che il manicomio è luogo di accrescimento della sofferenza alla quale può essere data una risposta se l'intervento si situa nel contesto sociale ed ambientale da cui essa emerge, se il disturbo individuale provoca l'impegno al cambiamento delle condizioni alienanti da parte di tutta la collettività.

Le esperienze ci dicono anche che l'impresa di chiudere gli ospedali psichiatrici è possibile a condizione che su essa converga tutto il potenziale democratico del Paese, che l'iniziativa si colleghi al processo riformatore della società, che si costruiscano, passo passo, le alternative, cioè le condizioni diverse di vita per tutti i cittadini, che si affermi nella collettività una più alta qualità della vita.

Questa impresa per essere costruita ha bisogno di tempi, di programmi, di impegno professionale qualitativamente nuovo, di partecipazione

democratica e non può essere affidata semplicemente ad un testo di legge, sia pure innovativo com'è la legge n. 180.

La legge (art. 8 comma 6) consente questa processualità ed offre alle Regioni, agli Enti Locali la possibilità di programmare «il graduale superamento degli attuali ospedali psichiatrici». La novità sta nel fatto che questo deve diventare obiettivo di tutte le Regioni, di tutti gli Enti Locali, di tutti gli operatori, delle forze sociali e politiche su tutto il territorio nazionale.

Oltre ad una indispensabile indicazione programmatica, la legge dà un contributo diretto alla consumazione del manicomio, al suo inesorabile restringimento sia perché blocca il flusso dei nuovi accessi all'ospedale psichiatrico, sia perché dispone tassativamente che: «è in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche ed utilizzare come tali divisioni o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche» (art. 7, comma 7).

Ma la legge non si limita alla pur necessaria prescrizione di non riprodurre il manicomio, in nessuna forma, neppure in quella apparentemente funzionalistica del reparto psichiatrico nell'ospedale civile, ma fa sua l'indicazione fondamentale che è scaturita dalle esigenze di questi anni di affrontare il problema della salute mentale nel contesto sociale, là dove si svolgono le storie della vita.

In questo senso deve essere sottolineata come una conquista democratica di grande portata il disposto del primo comma dell'art. 6 «Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuate di norma dai servizi e presidi psichiatrici extraospedalieri». Ciò comporta un impegno diretto a realizzare una organizzazione territoriale del servizio di salute mentale da integrare con l'insieme dei servizi socio-sanitari sotto la direzione degli Enti locali, singoli o associati in consorzio, in modo da prefigurare quei servizi alternativi che possono evitare il ricorso al ricovero ospedaliero e al trattamento sanitario obbligatorio.

Questo deve significare uno sforzo programmato per ridurre progressivamente i ricoveri, per organizzare una risposta qualitativamente diversa ai problemi del disagio psicologico e del disturbo psichico che sia capace di far convergere sulle condizioni di nocività l'impegno solidale della collettività organizzata in modo da agire sulle cause stesse della sofferenza.

L'importanza di questa norma diviene ancor più evidente e calzante se si associa alla prescrizione di non accrescere la spesa storica nel campo dell'assistenza psichiatrica e di dare vita agli specifici servizi psichiatrici con «personale degli attuali ospedali psichiatrici e dei servizi e presidi psichiatrici pubblici extra ospedalieri» (art. 7, comma 8).

Da qui viene una indicazione a non enfatizzare l'intervento psichiatrico che potrebbe risolversi in una più moderna e raffinata forma di controllo sociale, da qui giunge un ulteriore contributo, in forma prescrittiva, allo smantellamento degli ospedali psichiatrici ed alla loro profonda ristrutturazione per scorporare quote di personale (medici, infermieri, assistenti sociali ecc.) da decentrare nel territorio.

È a questi servizi extra-ospedalieri che è affidato il compito di affrontare questa complessa problematica della tutela della salute mentale. Solo eccezionalmente, nelle circostanze definite dall'art. 2 secondo comma, si può ricorrere a trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera che deve avvenire negli ospedali civili senza dar vita a sezioni, reparti o divisioni psichiatriche, senza riproporre cioè quella settorialità e quella separatezza che è nata con la legge del 1904 ma che è stata cancellata con la sua abrogazione. Questo vale per le strutture pubbliche, questo deve valere a maggior ragione per quelle private.

Le convenzioni tra Amministrazioni provinciali e Ospedali e Case di cura private, previste dagli art. 6 e 7 della legge, demandata al Ministero della sanità d'intesa con le Regioni e con l'U.P.I., devono garantire questo essenziale principio per evitare che il manicomio si riproduca e si moltiplichi con una copertura e una legittimazione medica che sarebbe in aperta contraddizione con le conquiste pratiche e con l'elaborazione culturale e scientifica prodotta in questi anni.

Si tratta di un approdo faticosamente raggiunto tra le forze politiche che si è tradotto in formulazione normative complessivamente coerenti contro le quali nella fase attuativa si cerca di portare un attacco che tende a ridurre la carica innovativa della legge facendo leva su aspirazioni corporative per riproporre nei fatti una organizzazione manicomiale negli ospedali e case di cura private.

Oggi è possibile far fronte a questa insidia facendo valere coerentemente lo spirito e la lettera della legge che non lascia spazio ad una riedizione del manicomio sviluppando un movimento unitario che deve trovare nella legge un nuovo e più





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

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a carico dello Stato e di enti o istituzioni pubbliche sono attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio chi vi è sottoposto ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato.

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

#### Art. 2

##### *Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale*

Le misure di cui al secondo comma del precedente articolo possono essere disposte nei confronti delle persone affette da malattie mentali.

Nei casi di cui al precedente comma la proposta di trattamento sanitario obbligatorio può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere.

Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 da parte di un medico della struttura sanitaria pubblica e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel precedente comma.

#### Art. 3

##### *Procedimento relativo agli accertamenti*

##### *e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale*

Il provvedimento di cui all'articolo 2 con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 e dalla convalida di cui all'ultimo comma dell'articolo 2, deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

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

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco in questo ultimo comune. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno e al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico di cui all'articolo 6 è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.

Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo.

La omissione delle comunicazioni di cui al











za ospedaliera, da limitarsi a casi di assoluta necessità e da effettuarsi nei limiti di tempo strettamente indispensabili.

Art. 4

Tutte le prestazioni per l'effettuazione dei trattamenti sanitari psichiatrici che comportino la degenza sono a carico della provincia \_\_\_\_\_ e sono comprese nella diaria omnicomprensiva che è stata determinata in Lire \_\_\_\_\_

per accordo tra la Provincia \_\_\_\_\_ e la struttura di ricovero e cura \_\_\_\_\_.

La liquidazione delle competenze è effettuata dalla Provincia \_\_\_\_\_ alla struttura di ricovero e cura \_\_\_\_\_.

Art. 5

La convenzione ha durata fino a \_\_\_\_\_ e, comunque, non oltre i termini indicati nel quarto comma dell'art. 7 della legge 13-5-1978, n. 180.

164

## MATERNITA' E ABORTO: LA LEGGE 194 E LA SUA ATTUAZIONE

La promulgazione della legge n. 194 del 22 maggio 1978 contenente *norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza* pone fine ad una lunga battaglia parlamentare e rappresenta l'inizio di una impegnativa battaglia nella società civile per la sua attuazione.

Tale attuazione rappresenta un *test* assai importante per l'impegno delle forze politiche, delle formazioni sociali e delle istituzioni e per la loro credibilità. Ciò riguarda e coinvolge in primo luogo le forze politiche che hanno contribuito a definire la legge 194 e che hanno espresso su di essa un voto favorevole, ma riguarda anche la DC che pur avendo votato contro l'introduzione di tale legge nel nostro ordinamento, ha contribuito in realtà anche a definirla attraverso suoi emendamenti ed attraverso il confronto realizzato con le altre forze politiche sui contenuti della nuova normativa.

Nella legge non si trova alcuna connotazione *ideologica*; tutt'altro, essa è l'espressione corretta di una visione laica e democratica dello Stato. Per questo motivo, lungo questa strada deve proseguire la collaborazione fra la DC e le altre forze politiche democratiche anche nell'impegno all'attuazione della legge, che diviene un banco di prova nei confronti dei cittadini e della opinione pubblica circa la laicità delle forze politiche ed in primo luogo della DC.

La legge 194 vuole anzitutto combattere uno dei volti più ingiusti e disumani di questa società capitalistica, che è la piaga dell'aborto clandestino. Si vuole rompere l'*ipocrisia di Stato* che non solo continua a penalizzare la donna (sulla sua propria pelle) ma ribadisce e conferma una situazione di subalternità della donna.

Con quale linea politico-culturale? Con quali strumenti operativi? Le direzioni, come si sa sono l'educazione sanitaria, l'educazione sessuale, la contraccezione, l'assistenza alla gestante, la facoltà di interruzione della gravidanza, nonché un corpo di garanzie giuridiche che rappresenta il completamente necessario della legge.

Quali gli ostacoli? Essi sono nuovi (ossia previsti dalla legge, quale il diritto all'obiezione di coscienza) e vecchi (ossia interessi inconfessabili che vengono mascherati anche da nobili parole e da pronunciamenti di fede).

È opportuno riconfermare ancora una volta (se ce ne fosse bisogno) che noi comunisti siamo sinceramente rispettosi di una libera obiezione di coscienza; ma al tempo stesso dobbiamo denunciare le azioni di organizzazione di strumentale disobbedienza civile contro una legge dello stato. Tali sono gli atti con cui si pretende in qualche caso di dichiarare l'indisponibilità di un intero presidio sanitario ad effettuare interruzioni di gravidanza, mentre il solo diritto che la legge riconosce è quello personale dell'operatore sanitario, di dichiarare la propria obiezione di coscienza.

Un analogo gravissimo carattere ha assunto l'iniziativa della giunta regionale del Veneto che ha diffuso una circolare prevalentemente dedicata al modo come deve essere dichiarata l'obiezione di coscienza, con fac-simile di dichiarazione allegato, con una scelta che attenua l'attenzione sui veri compiti della Regione per l'attuazione della legge. Queste considerazioni conducono a riflettere sulla gravità delle posizioni assunte dalla Chiesa, chiarendo subito che non è in discussione il suo diritto di esprimere i propri convinimenti divergenti da una scelta dello Stato, mentre sono del tutto inammissibili le sue iniziative intese a vincolare tutti i cattolici a dichiarare









donna, offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto.

Quando la donna si rivolge al medico di sua fiducia questi compie gli accertamenti sanitari necessari, nel rispetto della dignità e della libertà della donna; valuta con la donna stessa e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, anche sulla base dell'esito degli accertamenti di cui sopra, le circostanze che la determinano a chiedere l'interruzione della gravidanza; la informa sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale cui può fare ricorso, nonché sui consultori e le strutture socio-sanitarie.

Quando il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, riscontra l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento, rilascia immediatamente alla donna un certificato attestante l'urgenza. Con tale certificato la donna stessa può presentarsi ad una delle sedi autorizzate a praticare la interruzione della gravidanza.

Se non viene riscontrato il caso di urgenza, al termine dell'incontro il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, di fronte alla richiesta della donna di interrompere la gravidanza sulla base delle circostanze di cui all'articolo 4, le rilascia copia di un documento, firmato anche dalla donna, attestante lo stato di gravidanza e l'avvenuta richiesta, e la invita a soprassedere per sette giorni. Trascorsi i sette giorni, la donna può presentarsi, per ottenere la interruzione della gravidanza, sulla base del documento rilasciato ai sensi del presente comma, presso una delle sedi autorizzate.

#### Art. 6

L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata:

a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna;

b) quando vi siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

#### Art. 7

I processi patologici che configurano i casi previsti dall'articolo precedente vengono accertati da un medico del servizio ostetrico-ginecologico dell'ente ospedaliero in cui deve praticarsi l'intervento, che ne certifica l'esistenza. Il me-

dico può avvalersi della collaborazione di specialisti. Il medico è tenuto a fornire la documentazione sul caso e a comunicare la sua certificazione al direttore sanitario dell'ospedale per l'intervento da praticarsi immediatamente.

Qualora l'interruzione della gravidanza si renda necessaria per imminente pericolo per la vita della donna, l'intervento può essere praticato anche senza lo svolgimento delle procedure previste dal comma precedente e al di fuori delle sedi di cui all'articolo 8. In questi casi, il medico è tenuto a darne comunicazione al medico provinciale.

Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a) dell'articolo 6 e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto.

#### Art. 8

L'interruzione della gravidanza è praticata da un medico del servizio ostetrico-ginecologico presso un ospedale generale tra quelli indicati nell'articolo 20 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, il quale certifica anche l'inesistenza di controindicazioni sanitarie.

Gli interventi possono essere altresì praticati presso gli ospedali pubblici specializzati, gli istituti ed enti di cui all'articolo 1, penultimo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e le istituzioni di cui alla legge 26 novembre 1973, n. 817, ed al decreto del Presidente della Repubblica 18 giugno 1958, n. 754, sempre che i rispettivi organi di gestione ne facciano richiesta. Nei primi novanta giorni l'interruzione della gravidanza può essere praticata anche presso case di cura autorizzate dalla regione, fornite di requisiti igienico-sanitari e di adeguati servizi ostetrico-ginecologici.

Il Ministro della sanità con suo decreto limiterà la facoltà delle case di cura autorizzate, a praticare gli interventi di interruzione della gravidanza, stabilendo:

1) la percentuale degli interventi di interruzione della gravidanza che potranno avere luogo, in rapporto al totale degli interventi operatori eseguiti nell'anno precedente presso la stessa casa di cura;

2) la percentuale dei giorni di degenza consentiti per gli interventi di interruzione della gravidanza, rispetto al totale dei giorni di degenza che nell'anno precedente si sono avuti in relazione alle convenzioni con la regione.















## 6) COMPITI DEL MEDICO CHE ESEGUE L'INTERRUZIONE DELLA GRAVIDANZA

Ai sensi degli artt. 8 e 14 il medico che esegue l'interruzione della gravidanza è tenuto a:

— *verificare* l'inesistenza di controindicazioni sanitarie;

— *fornire* alla donna le informazioni e le indicazioni sulla regolazione delle nascite;

— *rendere* la donna partecipe dei procedimenti abortivi;

— *fornire* alla donna, in presenza di processi patologici, fra cui quelli relativi ad anomalie o malformazioni del nascituro, i ragguagli necessari per la prevenzione di tali processi.

## 7) SANZIONI PENALI

Sono state abrogate le sanzioni penali relative all'aborto, precedentemente vigenti (art. 22), e nel contempo sono state stabilite le seguenti sanzioni:

— è prevista la pena della reclusione da 3 mesi a 2 anni per *chiunque* cagioni ad una donna, per colpa, l'interruzione della gravidanza (art. 17);

— è prevista la pena della reclusione da 3 *chiunque* cagioni l'interruzione della gravidanza *senza il consenso* della donna, ovvero il consenso sia stato estorto con violenza o minaccia oppure carpito con l'inganno.

