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**

Mod. 30 - Fono Spec. tripli - cod. 088326 - (1976)

AMMINISTRAZIONE P.T.

TELEGRAMMA

Nulla è dovuto al fattorino per il recapito

PARTE C

QUALIFICA	DESTINAZIONE	PROVENIENZA	NUMERO	PAROLE	DATA	ORE
	ROMA	ROMA FONO TF 10013	GRC 18	19	15.11.78	1830

ROMA TELEGRAFO Bollo d'Ufficio

95 BIS

DESTINATARIO E INDIRIZZO

CARLA CAPPONI VIADEI SERPENTI 72/A

00184 ROMA

TESTO

BISOGNO URGENTE VEDERTI GIOVEDI ORE 13 IN FEDERAZIONE

VINCENZO MARINI PASQUALINA NAPOLETANO

(8211249) Rich. n. 124 del 1976 - Ist. Poligr. Stato P.V. (c. 24.000.000) 441/088326

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

ASSR

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 Notiziaro 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 testimonanza del sommovimento profondo e rinnovatore che l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale trascina con sé.

97

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 cosí complessa e cosí 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 princípi 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 princípi 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

98

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 cosí 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 riassorbe 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'appuntamento che li attende e deve accompagnarsi l'impegno delle forze politiche e sociali per far crescere ancor piú il livello della coscienza sanitaria nazionale, per rendere marginali gli spazi alle istanze corporative e settoriali, per collocare sempre piú organicamente le risposte alle esigenze della salute all'interno di risposte che piú 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 piú 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

99

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

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

e) la tutela sanitaria delle attività sportive;

f) la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e 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;

4) tutela igienica degli alimenti e delle bevande;

5) ricerca e sperimentazione clinica e sperimentazione sugli animali;

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

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

Art. 5
Indirizzo e coordinamento delle attività amministrative regionali

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

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

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

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

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

Art. 6
Competenze dello Stato

Sono di competenza dello Stato le funzioni amministrative concernenti:

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

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

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

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

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

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

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

h) la produzione, la registrazione, il commerco e l'impiego dei gas tossici e delle altre sostanze pericolose e di forme di energia capaci di alterare l'equilibrio biologico ed ecologico.

i) i controlli sanitari sulla produzione del-

l'energia termoelettrica e nucleare e sulla produzione, il commercio e l'impiego delle sostanze radioattive;

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

m) la disciplina generale del lavoro e della produzione ai fini della prevenzione degli infortuni sul lavoro e nelle malattie professionali;

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

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

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

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

r) gli ordini e i collegi professionali;

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

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

u) l'organizzazione sanitaria militare.

Art. 7

Funzioni delegate alle Regioni

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 8

Consiglio sanitario nazionale

È istituito il Consiglio sanitario nazionale con tunzioni di consulenza e di proposta nei confronti del Governo per la determinazione delle linee generali della politica sanitaria nazionale e per l'elaborazione e l'attuazione del piano sanitario nazionale.

Esso deve essere sentito obbligatoriamente in ordine ai programmi globali di prevenzione anche primaria, alla determinazione dei livelli di presta-

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

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

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

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

b) da 10 esperti nominati per tre anni con decreto del ministro della sanità tra personalità operanti nell'ambito di università e istituti a carattere scientifico, italiani ed eventualmente stranieri, o nell'ambito 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 princípi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato e delle norme di cui alla presente legge ed esercitino le funzioni amministrative proprie o loro delegate;

Le leggi regionali devono altresí conformarsi ai seguenti princípi:

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 piú 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 altresí 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 piú 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 piú 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 piú 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'arti colo 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 piú elevati o, in casi particolari, piú 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;

e) all'igiene e medicina scolastica negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado;

f) all'igiene e medicina del lavoro, nonché alla prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;

g) alla medicina dello sport e alla tutela sanitaria delle attività sportive;

h) all'assistenza medico-generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale;

i) all'assistenza medico-specialistica e infermieristica ambulatoriale e domiciliare per le malattie fisiche e psichiche;

l) all'assistenza ospedaliera per le malattie fisiche e psichiche;

m) alla riabilitazione;

n) all'asssitenza farmaceutica e alla vigilanza sulle farmacie;

o) all'igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e delle bevande;

p) alla profilassi e alla polizia veterinaria; alla ispezione e alla vigilanza veterinaria sugli animali destinati ad alimentazione umana, sugli impianti di macellazione e di trasformazione, sugli alimenti di origine animale, sull'alimentazione zootecnica e sulle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo, sulla riproduzione, allevamento e sanità animale, sui farmaci di uso veterinario;

q) agli accertamenti sanitari necessari alle certificazioni di carattere medico-legale spettanti all'autorità sanitaria pubblica a norma della legislazione vigente, con esclusione di quelli di competenza delle autorità sanitarie militari.

Art. 15

Struttura e funzionamento delle unità sanitarie locali

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

La legge regionale stabilisce norme per:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 16
Servizi veterinari

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

Art. 17
Requisiti e struttura interna degli ospedali

Gli stabilimenti ospedalieri sono strutture delle unità sanitarie locali.

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

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

Art. 18
Presidi e servizi multizonali

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

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

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

b) gli indirizzi di gestione dei predetti presidi e servizi e le procedure per l'acquisizione degli elementi idonei ad accertarne la efficienza operativa;

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

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

Capo III

Prestazioni e funzioni

Art. 19
Prestazioni delle unità sanitarie locali

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

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

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

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

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

Art. 20
Attività di prevenzione

Le attività di prevenzione comprendono:

a) la individuazione, l'accertamento ed il controllo dei fattori di nocività, di pericolosità e di deterioramento negli ambienti di vita e di lavoro, in applicazione delle norme di legge vigenti in materia e al fine di garantire il rispetto dei limiti massimi inderogabili di cui all'ultimo comma dell'articolo 4, nonché al fine della tenuta dei registri

106

di cui al penultimo comma dell'articolo 27; i predetti compiti sono realizzabili anche mediante collaudi e verifiche di macchine, impianti e mezzi di protezione prodotti, installati o utilizzati nel territorio dell'unità sanitaria locale in attuazione delle funzioni definite dall'articolo 14;

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

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

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

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

f) la formulazione, secondo le modalità previste nei regolamenti dei singoli comuni, di pareri preventivi obbligatori sui progetti edilizi e sugli insediamenti abitativi, sui progetti ed insediamenti industriali o sulla ristrutturazione degli stessi, sui progetti ed insediamenti di tutte le attività produttive e sui piani urbanistici, con la tutela dell'ambiente e la difesa della salute della popolazione.

Nell'esercizio delle funzioni ad esse attribuite per l'attività di prevenzione le unità sanitarie locali, garantendo per quanto alla lettera *d*) del precedente comma la tutela del segreto industriale, si avvalgono degli operatori sia dei propri servizi di igiene, sia dei presidi specialistici multizonali di cui al successivo articolo 22, sia degli operatori che, nell'ambito delle loro competenze tecniche e funzionali, erogano le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione.

Gli interventi di prevenzione all'interno degli ambienti di lavoro concernenti la ricerca, l'elaborazione e l'attuazione di misure necessarie ed idonee a tutelare la salute e l'integrità fisica dei lavoratori, connesse alla particolarità del lavoro e non previste da specifiche norme di legge, sono effettuati sulla base di esigenze verificate congiuntamente con le rappresentanze sindacali ed il datore di lavoro, secondo le modalità previste dai contratti o accordi collettivi applicati nell'unità produttiva.

Art. 21

Organizzazione dei servizi di prevenzione

All'unità sanitaria locale sono attribuiti i compiti attualmente svolti dall'Ispettorato del lavoro in materia di prevenzione, di igiene e di controllo sullo stato di salute dei lavoratori, in applicazione di quanto disposto dall'articolo 27 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616.

Per la tutela della salute dei lavoratori e la salvaguardia dell'ambiente le unità sanitarie locali organizzano propri servizi di igiene ambientale e di medicina del lavoro anche prevedendo, ove essi non esistano, presidi all'interno delle unità produttive.

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

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

Art. 22

Presidi e servizi multinazionali di prevenzione

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

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

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

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

I presidi e i servizi multizonali di cui al comma precedente sono gestiti dall'unità sanita-

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

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

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

198

sica dei lavoratori, tenendo conto delle esigenze della produzione, secondo i princípi generali indicati nella presente legge.

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

1) assicurare l'unitarietà degli obiettivi della sicurezza negli ambienti di lavoro e di vita, tenendo conto anche delle indicazioni della CEE e degli altri organismi internazionali riconosciuti;

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

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

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

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

6) stabilire: *a*) gli obblighi e le responsabilità per la progettazione, la realizzazione, la vendita, il noleggio, la concessione in uso e l'impiego di macchine, componenti e parti di macchine, utensili, apparecchiature varie, attrezzature di lavoro e di sicurezza, dispositivi di sicurezza, mezzi personali di protezione, apparecchiature, prodotti e mezzi protettivi per uso lavorativo ed extra lavorativo, anche domestico; *b*) i criteri e le modalità per i collaudi e per le verifiche periodiche dei prodotti di cui alla lettera *a*);

7) stabilire i requisiti ai quali devono corrispondere gli ambienti di lavoro al fine di consentirne l'agibilità, nonché l'obbligo di notifica all'autorità competente dei progetti di costruzione, di ampliamento, di trasformazione e di modifica di destinazione di impianti e di edifici destinati ad attività lavorative, per controllarne la rispondenza alle condizioni di sicurezza;

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

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

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

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

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

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

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

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

16) prevedere il riordinamento degli uffici e servizi della pubblica amministrazione preposti all'esercizio delle funzioni riservate allo Stato in materia di sicurezza del lavoro;

17) garantire il necessario coordinamento fra le funzioni esercitate dallo Stato e quelle esercitate nella materia dalle regioni e dai comuni, al fine di assicurare unità di indirizzi ed omogeneità di comportamenti in tutto il territorio nazionale nell'applicazione delle disposizioni in materia di sicurezza del lavoro;

18) definire per quanto concerne le omologazioni:

a) i criteri direttivi, le modalità e le forme per l'omologazione dei prototipi di serie e degli esemplari unici non di serie dei prodotti di cui al punto 6), lettera *a*), sulla base di specifiche tecniche predeterminate, al fine di garantire le necessarie caratteristiche di sicurezza;

b) i requisiti costruttivi dei prodotti da omologare;

c) le procedure e le metodologie per i con-

trolli di conformità dei prodotti al tipo omologato.

Le norme delegate determinano le sanzioni per i casi di inosservanza delle disposizioni contenute nel testo unico, da graduare in relazione alla gravità delle violazioni e comportanti comunque, nei casi piú gravi, l'arresto fino a sei mesi e l'ammenda fino a lire 10 milioni.

Le norme di prevenzione degli incendi interessanti gli impianti, le macchine e le attrezzature soggette ad omologazione in base al presente articolo, sono stabilite di concerto con il Ministero degli interni.

Sono escluse dalla delega le norme in materia di prevenzione contro gli infortuni relative: allo esercizio di servizi ed impianti gestiti dalle Ferrovie dello Stato, all'esercizio di servizi ed impianti gestiti dal Ministero delle poste e delle telecomunicazioni, all'esercizio dei trasporti terrestri pubblici e all'esercizio della navigazione maritti ma, aerea ed interna; nonché le norme in materia di igiene del lavoro relative al lavoro a bordo delle navi mercantili e degli aeromobili.

Art. 25
Prestazioni di cura

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 26
Prestazioni di riabilitazione

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

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

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

Art. 27
Strumenti informativi

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

Nel libretto sanitario sono riportati, a cura della sanità militare, gli accertamenti e le cure praticate durante il servizio di leva.

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

Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale è approvato il modello del libretto sanitario personale compren-

dente le indicazioni relative all'eventuale esposizione a rischi in relazione alle condizioni di vita e di lavoro.

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

Con decreto del Ministro della sanità, sentiti il Consiglio sanitario nazionale, le organizzazioni sindacali dei lavoratori dipendenti ed autonomi maggiormente rappresentative e le associazioni dei datori di lavoro, vengono stabiliti i criteri in base ai quali, con le modalità di adozione e di gestione previste dalla contrattazione collettiva, saranno costituiti i registri dei dati ambientali e biostalistici, allo scopo di pervenire a modelli uniformi per tutto il territorio nazionale.

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

Art. 28
Assistenza farmaceutica

L'unità sanitaria locale eroga l'assistenza farmaceutica attraverso le farmacie di cui sono titolari enti pubblici e le farmacie di cui sono titolari i privati, tutte convenzionate secondo i criteri e le modalità di cui all'articolo 43.

Gli assistiti possono ottenere dalle farmacie di cui al precedente comma, su presentazione di ricetta compilata dal medico curante, la fornitura di preparati galenici e di specialità medicinali compresi nel prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale.

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

Art. 29
Disciplina dei farmaci

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

Con legge dello Stato sono dettate norme:

a) per la disciplina 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;

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

Art. 30
Prontuario farmaceutico

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

dal ministro della sanità, che lo presiede;

dal direttore generale del servizio farmaceutico del Ministero della sanità;

dal direttore dell'Istituto superiore di sanità;

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

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

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

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

da tre esperti designati dalle regioni. Essi ven-

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

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

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

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

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

Art. 31

Pubblicità e informazione scientifica sui farmaci

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

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

Sino all'entrata in vigore della nuova disciplina generale dei farmaci di cui all'articolo 29, il ministro della sanità determina con proprio decreto i limiti e le modalità per la propaganda e la pubblicità presso il pubblico dei farmaci diversi da quelli indicati nel precedente comma, tenuto conto degli obiettivi di educazione sanitaria di cui al comma successivo e delle direttive in materia della Comunità economica europea.

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

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

Il programma per l'informazione scientifica deve, altresí, prevedere i limiti e le modalità per la fornitura al medico chirurgo di campioni gratuiti di farmaci.

Art. 32

Funzioni di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria

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

La legge regionale stabilisce norme per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica di vigilanza sulle farmacie e di polizia veterinaria, ivi comprese quelle già esercitate dagli uffici del medico provinciale e del veterinario provinciale e dagli ufficiali sanitari e veterinari comunali o consortili e disciplina il trasferimento dei beni e del personale relativi.

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

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

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

Art. 33

Norme per gli accertamenti e i trattamenti sanitari volontari e obbligatori

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari.

Nel caso di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici,

compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

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

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

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

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

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

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

Art. 34

Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattie mentali

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

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

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

Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi 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 al terzo comma dell'articolo 33 da parte di un medico della unità sanitaria locale e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma.