La pena è aumentata se da tali fatti derivano la morte o una lesione personale gravissima o una lesione personale grave. Le pene sono altresì aumentate se la donna è minore di anni 18 (art. 18);

— è prevista la reclusione fino a 3 anni per *chiunque* cagioni l'interruzione della gravidanza *senza l'osservanza delle modalità* indicate negli artt. 5 e 8. È punito, altresì con la reclusione da 1 a 4 anni chi cagioni l'interruzione volontaria della gravidanza senza l'accertamento medico dei casi previsti alle lettere a) e b) dell'art. 6 o senza l'osservanza delle modalità previste dall'art. 7.

Giova ripetere che è previsto un aumento di pena qualora l'interruzione volontaria della gravidanza avvenga su donna minore degli anni 18 o interdotta, fuori dei casi o senza l'osservanza delle modalità previste.

Sono parimenti aumentate le pene se dai fatti precedentemente previsti derivino la morte o una lesione personale grave o gravissima per la donna (art. 19);

— è previsto un aumento di pena per i reati di cui agli artt. 18 e 19 per coloro che procurino l'interruzione della gravidanza pur avendo sollevato obiezione di coscienza (art. 20).

Inoltre, a norma dell'art. 622 C.P. (rivelazione del segreto professionale), richiamato dall'art. 21 della legge in oggetto, è punito chi, essendone venuto a conoscenza per ragioni di professione o di ufficio, rivela l'identità — o comunque divulga notizie idonee a rivelarla — di chi ha fatto ricorso alle procedure e agli interventi previsti dalla presente legge, salvo quanto previsto dall'art. 326 C.P. (rivelazione di segreti di ufficio).

A questo proposito è opportuno richiamare la attenzione sul disposto dell'art. 11 del Codice di Deontologia Medica il quale prevede che il medico deve vigilare affinché i suoi collaboratori siano a conoscenza dell'obbligo del segreto professionale e che vi si conformino.

Il Comitato Centrale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, premesso che anche il non sollevare obiezione di coscienza è compatibile con i principi e con le norme del Codice di Deontologia Medica, richiama l'attenzione degli Ordini provinciali sulla circostanza che gli eventuali aborti effettuati dai medici al di fuori delle procedure previste dalla legge (aborto clandestino), oltre a costituire reato (art. 19, 1° comma e art. 20), rappresentano una gravissima violazione delle norme di deontologia professionale, tale da compromettere gravemente la reputazione del medico e la dignità della categoria.

Esprime, pertanto, l'avviso, pur nel rispetto della autonomia degli Ordini Provinciali, che il comportamento dei medici responsabili di tale infrazione, specie se obiettori di coscienza, debba essere valutato dai Consigli Direttivi con estremo rigore e, una volta accertata in sede penale la sussistenza del fatto, punito con le massime sanzioni disciplinari — fino alla radiazione dall'Albo — quale che sia la pena comminata dal giudice.

La scrivente rimane a disposizione degli Ordini in indirizzo per tutti gli ulteriori chiarimenti che si rendessero necessari e assicura che seguirà con la massima attenzione le problematiche che sorgeranno nell'attuazione della legge, al fine di fornire tempestivamente utili indicazioni in ordine alla soluzione di esse.

## LA CONVENZIONE UNICA PER LA MEDICINA GENERICA: UNA VALUTAZIONE

L'atto, siglato dalle parti il 7 gennaio scorso, è stato completato e perfezionato alla fine di maggio dopo la verifica, richiesta dal Governo, circa la compatibilità e le dimensioni della spesa pubblica.

Si chiude in questa maniera una lunga trattativa per la cui soluzione è stata necessaria una legge, la 349, con la quale si è rimosso il divieto contenuto nella L. 386/1974 che aveva bloccato il rinnovo di ogni rapporto esistente a quella data tra le mutue e i medici.

Ma la L. 349 non si è limitata a rimuovere questo blocco; ha anche dettato le condizioni vincolanti per la definizione dei nuovi rapporti convenzionali. Le prime di queste condizioni sono di carattere generale e averle rispettate ha consentito di impostare correttamente i rapporti particolari sia di tipo normativo che economici.

La convenzione è *unica* e disciplina quindi qualunque rapporto libero-professionale; tra le parti contraenti sono comprese le Regioni che proprio in forza della L. 349 acquisiscono le competenze in materia di medicina generica e specialistica in conseguenza dello scioglimento definitivo delle mutue; i medici vengono rappresentati dalle organizzazioni sindacali, ammettendo la presenza della Federazione degli Ordini a titolo consultivo per la mera salvaguardia degli aspetti deontologici.

Le altre condizioni sono particolari e riguardano il contenuto vero e proprio dei rapporti convenzionali. Come sono state tradotte in norme regolamentari queste condizioni? Su di esse occorre soffermarsi con attenzione per evitare giudizi affrettati sulla Convenzione che potrebbero distorcerne l'interpretazione.

Tralasciando quelle di dettaglio, alcune norme caratterizzano la Convenzione unica. Innanzitutto quelle che disciplinano la formazione degli elenchi dei medici che possono esercitare l'attività

medico-generica: negli elenchi sono ammessi tutti coloro che documentino di non esserne impediti da situazioni di incompatibilità espressamente indicate. Sulla base dell'istruttoria eseguita dagli Ordini dei Medici appositi Comitati Provinciali predispongono le graduatorie pubbliche.

In ciascun ambito territoriale potrà essere iscritto un numero di medici sufficiente a soddisfare il rapporto ottimale di 1 Medico ogni 1.000 abitanti, detratta la popolazione in età pediatrica. La positività di queste norme emerge immediatamente e così gli effetti che possono derivare dalla loro applicazione. Innanzitutto l'esclusione di tutti quei medici che non sono in grado di soddisfare le esigenze del servizio o che possono trarre vantaggi di altra natura dall'instaurazione di questo tipo di rapporto professionale. Basta scorrere l'elenco delle incompatibilità per rendersi conto di quanto fosse indispensabile questa opera di disboscamento.

Particolarmente importante è l'introduzione di un rapporto ottimale medico/utenti: l'intenzione dichiarata è quella di ottenere per questa via una distribuzione più equilibrata dei medici generici sul territorio, sapendo bene che dal loro addensamento è derivato in tutti questi anni il continuo aumento dei consumi sanitari (visite mediche, farmaci, esami specialistici, ricoveri ospedalieri). È risaputo infatti che l'iperconsumismo è espressione diretta di quella fascia di medici, la più numerosa, che dispone di un limitato numero di mutuati dai quali, contenendo le prestazioni, non sarebbe in grado di ricavare compensi sufficienti.

A questa norma va collegata quella relativa all'adozione del sistema di pagamento a *quota capitaria* che introduce un'altra condizione frenante nei confronti dei consumi, la cui dilatazione a questo punto non produrrebbe maggiori entrate per il medico. È vero che si può correre

il rischio della caduta dell'interesse professionale del medico, privato dell'incentivo economico diretto, ma è anche vero che la convenzione è in grado di contenere questo rischio e che l'opinione pubblica è sempre più attenta nei confronti dei medici, per i quali comunque sono anche previste giuste forme di incentivazione.

Altre norme convenzionali rivestono notevole importanza: la determinazione delle condizioni di esercizio professionale, quanto al luogo e all'orario di lavoro; l'obbligatorietà dell'aggiornamento professionale periodico; la possibilità di sperimentare forme di associazione fra medici; l'utilizzazione, a richiesta delle Regioni e degli Enti Locali, dei medici che esercitano a tempo parziale in attività di sanità pubblica e di medicina preventiva.

Questa questione è assai importante se la si collega alla disciplina delle scelte, affare assai delicato soprattutto per le difficoltà derivanti dalla situazione esistente assai complicata e confusa. La convenzione cerca di mettere ordine e per prima cosa stabilisce il massimale di scelte (1.500 unità) che deve essere risolto proporzionalmente in relazione al numero di ore settimanali che il medico dedica ad altre attività non ritenute incompatibili. Per normalizzare la situazione secondo questi parametri sono previsti due anni nel corso dei quali tutti coloro che hanno scelte in numero superiore a 1.500 devono gradualmente abbandonarle. La disponibilità di medici che si realizza in base al nuovo criterio distributivo (1 medico ogni 1.000 abitanti) faciliterà la scelta dei cittadini e consentirà di recuperare l'interesse degli stessi medici, sollecitandone l'impegno sociale, proprio attraverso il coinvolgimento nelle attività di sanità pubblica.

Infine le questioni di carattere economico. La convenzione prevede che negli anni 1978, 1979, 1980 vengano corrisposti ai medici compensi forfettari nella misura rispettiva di L. 20.000, 20.500, 21.000 per soggetto che lo ha scelto, risultanti dalla somma di alcune voci (la quota base, la quota media per la compilazione del libretto sanitario e la residenza disagiata, l'indennità ferie, i contributi ENPAM, l'IVA) alle quali occorre aggiungere le quote per la guardia medica e la maggiorazione per il costo della vita nella misura di L. 30 per assistito per ogni punto di variazione del costo della vita.

A questo punto alcune domande sono più che legittime.

Il giudizio sulla convenzione è totalmente positivo? Certamente no, anche se l'impianto è buono. Permangono alcune situazioni del tutto

negative tra le quali sono da rimarcare i privilegi riservati ai medici condotti, che a nostro avviso sono del tutto ingiustificati; la lentezza con la quale si procede alla normalizzazione; le questioni economiche.

Queste ultime meritano un'attenta considerazione ed alcuni chiarimenti. La tabella allegata dà conto della maggiore spesa che lo Stato deve affrontare per i tre anni di validità della convenzione. Essa raggiunge in totale i 700 miliardi ed è oggettivamente assai elevata, soprattutto se si tiene conto della situazione economica generale del Paese e dei sacrifici che sono stati chiesti alle categorie dei lavoratori dipendenti. In tutte le sedi ed a tutti i livelli il Partito ha sottolineato l'elevatezza dell'impegno finanziario che, tenendo conto di tutto, doveva essere assai più contenuto. Questa richiesta non è stata però tenuta presente e il Governo nelle persone del Ministro del Tesoro ed in quello della Sanità portano per intero la responsabilità dell'aumento della spesa. È noto come nel dicembre scorso, quando le Regioni avevano ottenuto condizioni di maggior favore, i Ministri Stammati e Dal Falco, tenendo d'occhio la possibilità dello scioglimento anticipato delle Camere e quindi l'importanza di propiziarsi elettori così importanti, spiazzarono gli Assessori Regionali mettendo a disposizione dei medici 200 miliardi l'anno che naturalmente sono aumentati per la forza contrattuale che i medici hanno acquistato attraverso questo insperato aiuto.

Ma non per questo la Convenzione è da buttare. La sua gestione chiama in causa le Regioni e gli Enti Locali in maniera attiva. Il loro ruolo non è soltanto amministrativo. La loro iniziativa deve farsi carico di aprire con i medici un dialogo che porti ad individuare tutte quelle attività di qualificazione dell'intervento sanitario di base dalle quali si deve ottenere una sostanziale riduzione dei consumi sanitari più costosi (farmaci, esami specialistici, ricoveri ospedalieri). Questi sono gli obiettivi principali da raggiungere e solo a queste condizioni la maggiore spesa, per giunta così elevata, può essere accettata. Per la prima volta infatti si possiede uno strumento la cui intelligente utilizzazione può provocare risultati insperati di segno positivo conquistando alla riforma sanitaria la parte più importante dei medici italiani. Essi nella premessa alla Convenzione hanno dichiarato di essere disponibili: è il momento di prenderli in parola e di accettare la sfida, sapendo che dal successo di questo confronto ne guadagnerà la salute del popolo italiano.

## TAVOLA ONERI AGGIUNTIVI

1. *Lavoratori dipendenti*

	1978	1979	1980	Totale anni 1978-79-80
Quota base	61,05	62,61	64,17	187,83
Quota media per libretto sanitario e residenza di saggiata	12,69	12,69	12,69	38,07
Indennità ferie	5,08	5,21	5,34	15,63
<i>Totale parziale</i>	78,82	80,51	82,50	241,83
ENPAM	7,75	7,94	8,13	23,82
IVA	9,43	9,67	9,91	29,01
<i>Totale parziale</i>	17,18	17,61	18,04	52,83
Visite occasionali	4,00	4,00	4,00	12,00
Assistenza località turistiche	8,00	8,00	8,00	24,00
Guardia medica	21,15	42,30	42,30	105,75
Contingenza	—	21,00	42,00	63,00
Pediatria	16,00	22,00	22,00	60,00
<i>Totale parziale</i>	49,15	97,30	118,30	264,75
<i>Totale</i>	145,15	195,42	218,84	559,41

2. *Coltivatori diretti*

Totali	46,83	46,83	46,83	140,49
<i>Totale generale 1+2</i> (in miliardi)	191,98	242,25	265,67	699,90

## ACCORDO NAZIONALE TIPO PER LE CONVENZIONI NAZIONALI UNICHE PER LA DISCIPLINA NORMATIVA E PER IL TRATTAMENTO ECONOMICO DEI MEDICI GENERICI E PEDIATRI

(Accordo del 7-1-1978 completato e perfezionato  
il 31-5-1978).

### *Premessa*

I medici iscritti negli elenchi di cui alla presente convenzione sono parte attiva e qualificante di un servizio unitariamente preposto alla tutela globale della salute dei cittadini.

La partecipazione diretta dei medici alla realizzazione delle finalità del servizio si attua nel campo dell'attività di diagnosi, cura e prevenzione, nel quadro di una reciproca collaborazione con le strutture poliambulatoriali e ospedaliere, anche attraverso collegamenti funzionali con i servizi di igiene, prevenzione e riabilitazione.

### Parte I

#### *Assistenza generica*

#### Art. 1

#### *Campo di applicazione*

La presente convenzione regola, ai sensi della legge 349 del 29-6-1977, il rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato, che si instaura, nell'ambito del servizio sanitario pubblico, tra le istituzioni, comunque denominate, costituite e strutturate, che sono tenute per legge o in via delegata o per determinazione autonoma ad erogare l'assistenza medico generica in forma diretta — di seguito denominate «Enti o Enti erogatori» — e i medici generici e pediatri, iscritti negli elenchi unici di cui al successivo art. 3 e al punto 2 della parte II.

La presente convenzione si applica ai medici di cui al precedente comma anche per i rapporti libero-professionali che i medesimi, per lo svolgimento di compiti di medicina pubblica ai sensi dell'art. 43, intrattengono con altri Enti pubblici, anche territoriali, o loro consorzi.