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

Art. 35

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

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

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del 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 di questo ultimo comune. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno e al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno,

ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico della unità sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

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 altresí 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 primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto piú grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 36
Termalismo terapeutico

Le prestazioni idrotermali, limitate al solo aspetto terapeutico, da erogarsi presso gli appositi presidi e servizi di cui al presente articolo, nonché presso aziende termali di enti pubblici e privati, riconosciute ai sensi dell'articolo 6, lettera *s*) e convenzione ai sensi dell'art. 44, sono garantite nei limiti previsti dal piano sanitario nazionale, di cui all'articolo 53 e nelle forme stabilite con le modalità di cui al secondo comma dell'articolo 3.

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

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

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

Art. 37

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

Il Governo è delegato ad emanare, entro il 31 dicembre 1979, su proposta del ministro della sanità, di concerto con i ministri degli affari esteri, del lavoro e della previdenza sociale e del te-

soro, uno o piú decreti aventi valori di legge ordinaria per disciplinare l'erogazione dell'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero, secondo i princípi generali della presente legge e con l'osservanza dei seguenti criteri direttivi:

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

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

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

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

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

Art. 38

Servizio di assistenza religiosa

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

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

Art. 39

Cliniche universitarie e relative convenzioni

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

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

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

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

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

Con tali convenzioni:

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

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

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

115

da tre rappresentanti dell'università e tre rappresentanti della regione.

Le convenzioni devono altresí prevedere:

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

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

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

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

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

Art. 40

Enti di ricerca e relative convenzioni

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

Art. 41

Convenzioni con istituzioni sanitarie riconosciute che erogano assistenza pubblica

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

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

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

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

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

Art. 42

Istituti a carattere scientifico

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

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

Detti istituti per la parte assistenziale sono considerati presidi ospedalieri multizonali delle unità sanitarie locali nel cui territorio sono ubicati e sono disciplinati a norma dell'articolo 18. Continuano invece ad essere esercitate dai com-

petenti organi dello Stato le funzioni attinenti al regime giuridico-amministrativo di detti istituti ed eventualmente alla nomina dei componenti i relativi organi di amministrazione.

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

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

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

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

Art. 43

Autorizzazione e vigilanza su istituzioni sanitarie

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

Gli istituti, enti ed ospedali di cui al primo comma dell'articolo 41, che non abbiano ottenuto la classificazione ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, ma che abbiano un ordinamento dei servizi ospedalieri corrispondente a quello degli ospedali gestiti direttamente dalle unità sanitarie locali, possono ottenere dalla regione, su domanda da presentarsi entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, che i loro ospedali, a seconda delle caratteristiche tecniche e specialistiche, siano considerati, ai fini dell'erogazione della assistenza sanitaria, presidi dell'unità sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati sempre che il piano regionale sanitario preveda i detti presidi. I rapporti dei predetti istituti, enti ed ospedali con le unità sanitarie locali sono regolati da apposite convenzioni.

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

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

Art. 44

Convenzioni con istituzioni sanitarie

Il piano sanitario regionale di cui all'articolo 55 accetta la necessità di convenzionare le istituzioni private di cui all'articolo precedente, tenendo conto prioritariamente di quelle già convenzionate.

La legge regionale stabilisce norme per:

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

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

117

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

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

Art. 45
Associazioni di volontariato

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

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

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

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

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

Art. 46
Mutualità volontaria

La mutualità volontaria è libera.

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

Capo IV

Personale

Art. 47
Personale dipendente

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

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

Il Governo è delegato ad emanare, entro il 30 giugno 1979, uno o piú decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare, salvo quanto previsto dal nono comma del presente articolo, lo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali nel rispetto dei seguenti princípi e criteri direttivi:

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

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

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

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

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

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

7) prevedere disposizioni per rendere omogeneo il trattamento economico complessivo e per

equiparare gli istituti normativi aventi carattere economico del personale sanitario universitario operante nelle strutture convenzionate con quelli del personale delle unità sanitarie locali.

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

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

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

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

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

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

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

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

b) la quota massima dei posti vacanti che le regioni possono riservare, per un tempo determinato, a personale in servizio a rapporto di impiego continuativo presso strutture convenzionate che cessino il rapporto convenzionale nonché le modalità ed i criteri per i relativi concorsi;

c) le modalità ed i criteri per l'immissione nei ruoli regionali di cui al numero 1) del precedente comma, previo concorso riservato, del personale sanitario già in servizio continuativo a qualunque titolo almeno dal 31 dicembre 1977 presso comuni, province e loro consorzi e istituzioni ospedaliere pubbliche.

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

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

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

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

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

È fatto divieto di concedere al personale delle unità sanitarie locali compensi, indennità o assegni di qualsiasi genere e natura che modifichino di-

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;

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

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

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

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

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

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

Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche alle convenzioni da stipulare da parte delle unità sanitarie locali con tutte le farmacie di cui all'articolo 28.

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

È altresí nulla qualsiasi convenzione con singoli appartenenti alle categorie di cui al presente articolo. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma comportano la responsabilità personale degli amministratori.

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

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

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

Sino a quando non sarà riordinato con legge il sistema previdenziale relativo alle categorie professionistiche convenzionate, le convenzioni di cui al presente articolo prevedono la determinazione della misura dei contributi previdenziali e le modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto del ministro del lavoro e della previdenza sociale in data 15 ottobre 1976, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica del 28 ottobre 1976, n. 289.

Capo V
Controlli, contabilità e finanziamento

Art. 49
Controlli sulle unità sanitarie locali

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

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

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

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

Il presidente della giunta regionale presenta annualmente al consiglio regionale una relazione generale sulla gestione ed efficienza dei servizi sanitari, con allegata la situazione contabile degli impe-

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

182

nazionali e regionali e sulla base di indici e di standards, distintamente definiti per la spesa corrente e per la spesa in conto capitale. Tali indici e standards devono tendere a garantire i livelli di prestazioni sanitarie stabiliti con le modalità di cui al secondo comma dell'articolo 3 in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le regioni. Per la ripartizione della spesa in conto capitale si applica quanto disposto dall'articolo 43 del testo unico delle leggi sul Mezzogiorno approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1967, n. 1523, prorogato dall'articolo 7 della legge 6 ottobre 1971, n. 853.

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

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

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

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

Art. 52
Finanziamento per il 1979

Per l'esercizio finanziario 1979 l'importo del fondo sanitario nazionale, parte corrente, da iscrivere nel bilancio dello Stato è determinato, con riferimento alle spese effettivamente sostenute nel 1977 dallo Stato, dalle regioni, dalle province, dai comuni e loro consorzi, dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome estinti e posti in liquidazione ai sensi dell'articolo 12 bis della legge 17 agosto 1974, n. 386, di conversione con modificazioni del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, e da ogni altro ente pubblico previsto dalla presente legge, per l'esercizio delle funzioni attribuite al servizio sanitario nazionale.

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

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

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

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

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

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

Le regioni, tenuto conto di quanto disposto dal terzo comma dell'articolo 61, assicurano i necessari mezzi finanziari agli enti che nel territorio regionale esercitano le funzioni del servizio sanitario nazionale sino all'effettivo trasferimento delle stesse alle unità sanitarie locali.

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

Titolo II
Procedure di programmazione e di attuazione del Servizio Sanitario Nazionale

Art. 53
Piano sanitario nazionale

Le linee generali di indirizzo e le modalità di

svolgimento delle attività istituzionali del servizio sanitario nazionale sono stabilite dal Parlamento attraverso il piano sanitario nazionale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 54

Primo piano sanitario nazionale

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

Art. 55

Piani sanitari e regionali

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

I piani sanitari triennali delle regioni, che devono uniformarsi ai contenuti ed agli indirizzi del piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53 e riferirsi agli obiettivi del programma regionale di sviluppo, sono predisposti dalla giunta regionale, secondo la procedura prevista nei rispettivi statuti per quanto attiene alla consultazione degli enti locali e delle altre istituzioni ed organizzazioni interessate. I piani sanitari triennali delle regioni

126

sono approvati con legge regionale almeno 120 giorni prima della scadenza di ogni triennio.

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

Art. 56

Primi piani sanitari regionali

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

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

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

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

Art. 57

Unificazione dei livelli delle prestazioni sanitarie

Con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del ministro della sanità, di concerto con il ministro del tesoro sentito il Consiglio sanitario nazionale, da emanarsi in conformità a quanto previsto dal piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53, sono gradualmente unificate, nei tempi e nei modi stabiliti dal piano stesso, le prestazioni sanitarie già erogate dai disciolti enti mutualistici, dalle mutue aziendali e dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome degli enti previdenziali.

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

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

Nulla è innovato alle disposizioni del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, per quanto riguarda le prestazioni di assistenza sanitaria curativa e riabilitativa, che devono essere garantite — a prescindere dalla iscrizione di cui al terzo comma dell'art. 19 della presente legge — agli invalidi del lavoro, ferma restando, altresí, l'esclusione di qualunque concorso di questi ultimi al pagamento delle prestazioni sanitarie. Con legge regionale è disciplinato il coordinamento, anche mediante convenzioni, fra l'erogazione delle anzidette prestazioni e gli interventi sanitari che gli enti previdenziali gestori dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali pongono in essere, in favore degli infortunati e tecnopatici, per realizzare le finalità medico-legali di cui all'articolo 74 della presente legge.

Art. 58

Servizio epidemiologico e statistico

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

I programmi di attività sono attuati dal laboratorio epidemiologico statistico dell'Istituto Superiore di Sanità.

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

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

Art. 59

Riordinamento del Ministero della sanità

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

125

to del Ministero della sanità, sarà stabilita la dotazione organica degli uffici per il funzionamento del Consiglio sanitario nazionale.

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

Art. 60

Costituzione del Consiglio sanitario nazionale

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

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

Fino all'adozione dei provvedimenti di cui all'ultimo comma dell'art. 61 sono prorogati i compiti e i poteri affidati ai commissari liquidatori da gli artt. 3 e 7 della legge 29 giugno 1977, n. 349.

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

Per l'assolvimento dei propri compiti il Consiglio sanitario nazionale si avvale, sino al riordinamento del Ministero della sanità di cui al precedente articolo 53, dell'esistente segreteria del comitato centrale di cui all'articolo 4 della legge 29 giugno 1977, n. 349.

Art. 61

Costituzione delle unità sanitarie locali

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

Con provvedimento da adottare entro il 31 dicembre 1979 secondo le norme dei rispettivi statuti le regioni costituiscono le unità sanitarie locali.

Le regioni, con lo stesso provvedimento di cui al comma precedente, adottano disposizioni:

a) per il graduale trasferimento ai comuni, perché siano attribuiti alle unità sanitarie locali, delle funzioni, dei beni e delle attrezzature di cui sono attualmente titolari gli enti o gli uffici che a norma della presente legge cessano i loro compiti nelle materie proprie del servizio sanitario nazionale;

b) per l'utilizzazione presso i servizi delle unità sanitarie locali del personale già dipendente dagli enti od uffici di cui alla precedente lettera *a*) che a norma della presente legge è destinato alle unità sanitarie locali, nonché per il trasferimento del personale medesimo dopo la definizione degli organici secondo quanto disposto nei provvedimenti assunti in attuazione del secondo comma, numero 7) dell'articolo 15;

c) per la gestione finanziaria dei servizi di cui alla precedente lettera *a*) a partire dalla data di costituzione delle unità sanitarie locali, con l'obbligo di fissare i limiti massimi di spesa consentiti per le retribuzioni per personale e per l'acquisto di beni e servizi e di prevedere periodici controlli della spesa e le responsabilità in ordine alla stessa.

Art. 62

Riordinamento delle norme in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffusive

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

Art. 63

Assicurazione obbligatoria

A decorrere dal 1 gennaio 1980 l'assicurazione contro le malattie è obbligatoria per tutti i cittadini.

126

I cittadini che, secondo le leggi vigenti, non sono tenuti all'iscrizione ad un istituto mutualistico di natura pubblica sono assicurati presso il servizio sanitario nazionale nel limite delle prestazioni sanitarie erogate agli assicurati del disciolto INAM.

A partire dalla data di cui al primo comma i cittadini di cui al comma precedente soggetti all'obbligo della presentazione della dichiarazione dei redditi ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), sono tenuti a versare annualmente, anche per i familiari che si trovino nelle condizioni indicate nel secondo comma, un contributo per l'assistenza di malattia secondo le modalità di cui ai commi seguenti.

Con decreto del ministro della sanità, da emanarsi entro il 30 ottobre di ogni anno, di concerto con il ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale, è stabilita nel piano nazionale la quota annuale da porre a carico degli interessati per l'anno successivo. Detta quota è calcolata tenendo conto delle variazioni previste nel costo medio *pro capite* dell'anno precedente per le prestazioni sanitarie di cui al secondo comma.

Gli interessati verseranno la quota di cui al precedente comma mediante accreditamento in conto corrente postale intestato alla sezione di tesoreria provinciale di Roma con imputazione ad apposito capitolo da istituirsi nello stato di previsione dell'entrata del bilancio dello Stato.

Con decreto del ministro del tesoro, di concerto con il ministro delle finanze, saranno stabilite le modalità di accertamento dei soggetti tenuti al pagamento, in collegamento con la dichiarazione dei redditi, nonché i tempi ed i controlli relativi ai versamenti di cui al precedente comma.

Per il mancato versamento o per omessa o infedele dichiarazione, si applicano le sanzioni previ ste per tali casi nel titolo V del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600.

Titolo III
Norme transitorie e finali
Art. 64
Norme transitorie per l'assistenza psichiatrica

La regione, nell'ambito del piano sanitario regionale, disciplina il graduale superamento degli ospedali psichiatrici o neuro-psichiatrici e la diversa utilizzazione, correlativamente al loro rendersi disponibili, delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento. La regione provvede inoltre a definire il termine entro cui dovrà cessare la temporanea deroga per cui negli attuali ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente al 16 maggio 1978 e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera; tale deroga non potrà comunque protrarsi oltre il 16 maggio 1980.

È in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisione specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni psichatriche o sezioni neurologiche o neuro-psichiatriche.

La regione disciplina altresí; con riferimento alle norme di cui agli articoli 66 e 68 la destinazione alle unità sanitarie locali dei beni e del personale delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) e degli altri enti pubblici che all'atto dell'entrata in vigore della presente legge provvedono, per conto o in convenzione con le amministrazioni provinciali, al ricovero ed alla cura dell'infermo di mente, nonché la destinazione dei beni e del personale delle amministrazioni provinciali addetto ai presidi e servizi di assistenza psichiatrica di igiene mentale. Quando tali presidi e servizi interessino piú regioni queste provvedono d'intesa.

Fino all'adozione dei piani sanitari regionali di cui al I comma i servizi di cui al 5° comma dell'art. 34 sono ordinati secondo quanto previsto dal DPR 27 marzo 1969, n. 128, al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale, e sono dotati di un numero di posti letto non superiore a 15. Sino all'adozione dei provvedimenti delegati di cui all'art. 47 le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli ospedali psichiatrici sono quelle stabilite, rispettivamente, dagli artt. 4 e 5 e dall'articolo 7 del Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128.

Sino all'adozione dei piani sanitari regionali di cui al 1° comma i divieti di cui all'art. 6 del Decreto Legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, n. 386, sono estesi agli ospedali psichiatrici e neuro-psichiatrici dipendenti dalle IPAB o da altri enti pubblici o dalle amministrazioni provinciali. Gli eventuali concorsi continuano ad essere espletati secondo le procedure applicate da ciascun ente prima dell'entrata in vigore della presente legge.

Tra gli operatori sanitari di cui alla lettera i) dell'art. 27 del DPR 24 luglio 1977, n. 616, sono

compresi gli infermieri di cui all'articolo 24 del regolamento approvato con regio decreto 16 agosto 1909 n. 615. Fermo restando quanto previsto dalla lettera *p*) dell'articolo 6 della presente legge la regione provvede all'aggiornamento e alla riqualificazione del personale infermieristico, nella previsione del superamento degli ospedali psichiatrici ed in vista delle nuove funzioni di tale personale nel complesso dei servizi per la tutela della salute mentale delle unità sanitarie locali.

Art. 65

Attribuzione, per i servizi delle unità sanitarie locali, di beni già di pertinenza degli enti mutualistici e delle gestioni sanitarie soppressi

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

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

Alle operazioni di trasferimento di cui al primo comma provvedono i commissari liquidatori di cui alla citata legge 29 giugno 1977, n. 349, che provvedono altresí al trasferimento di tutti i rapporti giuridici relativi alle attività di assistenza sanitaria attribuite alle unità sanitarie locali.

I rimanenti beni, ivi comprese le sedi in Roma delle Direzioni generali degli enti soppressi, sono realizzati dalla gestione di liquidazione ai sensi dell'articolo 76, ad eccezione dell'immobile sede della Direzione generale dell'INAM che è attribuito al patrimonio dello Stato.

Art. 66

Attribuzione, per i servizi delle unità sanitarie locali, di beni già di partenenza di enti locali

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

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

b) i beni mobili ed immobili e le attrezzature degli enti ospedalieri, degli ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici e dei centri di igiene mentale dipendenti dalle province o da consorzi delle stesse o dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) di cui al quinto comma dell'articolo 64, nonché degli altri istituti di prevenzione e cura e dei presidi sanitari extraospedalieri dipendenti dalle province o da consorzi di enti locali.

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

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

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

Ai trasferimenti di cui al presente articolo si provvede con le modalità e nei termini previsti dall'articolo 61.

Con le stesse modalità ed entro gli stessi termini gli enti ed istituti di cui alle lettere *a*) e *b*) del primo comma perdono, ove l'abbiano, la personalità giuridica.

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

Art. 67

Norme per il trasferimento del personale degli enti mutualistici

Entro il 30 giugno 1979, in applicazione del progetto di riparto previsto dall'ultimo comma dell'articolo 4 della legge 29 giugno 1977, n. 349,

128

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

a) per il fabbisogno di personale relativo ai servizi delle unità sanitarie locali e per i compiti di cui agli articoli 73, 74, e 75;

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

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

Entro il 31 dicembre 1979 i commissari liquidatori di cui alla legge 29 giugno 1977, n. 349, dispongono, su proposta formulata dalle regioni previa intesa con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale, il comando del personale presso le unità sanitarie locali, nell'ambito dei contingenti di cui al primo comma e sulla base di criteri oggettivi di valutazione fissati dal Consiglio sanitario nazionale.

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

Allo scadere dell'anno dal comando di cui al terzo e quarto comma tutto il personale comandato è trasferito alle unità sanitarie locali ed alle amministrazioni ed enti presso i quali presta servizio, in una posizione giuridica e funzionale corrispondente a quella ricoperta nell'ente o gestione di provenienza, secondo le tabelle di equiparazione previste dal terzo comma, punto 3), dell'articolo 47.

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

Sino all'entrata in vigore del primo accordo nazionale unico di cui al nono comma dell'art. 47, al personale trasferito spetta il trattamento economico previsto dall'ordinamento vigente presso gli enti o le gestioni di provenienza.

Art. 68

Norme per il trasferimento del personale degli enti locali

Con legge regionale entro il 30 giugno 1979 è disciplinata l'iscrizione nei ruoli nominativi regionali di cui al quarto comma, numero 1) dell'articolo 47 del personale dipendente degli enti di cui alle lettere *a*) e *b*) del primo comma dell'articolo 66 nonché dei comuni che risulti addetto ai servizi sanitari trasferiti, in modo continuativo da data non successiva al 30 giugno 1977, salvo le assunzioni conseguenti a concorsi pubblici espletati fino alla entrata in vigore della presente legge.

Il personale di cui al precedente comma è assegnato alle unità sanitarie locali, nella posizione giuridica e funzionale corrispondente a quella ricoperta nell'ente di provenienza, secondo le tabelle di equiparazione previste dal terzo comma numero 3) dell'articolo 47.

Sino all'entrata in vigore del primo accordo nazionale unico di cui al nono comma dell'articolo 47, al personale in oggetto spetta il trattamento economico previsto dall'ordinamento vigente presso gli enti di provenienza, ivi compresi gli istituti economico-normativi previsti dalle leggi 18 marzo 1968, n. 431, e 21 giugno 1971, n. 515, e dai decreti applicativi delle medesime, nonché dall'articolo 13 della legge 29 giugno 1977, n. 349.

Art. 69

Entrate del fondo sanitario nazionale

A decorrere dal 1° gennaio 1979, in relazione a quanto disposto negli articoli 51 e 52, sono versati all'entrata del bilancio dello Stato:

a) i contributi assicurativi di cui all'articolo 75;

b) le somme già destinate in via diretta e indiretta dalle regioni, dalle province, dai comuni e loro consorzi, nonché da altri enti pubblici al finanziamento delle funzioni esercitate in materia sanitaria;

c) i proventi e i redditi netti derivanti dal patrimonio trasferito ai comuni per le unità sanitarie locali;

d) gli avanzi annuali delle gestioni dell'assicurazione contro la tubercolosi gestite dall'INPS e da altri enti mutuo-previdenziali;

e) i proventi derivanti da attività a pagamento svolte dalle unità sanitarie locali e dai presidi sanitari ad esse collegati, nonché da recuperi, anche a titolo di rivalsa.

Le somme di cui alla lettera *b*) possono essere trattenute, a compensazione, sui trasferimenti di fondi dello Stato a favore degli enti ivi indicati.

Art. 70

Scorporo dei servizi sanitari della Croce Rossa Italiana - CRI e riordinamento dell'Associazione

Con effetto dal 1° gennaio 1980, con decreto del ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono trasferiti ai comuni competenti per territorio per essere destinati alle unità sanitarie locali i servizi di assistenza sanitaria dell'Associazione della Croce rossa italiana (CRI), non connessi direttamente alle sue originarie finalità, nonché i beni mobili ed immobili destinati ai predetti servizi ed il personale ad essi adibito, previa individuazione del relativo contingente.

Per il trasferimento dei beni e del personale si adottano in quanto applicabili le disposizioni di cui agli articoli 65 e 67.

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

1) l'organizzazione dell'Associazione dovrà essere ristrutturata in conformità del principio volontaristico della Associazione stessa;

2) i compiti dell'Associazione dovranno essere rideterminati in relazione alle finalità statutarie ed agli adempimenti commessi dalle vigenti convenzioni e risoluzioni internazionali e dagli organi della Croce rossa internazionale alle società di Croce rossa nazionali;

3) le strutture dell'Associazione, pur conservando l'unitarietà del sodalizio, dovranno essere articolate su base regionale;

4) le cariche dovranno essere gratuite e dovrà esserne prevista l'elettività da parte dei soci qualificati per attive prestazioni volontarie nell'ambito dell'Associazione.

Art. 71

Soppressione dell'Ente nazionale per la prevenzione degli infortuni — ENPI — e della Associazione nazionale per il controllo della combustione - ANCC

Con decreto del Presidente della Repubblica, previa delibera del Consiglio dei ministri, su proposta dei ministri del lavoro e della previdenza sociale, della sanità, dell'industria e del tesoro, da emanarsi entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, è dichiarata l'estinzione dell'Ente nazionale per la prevenzione infortuni (ENPI) e dell'Associazione nazionale per il controllo della combustione (ANCC) e ne sono nominati i commissari liquidatori.

Ai predetti commissari liquidatori sono attribuiti, sino al 31 dicembre 1979, i compiti e le funzioni che la legge 29 giugno 1977, n. 349 attribuisce ai commissari liquidatori degli enti mutualistici. La liquidazione dell'ENPI e dell'ANCC è disciplinata ai sensi dell'articolo 76.

A decorrere dal 1° gennaio 1980 i compiti e le funzioni svolti dall'ENPI e dall'ANCC sono attribuiti rispettivamente ai comuni, alle regioni e agli organi centrali dello Stato, con riferimento all'attribuzione di funzioni che nella stessa materia è disposta dal decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616 e dalla presente legge. Nella legge istitutiva dell'Istituto superiore per la prevenzione e per la sicurezza nel lavoro sono individuate le attività e le funzioni già esercitate dall'ENPI e dall'ANCC attribuite al nuovo Istituto.

Si applicano per il trasferimento dei beni dell'ENPI e della ANCC le norme di cui all'articolo 65.

Art. 72

Trasferimento di personale statale

130

addetto alle attività di prevenzione e sicurezza nel lavoro

In riferimento a quanto disposto nell'articolo 21, 1° comma, con provvedimento del ministro del lavoro e della previdenza sociale, il personale tecnico e sanitario, centrale e periferico, degli Ispettorati del Lavoro addetto alle sezioni mediche, chimiche, e ai servizi di protezione antinfortunistica, viene comandato, a domanda e a decorrere dal 1° gennaio 1980, presso l'Istituto Superiore per la prevenzione e per la sicurezza nel lavoro o nei presidi e servizi delle unità sanitarie locali e, in particolare, nei presidi di cui all'art. 22.

Per il provvedimento di cui al 1° comma si adottano, in quanto applicabili, le procedure di cui all'art. 67.

Art. 73

Indennità economiche temporanee

A decorrere dal 1° gennaio 1980 e sino all'entrata in vigore della legge di riforma del sistema previdenziale, l'erogazione delle prestazioni economiche per malattia e per maternità previste dalle vigenti disposizioni in materia, già erogate dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome estinti e posti in liquidazione ai sensi della legge 17 agosto 1974, n. 386, di conversione con modificazioni del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, è attribuita all'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) che terrà apposita gestione. A partire dalla stessa data la quota parte dei contributi di legge relativi a tali prestazioni è devoluta all'INPS ed è stabilita con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto col Ministro del tesoro.

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

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

Art. 74

Rapporto con gli enti previdenziali

Entro il 31 dicembre 1980, con legge dello Stato sono disciplinati gli aspetti previdenziali connessi con le competenze in materia di medicina legale attribuite alle unità sanitarie locali ai sensi dell'articolo 14, lettera *q*).

Sino all'entrata in vigore della legge di cui al precedente comma gli enti previdenziali gestori delle assicurazioni invalidità, vecchiaia, superstiti, tubercolosi, assegni familiari, infortuni sul lavoro e malattie professionali conservano le funzioni concernenti le attività medico-legali ed i relativi accertamenti e certificazioni, nonché i beni, le attrezzature ed il personale strettamente necessari all'espletamento delle funzioni stesse, salvo quanto disposto dal comma successivo.

Fermo restando il termine sopra previsto gli enti previdenziali di cui al precedente comma possono stipulare convenzioni con le unità sanitarie locali per utilizzare i servizi delle stesse, ivi compresi quelli medico-legali, per la istruttoria delle pratiche previdenziali.

Le gestioni commissariali istituite ai sensi dell'articolo 12-*bis* della legge 17 agosto 1974, n. 386, di conversione con modificazioni del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, in relazione ai compiti di assistenza sanitaria degli enti previdenziali di cui al primo comma cessano secondo le modalità e nei termini di cui all'articolo 61.

Art. 75

Modalità transitorie per la riscossione dei contributi obbligatori di malattia

Fino al 31 dicembre 1979 gli adempimenti relativi all'accertamento, alla riscossione e al recupero in via giudiziale dei contributi sociali di malattia e di ogni altra somma ad essi connessa restano affidati agli enti mutualistici ed altri istituti e gestioni interessati, posti in liquidazione ai sensi della legge 29 giugno 1977, n. 349.

A decorrere dal 1° gennaio 1980 e fino alla completa fiscalizzazione degli oneri sociali tali adempimenti sono affidati all'INPS, che terrà contabilità separate per ciascuno degli enti o gestioni soppressi e vi provvederà secondo le norme e le procedure in vigore per l'accertamento e la riscossione dei contributi di propria pertinenza.

Tali adempimenti restano invece affidati agli enti mutualistici e ad altri istituti a gestione interessati posti in liquidazione ai sensi della legge 29 giugno 1977, n. 349, per i contributi di malattia riferiti agli anni 1979 e precedenti.

I contributi di competenza degli enti di malattia dovranno affluire in apposito conto corrente infruttifero di tesoreria intestato al ministro del tesoro, mediante versamento da parte dei datori di lavoro o degli esattori o enti, in-

131

caricati della riscossione a mezzo ruolo, con bollettino di conto corrente postale o altro idoneo sistema stabilito con decreto del ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con il ministro del tesoro.

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

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

A decorrere dal 1° gennaio 1980, vengono affidati all'INPS gli adempimenti previsti da convenzioni già stipulate con l'INAM ai sensi della legge 4 giugno 1973, n. 311, dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a carattere nazionale.

Art. 76
Liquidazione degli enti soppressi e ripiano delle loro passività

Fermo restando quanto disposto dal 2° comma dell'articolo 60, alla liquidazione degli enti, casse, servizi e gestioni autonome di cui all'articolo 12 *bis* della legge 17 agosto 1974, n. 386, di conversione con modificazioni del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, si provvede, entro 18 mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sulla base delle direttive emanate, in applicazione dell'art. 4 quarto comma, della legge 29 giugno 1977, n. 349, dal comitato centrale istituito con lo stesso articolo 4.

Prima che siano esaurite le operazioni di liquidazione degli enti, casse, servizi e gestioni autonome di cui al precedente comma, i commissari liquidatori provvedono a definire tutti i provvedimenti da adottarsi in esecuzione di decisioni degli organi di giustizia amministrativa non piú suscettibili di impugnativa. Entro lo stesso periodo i commissari liquidatori provvedono, ai soli fini giuridici, alla ricostruzione della carriera dei dipendenti che, trovandosi in aspettativa per qualsiasi causa, ne abbiano diritto al termine della aspettativa in base a norme di legge o regolamentari.

Le gestioni di liquidazione che non risultano chiuse nel termine di cui al primo comma sono assunte dallo speciale Ufficio liquidazione presso il Ministero del tesoro di cui alla legge 4 dicembre 1956, n. 1404.