#### Art. 2

#### *Incompatibilità*

È incompatibile con l'inclusione nelle graduatorie di cui all'articolo 3 la posizione del medico che:

a) abbia un rapporto di lavoro subordinato a

tempo pieno presso qualsiasi Ente o Organismo pubblico o privato. Per la determinazione del tempo pieno, ove il datore di lavoro sia un Ente pubblico, si fa riferimento alla legge o al regolamento dell'Ente. Ove si tratti di un privato, per tempo pieno si intende una attività non inferiore a 36 ore settimanali;

b) svolga attività di medico generico o specialista negli ambulatori gestiti dagli Enti;

c) sia iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati con gli Enti;

d) sia proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore sanitario di casa di cura privata o vi abbia qualsiasi altra forma di cointeressenza diretta o indiretta;

e) operi con qualsiasi rapporto di interesse nelle case di cura di cui alla lettera precedente;

f) sia proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore sanitario di presidio o stabilimento sanitario oggetto ad autorizzazione ai sensi degli artt. 193 e 194 del R.D. 27-7-1943 n. 1265 e dell'art. 1 del D.P.R. 14-1-1972 n. 4 ubicato nello stesso Comune o ambito territoriale definito dalla Regione, o vi abbia qualsiasi altra forma di cointeressenza diretta o indiretta o vi operi con qualsiasi rapporto di interesse;

g) sia proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, propagandista o collaboratore di industrie farmaceutiche, oppure vi abbia qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta o vi operi a qualsiasi titolo;

h) operi a qualsiasi titolo presso Enti o Organismi, pubblici o privati, ad Albo chiuso, intendendosi per tali quelli che non consentono la libera scelta del medico nell'elenco unico della generica, come previsto dalla presente convenzione;

i) sia titolare di un rapporto d'impiego a tempo pieno presso Ospedali pubblici o privati, anche se psichiatrici o case di cura;

l) sia titolare di un rapporto d'impiego a tempo definito presso Ospedali pubblici o privati anche se psichiatrici o case di cura, in quanto trova possibilità di espletamento della sua peculiare attività professionale nel quadro dell'assistenza specialistica erogata con rapporto orario e perché l'osservanza degli obblighi a lui derivanti dall'anzidetto rapporto non è compatibile con l'assolvimento dei compiti connessi alle esigenze dell'assistenza medico-generica e pediatrica, come definita nel presente accordo;

m) in rapporto all'espletamento di altre at-

tività libero professionali che comportino un impegno abnorme obiettivamente valutabile non sia disponibile, a giudizio del Comitato di cui all'art. 14, per un adeguato svolgimento dei compiti connessi con l'iscrizione negli elenchi;

n) svolga funzioni fiscali per conto degli Enti;

o) fruisca del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente, di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale.

Le norme di cui al presente articolo relative ai medici ospedalieri si applicano anche ai medici universitari.

Ai medici condotti, anche se incaricati del servizio di ufficiale sanitario, non si applica l'incompatibilità di cui alla lettera a).

Il medico che, anche se a tempo limitato, svolga funzioni di medico di fabbrica non può acquisire scelte dei dipendenti della medesima azienda o dei loro familiari.

### Art. 3

#### *Graduatorie provinciali*

In ciascuna Provincia è istituito un apposito elenco articolato per Comuni o consorzi di Comuni, comunità montane o ambiti territoriali all'uopo definiti dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano e tenuto dal Comitato Provinciale di cui all'art. 14, nel quale vengono iscritti i medici che si inseriscono nel sistema disciplinato dalla presente convenzione.

Qualora le Regioni o le Province autonome di Trento e Bolzano abbiano definito ambiti territoriali sub-comunali, l'elenco è riferito a tali ambiti solo se in essi siano già operanti forme di decentramento sanitario e amministrativo. In caso contrario, l'elenco è riferito all'intero Comune.

I medici che aspirano a iscriversi negli elenchi devono presentare all'Ordine dei Medici competente per territorio, entro il 30 aprile di ciascun anno, domanda di inclusione nelle graduatorie di cui al 7° comma del presente articolo, compilata secondo lo schema allegato.

Le domande devono essere corredate dal certificato di iscrizione all'albo professionale, nel caso che il medico sia iscritto all'Ordine di altra provincia, e dei documenti atti a provare il possesso dei titoli dichiarati.

Al certificato di iscrizione all'albo deve essere allegata una dichiarazione dell'Ordine dei Medici concernente gli eventuali provvedimenti adottati nei confronti del medico dalle Commissioni di cui agli artt. 37 e 38.

Nella domanda devono essere indicate, fra quelle all'uopo comunicate dal Comitato Provinciale ai sensi dell'art. 14 lettera b), le località carenti di assistenza medico-generica, fino a un massimo di 3, in cui il medico aspira a prestare la propria attività.

L'Ordine dei Medici, eseguiti gli accertamenti di sua competenza sulle domande pervenute, le trasmette entro il 20 maggio al Comitato di cui all'art. 14.

Sulla scorta delle domande ricevute e in base ai titoli dichiarati e documentati, da valutare ai sensi dell'art. 10, il Comitato forma una graduatoria unica provinciale, escludendone i medici che non risultino iscritti all'Albo professionale e quelli che si trovino in una delle posizioni di incompatibilità di cui all'art. 2.

Per ciascun medico, oltre al punteggio conseguito, la graduatoria indica le località carenti nelle quali egli aspira a prestare la propria attività, nonché le eventuali limitazioni da apportare al massimale di scelte ai sensi dell'art. 13.

Le domande pervenute in ritardo, quelle non corredate del certificato di iscrizione all'Albo o dichiarazione sostitutiva e quelle presentate dai medici abilitati che ottengano l'iscrizione all'Albo professionale in data successiva al termine stabilito per la presentazione delle domande stesse vengono tenute in separata evidenza per essere utilizzate in eventuali situazioni di carenza.

A tal fine viene formata una separata graduatoria, sempre in base ai criteri di cui all'art. 10, in calce alla quale vengono graduate le domande presentate dai medici che si trovino in una sola delle posizioni di incompatibilità di cui all'art. 2 lettere a) e b), tenendo tuttavia presente che l'utilizzazione di tali medici nelle situazioni di carenza è subordinata alla circostanza che:

— per quel che si riferisce alla lettera a), al medico non sia vietata la libera professione da norme legislative, regolamentari o contrattuali;

— per quanto riguarda la lettera b), lo specialista svolga attività ambulatoriale per un orario inferiore a quello massimo previsto dall'Accordo nazionale che regola tali specifici rapporti e non abbia rifiutato la possibilità di raggiungere l'anzidetto orario massimo nell'ambito della Provincia.

I medici delle graduatorie provinciali che non ottengono l'inclusione negli elenchi restano a disposizione del Comitato Regionale di cui all'art. 15, che eventualmente li inserirà, a loro richiesta, in zone carenti a livello regionale.

#### Art. 4

##### *Pubblicazione delle graduatorie*

Entro il 30 giugno sono pubblicate sul Bollettino o Gazzetta Ufficiale della Regione le graduatorie di cui all'art. 3.

Entro 20 giorni dalla pubblicazione, gli interessati possono proporre ricorso contro la graduatoria al Comitato Regionale di cui all'art. 15, che decide inappellabilmente entro il 15 ottobre.

La decisione è notificata agli interessati e al Comitato Provinciale, di cui all'art. 14, entro il 31 ottobre.

#### Art. 5

##### *Graduatorie locali*

Divenuta definitiva la graduatoria provinciale di cui all'art. 3 il Comitato di cui all'art. 14 firma, per ogni località carente, una graduatoria locale riservata ai medici che nella domanda hanno indicato di aspirare a prestarvi la propria attività.

In sede di formazione delle graduatorie locali, ai medici, che da almeno due anni hanno la residenza nella località cui la graduatoria si riferisce, è attribuita una maggiorazione del punteggio nella misura del 50%.

Le graduatorie locali sono rese pubbliche a cura del Comitato e hanno valore per l'anno solare successivo.

#### Art. 6

##### *Rapporto ottimale*

Per ciascun ambito territoriale può essere iscritto soltanto un medico per ogni 1.000 residenti o frazioni di 1.000 superiore a 500, detratta la popolazione in età pediatrica là ove vengano definiti i relativi elenchi.

Nella determinazione del numero dei medici iscrivibili per ciascun ambito territoriale, oltre che del rapporto di cui al 1° comma, deve tenersi conto anche delle eventuali limitazioni di massima esistenti a carico dei singoli medici già iscritti nell'elenco, derivino esse dall'applicazione dell'art. 13 o dalla volontà dei medici; questi tuttavia non possono fissare per sé stessi massima inferiore a 200 scelte.

L'inserimento dei medici negli elenchi ha luogo secondo l'ordine della graduatoria e fino alla copertura del numero risultante dalla applicazione dei commi precedenti, fatto salvo il disposto dell'art. 12.

Per ciascun Comune è in ogni caso consentita l'iscrizione di almeno un medico.

#### Art. 7

##### *Iscrizione negli elenchi*

Al fine di ovviare alle carenze assistenziali individuate ai sensi dell'art. 14, il Comitato Provinciale interpella, con raccomandata R.R., i medici secondo l'ordine della graduatoria di ciascuna località carente invitandoli, ove occorra, a trasferire nella località interessata la residenza e ad aprirvi il proprio ambulatorio ed, eventualmente, a chiedere l'iscrizione all'Albo professionale della provincia.

Se il medico non comunica entro 7 giorni la sua accettazione o non soddisfa i requisiti di cui al comma precedente entro 60 giorni dall'accettazione, si intende che egli abbia rinunciato all'offerta e, pertanto, viene retrocesso all'ultimo posto della graduatoria locale.

Ove, al contrario, il medico soddisfi tutte le condizioni prescritte, il Comitato lo iscrive nell'elenco relativo all'ambito territoriale in cui è compresa la località carente e ne dà notizia agli Enti e all'Ordine dei Medici.

Il medico che viene iscritto in un elenco è contemporaneamente cancellato dalla graduatoria provinciale, dalle altre graduatorie locali in cui risulti inserito e, eventualmente, dall'elenco di provenienza.

#### Art. 8

##### *Carenza delle graduatorie locali*

Nei casi di insufficienza delle graduatorie locali rispetto alle esigenze assistenziali da soddisfare, vengono interpellati i restanti sanitari inseriti nella graduatoria provinciale di cui all'art. 3, secondo l'ordine della stessa.

In subordine, viene interpellato il Comitato Regionale di cui all'art. 15 per l'eventuale utilizzazione, a richiesta, dei medici inseriti nelle altre graduatorie provinciali della Regione.

In mancanza, vengono interpellati i medici inseriti nella graduatoria separata di cui all'art. 3.

#### Art. 9

##### *Requisiti per l'iscrizione Cause di decadenza*

Ai fini dell'iscrizione nell'elenco il medico deve risiedere nel Comune le cui esigenze assistenziali è chiamato a soddisfare, avere la disponibilità di un idoneo ambulatorio aperto agli assistibili degli Enti nella località in cui deve ope-

rare ed essere iscritto — o aver fatto domanda di iscrizione — all'Albo professionale della Provincia.

Sono causa di decadenza dall'iscrizione nell'elenco:

1) la perdita di uno dei requisiti previsti dal comma precedente;

2) l'insorgere di uno dei motivi di incompatibilità di cui all'art. 2;

3) il compimento del 70° anno di età.

I provvedimenti di decadenza dall'iscrizione negli elenchi sono adottati dal Comitato di cui all'art. 14.

#### Art. 10

##### *Titoli per la formazione delle graduatorie*

I titoli da valutare ai fini della formazione delle graduatorie sono i seguenti e ad essi è attribuito il valore per ognuno singolarmente indicato:

a) 0,05 punti per ogni anno di iscrizione all'Albo professionale. Il punteggio è raddoppiato (p. 0,10) per ogni anno di iscrizione all'Albo professionale della Provincia ove è presentata domanda. Sei mesi e un giorno equivalgono a un anno;

b) 0,05 punti per ogni mese di attività di servizio prestata presso cliniche universitarie ed Enti ospedalieri o come medico condotto interino o titolare;

c) 0,10 punti per ogni mese di attività mutualistica e in qualità di generico, compresa l'attività di sostituzione;

d) 0,20 punti per ogni mese di attività mutualistica di cui al precedente comma, prestata in zone con insufficiente numero di assistibili residenti (meno di 500) ed in zone disagiate o con popolazione sparsa;

e) 0,10 punti per ogni mese (intendendosi per mese due turni completi festivi e sei notturni, oppure quattro festivi ove il notturno non fosse realizzato) di servizio di guardia festiva e notturna, elevato a 0,20 punti se effettuato nelle zone disagiate di cui alla precedente lett. d);

f) 0,05 punti per servizio militare di leva o sostitutivo servizio civile, svolti in qualità di medico;

g) 0,15 punti per ogni specializzazione conseguita;

h) 0,10 punti per tirocinio abilitante svolto ai sensi della legge 18 aprile 1975, n. 143;

i) un punteggio variabile da 0,5 a 1 punto per ogni corso di aggiornamento professionale seguito presso strutture pubbliche. Il punteggio sarà

determinato dal Comitato Regionale di cui all'art. 15 in relazione alla natura, alla durata e alla modalità dei corsi;

l) 0,05 punti per ogni mese di attività professionale svolta presso una struttura pubblica sanitaria non espressamente contemplata nei punti che precedono.

Ai fini che precedono, sedici giorni equivalgono a un mese. I titoli di servizio sono cumulabili, purché non si riferiscano ad attività svolte negli stessi periodi. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto.

#### Art. 11

##### *Iscrizione del medico condotto*

Il medico che, in qualità di titolare, assume servizio in condotta è iscritto nell'elenco anche in deroga al rapporto ottimale e al di fuori delle graduatorie.

Le scelte acquisite dall'interino durante l'interinato sono trasferite d'ufficio al nuovo medico condotto, titolare o interino, che prenda servizio entro due anni dall'assunzione dell'incarico da parte dell'interino medesimo. Dopo quattro mesi gli assistiti possono però esprimere nuovamente la scelta per l'interino cessato.

#### Art. 12

##### *Conferma dell'iscrizione*

In sede di prima attuazione della presente convenzione è confermata, anche in deroga al rapporto ottimale e salva l'applicazione delle incompatibilità ai sensi dell'art. 2 e dei punti 1 e 3 delle norme transitorie e delle limitazioni di cui all'art. 13, l'iscrizione dei medici già inclusi negli elenchi mutualistici previsti dalle preesistenti norme.

A tal fine i medici interessati devono presentare al Comitato Provinciale di cui all'art. 14, competente per territorio, nel termine perentorio di giorni 30 dalla scadenza del termine di cui all'art. 8 — 2° comma — della legge numero 349 del 29-6-1977, apposita domanda di conferma dell'iscrizione, secondo lo schema di cui all'allegato.

Entro i successivi 60 giorni il Comitato Provinciale si pronuncia in merito alle domande di conferma, dandone comunicazione agli interessati.

Contro tali provvedimenti è ammessa opposizione allo stesso Comitato Provinciale entro 10 giorni dalla relativa comunicazione.

L'opposizione ha effetto sospensivo.









La prescrizione dei galenici e del materiale di medicazione è regolata dalle norme del Pronuario.

Art. 30  
*Richieste di indagini specialistiche  
Proposte di ricovero*

Ove lo ritenga necessario, il medico può formulare richiesta di visita o indagine specialistica o proposta di ricovero.

La richiesta di indagini specialistiche, tranne che si riferisca ad esami complementari della diagnosi formulata, deve essere espressa in termine di quesito diagnostico. In casi particolari essa può anche contenere la richiesta di consulenza o la proposta di « passaggio in cura ».

La proposta di ricovero deve essere motivata.