I commissari liquidatori delle gestioni di cui al terzo comma cessano dalle loro funzioni il trentesimo giorno successivo alla data di assunzione delle gestioni stesse da parte dell'Ufficio liquidazioni. Entro tale termine essi devono consegnare all'Ufficio liquidazioni medesimo tutte le attività esistenti, i libri contabili, gli inventari ed il rendiconto della loro intera gestione.

Le disponibilità finanziarie delle gestioni di cui al terzo comma sono fatte affluire in apposito conto corrente infruttifero di Tesoreria dal quale il Ministro del tesoro può disporre prelevamenti per la sistemazione delle singole liquidazioni e per la copertura dei disavanzi di quelle deficitarie.

Eventuali disavanzi di liquidazione, che non è possibile coprire a carico del conto corrente di cui al quinto comma, saranno finanziati a carico del fondo previsto dall'articolo 14 della legge 4 dicembre 1956, n. 1404 per la cui integrazione il Ministro del tesoro è autorizzato ad effettuare operazioni di ricorso al mercato finanziario con l'osservanza delle norme di cui all'articolo 1 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386. Agli oneri derivanti dalle predette operazioni finanziarie si provvede per il primo anno con una corrispondente maggiorazione delle operazioni stesse e per gli anni successivi con appositi stanziamenti da iscrivere annualmente nello stato di previsione della spesa del ministero del tesoro.

Per le esigenze della gestione di liquidazione di cui al terzo comma si applica il disposto dell'articolo 12, quarto comma, della legge 4 dicembre 1956, n. 1404.

Art. 77
Norme fiscali

I trasferimenti di beni mobili ed immobili dipendenti dall'attuazione della presente legge, sono esenti, senza limiti di valore, dalle imposte di bollo, di registro, di incremento di valore, ipotecarie, catastali e da ogni altra imposta, spesa, tassa o diritto di qualsiasi specie o natura.

Art. 78
Esercizio delle deleghe legislative

Per l'esercizio delle deleghe di cui alla presente legge si applica la procedura complessiva-

132

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 altresí le competenze spettanti alle province autonome di Trento e di Bolzano secondo le forme e condizioni particolari di autonomia definite dal decreto del Presidente della Repubblica 31-8-1872, 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 contradditoria, con la realtà piú vasta e complessa dei servizi socio-sanitari.

Certo, sarà la riforma sanitaria, dalla quale la legge n. 180 sarà riassorbita, a rendere piú chiaro e piú 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 piú maturo e possibile non solo perché piú grande è diventata la forza del Pci e dell'intera sinistra ma perché piú 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 piú 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 piú alta qualità della vita.

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

ASSR

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 piú 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 piú 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 piú

incisivo terreno di iniziativa e di lotta per cambiare il modo d'essere dell'ospedale generale, la sua separatezza e il suo rapporto con la realtà socio-sanitaria del territorio.

Del resto i contenuti innovativi della legge, che sono certamente di grande portata, possono essere tradotti nella realtà se sono collegati strettamente ad un organico processo di costruzione della riforma sanitaria, se cioè sono *dentro* quel programma di cambiamento strutturale e qualitativo del complesso dei servizi socio-sanitari che deve avere a protagoniste le Assemblee elettive e lo insieme dei livelli di partecipazione del Paese.

La legge richiede un impegno eccezionale a tutti i livelli istituzionali, a tutte le espressioni della vita democratica perché la sua attuazione mette in evidenza i profondi dislivelli che si registrano nello stato dei servizi socio-sanitario del Paese, ancora permeati da una cultura e da una scienza che ha fatto le sue prove nelle istituzioni della segregazione ma che viene a trovarsi in contraddizione con la crescita in una piú elevata coscienza civile e democratica del Paese.

L'attuazione della legge deve essere l'occasione per un piú ricco ed intenso rapporto con i cittadini, per lo sviluppo di un dibattito culturale che deve partire dalle realtà della segregazione e dal bisogno della loro trasformazione, per impegnare gli operatori, tutti gli operatori a costruire una prospettiva di una nuova professionalità che restituisca alla scienza il suo carattere di forza liberatrice al servizio dei bisogni della popolazione.

L'attuazione della legge deve consentire alle Regioni di esprimere e sviluppare la loro funzione di programmazione e di coordinamento in modo che i compiti assegnati dalla legge alle Province, ai Comuni, singoli o associati nei Consorzi, agli ospedali generali e psichiatrici possano essere un contributo, specifico ma anche generale, immediato ma anche sistematico alla programmazione sanitaria regionale.

Dalla legge viene perciò una sollecitazione a portare avanti l'iniziativa regionale per:

1) definire gli ambiti territoriali adeguati alla gestione dei servizi sociali e sanitari, come richiesto dal 2° comma dell'art. 25 del D.P.R. n. 616, richiamando dal 3° comma dell'art. 6 della Legge 180, per organizzare in essi i servizi psichiatrici territoriali capaci di realizzare gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione;

2) promuovere in queste aree socio-sanitarie la costituzione di associazioni dei Comuni interessati per assicurare una direzione democratica ai servizi e per dare risposta alla domanda di intervento sulle condizioni che provocano sofferenza ed emarginazione sociale ed istituzionale;

3) individuare in queste aree, tendenzialmente, gli ospedali generali nei quali assicurare la degenza per la fase acuta della malattia, evitando la concentrazione dei ricoveri nei soli ospedali provinciali per evitare il rischio di addensare su di essi una domanda di degenza che nei fatti potrebbe superare il limite dei 15 posti letto previsti dalla legge e riprodurre cosí la divisione psichiatrica;

4) ridurre ai soli casi di insufficiente disponibilità di strutture pubbliche l'utilizzazione di case di cura private sempre che esse non abbiano il carattere di settorialità e separatezza propria delle cliniche psichiatriche e neuropsichiatriche e sempre nel rispetto delle norme che regolano il rapporto convenzionale con le Amministrazioni provinciali;

5) procedere alla organizzazione dei distretti socio-sanitari per creare le condizioni di una integrazione dei servizi di salute mentale con il complesso dei servizi e delle attività sanitarie ed assistenziali del territorio e superare il carattere verticistico e settoriale del servizio;

6) sviluppare un programma coordinato con le Amministrazioni provinciali e con i Comuni per attuare il graduale superamento dell'ospedale psichiatrico, inserendo questo obiettivo nel quadro degli interventi assistenziali alternativi, volti a ridurre il ricovero nelle istituzioni e ad incentivare l'assistenza ambulatoriale e domiciliare.

7) garantire una coerente applicazione delle convenzioni tra Amministrazioni provinciali ed Enti ospedalieri in modo da dar vita ad un servizio psichiatrico a carattere dipartimentale, operante nella zona socio-sanitaria tale da prefigurare il servizio di salute mentale della unità sanitaria locale (U.S.L.);

8) avviare iniziative per la qualificazione e l'aggiornamento del personale dei servizi psichiatrici, con programmi che prevedano un addestramento teorico-pratico adeguato ai nuovi livelli assistenziali;

9) realizzare a livello regionale, d'intesa con l'A.N.C.I. e l'Unione delle Province, accordi con le Organizzazioni sindacali per la mobilità del personale dagli ospedali psichiatrici alle zone socio-sanitarie sulla base di criteri oggettivi che tengano conto dei problemi economici e normativi dei dipendenti;

10) disciplinare i rapporti finanziari tra Amministrazioni provinciali ed Enti Ospedalieri per quanto riguarda la degenza, tenendo conto che

136

la legge prescrive di non lievitare la spesa psichiatrica sostenuta dalle Amministrazioni provinciali.

Nel quadro di questo complesso ruolo di programmazione e di coordinamento della Regione, spettano alle Province compiti di grande rilievo nell'attuazione della legge 180 e nella prospettiva della costruzione di un servizio alternativo all'attuale gestione manicomiale.

Spetta infatti alla Provincia:

a) organizzare nel territorio i servizi psichiatrici previsti dall'art. 6 comma 3 con il personale necessario (medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi, ecc.) da trarre « dagli attuali ospedali psichiatrici e dai servizi e presidi psichiatrici pubblici extra-ospedalieri » (7° comma, art. 7) con un dirigente responsabile del servizio; questo comporta per gli ospedali dipendenti dalle Province, per quelli retti da Opere Pie e da Istituzioni private una profonda ristrutturazione dei reparti e dei servizi che scorpori quote consistenti di personale, tenendo conto del blocco dei flussi di ricovero nei manicomi determinato dalla legge n. 180 e dalla conseguente ridotta attività dei reparti osservazione, dalla possibilità di una piú razionale utilizzazione dei turni in relazione alla prevedibile riduzione dei ricoveri di trattamento sanitario obbligatorio;

b) impegnare tutti i servizi di assistenza operanti nell'ospedale in una vasta azione per la riabilitazione e la socializzazione dei degenti perché è solo da un ospedale che si apre ad una prospettiva di superamento che può giungere una spinta al decentramento degli operatori e delle risorse finanziarie.

La programmazione del superamento dell'ospedale psichiatrico deve poter trovare in questa pratica riabilitativa uno dei riferimenti essenziali per impedire che l'uscita dall'ospedale sia niente piú che un'opera burocratico-amministrativa, fatta di soli elenchi di degenti volontari, solo astrattamente dimissibili.

Piú complessi risultano i compiti per quelle Province che non hanno nel loro territorio un ospedale psichiatrico da cui trarre il personale da destinare ai servizi previsti dalla legge.

La costituzione dei servizi di salute mentale in questo caso può essere perseguita sulla base della legge n. 431 del 1968, purché non sia superata numericamente la quota di personale in servizio, a qualunque titolo, al 31 dicembre 1976 e sempre che il personale necessario sia stato incluso nel piano di utilizzo che ogni Amministrazione provinciale doveva allegare al bilancio di previsione 1978 sulla base dell'art. 6 della legge n. 43 del 27-2-78.

In ogni caso si pone alla Provincia, con le Regioni e le Organizzazioni sindacali, il compito di affrontare con una visione nuova, rivolta alla diversa articolazione dei servizi e alla nuova qualità dell'assistenza psichiatrica, i problemi della mobilità, della qualificazione ed aggiornamento del personale bloccando i corsi per infermieri psichiatrici realizzati sulla base del regolamento n. 615 del 1909.

Il comune, che è destinato con la riforma sanitaria a svolgere un compito fondamentale nella gestione dei servizi socio-sanitari, trova già nella legge 180 un suo ruolo diretto in quanto è all'Autorità sanitaria, cioè al Sindaco, che è affidato il compito di ordinanza per il trattamento sanitario obbligatorio, là dove ricorrono le circostanze previste dall'art. 2 della legge, e nel rispetto delle procedure stabilite dagli artt. 1 e 3 della legge medesima.

È facilmente comprensibile che questo compito potrà essere positivamente e concretamente svolto solo se il Comune potrà risporre di quei servizi socio-assistenziali che consentono di verificare le condizioni che determinano la richiesta di trattamento sanitario obbligatorio e soprattutto di creare le alternative al ricovero.

Questa nuova organizzazione, che viene a coincidere con i servizi del distretto socio-sanitario, è sollecitata dal trasferimento dei poteri realizzato con il D.P.R. n. 616 in campo sanitario ed assistenziale direttamente dallo Stato ai Comuni, anche se finora a questa nuova potestà comunale non ha fatto riscontro il trasferimento di personale e di risorse finanziarie.

È dall'azione congiunta delle Regioni, delle Province e dei Comuni che possono essere affrontate e superate le difficoltà per l'attuazione di una legge che può aprire una fase nuova nella costruzione di un reale processo di riforma della sanità e dell'assistenza.

ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI VOLONTARI E OBBLIGATORI (LEGGE 13 MAGGIO 1978, N. 180)

Art. 1
Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari.

137

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 presídi sanitari pubblici territoriali e, ove necessiti 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 altresí 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

138

primo, quarto e quinto comma del presente articolo determinà la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto piú grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Art. 4

Revoca e modifica del provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio

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

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

Art. 5

Tutela giurisdizionale

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

Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma dell'articolo 3, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

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

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

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

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

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

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

Art. 6

Modalità relative agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizione di degenza ospedaliera per malattia mentale

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presídi psichiatrici extra ospedalieri.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge i trattamenti sanitari per malattie mentali che comportino la necessità di degenza ospedaliera e che siano a carico dello Stato o di enti e istituzioni pubbliche sono effettuati, salvo quanto disposto dal successivo articolo 8, nei servizi psichiatrici di cui ai successivi commi.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche con riferimento agli ambiti territoriali previsti dal secondo e terzo comma dell'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, individuano gli ospedali generali nei quali, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, devono essere istituiti specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

I servizi di cui al secondo e terzo comma del presente articolo — che sono ordinati secondo quanto è previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, per i servizi speciali obbligatori negli ospedali generali e che non devono essere dotati di un numero di posti letto superiore a 15 — al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale sono organicamente e funzionalmente collegati, in forma dipartimentale, con gli altri servizi e presídi psichiatrici esistenti nel territorio.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano le istituzioni private di ricovero e cura, in possesso dei requisiti prescritti, nelle quali possono essere attuati trattamenti sanitari obbligatori e volontari in regime di ricovero.

In relazione alle esigenze assistenziali, le province possono stipulare con le istituzioni di cui al precedente comma convenzioni ai sensi del successivo articolo 7.

139

Art. 7

Trasferimento alle regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le funzioni amministrative concernenti l'assistenza psichiatrica in condizioni di degenza ospedaliera, già esercitate dalle province, sono trasferite, per i territori di loro competenza, alle regioni ordinarie e a statuto speciale. Resta ferma l'attuale competenza delle province autonome di Trento e di Bolzano.

L'assistenza ospedaliera disciplinata dagli articoli 12 e 13 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, n. 386, comprende i ricoveri ospedalieri per alterazioni psichiche. Restano ferme fino al 31 dicembre 1978 le disposizioni vigenti in ordine alla competenza della spesa.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le regioni esercitano anche nei confronti degli ospedali psichiatrici le funzioni che svolgono nei confronti degli altri ospedali.

Sino alla data di entrata in vigore della riforma sanitaria, e comunque non oltre il 1° gennaio 1979, le province continuano ad esercitare le funzioni amministrative relative alla gestione degli ospedali psichiatrici e ogni altra funzione riguardante i servizi psichiatrici e di igiene mentale.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano programmano e coordinano l'organizzazione dei presídi e dei servizi psichiatrici e di igiene mentale con le altre strutture sanitarie operanti nel territorio e attuano il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e la diversa utilizzazione delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento. Tali iniziative non possono comportare maggiori oneri per i bilanci delle amministrazioni provinciali.

È in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche.

Agli ospedali psichiatrici dipendenti dalle amministrazioni provinciali o da altri enti pubblici o dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficienza si applicano i divieti di cui all'articolo 6 del decreto-legge 29 dicembre 1977, n. 946, convertito con modificazioni nella legge 27 febbraio 1978, n. 43.

Ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali generali, di cui all'articolo 6, è addetto personale degli ospedali psichiatrici e dei servizi e presídi psichiatrici pubblici extra ospedalieri.

I rapporti tra le province, gli enti ospedalieri e le altre strutture di ricovero e cura sono regolati da apposite convenzioni, conformi ad uno schema tipo, da approvare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della sanità, di intesa con le regioni e l'Unione delle province d'Italia e sentite, per quanto riguarda i problemi del personale, le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative.

Lo schema tipo di convenzione dovrà disciplinare tra l'altro il collegamento organico e funzionale di cui al quarto comma dell'articolo 6, i rapporti finanziari tra le province e gli istituti di ricovero e l'impiego, anche mediante comando, del personale di cui all'ottavo comma, del presente articolo.

Con decorrenza dal 1° gennaio 1979 in sede di rinnovo contrattuale saranno stabilite norme per la graduale omogeneizzazione tra il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico del personale degli ospedali psichiatrici pubblici e dei presídi e servizi psichiatrici e di igiene mentale pubblici e il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico delle corrispondenti categorie del personale degli enti ospedalieri.

Art. 8

Infermi già ricoverati negli ospedali psichiatrici

Le norme di cui alla presente legge si applicano anche agli infermi ricoverati negli ospedali psichiatrici al momento dell'entrata in vigore della legge stessa.

Il primario responsabile della divisione, entro novanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, con singole relazioni motivate, comunica al sindaco dei rispettivi comuni di residenza, i nominativi dei degenti per i quali ritiene necessario il proseguimento del trattamento sanitario obbligatorio presso la stessa struttura di ricovero, indicando la durata presumibile del trattamento stesso. Il primario responsabile della divisione è altresí tenuto agli adempimenti di cui al quinto comma dell'articolo 3.

Il sindaco dispone il provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera secondo le norme di cui all'ultimo comma dell'articolo 2 e ne dà comunicazione al giudice tutelare con le modalità e per gli adempimenti di cui all'articolo 3.

L'omissione delle comunicazioni di cui ai

commi precedenti determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto piú grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Tenuto conto di quanto previsto al quinto comma dell'articolo 7 e in temporanea deroga a quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 6, negli attuali ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, esclusivamente coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente alla data di entrata in vigore della presente legge e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera.

Art. 9
Attribuzioni del personale medico degli ospedali psichiatrici

Le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli ospedali psichiatrici sono quelle stabilite, rispettivamente, dagli articoli 4 e 5 e dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128.

Art. 10
Modifiche al codice penale

Nella rubrica del libro III, titolo I, capo I, sezione III, paragrafo 6 del codice penale sono soppresse le parole: « di alienati di mente ».

Nella rubrica dell'articolo 716 del codice penale sono soppresse le parole: « di infermi di mente o ».

Nello stesso articolo sono soppresse le parole: « a uno stabilimento di cura o ».

Art. 11

Sono abrogati gli articoli 1, 2, 3 e 3-*bis* della legge 14 febbraio 1904, n. 36, concernente « Disposizioni sui manicomi e sugli alienati » e successive modificazioni, l'articolo 420 del codice civile, gli articoli 714, 715 e 717 del codice penale, il n. 1 dell'articolo 2 e l'articolo 3 del testo unico delle leggi recanti norme per la disciplina dell'elettorato attivo e per la tenuta e la revisione delle liste elettorali, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 1967, numero 223, nonché ogni altra disposizione incompatibile con la presente legge.

Le disposizioni contenute negli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 della presente legge restano in vigore fino alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale.

Fino a quando non si provvederà a modificare, coordinare e riunire in un testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffusive, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie, sono fatte salve in materia di trattamenti sanitari obbligatori le competenze delle autorità militari, dei medici di porto, di aeroporto e di frontiera e dei comandanti di navi o di aeromobili.

La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

GLI SCHEMI TIPO DI CONVENZIONI PER L'ATTUAZIONE DELLA LEGGE N. 180

Il Ministro della Sanità ha reso noti i due schemi tipo di convenzioni, rispettivamente fra le province e gli enti ospedalieri e fra le province e le case di cura private per l'applicazione della legge 180 sulla assistenza psichiatrica.

Le Regioni hanno espresso riserve si due schemi-tipo; l'Unione delle Province Italiane ha espresso disapprovazione nei loro confronti e non li ha firmati.

In realtà i due schemi alterano sensibilmente lo spirito e la lettera della legge n. 180. Nello schema regolativo dei rapporti fra le province e gli enti ospedalieri, all'art. 2 è insistentemente affermato il criterio dell'utilizzazione del personale degli ospedali psichiatrici, nei servizi di diagnosi e cura psichiatrici degli ospedali generali, secondo efficienza, funzionalità, qualifica professionale, anzianità e secondo le disposizioni di legge riguardanti l'organizzazione ospedaliera, in termini che tradiscono troppo scopertamente l'intenzione del Ministero di veder nascere negli ospedali generali, vere divisioni psichiatriche, con primari, aiuti, assistenti, mentre è noto che la legge 180 ha voluto instaurare solo una condizione eccezionale di ricovero ospedaliero di sofferenti psichici in condizione di acuzie, entro servizi di chiaro carattere di emergenza (15 posti letto). I desideri ministeriali di dare sistemazioni ospedaliere a baronie manicomiali non devono

141

avere quindi spazio entro convenzioni che tentino di forzare la mano alla legge.

Una deformazione di maggiore gravità si trova nello schema-tipo di convenzione fra le province e le case di cura private.

Occorre permettere che uno degli scopi fondamentali della legge 180 è la determinazione di un processo di graduale superamento dei manicomi, nei quali, dunque, è escluso che vengano effettuati ricoveri anche per sofferenti in stato di acuzie.

Ovviamente tale criterio deve ritenersi esteso ai manicomi privati ed ai manicomi universitari (le cliniche universitarie); altrimenti si chiuderebbero i manicomi pubblici e si espanderebbero le case di cura psichiatriche (e le cliniche universitarie). Pertanto, se l'istituzione di servizi di diagnosi e cura può essere ammessa nelle case di cura private, ciò deve avvenire solo nelle case di cura di carattere generale, con esclusione delle case di cura private psichiatriche o neuropsichiatriche o neurologiche.

Questa esclusione è assente nello schema-tipo del Ministero ed anzi è ammesso che la casa di cura (ovviamente neuropsichiatrica) provveda ai nuovi servizi speciali psichiatrici di diagnosi e cura con proprio personale, mentre, giustamente la legge 180 pretende che tali servizi speciali siano dotati di personale proveniente dagli ospedali psichiatrici.

La piú ferma vigilanza delle Regioni e delle Province è dunque necessaria affinché attraverso gli schemi di convenzione non vengano deformati i criteri ispiratori della legge 180.

SCHEMA CONVENZIONE
PROVINCE - ENTI OSPEDALIERI

La Provincia——————rappresentata da ——————e l'ente ospedaliero——————rappresentato da——— ——————stabiliscono quanto appresso per regolare i rapporti inerenti al servizio psichiatrico di diagnosi e cura istituito presso lo Ospedale generale——————ai sensi dell'art. 6 della legge 13 maggio 1978, n. 180 a seguito della avvenuta individuazione della Regione——————con atto——————

Art. 1

Il servizio psichiatrico di diagnosi e cura, istituito presso l'Ospedale generale—————— ——————ai sensi dell'art. 6 della legge 180/78, dotato di complessivi posti letto——————

(non superiore a 15), deve essere strutturato ai sensi del DPR n. 128 del 17-3-1969 ed inserito in un modello organizzativo di tipo dipartimentale secondo gli indirizzi programmatici stabiliti da ciascuna regione ed in base agli orientamenti di cui al decreto ministeriale 8 novembre 1976 che indicano i collegamenti fra servizi e presidi sanitari e sociali extra ospedalieri e gli ospedali generali.

Nell'ambito del predetto collegamento sono, comunque, assicurati presso il servizio psichiatrico dell'ente ospedaliero:

a) la consulenza e la pronta disponibilità;

b) la consulenza nei riguardi dei degenti per altre affezioni qualora presentino disturbi psichici che sia possibile diagnosticare e curare senza ricorrere al trasferimento dei degenti stessi nelle strutture del servizio;

c) la cura diretta, in condizione di degenza ospedaliera, da limitarsi a casi di assoluta necessità e da effettuarsi nei limiti di tempo strettamente indispensabili;

d) l'utilizzazione in comune delle strutture di prevenzione e cura, comprese quelle inerenti la degenza,in base a schemi di lavoro programmati tra le unità operative del dipartimento e secondo le prescrizioni di cui al comma 3 dell'art. 2 del presente schema ed al comma 1 dell'art. 6 della legge 13-5-1978, n. 180.

Art. 2

Al servizio ospedaliero psichiatrico di diagnosi e cura è addetto personale di cui all'8° comma dell'art. 7 della legge n. 180 del 13 maggio 1978, nonché, secondo le necessità, personale ospedaliero e/o di altri enti pubblici che svolgano attività di assistenza psichiatrica.

Tale personale nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale di cu all'art. 1 espleta funzioni preventive, curative e di reinserimento sociale per garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale.

L'utilizzazione presso l'ospedale generale del personale di cui al precedente comma del presente articolo è regolata secondo oggettivi criteri di efficienza e funzionalità in relazione alla qualifica professionale, alla anzianità ecc., determinati dalla Provincia e dall'Ente ospedaliero sulla base di direttive ed indirizzi programmatici regionali, sentite in proposito le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative.

Il personale suddetto viene utilizzato nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge in materia di assistenza ospedaliera.

Le attribuzioni igienico-organizzative degli o-

142

spedali di cui agli articoli 4, 5 e 6 del decreto del Presidente della Repubblica 27-3-1969, n. 128, sono esercitate anche nel servizio psichiatrico di diagnosi a cura di cui al 3° comma dell'articolo 6 della legge 13-5-1978, n. 180.

Art. 3

Con decorrenza ——— la Provincia ——— corrisponde all'Ente Ospedaliero ——— un importo — eventualmente forfettario — di L. ——— per giornata di degenza, calcolato sulla base della diaria approvata per il 1978 dalla Provincia ——— e diminuito del costo giornaliero lordo sostenuto dalla provincia ——— per il solo personale assegnato al servizio ospedaliero di diagnosi e cura.

La Provincia ——— per i ricoveri effettuati presso l'ospedale generale ———, riguardanti cittadini residenti in altra provincia, corrisponde all'ente ospedaliero ——— l'importo calcolato secondo le modalità di cui al comma precedente, salvo chiedere successivo rimborso alla provincia di appartenenza del ricoverato, ai sensi dell'art. 73 del R.D. 16-8-1909, n. 615.

La Provincia ——— si impegna a rimborsare all'ente ospedaliero ——— secondo le modalità di cui al primo comma del presente articolo, le spese sostenute dall'ente ospedaliero ——— nella fase di applicazione urgente e transitoria della legge 180/78 conseguente a disposizioni impartite a livello di ciascuna regione e nei limiti delle somme stanziate in bilancio.

La Provincia ——— e l'ente ospedaliero ——— concordano inoltre sulla opportunità di attenersi ad eventuali indicazioni regionali emanate al fine di far fronte ad oneri ospedalieri eccedenti la misura del concorso finanziario della provincia ———.

Art. 4

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.

SCHEMA CONVENZIONE PROVINCE - ISTITUZIONI PRIVATE DI RICOVERO E CURA

La provincia ——— rappresentata da ——— e la struttura di ricovero e cura ——— rappresentata da ——— stabiliscono i rapporti per l'erogazione di prestazioni di diagnosi e cura per l'effettuazione di trattamenti sanitari che comportino la necessità di degenza ospedaliera, ai sensi dell'art. 6, sesto comma, della legge 13 maggio 1978, n. 180.

Art. 1

La provincia ——— si avvale della struttura di ricovero e cura ——— gestita da ——— per l'erogazione di prestazioni di diagnosi e cura per l'effettuazione di trattamenti sanitari psichiatrici che comportino la necessità di degenza ospedaliera.

Art. 2

La struttura di ricovero e cura è stata individuata ai sensi dell'art. 6, 5° comma, della legge 13 maggio 1978, n. 180 dalla Regione (dalla Provincia Autonoma ———) ed è in possesso dei requisiti prescritti di cui al citato comma dell'art. 6 per effettuare trattamenti sanitari volontari e obbligatori in regime di ricovero.

Art. 3

La struttura di ricovero e cura ——— mette a disposizione un servizio psichiatrico di diagnosi e cura con complessivi posti letto ——— (non superiore a 15) per l'effettuazione dei trattamenti sanitari che comportino la necessità di degenza ospedaliera.

Il servizio si avvale del personale medico e paramedico documentalmente in possesso dei requisiti prescritti ed indicato nella presente convenzione (Allegato ———).

Tale servizio ordinato secondo le vigenti disposizioni è funzionalmente collegato con il servizio psichiatrico pubblico territorialmente competente a cui spetta il complesso delle funzioni preventive, curative e di reinserimento sociale e si attiene pertanto alle indicazioni fornite da esso, sulla base di direttive e indirizzi programmatici stabiliti dalla Regione.

Nell'ambito del predetto collegamento sono assicurati, comunque, presso il servizio della struttura di ricovero e cura:

a) la consulenza e la pronta disponibilità;

b) la consulenza nei riguardi dei degenti per altre affezioni qualora presentino disturbi psichici che sia possibile diagnosticare e curare senza ricorrere al trasferimento dei degenti stessi nelle strutture del servizio;

c) la cura diretta, in condizione di degen-

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.

ASSR

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 piú 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 completamento 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 denunziare 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 convincimenti divergenti da una scelta dello Stato, mentre sono del tutto inammissibili le sue iniziative intese a vincolare tutti i cattolici a dichiarare

ASSR

l'obiezione di coscienza sotto pena di sanzioni canoniche. È assai facile ricordare, anzitutto, che la Chiesa cattolica non ha mai organizzato una campagna, con relativa scomunica, contro l'aborto clandestino. Ma soprattutto ci preme di sottolineare che si tratta di un problema costituzionale, dato che la legge fondamentale dello stato non ammette dubbi: lo Stato e la Chiesa sono due organi autonomi e sovrani, cosí che il principio della non ingerenza deve informare i comportamenti politici dei due organi.

Il PCI non ha drammatizzato questo evento, e complessivamente le forze politiche democratiche si sono mosse con grande senso di responsabilità per evitare che si apra un conflitto costituzionale. Ma ciò non è divenuto — almeno per noi — un atteggiamento di passività e di rinuncia, specie per l'indirizzo prevalentemente dato al nostro impegno, di sollecitazione e di richiamo agli organi di potere pubblico all'adempimento pieno del loro dovere civile di attuazione della legge e per il contemporaneo nostro sforzo indirizzato ad evitare la rissa fra abortisti ed antiabortisti.