Art. 31  
*Modulario*

Il medico è tenuto a redigere in unica copia il modulario concordato, contenente l'indicazione dei seguenti elementi:

- nome, cognome e numero di libretto dell'assistito;
- diagnosi;
- prognosi clinica quando comporta la prescrizione di giorni di riposo;
- data;
- timbro e firma del medico.

Il modulario deve inoltre recare prestampate le denominazioni — da barrare — degli Enti maggiori nonché un riquadro libero, da riempire a cura del medico, per gli enti di minore rilievo.

Art. 32  
*Medicina di gruppo*

Al fine di conseguire un miglior livello qualitativo delle prestazioni e per l'espletamento coordinato e più funzionale delle attività e dei compiti loro derivanti dalla presente convenzione, i medici iscritti negli elenchi possono concordare fra loro e realizzare forme di lavoro associato o di gruppo, dandone comunicazione al Comitato di cui all'art. 14.

La scelta di uno dei medici associati si intende estesa, ai soli fini assistenziali, a tutti i medici del gruppo.

La ripartizione dei compiti all'interno del gruppo è definita autonomamente dai medici che ne fanno parte.

Resta fermo che nei confronti degli Enti erogatori ciascuno dei medici associati ha diritto ai

compensi secondo quanto disposto dal successivo art. 42, in relazione alle scelte personalmente acquisite.

L'esercizio della medicina di gruppo, oltre che dalle presenti norme, è disciplinato da apposito regolamento.

Art. 33  
*Aggiornamento professionale obbligatorio*

Sulle competenze del mese di dicembre di ciascun anno gli Enti tratteranno per ogni medico la somma di L. 15.000 quale contributo dei medici stessi alle spese dei corsi di aggiornamento professionale *obbligatorio* che saranno organizzati dalla F.N.OO.MM. di concerto con i Sindacati medici firmatari della presente convenzione e riservati ai medici iscritti negli elenchi, secondo le modalità stabilite in un regolamento che la F.N.OO.MM., il Ministero della Sanità, le Regioni e i predetti sindacati medici adotteranno entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente convenzione, tenendo presente l'esigenza di favorire indispensabili collegamenti con le strutture sanitarie locali e ospedaliere. Il regolamento dovrà prevedere, fra l'altro, le sanzioni a carico del medico che senza giustificato motivo si sottrae all'obbligo dell'aggiornamento.

Il contributo sarà versato dagli enti sull'apposito fondo tenuto e gestito dalla F.N.OO.MM.

Nel caso di attività svolta per conto di più Enti il medico comunicherà a tutti gli Enti interessati quale tra essi dovrà procedere alla tenuta di cui al primo comma.

Art. 34  
*Sostituzioni*

Il medico che si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera, fermo l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio, deve comunicare al competente ufficio il nominativo del collega che lo sostituisce quando la sostituzione si protragga per più di tre giorni.

Gli Enti, per i primi 30 giorni di sostituzione continuativa, corrispondono i compensi al medico sostituito, il quale provvede a trasferire al collega le relative competenze; dal 31° giorno in poi i compensi sono corrisposti direttamente al medico che effettua la sostituzione.

Il medico che non riesca ad assicurare la propria sostituzione, deve tempestivamente informare il Comitato Provinciale di cui all'art. 14 il quale provvede a designare il sostituto prioritariamente

tra i medici inseriti nelle graduatorie di cui all'art. 3 e secondo l'ordine delle stesse.

In tal caso i compensi spettano fin dal primo giorno al medico sostituto.

I rapporti economici fra il medico sostituto e quello sostituito, chiunque fra i due percepisca i compensi dagli Enti, sono regolati secondo le modalità stabilite da apposito regolamento tenendo conto dell'uso delle attrezzature e delle altre spese oltre che della maggiore o minore morbilità legata alla stagione. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito, durante la sostituzione.

Fatte salve le ipotesi di malattia, qualora il medico si assenti per più di sei mesi, anche non continuativi, nell'anno, la Commissione provinciale di cui all'art. 37 esamina il caso ai fini dell'eventuale risoluzione del rapporto.

Quando il medico sostituito per qualsiasi motivo sia nell'impossibilità di percepire i compensi che gli spettano in relazione al periodo di sostituzione, gli Enti possono liquidare tali competenze direttamente al medico che ha effettuato la sostituzione.

• Alla sostituzione del medico sospeso dagli elenchi per effetto di provvedimento delle Commissioni di cui agli articoli 37 e 38 provvede il Comitato di cui all'art. 14.

Le scelte del Sanitario colpito dal provvedimento di sospensione restano in carico al medico sospeso, salvo che i singoli aventi diritto avanzino richiesta di variazione del medico di fiducia; variazione che, in ogni caso, non può essere fatta in favore del medico incaricato della sostituzione, per tutta la durata della stessa, anche se quest'ultimo risulti essere stato iscritto nello elenco prima di assumere tale incarico.

L'attività di sostituzione, a qualsiasi titolo svolta, non comporta l'iscrizione del medico nell'elenco.

#### Art. 35

##### *Guardia medica*

Allo scopo di garantire il riposo dei medici è istituito, per i casi di assoluta urgenza, un servizio di guardia medica festiva e notturna, articolato come segue:

— guardia festiva: dalle ore 14 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo a quello festivo;

— guardia notturna: dalle ore 20 alle ore 8.

Al servizio di guardia, al quale è preposto il Comitato di cui all'art. 14, sono prioritariamente

addetti medici non iscritti negli elenchi. In caso di mancanza o insufficienza di questi vengono utilizzati i medici iscritti negli elenchi che ne facciano domanda. Ove il numero dei sanitari non sia ancora sufficiente, sono addetti ai turni di guardia i medici con minor numero di scelte e di anni di servizio e con meno di 60 anni di età.

Il Comitato regionale di cui all'art. 15 stabilisce i criteri organizzativi del servizio e gli oneri relativi, nonché i compensi da corrispondere ai medici addetti ai turni, nell'assoluto rispetto del limite di spesa costituito dall'ammontare delle quote previste a carico degli Enti.

Gli Enti, per ciascuno dei propri iscritti residenti nell'ambito territoriale nel quale comunque sia organizzata guardia medica versano su apposito capitolo di bilancio della Regione la quota omnicomprensiva di L. 500 per il 1978 e la quota omnicomprensiva di L. 1.000 per ciascuno degli anni 1979 e 1980.

Nella prima attuazione del servizio nelle varie località, le quote di cui sopra sono corrisposte in misura proporzionale alla frazione di anno di effettivo funzionamento.

Fintanto che non sarà attuato il servizio di guardia previsto dal presente articolo, è consentita la prosecuzione del servizio in atto funzionante secondo le norme preesistenti.

#### Art. 36

##### *Assistenza nelle località turistiche*

Per assicurare la continuità dell'assistenza medico-generica in favore dei turisti e villeggianti è istituito, nel periodo di maggior affluenza, un apposito servizio nelle località turistiche con un congruo numero di frequenze giornaliere individuate dal Comitato di cui all'art. 15.

L'attività dei medici incaricati del servizio si svolge secondo i criteri della medicina di gruppo in modo da assicurare la continuità del servizio stesso.

Tali medici sono remunerati secondo la tariffa a prestazione di cui all'art. 42 o in base a un compenso forfettario mensile.

Il Comitato Regionale di cui all'art. 15 assume iniziative per promuovere la collaborazione delle Amministrazioni locali e delle aziende di soggiorno all'allestimento di ambulatori e all'informazione circa il funzionamento del servizio.

Il numero dei medici da utilizzare nel servizio e le modalità di espletamento dello stesso sono definiti dal Comitato di cui all'art. 15.

#### Art. 37

##### *Commissione provinciale di disciplina*

In ciascuna provincia è istituita una Commissione di disciplina composta di 8 membri medici di cui:

— 1 designato dalla Regione in rappresentanza degli organismi locali di assistenza sanitaria;

— 3 nominati dalla Regione su designazione delle Confederazioni sindacali dei lavoratori maggiormente rappresentative a livello nazionale, di cui due per il settore del lavoro dipendente e uno per il settore del lavoro autonomo;

— 4 designati dai sindacati medici firmatari della presente convenzione.

Le funzioni di presidente sono svolte da uno dei membri designati dai Sindacati medici.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario designato dalla Regione.

La Commissione esamina i casi dei medici deferiti sia per inosservanza delle norme della presente convenzione sia per quanto riguarda il comportamento assistenziale sul piano erogativo delle prestazioni.

Al medico deferito sono contestati gli addebiti mossigli ed è garantita la possibilità di produrre le proprie controdeduzioni.

La Commissione adotta i seguenti provvedimenti: proscioglimento, richiamo, richiamo con diffida, sospensione del rapporto per una durata non superiore a due anni, cessazione del rapporto, sospensione cautelare per emissione di ordine o mandato di cattura o arresto.

La decisione è comunicata, a cura del Presidente e per mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento, all'interessato, all'Ente che ha proceduto al deferimento, al Comitato di cui all'art. 14 e all'Ordine dei Medici.

Avverso la decisione della Commissione provinciale è ammesso ricorso entro il termine di trenta giorni dalla relativa comunicazione, alla Commissione Centrale di cui al successivo articolo. Il ricorso deve essere inviato per conoscenza al controinteressato (medico o Ente) e al Comitato di cui all'art. 14.

Il ricorso ha effetto sospensivo del provvedimento impugnato, salvo che si tratti di sospensione cautelare o che la Commissione provinciale, per la particolare gravità dei fatti accertati, abbia deliberato di dare esecuzione immediata al provvedimento stesso.

#### Art. 38

##### *Commissione Centrale di disciplina*

Presso il Ministero della Sanità è istituita una Commissione Centrale di disciplina composta di otto membri medici di cui: 1 designato dal Ministro della Sanità, 3 designati dalle Regioni, 3 designati dai Sindacati medici firmatari della presente convenzione e il Presidente della F.N.OO.MM.

La qualità di membro della Commissione Centrale non è compatibile con la qualità di membro di una delle commissioni di cui all'articolo precedente.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario designato dal Ministero della Sanità.

Il procedimento innanzi alla Commissione Centrale deve salvaguardare il principio del contraddittorio nei confronti del medico deferito.

La Commissione è presieduta dal Presidente della F.N.OO.MM.. Vice Presidente è il membro designato dal Ministro della Sanità.

#### Art. 39

##### *Funzionamento delle Commissioni*

Le Commissioni Provinciali e la Commissione Centrale sono validamente riunite se è presente la maggioranza dei loro componenti; le deliberazioni delle Commissioni sono valide se adottate dalla maggioranza dei presenti.

In caso di parità dei voti, prevale il voto del Presidente.

La qualità di membro di una delle Commissioni di cui agli artt. 37 e 38 non è compatibile con la qualità di membro di uno dei Comitati di cui agli artt. 14 e 15.

#### Art. 40

##### *Regolamento per il funzionamento delle Commissioni*

Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente convenzione le parti concorderanno il regolamento per la disciplina del funzionamento Provinciale e Centrale.

Nelle more, le Commissioni operano in base alle norme contenute negli artt. 37, 38 e 39 che precedono.

#### Art. 41

##### *Cessazione e sospensione del rapporto*

Il rapporto di prestazione d'opera intellettuale tra gli Enti e i medici iscritti negli elen-

chi, oltre che per le cause di decadenza di cui all'art. 9, cessa soltanto:

1) — per provvedimento di cancellazione adottato dalle Commissioni di cui agli artt. 37 e 38;

2) — per recesso del medico, da comunicare al Comitato di cui all'art. 14 con almeno un mese di preavviso.

Nel caso di cessazione per provvedimento di cui al punto 1), il medico può presentare nuova domanda di inclusione nelle graduatorie dopo due anni dalla cancellazione.

Il rapporto cessa di diritto e con effetto immediato per radiazione dall'Albo professionale.

Oltre che per provvedimento delle Commissioni di cui agli artt. 37 e 38, l'iscrizione nell'elenco è sospesa di ufficio allorché il medico sia sospeso dall'Albo professionale.

#### Art. 42

##### *Trattamento Economico*

Ai medici iscritti negli elenchi della generica è corrisposto, per ciascun assistibile in carico, un compenso forfettario annuo determinato come dalle allegate tabelle A,B,C,D,E,F,H,I,L,M, distinte secondo l'anzianità di laurea dei medici e la età degli assistiti e secondo la quota base e gli oneri riflessi.

Tali compensi sono corrisposti dal 1° giorno del mese successivo a quello del compimento dell'anzianità prescritta.

Spettano, inoltre, le seguenti quote aggiuntive:

a) per residenza disagiatissima: L. 400 pro-capite annue;

b) per popolazione sparsa: superiore al 50% (secondo le tabelle ISTAT): L. 300 pro-capite annue;

per popolazione sparsa: inferiore al 50% (secondo le tabelle ISTAT); L. 150 pro-capite annue;

c) per variazione degli indici del costo vita: a decorrere dall'1-1-1979 i compensi capitari saranno maggiorati nella misura di L. 30 per assistito per ogni punto di variazione del costo della vita intervenuto tra il 1°-1-1978 e il 31-12-1978 e così per ogni anno successivo, secondo i dati ufficiali pubblicati dall'ISTAT per il settore dell'industria, con il limite massimo individuale annuo pari a quello riconosciuto per il settore industria nel periodo considerato, in conformità alla legge 31-3-1977 n. 91.

La maggiorazione di cui al comma precedente non spetta a coloro che, comunque, a qualsiasi

titolo usufruiscono di meccanismi automatici di adeguamento al costo della vita, salvo quanto previsto dal comma successivo.

Per i medici convenzionati che, in dipendenza del loro rapporto di lavoro, fruiscono dell'indennità integrativa speciale o di altro trattamento di adeguamento al costo della vita, è riconosciuto, nei limiti e con le modalità di cui al primo comma del punto C, una quota aggiuntiva che sommata al trattamento di adeguamento principale non superi l'incremento annuale previsto allo stesso titolo per i lavoratori dell'industria.

L'INAM concorderà con le altre mutue le modalità per una esatta applicazione della norma di cui ai commi precedenti.

d) per compilazione scheda o libretto sanitario: per le operazioni connesse alla tenuta della scheda o libretto sanitario già istituiti presso i vari Enti alla data della sigla della presente convenzione è corrisposta al medico una quota aggiuntiva annua di L. 1.000 per assistito in carico. Per la durata della presente convenzione il libretto sanitario non verrà esteso ad altre categorie che ne siano attualmente sprovviste, né la scheda sanitaria verrà estesa ad altre zone rispetto a quelle ove già esiste;

e) per prestazioni extra: spettano, inoltre, al medico per prestazioni extra, visite occasionali, visite ad assistiti stranieri, visite per assistenza nelle località turistiche i compensi previsti dallo allegato elenco (allegato M).

Le voci di cui ai punti 1) 2) 3) della tabella delle prestazioni extra saranno revisionate entro 3 mesi dalla firma della presente convenzione al fine della razionalizzazione delle prestazioni in essa elencate fermo restando l'obbligo di non superare la spesa precedentemente prevista in circa 4 miliardi di Lire annue.