La nostra spinta si esprime anche nella direzione di un confronto civile con il mondo cattolico, al quale non dobbiamo tacere che i tentativi di determinazione di una obiezione di coscienza di massa, se raggiungono tali risultati, al tempo stesso evidenziano i caratteri non credibili e strumentalizzati di tali risultati e sostanzialmente il pericolo che attraverso di essi si facciano strada interessi inconfessabili. Cosí come non dobbiamo tacere al mondo cattolico la gravità del fatto che una campagna coercitiva per la definizione di una massa di obiezioni di coscienza, oscura un istituto delicatissimo che è relativo al modo del libero formarsi della scelta di coscienza. Il prodursi di una massa di obiezioni di coscienza, se vi fosse, non impedirebbe che l'effettuazione di una grande massa di aborti continuasse e raggiungerebbe solo il risultato che una parte troppo grande di essi seguiterebbe a restare nella clandestinità e di questo il mondo cattolico si assumerebbe una tremenda responsabilità.

Oggi, dopo l'uscita della legge 194, la situazione non è piú quella di prima e la possibilità degli aborti clandestini di rimanere tali, si è molto ridotta per il forte risveglio di coscienza che si è determinato.

Il nostro confronto, dialogo e, se sarà possibile, lavoro comune con il mondo cattolico deve muovere dal forte richiamo alla gravità di una sua scelta con la quale esso si auto-escludesse dal grande impegno costruttivo oggi necessario per una condizione diversa della società che permetta di sradicare ed eliminare l'aborto clandestino, che ottenga la riduzione a proporzioni grado a grado sempre piú modeste dell'aborto legale, per la crescita della capacità di procreazione libera e consapevole.

La visione della costruttività e dell'importanza di questa prospettiva di azione unitaria e democratica rende ancor piú scoperto il carattere avventuristico e crudele dell'azione portata avanti dai gruppi radicali in Parlamento, che ha finito col perseguire nei fatti l'obiettivo della criminalizzazione della donna e del mantenimento del codice Rocco.

Per converso ci conforta il grande numero di prese di posizioni civili e positive che sono espresse da personalità del mondo medico, fra le quali attribuiamo una particolare sottolineatura a quelle provenienti da clinici universitari o da primari ospedalieri, che, pur essendosi dichiarati obiettori di coscienza, hanno espresso impegno ad organizzare nel proprio presidio sanitario la condizione per la realizzazione dei compiti indicati dalla legge.

E soprattutto ci appare in tutta la sua importanza la posizione corretta, leale ed altamente civile espressa dalla Federazione degli ordini dei medici, FNOOM la quale, in una dichiarazione della sua presidenza ha espresso l'impegno a collaborare all'applicazione della legge, ha invitato a non incrinare con pressioni esterne la possibilità del medico di avvalersi liberamente dell'esercizio di un diritto di libertà, si è impegnata ad una campagna di educazione sanitaria per la procreazione libera e consapevole, per prevenire l'aborto, sollecitando gli enti locali ad istituire le strutture a tale scopo previste, ha rivolto un appello a tutti i medici ad assistere comunque la donna nella tormentata vicenda posta dall'interruzione della gravidanza, ha impegnato gli ordini provinciali ad applicare i piú drastici provvedimenti contro i medici che proseguissero nella pratica degli aborti clandestini.

Questa presa di posizione della FNOOM è stata accompagnata da una circolare indirizzata a tutti i medici, nella quale oltre alle indicazioni pratiche per l'attuazione della legge è introdotto e difeso il concetto che « l'obiezione di coscienza non esonera dall'assistenza antecedente o conseguente all'intervento di interruzione della gravidanza ». Per parte nostra giudichiamo che il primo piú urgente compito sia quello di assicurare una vasta informazione all'opinione pubblica in modo che tutte

146

le donne siano poste in approfondita conoscenza dei loro nuovi diritti e di tutti gli aspetti della legge. È evidente che una simile campagna costituisce, al tempo stesso un'importante occasione di impegnato dibattito ideale, promotore della grande crescita culturale-sociale che è indispensabile alla utilizzazione la piú feconda della nuova normativa.

Questo impegno di informazione e di promozione deve essere svolto anzitutto dai Comuni e piú capillarmente dalla rete dei *consultori*. Questi organi anzi risaltano come il piú importante strumento di assistenza alla donna e come la sede del piú impegnato sforzo di lotta per spostare l'asse dell'intervento dall'aborto alla prevenzione.

Avuto presente, in particolare che la legge stanzia la ragguardevole somma di 50 miliardi per la costituzione di *consultori familiari,* appare chiaro che uno degli adempimenti piú urgenti è costituito dalla definizione di piani delle regioni per impegnare presidi.

Un vasto tessuto democratico, dalle Regioni ai Comuni o loro Consorzi, ai consultori familiari, deve mettersi in moto per vigilare, promuovere, intervenire, assistere, in modo che la donna comunque non si ritrovi sola ad affrontare i pesanti problemi sia della gravidanza e del parto, sia dell'aborto quando si rende indispensabile.

Questioni di rilevante interesse si pongono allorquando si esamina dove deve essere effettuata l'interruzione della gravidanza. L'art. 8 della legge 194 afferma che tale intervento deve essere compiuto *da un medico del servizio ostetrico-ginecologico presso un ospedale generale*. Avuto presente che un *servizio ostetrico-ginecologico* non è né citato né istituito da alcuna legge antecedente la 194, deve ritenersi che esso sia istituito con questa occasione. Nel nostro giudizio tale *servizio* comprende primariamente la divisione o sezione ostetrico-ginecologica dell'ospedale, ma oltre ad essa anche le strutture ambulatoriali dell'ospedale e in forma dipartimentale con le strutture ospedaliere può comprendere anche strutture territoriali che sono anzitutto quelle poliambulatoriali (che comunque dovranno essere utilizzate dopo la costituzione delle unità sanitarie locali). La legge prevede inoltre che l'interruzione della gravidanza inferiore a 90 giorni possa essere effettuata anche da case di cura private autorizzate dalla Regione.

Vi sono località nelle quali l'attuazione della legge è resa difficile dalla obiezione di coscienza della totalità o di un grande numero di medici delle divisioni ostetricolginecologiche. Non per questo e in nessun caso deve esservi rinuncia all'applicazione della legge; non si dimentichi che essa all'art. 9 afferma che *gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure e la effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza* aggiungendo che *la regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale*.

Le amministrazioni ospedaliere, gli enti locali, le regioni devono assicurare i loro interventi perché negli ospedali in cui si rivela difficile l'utilizzazione della divisione ostetrico-ginecologica, sia disposto l'uso dell'ambulatorio ospedaliero, il quale in un grande numero di casi, con l'aggiunta di alcuni posti letto può assumere la funzione di *day hospital* cioè di ospedale diurno con breve ricovero giornaliero.

La definizione ex-novo del servizio ostetrico-ginecologico può consentire anche l'utilizzazione di personale medico proveniente, ad esempio dalle divisioni di chirurgia. Si abbia presente ad esempio il rilevante numero di casi di ospedali minori in cui le attività ostetriche sono svolte dalla sezione chirurgia. Ciò avvalora la nostra affermazione che nella definizione del servizio ostetrico-ginecologico possono essere compresi anche medici non appartenenti alla divisione di ostetricia-ginecologia ed, in primo luogo, medici della divisione di chirurgia generale.

In qualche caso si sono presentati (in poche province) atteggiamenti di primari ostetrici obiettori di coscienza che hanno affermato non essere ammissibile che altri (ad esempio loro aiuti ed assistenti) possano operare interruzioni di gravidanza nella loro divisione, poiché la legge afferma la responsabilità civile e penale del primario per tutto quel che avviene nella divisione da esso diretta.

È vero che questo affermava la legge ospedaliera del 1938; ma deve ritenersi che in ogni caso le disposizioni della recente legge 194 superino quella disposizione poiché ammettono l'obiezione di coscienza del primario, il quale, nel momento in cui presenta la propria obiezione, decade dalla condizione di responsabile della divisione, per i periodi in cui si effettuano interruzioni di gravidanza.

Possono tuttavia prodursi situazioni nelle quali, con tutta evidenza, un simile atteggiamento del primario o direttore di clinica, rende difficile agli aiuti e assistenti di mettersi a disposizione per

147

effettuazione di aborti, con tutta libertà. Dal primario essi continueranno a dipendere per tutte le altre attività della divisione ed è chiaro che atteggiamenti autoritari o intimidatori possono limitare la loro libertà di scelta. Appare chiaro ancora di piú che l'utilizzazione dell'ambulatorio ospedaliero come day-hospital sottrae in certa misura questi medici secondari dall'influsso primariale.

Va esercitata una viva pressione perché sia rispettato il disposto della legge che impegna le regioni ad assicurare l'effettuazione degli aborti richiesti anche mediante la mobilità del personale. Non dobbiamo tuttavia nasconderci che anche questa prospettiva determina preoccupazioni in taluni medici, che dichiaratisi disponibili, in regioni nelle quali siano largamente presenti gli obiettori di coscienza, temono di divenire abortisti itineranti occupati quasi esclusivamente in questa attività con rischio di dequalificazione professionale.

Per questo motivo abbiamo espresso una certa insistenza nel sollecitare il reperimento di altri medici (chirurghi anzitutto) per determinare una condizione di disponibilità all'effettuazione delle interruzioni di gravidanza richieste anzitutto entro il personale dell'ospedale.

Sottolineiamo infine l'importanza delle recenti direttive del Comitato Centrale costituito dalla legge 349 per lo scioglimento delle mutue, soprattutto per quanto concerne il collegamento organico delle strutture sanitarie territoriali ex-mutualistiche con gli ospedali. A tale riguardo il citato Comitato Centrale ha emesso una direttiva il 14 novembre 1977con la quale è sollecitata la realizzazione di tale collegamento organico dei poliambulatorio specialistici con l'ospedale, mettendo a disposizione anche il relativo personale.

Con questa modificazione rilevante, del passato assetto sanitario, si aprono possibilità importanti anche ai fini dell'attuazione della legge 194, specie laddove il poliambulatorio e l'ospedale realizzano forme di integrazione funzionale ed offrono in tal modo garanzie reali di efficienza e sicurezza.

Conclusivamente si ritiene di poter compendiare i compiti delle Regioni per l'attuazione della legge 194 nei seguenti termini:

1) adeguare le leggi regionali attuative della legge n. 405 del 1975 ai nuovi compiti previsti dall'art. 2 della legge 194 per i consultori familiari. In taluni casi le leggi regionali attuative sono già aperte a questi nuovi compiti; in altri casi (Sicilia e Sardegna) non sono invece neppure state approvate leggi regionali attuative della 405.

Ci sembra indispensabile inoltre che le regioni redigano piani di estensione della rete dei consultori familiari e che si premurino di garantire un loro indirizzo di attività particolarmente dedicato alla prevenzione;

2) organizzare una vasta campagna di informazione dell'opinione pubblica attraverso i Comuni e i consultori (ove esistono) per la conoscenza la piú larga possibile della legge e per assistere le donne che si accingono a far uso dei loro nuovi diritti. A tal fine si rivelano di grande utilità gli incontri pubblici di donne con medici e altri operatori sanitari;

3) definizione, in accordo con i comuni e con le amministrazioni ospedaliere, del *servizio ostetrico-ginecologico* identificando i reparti e i servizi ospedalieri che ad esso concorrono ed i presidi territoriali che vi si collegano in forma dipartimentale;

4) formulazione di un piano da parte della regione con l'identificazione dei presidi pubblici e delle case di cura private disponibili per l'attuazione della legge;

5) disposizione di misure idonee per garantire che nei casi di aborto per cause patologiche dopo i 90 giorni, sia comunque garantito l'intervento e che nelle eventuali circostanze di pericolo per la vita della gestante l'obbligo di assistenza superi l'eventuale condizione di obiezione di coscienza del personale;

6) controllo sui medici provinciali per garantire la corretta attuazione dell'art. 9 della legge in modo che l'obiezione di coscienza sia espressa al di fuori di interventi coercitivi e per assicurare la tutela degli operatori che desiderano mantenere la propria disponibilità escludendo di dichiararsi obiettori;

7) emanazione di disposizioni della regione riguardanti gli oneri di spesa, assicurando che rientrino a carico della spesa ospedaliera della regione, sia gli oneri derivanti dall'effettuazione di interruzioni di gravidanza, sia gli oneri derivanti dal completamento della gravidanza e dal parto riguardanti le donne che non hanno diritto all'assistenza mutualistica;

8) emanazione delle disposizioni occorrenti (di intesa con le Università) per l'effettuazione dei corsi di aggiornamento del personale sanitario sui problemi cui è riferita la legge 194 e per la promozione di incontri e di corsi in cui siano coinvolti oltre agli operatori sanitari anche donne e uomini interessati a tale problematica.

148

NORME PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITA' E SULL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

(LEGGE 22 MAGGIO 1978, n. 194)

Art. 1

Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio.

L'interruzione volontaria della gravidanza, di cui alla presente legge, non è mezzo per il controllo delle nascite.

Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che l'aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite.

Art. 2

I consultori familiari istituiti dalla legge 29 luglio 1975, n. 405, fermo restando quanto stabilito dalla stessa legge, assistono la donna in stato di gravidanza:

a) informandola sui diritti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio;

b) informandola sulle modalità idonee a ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante;

c) attuando direttamente o proponendo all'ente locale competente o alle strutture sociali operanti nel territorio speciali interventi, quando la gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi di cui alla lettera *a*);

d) contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza.

I consultori sulla base di appositi regolamenti o convenzioni possono avvalersi, per i fini previsti dalla legge, della collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato, che possono anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita.

La somministrazione su prescrizione medica, nelle strutture sanitarie e nei consultori, dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procrazione responsabile è consentita anche ai minori.

Art. 3

Anche per l'adempimento dei compiti ulteriori assegnati dalla presente legge ai consultori familiari, il fondo di cui all'articolo 5 della legge 29 luglio 1975, n. 405, è aumentato con uno stanziamento di L. 50.000.000.000 annui, da ripartirsi fra le regioni in base agli stessi criteri stabiliti dal suddetto articolo.

Alla copertura dell'onere di lire 50 miliardi relativo all'esercizio finanziario 1978 si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto nel capitolo 9001 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per il medesimo esercizio. Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le necessarie variazioni di bilancio.

Art. 4

Per l'interruzione volontaria della gravidanza entro i primi novanta giorni, la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito, si rivolge ad un consultorio pubblico istituito ai sensi dell'articolo 2, lettera *a*), della legge 29 luglio 1975, n. 405, o a una struttura socio-sanitaria a ciò abilitata dalla regione, o a un medico di sua fiducia.