I compensi sono corrisposti entro la seconda metà del mese successivo a quello di competenza.

##### *Indennità per Ferie*

Ai medici iscritti negli elenchi mutualistici da almeno un anno spetta una indennità di ferie. Tale indennità è corrisposta entro il 15 dicembre di ogni anno ed è commisurata ad 1/12 dei compensi percepiti da ciascun medico in relazione all'attività svolta dal 1° ottobre dell'anno precedente al 30 settembre dell'anno in corso, ancorché limitata ad alcuni mesi.

##### *Previdenza*

I contributi previdenziali a favore del competente fondo di previdenza di cui al secondo com-

ma del punto 6) dell'art. 9 della legge 29-6-1977 n. 349, sono dovuti su tutti i compensi a qualsiasi titolo pagati dagli Enti erogatori al medico convenzionato, nella misura del 13,50%, di cui 11,50% a carico degli Enti erogatori e il 2% a carico del medico stesso.

I contributi devono essere versati all'Ente gestore del fondo di previdenza trimestralmente con l'indicazione dei nominativi dei medici a cui competono entro i 30 giorni successivi alla scadenza del trimestre.

#### Art. 43

##### *Rapporti con i servizi pubblici di prevenzione di massa*

Salvo i compiti propri dei medici a rapporto di impiego con gli enti locali e quanto può essere loro affidato per lo svolgimento di attività nei servizi sottoelencati, ai medici iscritti negli elenchi possono essere affidati, a domanda e sulla base di un rapporto orario, compiti di prevenzione di massa, da espletarsi presso i seguenti servizi con onere a carico degli enti locali:

- 1) servizi di maternità, infanzia ed età evolutiva;
- 2) servizi di prevenzione connessa ai rischi dell'ambiente di lavoro;
- 3) servizi di assistenza agli anziani;
- 4) servizi di medicina sportiva;
- 5) servizi di educazione sanitaria.

Per il trattamento normativo ed economico si applicano le norme previste per i medici generici ambulatoriali dalla convenzione unica per i medici ambulatoriali.

Lo svolgimento di tali compiti è compatibile con l'iscrizione negli elenchi di cui alla presente convenzione, e va affidato prioritariamente ai medici che detengano un numero di scelte inferiori al 50% del proprio massimale individuale.

Il medico non può essere impegnato nei suindicati servizi per un orario giornaliero che superi il numero di ore corrispondenti alla metà del proprio massimale individuale.

Sarà effettuato un periodo di prova della durata di due mesi.

Qualora l'ente gestore decida di coprire tali posti di lavoro con personale a rapporto d'impiego saranno previste norme concorsuali che diano punteggio preferenziale nella valutazione dei titoli al servizio prestato.

#### Art. 44

##### *Rapporti con le organizzazioni sindacali*

#### *firmatarie della presente convenzione.* *Gestione dell'accordo*

Per l'espletamento dei compiti connessi con l'applicazione della presente convenzione gli Enti tratteranno, all'inizio di ciascun anno, dalla quota capitaria una cifra forfettaria annua di L. 7 (sette) per ogni assistibile. Gli importi tratti saranno versati alla Sede Centrale dell'INAM e saranno utilizzati esclusivamente per retribuire i sostituti dei medici in attività sindacale e di gestione dell'accordo nella seguente proporzione: sei parti alla FIMM, 3 parti alla ANMCC, una parte alla FIMP quali sindacati contraenti della presente convenzione.

Ciascun sindacato nelle proporzioni suindicate potrà usufruire delle sostituzioni nelle seguenti forme:

1) medici sostituti fissi affiancati ai dirigenti nazionali maggiormente impegnati e indicati dalla propria associazione sindacale. In tal caso il medico sostituto e il titolare si accorderanno per organizzare e distribuire in parti uguali il lavoro, per garantire la continuità dell'assistenza e per mantenere il rapporto di fiducia tra il medico titolare e i propri assistiti. In tal caso il medico sostituto verrà retribuito in rapporto al 50% delle scelte del medico titolare. Il medico sostituto, che non dovrà essere iscritto negli elenchi mutualistici, acquisirà il punteggio previsto all'art. 10 della presente convenzione ai fini del suo inserimento nelle graduatorie. Egli non potrà di norma concorrere per l'iscrizione negli elenchi dello ambito territoriale ove opera il medico titolare;

2) ogni sindacato firmatario del presente accordo potrà fruire di medici sostituti retribuiti con il fondo costituito presso l'INAM, fino alla concorrenza massima delle somme introitate a favore di medici impegnati sindacalmente e nella gestione dell'accordo su indicazione del responsabile provinciale delle associazioni sindacali. Gli organi nazionali dei suddetti sindacati provvederanno periodicamente a comunicare ai Comitati Provinciali di cui all'art. 14 della presente convenzione la distribuzione delle disponibilità per ogni singola provincia.

#### Art. 45

##### *Quote sindacali*

La riscossione delle quote sindacali per i sindacati firmatari del presente accordo avviene su delega del medico attraverso l'ufficio unico intermutue con versamento in c/c intestato ai tesoriери dei sindacati firmatari del presente ac-

cordo per mezzo della banca incaricata delle operazioni di liquidazione dei compensi. In attesa della istituzione degli uffici anzidetti o secondo una scelta provinciale del sindacato, restano ferme le modalità di riscossione delle quote in atto presso le varie sedi provinciali alle condizioni, limiti e termini previsti dalla legge 4-6-1973 n. 311.

#### Art. 46

##### *Assistenza ai coltivatori diretti*

Fino alla stipula della prima convenzione ai sensi della legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, i compensi spettanti ai medici generici per gli assistiti delle Casse Mutue dei Coltivatori Diretti sono determinati come da allegate tabelle (allegati D, F) in relazione ad un costo medio annuo per assistito di lire 11.000 (undicimila) onnicomprensive, esclusa la guardia medica per la quale sarà versato all'apposito conto regionale il contributo stabilito nella misura di lire 100 per assistito.

#### Art. 47

##### *Assistenza agli artigiani e ai Commercianti*

Le casse mutue provinciali per gli artigiani e gli esercenti attività commerciali, le quali, in conformità alle proprie disposizioni, abbiano deliberato ed attuato l'assistenza medico-generica in favore dei propri assistiti entro la data di entrata in vigore della legge 29-6-1977 n. 349, possono aderire alla presente convenzione alle condizioni economiche di cui alle allegate tabelle (allegati G, H, I, L).

L'adesione alla convenzione è subordinata alla contemporanea delibera dell'aumento della quota contributiva derivante dal maggiore costo in misura tale da consentire il pareggio del bilancio.

#### Art. 48

Ove nel periodo di durata della convenzione venga abolita l'imposta sul valore aggiunto sulle prestazioni sanitarie, i compensi concordati o comunque indicati nella convenzione al lordo dell'IVA saranno ridotti dell'ammontare corrispondente alla riduzione fiscale.

#### Art. 49

La presente convenzione decorre dal 1-1-78 e scade il 31-12-1980.

##### *Norme transitorie*

1) nello svolgimento delle operazioni di cui

all'articolo 12 le incompatibilità di cui alle lettere a), b), c), e), f), l) dell'art. 2, salvo che concorrano tra loro o con altre posizioni di incompatibilità e salvo, per quanto concerne la lettera a), che si tratti di medici ai quali all'epoca della loro iscrizione negli elenchi mutualistici era vietata la libera professione per legge, regolamento o contratto, e per quanto concerne la lettera b), che si tratti di specialisti i quali, in base agli incarichi ricoperti presso gli Enti, svolgano attività ambulatoriali per un numero di ore pari o superiori all'orario massimo settimanale stabilito dal relativo accordo nazionale, sono sospese fino allo scadere del 6° mese successivo alla costituzione delle Unità Sanitarie Locali nelle singole Regioni.

2) per i medici, nei confronti dei quali, pur versando essi nella situazione descritta dalla lettera a) dell'art. 2, l'incompatibilità non trova applicazione immediata ai sensi del punto 1) delle norme transitorie, è stabilito un massimale di 500 scelte.

3) l'incompatibilità di cui alla lettera n) ha piena applicazione dal momento in cui in sede di razionalizzazione e/o unificazione delle forme di controllo medico-fiscali, il medico all'uopo incaricato svolga attività fiscale per conto di tutti gli Enti preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria nel territorio. Transitoriamente, pertanto, la suddetta incompatibilità ha un valore relativo nel senso che il medico, che svolga funzioni fiscali per conto di un Ente, non può acquisire né conservare scelte di assistibili iscritti presso lo stesso Ente o da questo dipendenti. In ogni caso l'attività di medico fiscale è valutata dal Comitato Provinciale di cui all'art. 14, ai fini della limitazione del massimale di scelta.

4) in relazione alla necessità di sostituire il sistema a ciclo di malattia con quello a ciclo di fiducia, si conviene che nei confronti dei medici la cui iscrizione negli elenchi sia confermata ai sensi dell'art. 12, il massimale di scelta sarà disciplinato dalle seguenti norme:

a) per la durata di sei mesi dall'inizio delle operazioni di scelta presso gli Enti attualmente a ciclo di malattia, ai medici in questione è consentito in ogni caso di acquisire nuove scelte.

Resta peraltro il divieto, per il medico che con un Ente abbia rapporto di dipendenza o convenzionale nell'ambito della medicina specialistica di acquisire scelte relative a soggetti assicurati presso lo stesso Ente o da questo dipendenti;

b) allo scadere del termine di cui al primo comma della precedente lettera a), il Comitato

di cui all'art. 14 riesamina la posizione di tutti i medici confermati ai sensi dell'art. 12 al fine di accertare il numero complessivo delle scelte acquisite da ciascun sanitario nonché le situazioni che comportano riduzioni del massimale ai sensi dell'art. 13.

In relazione all'esito di tali accertamenti si conviene che al medico il quale, non dovendo subire riduzioni di massimale, risulti aver acquisito un numero complessivo di scelte superiore al massimale di cui all'art. 13, ma inferiore a 1800 unità, è consentito di acquisire in deroga a una quota individuale di scelte fino a 1800 unità. Qualora le scelte acquisite superino la quota individuale di 1800 unità, il medico è tenuto, entro tre mesi dall'apposita comunicazione del Comitato di cui all'art. 14, a recusare le scelte eccedenti il limite di 500 oltre la predetta quota individuale di 1800.

Nei confronti dei medici che svolgano altre attività rilevanti agli effetti dell'art. 13, le limitazioni del massimale sono riferite alla quota individuale di 1800 scelte. Il medico che risulti aver acquisito un numero di scelte superiore al massimale individuale come sopra determinato è tenuto, entro tre mesi dall'apposita comunicazione del Comitato di cui all'art. 14, a recusare le scelte eccedenti il limite di 500 oltre il predetto massimale individuale.

Alla data del 31-12-1979 dovrà essere verificato il numero di scelte eccedenti rispetto al numero massimo di scelte consentito per i singoli medici convenzionati; le eventuali scelte eccedenti dovranno essere recusate per il 50% entro il 30-6-1980 e per la parte residua entro il 31-12-1980.

Ai medici che non ottemperano all'obbligo di recusare le scelte eccedenti non è corrisposto alcun compenso in relazione a tali scelte dopo la scadenza del termine stabilito per la recusazione;

c) il Comitato di cui all'art. 14 ha facoltà, per situazioni locali, di disporre deroghe temporanee in aumento al massimale individuale di cui all'art. 13 fino al 20%.

5) le recusazioni obbligatorie di cui al numero 4 delle presenti norme transitorie, hanno effetto, ai fini economici ed assistenziali, dal momento in cui l'Ente dà notizia all'assicurato, e per conoscenza al sanitario recusante, dell'avvenuta recusazione.

6) la mancata effettuazione delle recusazioni obbligatorie ai sensi del n. 4 delle norme transitorie è rilevante ai fini delle valutazioni di competenza delle Commissioni di disciplina.

7) il disposto di cui al punto 3) dell'art. 9 si applica al 30-12-1980.

## Parte II Assistenza pediatrica

1) I rapporti con i medici pediatri iscritti negli elenchi, fatte salve le particolari clausole che seguono, s'intendono disciplinati dalle norme di cui alla parte I della presente convenzione.

2) In conformità di quanto previsto dalla parte I della presente convenzione vengono istituiti appositi elenchi riservati ai medici forniti del diploma di specializzazione in pediatria o con 5 anni di servizio presso reparto pediatrico ospedaliero o universitario, documentato dall'amministrazione.

3) In ciascun elenco può essere iscritto soltanto un pediatra per ogni 700 residenti in età pediatrica o frazione di 700 superiore a 350.

4) Ai fini dell'iscrizione negli elenchi di cui al punto 2) vengono formate annualmente apposite graduatorie nelle quali, a domanda, sono inseriti i pediatri che, oltre a non versare in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 2, esercitano la pediatria ad esclusione di qualsiasi altra attività.

5) I titoli valutabili in sede di formazione delle graduatorie di cui al punto 3) sono i seguenti:

- 0,10 per anno di specializzazione in pediatria
- 0,20 per anno di servizio mutualistico come medico generico
- 0,20 per anno di servizio come pediatra
- 0,10 per anno di servizio ospedaliero in qualità di pediatra
- 0,05 per anno di servizio per altri enti pubblici nella branca di pediatria.

6) I pediatri iscritti negli elenchi di cui al punto 2) possono acquisire e conservare soltanto scelte relative ad assistibili fino ai 12 anni di età compiuti.

7) Il massimale delle scelte acquisibili dai medici pediatri è stabilito in 1.000 unità.

8) Il pagamento è fissato nella misura corrispondente alla quota base annuale prevista in favore dei medici generici per la popolazione in età da 0 a 12 anni compiuti, maggiorata del 50%. Tale quota base viene articolata per le seguenti classi di anzianità di specializzazione:

- da 0 a 2 anni

- oltre 2 e fino a 9 anni
- oltre 9 e fino a 16 anni
- oltre 16 anni.

Per tale calcolo si applicano i criteri previsti per le articolazioni in classi di anzianità di laurea per i medici generici.

Spettano inoltre ai pediatri tutti gli altri emolumenti fissi previsti per i medici generici.

9) Il pediatra è tenuto ad effettuare, nell'ambito della quota capitaria, le visite di prevenzione mirate e la compilazione della scheda pediatrica che sarà concordata tra le parti.

Per i minori non iscritti negli elenchi le attività di medicina preventiva espletabili nell'ambulatorio privato del pediatra saranno disciplinate in apposito regolamento e compensate a parte.

10) Nei confronti dei pediatri iscritti negli elenchi riservati l'incompatibilità di cui alla lettera c) dell'art. 2 non si applica nel caso che essi risultino contemporaneamente iscritti negli elenchi dei medici pediatri convenzionati esterni di Enti che non siano tenuti ad adottare la presente convenzione.

#### *Norma transitoria*

11) In favore dei medici pediatri trovano applicazione le norme transitorie concordate per i medici generici, tenendo conto peraltro dei necessari criteri di proporzionalità riferiti alla diversa misura del massimale e del rapporto ottimale.

### DICHIARAZIONI A VERBALE

#### *Dichiarazione a verbale n. 1*

Entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente accordo verranno concordati i moduli di cui all'art. 31.

Tali moduli verranno immediatamente adottati non appena distribuiti ai medici. In attesa di tale adempimento i medici sono tenuti a indicare nelle ricette e nelle proposte nome, cognome e numero del libretto dell'assicurato.

Per quanto riguarda la prescrizione farmaceutica saranno adottate immediatamente le norme di cui all'art. 29.

#### *Dichiarazione a verbale n. 2*

Le parti si impegnano a concordare congiun-

tamente, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente convenzione, i regolamenti menzionati nella convenzione stessa nonché ogni altro adempimento connesso con l'applicazione della medesima.

Sono nulle le disposizioni applicative delle convenzioni adottate unilateralmente.

#### *Dichiarazione a verbale n. 3*

Entro sei mesi dalla stipula del presente accordo il Ministro della Sanità e il Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale s'impegnano a verificare con le Regioni, con le organizzazioni sindacali dei lavoratori e degli imprenditori, nonché con i sindacati firmatari e degli imprenditori, nonché con i sindacati firmatari della presente convenzione, la possibilità di limitare l'obbligo della certificazione, solo a partire dal quarto giorno di malattia.

#### *Dichiarazione a verbale n. 4*

Le questioni applicative inerenti alle preesistenti normative e le relative controversie continueranno ad essere esaminate e definite dalle Commissioni attualmente esistenti fino all'inizio dell'attività delle Commissioni previste dalla presente convenzione.

#### *Dichiarazione a verbale n. 5*

Il modulario di cui all'art. 31 è utilizzato anche per le certificazioni previste dalla presente convenzione, per le proposte di ricovero e per la richiesta di prestazioni specialistiche. Per queste ultime può essere attuata la multiproposta nello stesso modulo.

Nei casi necessari la proposta deve essere espressa in termini di quesito diagnostico.

#### *Dichiarazione a verbale n. 6*

Le parti concordano che fino a quando non sarà possibile la individuazione degli ultrasessantenni, la colonna c) della tabella allegata alla presente convenzione sarà riferita ai pensionati, salvo conguagli da eseguire entro il 31-12-1978.

#### *Dichiarazione a verbale n. 7*

La parte pubblica si impegna ad interessare

gli Enti mutualistici affinché, nello spirito delle norme contenute nella presente Convenzione, siano risolte anche le situazioni in atto non ancora definite relative alle revoche d'ufficio per morte o trasferimento.

*Dichiarazione a verbale n. 8*

Le parti concordano sulla opportunità che, successivamente all'attivazione su tutto il territorio regionale delle strutture amministrative unificate degli enti, si provveda, compatibilmente con le esigenze tecnico-funzionali delle stesse, alla liquidazione delle spettanze ai medici convenzionati in una unica soluzione mensile.

*Dichiarazione a verbale n. 9*

Le parti convengono che per quanto concerne i medici generici ambulatoriali delle Casse Marittime, fatte salve le situazioni dei medici in attività di servizio alla data del 1° gennaio 1978, le nuove assunzioni dovranno essere effettuate solo attraverso le graduatorie previste dalla convenzione ambulatoriale generica.

Per tali medici non operano le incompatibilità di cui all'art. 2, ma le limitazioni di massimale di cui all'art. 13.

*Dichiarazione a verbale n. 10*

I sindacati medici riconoscono che all'articolazione dei compensi di pertinenza dei medici generici, così come è definita nella presente convenzione, si è addivenuti per loro richiesta intesa alla conservazione di istituti da tempo acquisiti dalla categoria.

*Dichiarazione a verbale n. 11*

Le parti si impegnano a verificare in sede tecnica che errori materiali nel calcolo non alterino il significato economico complessivo dell'accordo di cui alle tabelle allegate E, F, L.

*Dichiarazione a verbale n. 12*

Gli Enti attualmente a ciclo di malattia daranno immediato inizio alle operazioni di scelta, le quali, comunque, saranno ultimate nel termine massimo di 6 mesi dalla sottoscrizione della presente convenzione.

Il Ministero del Lavoro promuoverà un in-

contro entro il 15 luglio 1978 tra i Ministeri del Lavoro, della Sanità e del Tesoro, le Regioni, i Commissari Liquidatori e i Sindacati medici firmatari della presente convenzione al fine di definire i problemi economici conseguenti al passaggio dal ciclo di malattia al ciclo di fiducia, tenuto conto che la decorrenza della convenzione agli effetti economici è il 1° gennaio 1978.

*Dichiarazione a verbale n. 13*

Le parti concordano sulla necessità ed utilità di procedere a periodici incontri ai fini di verificare lo stato di attuazione dell'accordo stesso e di apportarvi quelle modifiche normative che unanimemente si ritengono necessarie.

*Dichiarazione a verbale n. 14*

Le parti concordano che è consentito l'accesso da parte dell'assistito, senza richiesta del medico curante, alle seguenti specialità: ginecologia, odontoiatria, pediatria limitatamente agli assistibili che non hanno scelto la assistenza pediatrica di base ed oculistica per quanto attiene la misurazione della vista.

*Dichiarazione a verbale n. 15*

Il Comitato di cui all'art. 15 individua le zone disagiatissime ai fini dell'applicazione del punto a) dell'art. 42.

*Dichiarazione a verbale n. 16*

In relazione alla richiesta di parte medica che il Governo garantisca la correntezza dei pagamenti delle prestazioni dovute dalle mutue, la parte pubblica assicura che sono in corso iniziative legislative dirette al ripianamento dei disavanzi patrimoniali degli enti mutualistici al 31-12-1977 il che consentirà al più presto la regolarizzazione delle pendenze.

*Dichiarazione a verbale n. 17*

La parte medica prende atto dell'esigenza rappresentata dal Governo che l'incremento della spesa derivante da tutte le convenzioni non potrà superare per il 1978 l'importo di 200 miliardi di lire.

Firmato da *Ministro della Sanità, Ministro del Tesoro, Ministro del Lavoro, Regioni, F.I.M.M., A.N.M.C., F.I.M.P.*

178

### ALLEGATO E

Distribuzione della quota capitaria annua secondo le componenti medie  
(Quota base e oneri riflessi)

Anni	1978	1979	1980
QUOTA BASE	14.433	14.301	15.169
QUOTA MEDIA per libretto sanitario, residenza dis- sagiaticissima e popolazione sparsa	300	300	300
INDENNITA' DI FERIE	1.203	1.233	1.264
<b>Totale</b>	<b>15.936</b>	<b>16.334</b>	<b>16.733</b>
ENPAM (11,5 per cento)	1.833	1.879	1.924
IVA (14 per cento)	2.231	2.287	2.343
	<b>20.000</b>	<b>20.500</b>	<b>21.000</b>

N.B. - Escluse le quote per guardia medica e le maggiorazioni per costo della vita.

### ALLEGATO F

Distribuzione quota capitaria annua secondo le componenti medie  
(Quote base e oneri riflessi) - Coltivatori diretti

QUOTA BASE	8.045
QUOTA MEDIA per residenza disagiatissima e popolazione sparsa	50
INDENNITA' FERIE	670
	<b>8.765</b>
ENPAM (11,5 per cento)	1.008
IVA (14 per cento)	1.227
	<b>11.000</b>

N.B. - Escluse le quote per guardia medica e le maggiorazioni per costo della vita.

### ALLEGATO L

Distribuzione della quota capitaria annua secondo le componenti medie  
(Quota base e oneri riflessi) - Artigiani e commercianti

QUOTA BASE	8.780	11.722	15.400
QUOTA MEDIA per residenza disagiatissima e popolazione sparsa	50	50	50
INDENNITA' DI FERIE	732	977	1.283
<b>Totale</b>	<b>9.562</b>	<b>12.749</b>	<b>16.733</b>
ENPAM (11,5 per cento)	1.100	1.466	1.924
IVA (14 per cento)	1.338	1.785	2.343
<b>Totale</b>	<b>12.000</b>	<b>16.000</b>	<b>21.000</b>

N.B. - Escluse le quote per guardia medica e le maggiorazioni per costo della vita.

## NOTA SUL PROBLEMA FARMACI

Nel quadro piú generale della Riforma Sanitaria e della definizione degli obiettivi politici prioritari per la realizzazione di un Servizio Sanitario Nazionale efficiente, il settore del farmaco impone oggi, alla vigilia di tutto il processo innovatore, la sua problematica.

La costante espansione dei consumi, la continua dilatazione della spesa, l'aumento delle malattie di tipo iatrogeno, derivanti cioè dall'uso dei farmaci, la necessità di migliorare la qualità della prestazione, la pesante incidenza della spesa per farmaci (22,8% sul totale delle prestazioni sanitarie e il 44% sulla spesa per prestazioni sanitarie extraospedaliere in Italia nel 1975) indicano la necessità di arrivare ad una inversione di tendenza di questo consumismo distorto.

Secondo quanto pubblicato su « Prospettive Sociali e Sanitarie » n. 3, 15-2-1978 fra i paesi appartenenti all'Organisation for Economic Cooperation and Development (OCDE), l'Italia, in ordine al consumo complessivo di farmaci si colloca al 5° posto, dopo Stati Uniti, Giappone, Repubblica Federale Tedesca e Francia. E mentre gli USA al 1° posto di questa classifica consumano 7,8 miliardi di dollari in farmaci, pari al 16% del mercato mondiale, l'Italia, di gran lunga inferiore a popolazione, ne consuma 2,2 miliardi, pari al 4,5% sul totale mondiale.

Inoltre, rispetto al reddito disponibile in termini assoluti Spagna e Italia hanno il consumo piú elevato tra i 13 Paesi membri dell'OCDE; mentre infatti « i 13 Paesi per ogni 1.000 dollari di reddito disponibile ne destinano in media 7,8 ai farmaci, l'Italia ne spende invece 12,7, seconda solo alla Spagna che tocca la punta piú alta con 14,3 ».

L'articolo citato sottolinea inoltre che « se per ipotesi il consumo italiano di farmaci fosse

stato ridotto, con una politica adeguata, fino a raggiungere il livello inglese, che pur garantisce un'assistenza farmaceutica unanimemente riconosciuta fra le migliori, si sarebbe potuto realizzare nel 1977 un risparmio di circa 420 milioni di dollari, ben 360 miliardi di lire.

Anche la FNOOMM nel suo Dossier 1976, evidenzia l'impennata della spesa farmaceutica dal 1970 al 1975 con un incremento della spesa farmaceutica (numeri indici: 100, 112, 132, 167, 191, 234) e analogamente di quella globale e del costo medio della spesa farmaceutica per assistibile (numeri indici: 100, 111, 129, 160, 177, 216) e per abitante (100, 111, 130, 162, 185, 225).

Inoltre da una indagine svolta dal CENSIS nel 1976 risulta che questa spesa, per quanto riguarda le prescrizioni, in Italia registra uno dei piú alti indici europei e che, per categorie farmacologiche espresse in percentuali di consumo riferite al mercato farmaceutico europeo, l'Italia consuma il 49,5% degli epatoprotettori, il 42% degli antiulcera, il 22% degli antibiotici.

E ad analoghi risultati è giunta la FIARO con un rilievo statistico nel consumo qualitativo e quantitativo dei farmaci in Ospedale: indicizzata a 100 la spesa farmaceutica ospedaliero nel 1970, si arriverà nel 1976 a superare la triplicazione della spesa con 349,13.

Per risanare una situazione cosí deteriorata sembrava necessario, contemporaneamente alla introduzione di un nuovo prontuario terapeutico critico che, eliminando i prodotti nocivi, ripartisca i medicinali secondo la loro effettiva validità in classi tali da poter rappresentare la graduale cancellazione dei prodotti inutili e superati; vietare la propaganda e la promozione delle vendite, passando invece all'Istituto Superiore di Sa-

nità ed alle Regioni il compito della informazione in questo delicato settore; sembravano pure necessari un più severo sistema di registrazione delle nuove specialità, la promozione di un programma pubblico nel campo dell'attività della ricerca farmacologica; una riconversione industriale volta alla qualificazione della produzione, l'introduzione del ticket, come moderatore dei consumi ed anche quale contributo dell'utente almeno in un momento di così grave crisi economica.

Era necessario arrivare alla programmazione di coerenti ed organici provvedimenti che tenessero presente anche lo spirito della Riforma Sanitaria.

Dal canto loro le forze politiche impegnate a redigere il testo del disegno di legge per l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, compiono unitariamente la scelta di non introdurre in quel testo una normativa specifica regolatrice della produzione e distribuzione del farmaco, ma proprio nello spirito di una legge quadro, non si rinziò ad esaminare i principi cui dovrà uniformarsi la futura legislazione riguardante i farmaci. Sono questi i punti basilari approvati alla Camera riguardanti i 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 delle autorizzazioni alla produzione e alla immissione in commercio dei farmaci, per i controlli di qualità e per indirizzare la produzione farmaceutica alle finalità del Servizio Sanitario Nazionale;

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

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

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

e) per la brevettabilità dei farmaci... ».

« 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 di banco ».

« L'informazione scientifica sui farmaci è compito del Servizio Sanitario Nazionale ».

« È vietata ogni forma di propaganda e di pubblicità presso il pubblico dei farmaci sottoposti all'obbligo della presentazione di ricetta medica e comunque di quelli contenuti nel prontuario terapeutico approvato ai sensi dell'art. 27-bis ».

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

Il fatto stesso che questo testo, di cui abbiamo riprodotto le parti più significative, sia stato approvato dalla Camera dei Deputati, sulla base della elaborazione compiuta nella Commissione Sanità dalle forze politiche che sono le componenti dell'attuale maggioranza (DC, PCI, PSI, PSDI, PRI) rappresenta una riprova della confluenza di forze politiche diverse in una valutazione comune molto avanzata del problema del farmaco.

Tuttavia, mentre si andavano maturando queste scelte informatrici, venivano attuati provvedimenti legislativi nel settore farmaci che rappresentano, una non corretta anticipazione della Riforma Sanitaria e che sono caratterizzati da frammentarietà e disorganicità.

Con molto ritardo sulla data stabilita dall'art. 9 della legge 386, che prevedeva la revisione del prontuario terapeutico INAM entro il 30 giugno del 1975, è apparso sulla Gazzetta Ufficiale del 10 dicembre 1976 il Decreto Ministeriale che vara il nuovo elenco dei farmaci destinati ai mutuatati italiani.

I tempi lunghi di tale revisione sarebbero dovuti essere giustificati da una severa selezione basata su nuovi principi informatrici che avrebbero dovuto adeguare i criteri di scelta dei prodotti « da un lato alle esigenze di ordine tecnico atte a garantire l'efficacia del farmaco in rapporto alla rilevanza delle affezioni che gli stessi sono destinati a prevenire o a curare, e dall'altro al principio di tutelare la salute della popolazione assistita al minimo costo possibile per la collettività ».

Una corretta revisione avrebbe dovuto portare alla realizzazione di un prontuario terapeutico critico, ripartito in classi secondo la validità dei farmaci e tale, da un lato, da giungere alla eliminazione di prodotti nocivi e, dall'altro, da rappresentare l'introduzione alla cancellazione di prodotti inutili nocivi e obsoleti, secondo la ne-

cessità ravvisata anche nel D.M. 19-10-1976 su parere del Consiglio Superiore di Sanità.