Art. 5

Il consultorio e la struttura socio-sanitaria, oltre a dover garantire i necessari accertamenti medici, hanno il compito in ogni caso, e specialmente quando la richiesta di interruzione della gravidanza sia motivata dall'incidenza delle condizioni economiche, o sociali, o familiari sulla salute della gestante, di esaminare con la donna 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, le possibili soluzioni dei problemi proposti, di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione della gravidanza, di metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre, di promuovere ogni opportuno intervento atto a sostenere la

169

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, non ché 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 rilasciatole 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 medico può avvalersi della collaborazione di specialisti. Il medico è tenuto a fornire la documentazione sul caso e a comunicare la sua certificazione al direttore sanitorio 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 altresí 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.

Le percentuali di cui ai punti 1) e 2) dovranno essere non inferiori al 20 per cento e uguali per tutte le case di cura.

Le case di cura potranno scegliere il criterio al quale attenersi, fra i due sopra fissati.

Nei primi novanta giorni gli interventi di interruzione della gravidanza dovranno altresí poter essere effettuati, dopo la costituzione delle unità socio-sanitarie locali, presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla regione.

Il certificato rilasciato ai sensi del terzo comma dell'articolo 5 e, alla scadenza dei sette giorni, il documento consegnato alla donna ai sensi del quarto comma dello stesso articolo costituiscono titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero.

Art. 9

Il personale sanitario ed esercente le attivit ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dell'ospedale o dalla casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento dell'abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette alla interruzione della gravidanza o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che comporti l'esecuzione di tali prestazioni.

L'obiezione può essere revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al precedente comma, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione al medico provinciale.

L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento.

Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale.

L'obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo.

L'obiezione di coscienza si intende revocata, con effetto immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge, al di fuori dei casi di cui al comma precedente.

Art. 10

L'accertamento, l'intervento, la cura e l'eventuale degenza relativi alla interruzione della gravidanza nelle circostanze previste dagli articoli 4 e 6, ed attuati nelle istituzioni sanitarie di cui all'articolo 8, rientrano fra le prestazioni ospedaliere trasferite alle regioni dalla legge 17 agosto 1974, n. 386.

Sono a carico della regione tutte le spese per eventuali accertamenti, cure o degenze necessarie per il compimento della gravidanza nonché per il parto, riguardanti le donne che non hanno diritto all'assistenza mutualistica.

Le prestazioni sanitarie e farmaceutiche non previste dai precedenti commi e gli accertamenti effettuati secondo quanto previsto dal secondo comma dell'articolo 5 e del primo comma dell'articolo 7 da medici dipendenti pubblici, o che esercitino la loro attività nell'ambito di strutture pubbliche o convenzionate con la regione, sono a carico degli enti mutualistici, sino a che non sarà istituito il servizio sanitario nazionale.

Art. 11

L'ente ospedaliero, la casa di cura o il poliambulatorio nei quali l'intervento è stato effettuato sono tenuti ad inviare al medico provinciale competente per territorio una dichiarazione con la quale il medico che lo ha eseguito dà notizia dell'intervento stesso e della documentazione sulla base della quale è avvenuto, senza fare menzione dell'identità della donna.

Le lettere *b)* e *f)* dell'articolo 103 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con il regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, sono abrogate.

Art. 12

La richiesta di interruzione della gravidanza secondo le procedure della prestnte legge è fatta personalmente dalla donna.

Se la donna è di età inferiore ai diciotto anni, per l'interruzione della gravidanza è richiesto l'assenso di chi esercita sulla donna stessa la potestà o la tutela. Tuttavia, nei primi novanta giorni, quando vi siano seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle persone esercenti la potestà o la tutela, oppure queste, interpellate, rifiutino il loro assenso o esprimano pareri tra loro difformi, il consultorio o la struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, espleta i compiti e le procedure di cui all'articolo 5 e rimette entro sette giorni dalla richiesta una relazione, corredata del proprio parere, al giudice tutelare del luogo in cui esso opera. Il giudice tutelare, entro cinque giorni, sentita la donna e tenuto conto della sua volontà, delle ragioni che adduce e della relazione trasmessagli, può autorizzare la donna, con atto non soggetto a reclamo, a decidere la interruzione della gravidanza.

Qualora il medico accerti l'urgenza dell'intervento a causa di un grave pericolo per la salute della minore di diciotto anni, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela e senza adire il giudice tutelare, certifica l'esistenza delle condizioni che giustificano l'interruzione della gravidanza. Tale certificazione costituisce titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero.

Ai fini dell'interruzione della gravidanza dopo i primi novanta giorni, si applicano anche alla minore di diciotto anni le procedure di cui all'articolo 7, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela.

Art. 13

Se la donna è interdetta per infermità di mente, la richiesta di cui agli articoli 4 e 6 può essere presentata, oltre che da lei personalmente, anche dal tutore o dal marito non tutore, che non sia legalmente separato.

Nel caso di richiesta presentata dall'interdetta o dal marito, deve essere sentito il parere del tutore. La richiesta presentata dal tutore o dal marito deve essere confermata dalla donna.

Il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, trasmette al giudice tutelare, entro il termine di sette giorni dalla presentazione della richiesta, una relazione contenente ragguagli sulla domanda e sulla sua provenienza, sull'atteggiamento comunque assunto dalla donna e sulla gravità e specie dell'infermità mentale di essa nonché il parere del tutore, se espresso.

Il giudice tutelare, sentiti se lo ritiene opportuno gli interessati, decide entro cinque giorni dal ricevimento della relazione, con atto non soggetto a reclamo.

Il provvedimento del giudice tutelare ha gli effetti di cui all'ultimo comma dell'articolo 8.

Art. 14

Il medico che esegue l'interruzione della gravidanza è tenuto a fornire alla donna le informazioni e le indicazioni sulla regolazione delle nascite nonché a renderla partecipe dei procedimenti abortivi, che devono comunque essere attuati in modo da rispettare la dignità personale della donna.

In presenza di processi patologici, fra cui quelli relativi ad anomalie o malformazioni del nascituro, il medico che esegue l'interruzione della gravidanza deve fornire alla donna i ragguagli necessari per la prevenzione di tali processi.

Art. 15

Le regioni, d'intesa con le università e con gli enti ospedalieri, promuovono l'aggiornamento del personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sui problemi della procreazione cosciente e responsabile, sui metodi anticoncezionali, sul decorso della gravidanza, sul parto e sull'uso delle tecniche piú moderne, piú rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza. Le regioni promuovono inoltre corsi ed incontri ai quali possono partecipare sia il personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sia le persone interessate ad approfondire le questioni relative all'educazione sessuale, al decorso della gravidanza, al parto, ai metodi anticoncezionali e alle tecniche per l'interruzione della gravidanza.

Al fine di garantire quanto disposto dagli articoli 2 e 5, le regioni redigono un programma annuale d'aggiornamento e di informazione sulla legilazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali esistenti nel territorio regionale.

Art. 16

Entro il mese di febbraio, a partire dall'anno successivo a quello dell'entrata in vigore della presente legge, il Ministro della sanità presenta al Parlamento una relazione sull'attuazione della legge stessa e sui suoi effetti, anche in riferimento al problema della prevenzione.

Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie entro il mese di gennaio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministro.

Analoga relazione presenta il Ministro di grazia e giustizia per quanto riguarda le questioni di specifica competenza del suo Dicastero.

Art. 17

Chiunque cagiona ad una donna per colpa l'interruzione della gravidanza è punito con la reclusione da tre mesi a due anni.

Chiunque cagiona ad una donna per colpa un parto prematuro è punito con la pena prevista dal comma precedente, diminuita fino alla metà.

Nei casi previsti dai commi precedenti, se il fatto è commesso con la violazione delle norme poste a tutela del lavoro la pena è aumentata.

Art. 18

Chiunque cagiona l'interruzione della gravidanza senza il consenso della donna è punito con la reclusione da quattro a otto anni. Si considera come non prestato il consenso estorto con violenza o minaccia ovvero carpito con l'inganno.

La stessa pena si applica a chiunque provochi l'interruzione della gravidanza con azioni dirette a provocare lesioni alla donna.

Detta pena è diminuita fino alla metà se da tali lesioni deriva l'acceleramento del parto.

Se dai fatti previsti dal primo e dal secondo comma deriva la morte della donna si applica la reclusione da otto a sedici anni; se ne deriva una lesione personale gravissima si applica la reclusione da sei a dodici anni; se la lesione personale è grave questa ultima pena è diminuita.

Le pene stabilite dai commi precedenti sono aumentate se la donna è minore degli anni diciotto.

Art. 19

Chiunque cagiona l'interruzione volontaria della gravidanza senza l'osservanza delle modalità indicate negli articoli 5 o 8, è punto con la reclusione sino a tre anni.

La donna è punita con la multa fino a lire centomila.

Se l'interruzione volontaria della gravidanza avviene senza l'accertamento medico dei casi previsti dalle lettere *a*) e *b*) dell'articolo 6 o comunque senza l'osservanza delle modalità previste dall'articolo 7, chi la cagiona è punito con la reclusione da uno a quattro anni.

La donna è punita con la reclusione sino a sei mesi.

Quando l'interruzione volontaria della gravidanza avviene su donna minore degli anni diciotto, o interdetta, fuori dei casi o senza l'osservanza delle modalità previste dagli articoli 12 e 13, chi la cagiona è punito con le pene rispettivamente previste dai commi precedenti aumentate fino alla metà. La donna non è punibile.

Se dai fatti previsti dai commi precedenti deriva la morte della donna, si applica la reclusione da tre a sette anni; se ne deriva una lesione personale gravissima si applica la reclusione da due a cinque anni; se la lesione personale è grave questa ultima pena è diminuita.

Le pene stabilite dal comma precedente sono aumentate se la morte o la lesione della donna derivano dai fatti previsti dal quinto comma.

Art. 20

Le pene previste dagli articoli 18 e 19 per chi procura l'interruzione della gravidanza sono aumentate quando il reato è commesso da chi ha sollevato obiezioni di coscienza ai sensi dell'articolo 9.

Art. 21

Chiunque, fuori dei casi previsti dall'articolo 326 del codice penale, essendone venuto a conoscenza per ragioni di professione o di ufficio, rivela l'identità — o comunque divulga notizie idonee a rilevarla — di chi ha fatto ricorso alle procedure o agli interventi previsti dalla presente legge, è punito a norma dell'articolo 622 del codice penale.

Art. 22

Il titolo X del libro II del codice penale è abrogato.

Sono altresí abrogati il n. 3) del primo comma e il n. 5) del secondo comma dell'articolo 583 del codice penale.

Salvo che sia stata pronunciata sentenza irrevocabile di condanna, non è punibile per il reato di aborto di donna consenziente chiunque abbia commesso il fatto prima dell'entrata in vigore della presente legge, se il giudice accerta che sussistevano le condizioni previste dagli articoli 4 e 6.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserta nella Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

DOCUMENTAZIONE

Pubblichiamo qui, in relazione ai problemi posti dalla legge 194, una **dichiarazione della Federazione nazionale degli Ordini dei medici** ed una sua **circolare indirizzata agli Ordini provinciali** in data 13 giugno 1978

DICHIARAZIONE

Siamo di fronte a una Legge dello Stato. La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, quale Ente di Diritto Pubblico, Organo ausiliario della Pubblica Amministrazione, è tenuta perciò al rispetto delle leggi e, per quanto di sua competenza, a collaborare per la loro applicazione.

A cinque giorni di distanza dall'entrata in vigore della legge, la Federazione ritiene, tuttavia, di rivolgere un invito a non drammatizzare con azzardate previsioni e a non incrinare con qualsiasi pressione esterna la possibilità per il medico di avvalersi liberamente —e soltanto di fronte alla propria coscienza — dell'esercizio di un diritto di libertà.

La Federazione si impegnerà a promuovere campagne di educazione sanitaria al fine di collaborare all'applicazione della legge per renderne valida la sua finalità primaria, che è quella di garantire il diritto alla procreazione responsabile, e con ciò di prevenire l'aborto, considerato da tutte le parti politiche, sociali, morali e religiose del Paese come un evento drammatico e traumatizzante per la donna.

La Federazione, inoltre, promuoverà spinte e verifiche nel Paese al fine di sollecitare, da parte degli Enti locali, la istituzione e la corretta funzionalità delle strutture pubbliche previste dalla legge a tutela della maternità.

La Federazione, rispetto all'obiezione di coscienza, giudica entrambe le scelte che il medico può fare conformi ai principi della deontologia professionale, purché le scelte stesse rispondano effettivamente alla personale convinzione morale, religiosa e ideologica di ciascun sanitario, e siano esercitate resistendo a suggestioni, strumentalizzazioni o interessi di qualunque origine, che possano coartare la sua libera scelta di coscienza.

La Federazione rivolge un appello a tutti i Medici italiani, obiettori e non, e, in particolare, ai medici di famiglia, affinché vogliano accompagnare e assistere la donna nella tormentata vicenda personale posta dal problema dell'interruzione della gravidanza, anche in considerazione che la legge non è un mezzo per il controllo delle nascite, ma, al contrario, ha lo scopo di assistere la donna in stato di gravidanza.

La Federazione rivolge, infine, un fermo invito a tutti gli Ordini provinciali dei Medici, pur nel rispetto della loro autonomia decisionale, affinché vogliano esercitare la piú attenta sorveglianza e applicare drastici provvedimenti disciplinari nei confronti di qualsiasi medico che procuri aborto clandestino e sanzioni ancora piú gravi, le massime, fino alla radiazione dall'Albo dei medici, qualora il reato sia commesso da sanitari che abbiano esercitato il diritto di obiezione di coscienza.

CIRCOLARE

La Gazzetta Ufficiale n. 140 del 22 maggio 1978 ha pubblicato la Legge n. 194 di pari data, contenente « Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza ».

La Legge, che è entrata in vigore il 6 giugno u.s. ha lo scopo, come si evince dall'art. 1, di garantire il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconoscendo il valore sociale della maternità e tutelando la vita umana dal suo inizio.

Nello stesso tempo, pur sancendo il principio che la interruzione volontaria della gravidanza non è mezzo per il controllo delle nascite, la legge stabilisce norme che disciplinano detta interruzione volontaria della gravidanza, ritenendola ammissibile qualora ricorrano determinate circostanze.

La disciplina dettata a quest'ultimo fine è nettamente differenziata a seconda che l'interruzione sia praticata entro o dopo i novanta giorni dal concepimento (artt. 4 e 6).

1) INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA ENTRO I PRIMI NOVANTA GIORNI, NEI CONFRONTI DI GESTANTE MAGGIORENNE E NON INTERDETTA.

L'art. 4 ammette l'interruzione della gravidanza entro i primi novanta giorni, quando la donna « accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di sa-

lute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito ».