Il risultato di questo lungo lavoro di rielaborazione ha portato ad un prontuario in cui risultano — è vero — depennati 2.000 prodotti che rappresentano specialità superate, in corso di revoca e per le quali le stesse ditte produttrici avevano espresso il desiderio che venissero eliminate dal prontuario per la scarsa prescrivibilità o per il basso prezzo di vendita al pubblico, ma è anche vero che sono state inserite 900 nuove preparazioni per la maggior parte delle quali la caratteristica innovativa è il prezzo molto elevato.

Ma quello che appare più grave e tale da lasciare a dir poco dubbi e perplessità è che, malgrado il vivo scalpore delle polemiche suscitate nel 1973, si ritrovano in questo prontuario ancora parte di quelle 357 specialità, i cui principi attivi possono indurre effetti collaterali indesiderati e non compensati da vantaggi terapeutici, denunciate dalla stessa Commissione INAM.

Rimane ad esempio una delle tre specialità elencate fra quelle contenenti meclazina e suoi derivati, sostanze che inducono malformazioni nei figli delle donne che ne abbiano fatto uso in gravidanza. Analogamente, delle 4 specialità a base di ciclazina e derivati, che presentano effetti uguali alla meclazina, ne è stata depennata una soltanto.

Rimangono associazioni di iodio fosforo e stricnina, associazioni di cloranfenicolo e sali di bismuto e persino un anfetaminico e un antelmintico a base di chenopodio, sostanza di nota ed elevata tossicità.

E fra i casi più clamorosi e dimostrativi di come sia stato compilato questo prontuario è un prodotto che figura come antireumatico in prima classe in confezioni in dosaggio di 50 mg ed in seconda classe cambia indicazioni diventando epatotoprotettore in dosaggio di 30 mg. Inoltre non era contemplato nell'elenco neppure un anticoncezionale.

La stessa suddivisione in due classi specificate negli allegati A e B rispondeva in effetti, più che a criteri scientifici di suddivisione dei farmaci, ad una ripartizione creata ad hoc per la futura introduzione del ticket.

L'introduzione del ticket doveva in realtà essere strettamente legata ad una corretta revisione del prontuario, al divieto della propaganda sul farmaco: doveva rappresentare un provvedimento soprattutto legato alla questione del prezzo del farmaco.

Con decreto legge 4 maggio 1977 n. 187 infatti si abolisce lo sconto del 25% dovuto alle

mutue sui prezzi dei medicinali (19% a carico delle industrie e 6% a carico delle farmacie) stabilendo che nel periodo 1 giugno-30 novembre 1977 sarà attuata la revisione dei prezzi dei farmaci. Su questo provvedimento i gruppi parlamentari PCI della Camera e del Senato si sono astenuti dal voto intendendo affermare in questo modo la necessità di stabilire un nuovo metodo di determinazione dei prezzi rispondente alla realtà dei costi e tale da garantire il consumatore.

Il provvedimento che interessava 23.000 confezioni di specialità medicinali, secondo il nuovo «metodo» non doveva determinare riduzioni eccedenti il 20% dei prezzi precedenti, né aumenti superiori al 30% e la revisione doveva avvenire a scaglioni nell'arco di tempo di 6 mesi. L'abolizione dello sconto del 25% doveva invece precedere la revisione. In tal modo, negando la contestualità di due provvedimenti si deliberava in modo tacito un «regalo» all'industria di 160 miliardi in 6 mesi.

Inoltre le valutazioni del CIPE si dimostravano errate poiché basate su una campionatura di farmaci che attraverso un pre-calcolo risultava dotata di prezzi superiori al 45-70% rispetto al prezzo giusto e quindi la riduzione del 20% risultava del tutto inadeguata.

Inoltre il Ministro Donat-Cattin dichiarava che ad operazione ultimata si sarebbe ottenuto un ribasso medio del 7% «in cambio» della abolizione dello sconto del 25%. I farmaci consumati in regime pubblico sarebbero subito quindi un aumento del 18%, aumento che avrebbe inciso, sempre secondo le dichiarazioni del ministro, sulla spesa farmaceutica per 170 miliardi.

Una analisi effettuata dai compagni della Sezione Programmazione e Riforme contraddice queste dichiarazioni. Essa sottolinea che lo stesso Ministro dell'Industria ha ammesso, in una relazione depositata al Senato, che, anziché una riduzione media del 7% il provvedimento sta provocando un aumento medio di almeno il 3,75%. Valutando la lievitazione dei costi legata al processo inflattivo registratosi nel contempo, la miglioramento dei prezzi, l'abolizione dello sconto, risulta che la spesa farmaceutica pubblica registra in questo modo un incremento del 22%, pari ad una maggiore spesa di 350 miliardi nel 1978. In questo modo appare completamente disattesa l'indicazione di un contenimento della spesa pubblica nel settore sanitario.

Vi è infine l'iniziativa legislativa per la tutela brevettuale del farmaco. Infatti la sentenza della Corte Costituzionale sulla legge brevettuale del

29-6-39 n. 1127 dichiarava l'illegittimità costituzionale del 1° comma dell'art. 14 in cui si faceva divieto di estendere il brevetto ai medicinali. L'iniziativa in tal senso era partita da 18 aziende multinazionali che avevano espresso ricorso contro tale divieto ed alle quali si erano aggiunte la Carlo Erba e l'Assofarma che però videro esclusi i loro ricorsi. È da rilevare che in attesa della sentenza le multinazionali, insieme ad aziende italiane, avevano presentato 1.280 domande di brevetto che riguardavano in pratica tutti i farmaci più importanti.

In base alla sentenza della Corte Costituzionale oggi questi farmaci sono tutelati da brevetto, anzi da brevetto « secco » come indicato dalla legge 1939. Si sta verificando in tal modo una condizione di pericolosa anomalia in quanto oltre ai circa 2.500-2.700 prodotti sottoposti a tutela brevettuale esistono 1.400 prodotti per i quali non era stata presentata domanda e che risultano allo stato di fatto « res nullius » cioè « cosa nota », non brevettabile.

Inoltre è da sottolineare con allarme la possibilità che i 1.200 detentori di brevetto possano avvalersi della possibilità di adire la magistratura per impedire a tutte le aziende di continuare la produzione di quegli stessi prodotti o per richiedere il pagamento delle royalties attuali o pregresse. E se questa forma di diritto non è contemplata dalla legislazione italiana, per cui il pagamento delle royalties rimarrebbe nell'ambito di una contrattazione privata, è anche vero che la questione potrebbe presentare pericolosi risvolti, quali la scomparsa dal mercato di determinati prodotti in base al regime di monopolio che si verrebbe a creare o uno squilibrio nella bilancia dei pagamenti per l'uscita di miliardi in valuta.

Vi sarebbe poi la possibilità che il consumatore (privato o pubblico che sia) dovesse materialmente fare le spese della faccenda con una eventuale lievitazione dei prezzi.

D'altra parte l'industria italiana, di fronte a questi rischi, chiede immediati interventi legislativi come ad esempio la licenza gratuita per chiunque abbia iniziata la produzione prima del 20-3-1977.

Bisogna sottolineare il carattere di scelta civile della nostra legislazione precedente della non brevettabilità dei farmaci poiché questo significava monopolio e come tale non era conciliabile con quel carattere di bene sociale che si intende attribuire al farmaco, ma nelle condizioni attuali (sentenza della Corte Costituzionale) e anche per la necessità di adeguamento alla normativa inter-

nazionale appare oggi irrinunciabile un intervento politico legislativo per giungere ad una corretta regolamentazione della questione.

Tutto questo comporta evidentemente la necessità di un contenimento della presenza delle multinazionali sul nostro mercato, di un più corretto indirizzo dell'industria farmaceutica nazionale soprattutto per quanto riguarda la ricerca scientifica nel settore biomedico e farmacologico, e soprattutto della difesa della nostra industria.

Inoltre bisogna tener presente che una ulteriore conseguenza del brevetto secco potrebbe essere una riduzione delle aziende italiane e la trasformazione della presenza delle multinazionali che, abbandonando gli impianti produttivi, manterrebbero solo le loro sedi commerciali.

Prendendo atto della sentenza della Corte Costituzionale bisogna quindi cogliere l'occasione di arrivare ad una serie di adeguati provvedimenti legislativi considerando che a ben poco servirebbero i brevetti sia sul prodotto che sul procedimento se non si risolvesse la questione di un quadro più vasto che possa conciliare i diritti di invenzione con la tutela della concorrenza, non trascurando l'importanza che ha avuto nel creare la situazione attuale l'assenza di una regolamentazione circa le sperimentazioni cliniche e farmacologiche.

Ma è ancora da sottolineare che al di là della garanzia della tutela della proprietà intellettuale dell'inventore di una nuova molecola o di un nuovo procedimento, esiste anche la tutela della salute del consumatore al quale certamente l'Ufficio Brevetti non garantisce la sicurezza e la tollerabilità del nuovo farmaco.

Di fronte alla complessità dei problemi l'unica via d'uscita sembra un piano nazionale per la ricerca farmacologica nell'ottica della riforma sanitaria che contempli anche una brevettabilità atta a premiare nuovi procedimenti e nuove molecole.

Inoltre bisognerà contemplare la possibilità di affiancare al brevetto, che è una forma di tutela internazionale, l'autorizzazione alla produzione. Non è assolutamente pensabile, per la complessità della problematica, arrivare ad una soluzione attraverso la sola attuazione delle direttive CEE. Il disegno di legge oggi allo studio del Senato, che si rifà appunto alla normativa CEE risalente al 1965, non tiene conto delle condizioni economiche e culturali in cui avviene in Italia la produzione del farmaco, rivela notevoli vuoti, difende interessi corporativi come quelli del di-

rettore tecnico, ignora la carenza di bagaglio culturale dei nostri laureati ammessi alla direzione tecnica di una officina farmaceutica. La stessa definizione di farmaco è sommaria in quanto trascura completamente il rapporto tra efficacia terapeutica ed effetti collaterali. E mentre puntualizza in maniera burocratica tutta la parte che regola la produzione ed il magazzinaggio lascia ampi spazi per eludere i vincoli necessari ad una corretta registrazione dei medicinali, vincoli che in parte sono già oggi esistenti in Italia.

In questa panoramica sulla situazione del problema del farmaco sono certamente stati trascurati molti risvolti per la vastità della materia, ma

appare chiaro che, malgrado i provvedimenti legislativi, le questioni di fondo, prezzi, prontuario, propaganda, ticket, brevettabilità, ricerca scientifica, ancora sul tappeto, potranno trovare la loro corretta soluzione non attraverso leggi settoriali, ma nell'ottica globale delle indicazioni fornite dalla Riforma Sanitaria.

Il giudizio conclusivo da darsi è perciò il seguente: nel testo della riforma sanitaria esiste una linea sufficientemente chiara di politica del farmaco; tale linea è invece alterata e ostacolata dal gruppo di iniziative legislative del governo gi assunte o giacenti davanti al Senato in termini di preoccupante disarticolazione.

## TABAGISMO: ALLARME INTERNAZIONALE

In Italia un aumento del consumo da 400 sigarette a testa a 2.000, il 50% dei giovani diventati fumatori abituali, 20 mila persone — quasi tutti grandi fumatori — che muoiono ogni anno di cancro polmonare.

In Svezia invece la speranza che la generazione nata nel 1975 sarà la prima generazione di « Non fumatori » grazie a una campagna di educazione sanitaria, studiata nei minimi particolari e rivolta soprattutto a tutelare i giovani.

Tra i due estremi c'è comunque la necessità di inserire una precisa volontà politica che prenda in seria considerazione la salute pubblica e che, per non essere giudicata autoritaria, deve basarsi soprattutto sull'informazione e sulla prevenzione.

Nel campo legislativo contro il fumo dobbiamo dare atto al Governo italiano di essere stato fra i più sensibili al problema tanto da essere definito, in una pubblicazione della CEE, « campione nella lotta contro il tabacco ».

Il merito gli viene dalla legge n. 165 del 10 aprile 1962 che vieta qualsiasi pubblicità sul fumo e su prodotti da fumo e dalla legge n. 584 dell'11 novembre 1975 che proibisce il fumo in quasi tutti i luoghi pubblici se non hanno sufficiente aereazione. Ma queste leggi, che come avviene di solito nel nostro Paese sono fra le più avanzate e le più socialmente valide, sono ben lungi dall'essere applicate in modo soddisfacente. Alle leggi infatti, non è stata fatta precedere o seguire una adeguata informazione e sensibilizzazione dei cittadini, cosicché quelli che fumano ignorano o sottovalutano i rischi che corrono, mentre quelli che non fumano, bonariamente sopportano il vizio altrui per paura di essere giudicati insofferenti e deboli.

Infatti una delle tante cause del dilagare del fumo soprattutto fra i giovani e le donne è co-

stituito dal modello che assume un individuo con la sigaretta in bocca e avvolto nelle spirali del fumo, cioè quello di uomo sicuro, virile, forte. È discutibile quindi che le donne abbiano assunto questa immagine come falso modello di emancipazione e altrettanto discutibile e problematico è che i giovani lo considerino il modo più sbrigativo per dimostrare la loro maturità. L'abitudine al fumo risulta quindi una delle tante distorsioni del consumismo come ormai si sta rivelando per l'alcool, il cui uso e abuso è diventato un'altra gravissima piaga sociale.

Su questi aspetti del costume hanno fatto rapidamente presa i produttori esteri di sigarette che con manovre pubblicitarie latenti o palesi, sono quasi sempre passati indisturbati tra le maglie della legge italiana e hanno agganciato milioni di nuovi fumatori soprattutto fra i giovani e le donne. Per capire quanto siano pericolose le manovre delle multinazionali del tabacco si sono aggiunte notizie provenienti dal terzo mondo che ci informano come una massiccia pubblicità e la distribuzione gratuita di sigarette facciano presto presa fra quelle popolazioni che sentono nel tabacco un momentaneo rimedio ai morsi della fame e alla debolezza culturale. Si creano così nuove forme di tossicodipendenze, riproducendo i peggiori modelli occidentali come alternativa ad un autentico avanzamento sociale.

Tornando alla legislazione italiana, nel settembre scorso, il sottosegretario alla sanità del precedente Governo Andreotti, on.le Vincenzo Russo, rispose ad una interrogazione del compagno Merzario e della sottoscritta su alcuni problemi riguardanti la pubblicità del fumo anche attraverso l'ingresso del Monopolio di Stato nel giro degli abbinamenti pubblicitari dello sport automobilistico. La risposta data allora dal Go-

verno fu soddisfacente: aumento a 2 milioni di lire delle irrisorie ammende attuali per infrazione alla legge sulla pubblicità del fumo; punibilità anche della pubblicità indiretta cioè quella attraverso indumenti e bevande che portano gli stessi marchi delle sigarette; imposizione della dicitura « abuso nocivo » su ogni confezione. Di pari passo il Governo si impegnava a sensibilizzare l'opinione pubblica rivolgendosi anzitutto alle categorie che la tutelano direttamente cioè i medici e i paramedici. (A questo proposito giova ricordare che in seguito ad una campagna di sensibilizzazione in Gran Bretagna il 40% dei medici hanno smesso di fumare). Nello stesso tempo il Ministero della Sanità si impegnava a rendere più efficace l'applicazione della legge antifumo con il coinvolgimento dei ministeri competenti (Finanze, Lavoro, Poste, Trasporti).

All'impegno davanti al Parlamento è seguita la stesura di un progetto di legge soddisfacente che però non è stato presentato ancora alle Camere nonostante l'allarme sempre più pressante che risuona in tutto il mondo e che trova concordi tutti gli organismi medici più qualificati. In Italia l'Istituto Nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano, in una nota per un piano programmatico di lotta contro i tumori nel nostro paese, ha indicato la prevenzione come unica lotta contro il carcinoma polmonare che provoca la morte di 20 mila persone ogni anno e per il quale il fumo si è dimostrato la causa principale accanto ad alcune lavorazioni nocive (cromo, nichel, asbesto). Ma lo studio dell'Istituto ha aggiunto anche che la riduzione del catrame residuo nelle sigarette conduce ad una minore cancerogenicità e ad una riduzione di incidenza della malattia. Quindi le ricerche dovrebbero essere avviate anche in questa direzione per trovare varietà di tabacco meno nocive alla salute. L'Istituto del cancro ha chiamato in causa anche la Rai Tv che, come servizio pubblico, al quale la legge di riforma ha indicato come programma anche la crescita culturale e sociale del paese, dovrebbe battersi in campo culturale e giornalistico a favore della salute pubblica.

Contemporaneamente in sede comunitaria, una interrogazione presentata dalla sottoscritta a nome della commissione della salute pubblica del Parlamento Europeo suscitava la ferma e ben dettagliata risposta di ben due commissari della Commissione Esecutiva della CEE l'olandese Vredeling, responsabile del settore sociale e l'irlandese Burke, responsabile dei problemi dei consumatori — i quali si impegnavano a proporre direttive, cia-

scuno nei settori di propria competenza, che limitassero il fenomeno dilagante negli stati membri denunciato in un allarmante resoconto compilato dal Comitato Consultivo dei Consumatori del quale pubblichiamo il parere finale.

Una fra le prime direttive che sarà sottoposta alla consultazione del Parlamento Europeo e all'approvazione del consiglio dei ministri della CEE, riguarderà l'armonizzazione delle leggi sulla pubblicità del fumo in modo da combattere il fenomeno del quale siamo vittime soprattutto noi italiani che abbiamo bandito la pubblicità di tabacco e di sigarette dai nostri giornali e dalle nostre emittenti radiotelevisive ma la vediamo ricomparire attraverso radio e televisioni estere o pseudo estere.

All'interrogazione che abbiamo citato seguiva un vasto consenso internazionale con l'adesione dei maggiori organismi preposti alla salute pubblica che lamentavano i dannosi vuoti politici sull'argomento i quali avevano consentito a una forma di costume così pericolosa alla salute di dilagare senza trovare alcuna resistenza. Tutti quanti sono stati inoltre concordi nel richiedere immediati interventi dei legislatori, non tanto per reprimere, quanto per educare e per ampiamente informare la popolazione del pericolo che ognuno corre quando accende una sigaretta.

#### UNA INDAGINE CEE SUI DANNI DA TABAGISMO

Uno studio effettuato in Gran Bretagna nell'ambiente medico ha accertato che per i fumatori di sigarette la mortalità totale è del 28% superiore a quella dei non fumatori; che la mortalità per cancro polmonare è 40 volte più elevata per i fumatori di 30 sigarette al giorno; che esiste inoltre un eccesso di mortalità per i cancri dell'esofago, della faringe, del naso e della bocca; che, infine la mortalità per affezioni delle coronarie è del 23% superiore per i fumatori di sigarette.

L'indagine, questa volta canadese, effettuata su 92.000 adulti per un periodo di sei anni, ha rivelato, rispetto ai non fumatori, un eccesso di mortalità del:

- 50% per i fumatori di sigarette,
- 60% per i fumatori di sigari,
- 5% per i fumatori di pipa.

Le cause di decesso per i forti fumatori sono, in ordine decrescente: il cancro polmonare, le bronchiti, gli enfisemi e le malattie cardiovascolari.

In Francia il tabacco uccide prematuramente 35.000 persone all'anno, delle quali 15.000 circa per cancro. Esso riduce in media di 9 anni la vita dei grandi fumatori e fa invecchiare prima del tempo molti uomini e donne, come si legge nell'ultimo bollettino dell'Ordine dei Medici Francesi.

L'eccesso di mortalità per tabagismo è elevato soprattutto fra i 45 e i 54 anni (dal 75 all'80%) e aumenta con la precocità del vizio di fumare. Per coloro che fumano la pipa o il sigaro, i quali raramente inspirano il fumo, l'eccesso di mortalità è più contenuto (del 4%, se non fumano sigarette).

La « London School of Hygiene » ha calcolato che il costo sociale per i danni provocati dal tabacco è più che doppio degli introiti fiscali sulla vendita delle sigarette.

Il costo per i danni alla salute provocati dal tabacco comprende in Gran Bretagna le spese mediche e farmaceutiche, circa 50 milioni di giornate lavorative perdute per malattie originate dal tabagismo, e i danni causati da incendi. Ha sottolineato inoltre che in ogni ospedale circa il 10% dei posti letto è occupato da individui che soffrono di malattie originate dall'uso e dall'abuso del tabacco.

Le statistiche americane concernenti 200.000 individui rivelano che il 45,6% dei decessi di fumatori sono dovuti a malattie cardiovascolari, mentre il numero di non fumatori deceduti per la stessa affezione è inferiore alla metà.

La frequenza delle malattie cardiovascolari è inoltre proporzionale all'incremento del consumo delle sigarette. L'infarto è la causa principale di decesso nei paesi industrializzati. Se si considera che circa il 40% dei decessi di soggetti maschi di mezza età è dovuto ad infarto, si comprende perché il semplice fatto di raddoppiare il rischio di decesso per questa affezione aumenti in modo impressionante la mortalità totale.

Negli Stati Uniti muoiono ogni giorno 800 dei 55 milioni di fumatori, e gli specialisti hanno affermato che nel corso degli ultimi dieci anni 2 milioni di americani sono morti in parte a causa del tabacco.

Fumare durante la gravidanza ha conseguenze nefaste sulla crescita e lo sviluppo mentale del bambino. Il prof. Butler dell'ospedale pediatrico di Bristol, ha svolto un'inchiesta su 17.000 bambini nati nel 1958, 99% dei quali hanno potuto essere osservati sette anni più tardi. Egli è giunto alla seguente conclusione: i bambini più piccoli, meno equilibrati, che incontrano difficoltà ad im-

parare a leggere, hanno madri che avevano l'abitudine di fumare durante la gravidanza. La loro minorazione aumenta proporzionalmente al consumo di tabacco. Altri studi confermano la nocività del tabacco per le donne incinte. Secondo alcuni di tali studi, il 20 per cento degli aborti è dovuto al tabacco. Il tabacco raddoppia la probabilità dei parti prematuri e dei nati morti.

Il pericolo di intossicazione esiste per i non fumatori esposti al fumo di tabacco, soprattutto se si trovano in luoghi mal ventilati ed areati. Alcuni scienziati hanno studiato questo problema grazie a 20 volontari, che hanno accettato di restare 78 minuti seduti in una stanza di 43 metri cubi circa, non ventilata e satura di fumo di tabacco. Il fumo era prodotto da 80 sigarette e 2 sigari. I risultati hanno dimostrato che il tasso medio di carbossiemoglobina (COHb) dei 12 non fumatori era salito dall'1,6 al 2,6 per cento, percentuale vicina a quella dei fumatori.

Questo assorbimento passivo può avere effetti dannosi sulla salute dei non fumatori. Si ha motivo di pensare che l'esposizione passiva al fumo comporti necessariamente l'assorbimento di altre componenti potenzialmente pericolose del fumo di tabacco, come la nicotina, il catrame, il 2,4-benzopirene e gli ossidi di azoto.

PARERE DEL COMITATO CONSULTIVO  
DELLA CEE DEI CONSUMATORI  
IN MATERIA DI EFFETTI NOCIVI  
DEL TABACCO  
(7 ottobre 1977)

Il problema del tabacco concerne più o meno tutte e cinque le categorie di diritti fondamentali definite nel programma preliminare della Cee per una politica di protezione e di informazione del consumatore, cioè:

- diritto alla protezione della salute e della sicurezza;
- diritto alla tutela degli interessi economici;
- diritto al risarcimento dei danni;
- diritto all'informazione e all'educazione;
- diritto alla rappresentanza, cioè diritto di essere ascoltato.

Il rapporto mette chiaramente in evidenza la portata della nocività del tabacco e la necessità di un intervento della Commissione Esecutiva in questo campo. Infatti il tabacco causa un numero di decessi 4 volte superiore a quello degli incidenti stradali (Collegio reale dei medici britannici, 1970). Quando si considera che la Commis-

sione ha proposto 43 direttive concernenti l'automobile, non si può fare a meno di pensare che l'obiettivo « libertà di circolazione » venga tal volta anteposto all'obiettivo « salute dei consumatori ».

L'ufficio di presidenza del Comitato esecutivo dei Consumatori considera quindi prioritaria la necessità di intraprendere a breve termine una lotta vigorosa ed efficace contro gli effetti nocivi del tabacco, indipendentemente da altre iniziative da svolgere in settori affini (come per esempio: l'alcool).

Le proposte del Comitato Consultivo dei Consumatori riguardano:

#### A. Pubblicità in favore del tabacco

1. Dovrebbe essere rigorosamente vietata qualsiasi pubblicità in favore del tabacco, salvo nelle rivendite per informare il consumatore di talune caratteristiche dei prodotti secondo modalità preventivamente definite sul piano comunitario (per esempio: prezzo, tenore di catrame, ecc.). Per « pubblicità in favore del tabacco » si intende la pubblicità svolta tramite i mezzi di comunicazione (cioè stampa, radio, televisione, manifesti murali e insegne luminose), pubblicità aerea o « selvaggia » e la pubblicità indiretta, che consiste nel reclamizzare il tabacco tramite la pubblicità relativa ad altri prodotti (per esempio mediante l'indicazione di marche di tabacco su portacenere, bicchieri, indumenti, ecc.).

2. Dovrebbe essere vietato ai produttori di tabacco di sponsorizzare manifestazioni artistiche e sportive.

#### B. Marketing e pubblicità

1. Dovrebbe essere vietata la distribuzione gratuita di sigarette in pubblico da parte dei rappresentanti delle marche, per esempio in occasione di manifestazioni sportive.

2. Dovrebbe essere vietata la vendita di sigarette mediante distributori automatici.

3. Su ogni pacchetto di sigarette dovrebbero essere stampati un avvertimento ben visibile e chiaro sui pericoli del fumo per la salute e un'indicazione sul modo di diminuire questo rischio, per esempio riducendo il numero di sigarette o ispirando meno il fumo.

4. Su ogni pacchetto di sigarette dovrebbe essere indicato in modo ben visibile il tenore di catrame e di nicotina. Sarebbe bene indicare inoltre il tenore di CO.

#### C. Misure destinate a scoraggiare i fumatori

Sarebbe opportuno adottare i seguenti provvedimenti.

1. Vietare di fumare nelle scuole e in determinati luoghi pubblici: autobus, metropolitane, teatri, cinematografi, sale di concerto e di conferenze, musei, gallerie d'arte, biblioteche pubbliche, negozi di prodotti alimentari, telefoni pubblici, sale d'aspetto e corridoi di ospedali, dispensari medici, cliniche (escluse le sale per fumatori), nonché negli uffici aperti al pubblico e negli ascensori.

Sarebbe inoltre opportuno limitare il diritto di fumare ed estendere eventualmente le zone riservate ai non fumatori nei seguenti luoghi pubblici: treni, autopullman che effettuano lunghi percorsi, aerei, aeroporti, alberghi, ristoranti, bar, caffè, negozi anche non di generi alimentari.

2. Analizzare regolarmente il tenore di CO, di catrame e di nicotina e dare un'ampia diffusione ai risultati di tali analisi, per esempio indicandoli su manifesti murali affissi nelle rivendite di tabacco, su bigliettini inseriti nei pacchetti, al fine di dissuadere la popolazione dal consumo delle sigarette più nocive.

3. Vietare la vendita di sigarette ai minori attraverso i vari canali di distribuzione e garantire l'applicazione scrupolosa di tale regolamentazione.

4. Porre termine alla vendita a prezzo ridotto (o alla distribuzione gratuita) di sigarette ai militari.

5. Incoraggiare la ricerca sulla fabbricazione di sigarette meno nocive (metodi di filtrazione, succedanei del tabacco, ecc.).

6. Valutare i vari procedimenti e prodotti esistenti sul mercato che possono aiutare i consumatori a smettere di fumare, e fornire a questi ultimi i mezzi per informarsi sul loro grado di efficacia.

7. Promuovere campagne d'informazione sanitaria destinate specialmente a taluni gruppi di indagine scelti tanto tra i fumatori attuali o potenziali quanto tra le persone che possono dissuaderli: per esempio i giovani, le donne incinte, i militari, gli operai delle fabbriche e altri lavoratori la cui attività comporta grandi rischi, i medici, gli insegnanti, i genitori. Tutti i programmi scolastici dovrebbero comprendere corsi di educazione sanitaria.

8. Per il momento il Comitato Consultivo Consumatori chiede alla Commissione Esecutiva di lanciare a breve termine una vasta campagna d'informazione sul tabacco, in collaborazione con i rappresentanti delle organizzazioni di consumatori.

#### D. Altre misure possibili

a) adozione della proposta di direttiva che vieta, nel traffico intracomunitario, la vendita di tabacco in esenzione da imposte negli aeroporti, sugli aerei e sulle navi, e divieto di altre forme di vendita in esenzione da imposte, dato che:

1. i viaggiatori su navi ed aerei devono essere « dissuasi dal fumare » come ogni altra persona;
2. questa esenzione permette ad un gruppo privilegiato di europei di beneficiare di vantaggi contrari al principio dell'uguaglianza fiscale sul Mercato Comune;

3. l'atmosfera di lusso e di raffinatezza che circonda la sigaretta industriale internazionale nell'immagine diffusa della pubblicità è rafforzata dalla solida posizione detenuta dalle multinazionali del tabacco in un settore ben preciso della distribuzione: quello delle rivendite in esenzione da imposte negli aeroporti. I tabacchi rappresentano circa 1/3 delle merci vendute in esenzione da imposte negli aeroporti, sugli aerei e sulle navi (25 miliardi di pezzi ogni anno).

b) Divieto delle sigarette nel caso in cui la concentrazione delle diverse sostanze presenti nel fumo (ad esempio CO) superi i livelli stabiliti mediante un metodo d'analisi riconosciuto.

---

Tipolitografia ITER - Roma