La donna che intenda avvalersi dei diritti che le derivano dalla presente legge, deve rivolgersi ad un consultorio pubblico o ad una struttura socio-sanitaria a ciò abilitata dalla Regione o ad un medico di sua fiducia. E importante rilevare che in detta fase preliminare il compito delle strutture pubbliche e del medico è quello di aiutare, ove possibile, la donna a rimuovere le cause che la inducono alla interruzione della gravidanza e di offrirle ogni aiuto, sia durante la gravidanza, sia dopo il parto.

Per quanto riguarda, in particolare, l'ipotesi che la donna si rivolga al medico di sua fiducia, si consiglia il medico di provvedere ai seguenti adempimenti preliminari:

— *accertare l'identità e l'età della donna,* anche mediante richiesta di un documento di riconoscimento. Ciò in quanto la legge prevede una apposita procedura per quanto riguarda l'interruzione della gravidanza da parte della donna di età inferiore a 18 anni, l'inosservanza della quale comporta per il medico la sanzione prevista dall'art. 19 (reclusione da 18 mesi a 6 anni).

La richiesta del documento di identità, è, inoltre, motivata dal fatto che il medico dovrà rilasciare, ai sensi dell'art. 5, alla donna che intende abortire, copia di un documento che costituisce titolo per ottenere l'interruzione della gravidanza e ciò per evitare, ad esempio, che altra donna possa utilizzare detto documento.

— *assicurarsi che la donna non risulti interdetta per infermità di mente,* richiedendole lo estratto dell'atto di nascita o il certificato comprovante il pieno godimento dei diritti civili. Anche se dette formalità non sono espressamente richieste dalla legge, appaiono implicitamente necessarie per una corretta applicazione della legge stessa e per tutelare e garantire il medico di fiducia nei casi in cui questi non abbia diretta conoscenza della donna. Ciò in quanto per l'interruzione della gravidanza dell'interdetta l'art. 13 prevede particolari modalità, la cui inosservanza comporta per il medico, come per il caso della minore, la sanzione della reclusione da 18 mesi a 6 anni.

È compito, inoltre, del medico (art. 5, 2° comma):

— *compiere* gli accertamenti sanitari necessari;

— *valutare* « 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 »;

— *informare* la donna « sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale cui può far ricorso, nonché sui consultori e le strutture socio-sanitarie ».

Qualora il medico riscontri l'esistenza di condizioni tali da rendere *urgente* l'intervento, deve:

— *rilasciare* immediatamente alla donna un certificato attestante l'urgenza.

Con tale certificato quest'ultima può presentarsi per l'interruzione della gravidanza ad una delle sedi autorizzate.

Se il medico non riscontra il caso di urgenza, al termine dell'incontro, di fronte alla richiesta della donna di interrompere la gravidanza sulla base delle circostanze previste, 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.*

Si ritiene che l'imminente scadenza del termine dei novanta giorni non configuri, di per sè, un caso di urgenza, dovendo l'urgenza stessa riscontrarsi soltanto in relazione a condizioni obiettive che giustifichino l'intervento.

Si richiama l'attenzione sul fatto che, dato che la legge richiede il rilascio di una copia di detto documento, è implicito che l'originale deve essere conservato dal medico, e che, inoltre, anche in questo caso devono essere indicate la data del rilascio e le generalità della donna.

Trascorsi i sette giorni, la donna può presentarsi presso una delle sedi autorizzate per ottenere la interruzione della gravidanza, sulla base del documento di cui sopra.

2) INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA ENTRO I PRIMI NOVANTA GIORNI, NEI CONFRONTI DI GESTANTE MINORE OD INTERDETTA PER INFERMITA' DI MENTE.

La legge dispone che la richiesta di interruzione della gravidanza è fatta personalmente dal la donna, peraltro nel caso della minore o dell'interdetta sono, inoltre, previste particolari formalità.

Per quanto riguarda la *minore* è richiesto l'assenso di chi esercita sulla donna la potestà o la tutela, tuttavia quando vi siano seri motivi che

impediscano o sconsiglino la consultazione di queste persone o esse rifiutino l'assenso o esprimano pareri tra lro difformi, il medico espleta i compiti e le procedure preliminari all'intervento interruttivo della gravidanza ed inoltra al giudice tutelare del luogo in cui esercita, entro sette giorni, una relazione corredata del proprio parere.

Qualora il medico accerti l'*urgenza* dell'intervento a causa di un grave pericolo per la salute della minore, senza l'osservanza di altre procedure, *certifica* l'esistenza delle condizioni che giustificano la interruzione della gravidanza.

Tale certificazione costituisce titolo per ottenere, in via d'urgenza, l'intervento e, se necessario, il ricovero.

Per quanto riguarda la donna *interdetta* per infermità di mente, l'art. 13 dispone che la richiesta di interruzione volontaria della gravidanza può essere presentata:

— dalla donna, personalmente (in tal caso deve essere sentito il parere del tutore);

— dal tutore (in tal caso deve essere confermata dalla donna);

— dal marito, ancorché con tutore e che non sia legalmente separato (in tal caso deve essere confermata dalla donna e deve essere sentito il parere del tutore).

In questi casi è compito del medico:

— *trasmettere,* entro sette giorni, al giudice tutelare una relazione contenente ragguagli sulla domanda e sulla sua provenienza, sull'atteggiamento comunque assunto dalla donna e sulla gravità e specie dell'infermità mentale di essa, nonché il parere del tutore, se espresso.

La legge non disciplina il caso di urgenza per l'interruzione della gravidanza da parte della interdetta. Si ritiene comunque — in analogia con quanto previsto per la minore — che il medico che riscontri l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento, dovrà ugualmente rilasciare alla donna interdetta un certificato attestante l'urgenza.

Su tale interpretazione, stante la mancata previsione della fattispecie nella legge, è stato chiesto parere al Ministero della Sanità.

3) INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA DOPO I PRIMI NOVANTA GIORNI ANCHE NEI CONFRONTI DI GESTANTE MINORE OD INTERDETTA PER INFERMITA' DI MENTE.

L'art. 6 prevede tassativamente due casi in cui può essere praticata l'interruzione volontaria della gravidanza dopo i primi novanta giorni:

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

b) - quando 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.

La sussistenza di uno dei casi di cui sopra (in base all'art. 7) deve essere *accertata da un medico del servizio ostetrico-ginecologico dell'Ente ospedaliero* in cui deve praticarsi l'intervento, il quale certifica la esistenza dei processi patologici che configurano detti casi, avvalendosi, qualora lo ritenga opportuno, della collaborazione di specialisti.

Detto medico è tenuto altresí a fornire la documentazione sul caso e a comunicare la sua certificazione al direttore sanitario dell'ospedale per l'intervento da praticarsi immediatamente.

La legge, art. 7, 2° comma, ammette tuttavia che l'intervento possa avvenire anche senza lo svolgimento delle procedure anzidette e al di fuori delle sedi autorizzate — *ovverosia ad opera di un medico non appartenente al servizio ostetrico-ginecologico ospedaliero* — qualora la interruzione della gravidanza si renda necessaria per imminente perciolo per la vita della donna.

In tal caso il medico che ha praticato l'intervento è tenuto a darne comunicazione al Medico Provinciale.

La legge dispone, inoltre, che quando sussista la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso in cui « La gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna » e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto.

Nella ipotesi di interruzione della gravidanza oltre i novanta giorni in donna minore o interdetta, non è necessario l'assenso dell'esercente la patria potestà o del tutore al fine del perfezionamento della richiesta di aborto. Spetta al medico, però, informare, al piú presto possibile, il giudice tutelare delle circostanze che hanno reso necessario il superamento delle procedure.

Anche su tale interpretazione della norma è stato chiesto il conforto del Ministro della Sanità al quale è stato inviato apposito quesito.

4) L'INTERVENTO INTERRUTTIVO DELLA GRAVIDANZA

Circa il luogo dove è praticata l'interruzione

156

della gravidanza l'art. 8 indica tassativamente le seguenti sedi:

a) *gli ospedali generali* indicati nell'art. 20 della legge 12 febbraio 1968, n. 132. In questo caso l'intervento è praticato da un medico del servizio ostetrico-ginecologico il quale verifica anche l'inesistenza di controindicazioni sanitarie;

b) *gli ospedali pubblici specializzati;*

c) *gli istituti ed enti* di cui all'art. 1, penultimo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132 (istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera);

d) *le istituzioni* di cui alla legge 26 novembre 1973, n. 817 (ospedali religiosi acattolici) e al D.P.R. 18 giugno 1958 n. 754 (Facoltà di medicina e chirurgia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano).

Per gli enti di cui alle lettere b), c), d) gli interventi in parola possono essere eseguiti a condizione che i rispettivi organi di gestione ne facciano richiesta.

Inoltre nei primi novanta giorni l'interruzione della gravidanza può essere praticata anche presso:

e) *case di cura autorizzate dalla Regione* fornite di requisiti igienico-sanitari e di adeguati servizi ostetrico-ginecologici.

Sempre nei primi novanta giorni gli interventi di interruzione della gravidanza dovranno poter essere effettuati, dopo la costituzione delle unità socio-sanitarie locali, presso

f) *poliambulatori pubblici* adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla Regione.

È opportuno evidenziare che in osservanza del dettato dell'art. 11 il medico che ha eseguito lo intervento deve approntare una relazione sull'intervento stesso e sulla documentazione in base alla quale è avvenuto, senza fare menzione dell'identità della donna. Il compito di inviare tale demandato all'ente ospedaliero, alla casa di cura dichiarazione al medico provinciale è dalla legge o al poliambulatorio nei quali l'intervento è stato effettuato.

5) OBIEZIONE DI COSCIENZA

L'art. 9 espressamente prevede per il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie la possibilità di sollevare obiezione di coscienza con preventiva dichiarazione.

La norma dispone che il sanitario che vuole sollevare obiezione di coscienza deve:

— *comunicarlo* con dichiarazione al medico provinciale;

— *comunicare* la dichiarazione di cui sopra anche al direttore sanitario qualora sia dipendente da un ospedale o da una casa di cura, *entro i seguenti termini:* entro un mese dall'entrata in vigore della legge (e cioè entro il 6 luglio p.v.) o entro 1 mese dal conseguimento dell'abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette all'interruzione della gravidanza o entro un mese dalla stipulazione di una convenzione con Enti previdenziali che comporti la esecuzione di tali prestazioni (appare altresí opportuno che i medici convenzionati con Enti previdenziali *comunichino* la dichiarazione di obiezione di coscienza anche agli Enti stessi).

Per quanto riguarda il periodo transitorio, come già precisato con circolare espresso n. 55 del 3 giugno 1978, il medico dovrà tenere un comportamento coerente, nel senso che dovrà, sin dal momento in cui è chiamato a compiere atti interruttivi della gravidanza, considerarsi obiettore o non obiettore.

La legge dispone inoltre che l'obiezione può sempre essere revocata con effetto immediato e venire proposta anche al di fuori dei termini innanzi indicati, ma in tale ultimo caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione al medico provinciale.

Gli operatori sanitari che abbiano sollevato obiezione di coscienza, nel rispetto delle modalità stabilite dalla legge, non sono tenuti a prendere parte alle procedure di cui agli Artt. 5 e 7 ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza, ma in ogni caso *l'obiezione di coscienza non esonera dalla assistenza antecedente e conseguente all'intervento.*

Gli ultimi due comma dell'art. 9 dispongono infine che: « l'obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo.

L'obiezione di coscienza si intende revocata, con effetto immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge, al di fuori dei casi di cui al comma precedente ».

157

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 altresí 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, altresí 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 interdetta, fuori dei casi o senza l'osservanza del le 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 cosí 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 piú 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 piú 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 piú 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 piú 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 piú 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 cosí 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 piú costosi (farmaci, esami specialistici, ricoveri ospedalieri). Questi sono gli obiettivi principali da raggiungere e solo a queste condizioni la maggiore spesa, per giunta cosí 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 piú 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.

160

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 sagiata	12,69	12,69	12,69	38,07
Indennità ferie	5,08	5,21	5,34	15,63
Totale parziale	*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
Totale parziale	*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
Totale parziale	*49,15*	*97,30*	*118,30*	*264,75*
Totale	145,15	195,42	218,84	559,41

2. Coltivatori diretti

Totali	46,83	46,83	46,83	140,49
Totale generale 1+2 (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-

162

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.

163

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 massimale 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 massimale 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-

164

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 comulabili, purché non si riferiscano ad attività svolte negli stessi periodi. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio piú 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.

Art. 13
Massimale di scelte e sue limitazioni

I medici iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 1.500 unità.

Eventuali deroghe al suddetto massimale potranno essere autorizzate, in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato ed anche con specifico riferimento alle scelte dei lavoratori lavoratori autonomi, dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano, previa domanda motivata del rappresentante degli Enti e gestioni estinti, sentiti i Comuni interessati e previo esame da parte del Comitato di cui all'art. 14.

Nei confronti del medico che, oltre ad essere iscritto negli elenchi, svolga altra attività compatibile con tale iscrizione, il massimale delle scelte è ridotto in misura proporzionale al numero delle ore settimanali che il medesimo dedica alle suddette altre attività.

Ai fini di tale calcolo si assume convenzionalmente che il massimale di scelte corrisponde, per il medico generico e pediatra, ad un impegno settimanale pari a 40 ore di attività.

L'attività del medico condotto, con o senza il contestuale espletamento di compiti di ufficiale sanitario, comporta in ogni caso la riduzione del massimale nella misura del 5%.

Lo svolgimento di altre attività, anche liberoprofessionali, compatibili con l'iscrizione negli elenchi, non deve comportare pregiudizio al corretto e puntuale assolvimento degli obblighi del medico, a livello sia ambulatoriale che domiciliare, nei confronti degli assistibili che lo hanno prescelto.

Art. 14
Comitato Provinciale

In ciascuna Provincia o diverso ambito territoriale risultante da provvedimento legislativo regionale in materia di decentramento amministrativo è istituito un Comitato di gestione composto di:

1 rappresentante della Regione, con funzioni di Presidente;

6 rappresentanti dei sindacati medici firmatari della presente convenzione;

4 membri designati dalla Regione rispettivamente tre per i settori del lavoro dipendente privato e pubblico e uno del lavoro autonomo;

1 membro, designato dalla Regione in rappresentanza degli organismi locali di assistenza sanitaria.

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

Gli Enti erogatori sono tenuti a fornire il personale necessario per l'assolvimento dei compiti affidati al Comitato di gestione tenendo conto delle indicazioni fornite dal Comitato Centrale di cui all'art. 4 della Legge 349/77.

La qualità di membro del Comitato Provinciale non è compatibile con quella di membro del Comitato Regionale di cui all'art. 15.

La sede del Comitato è indicata dalla Regione, sentiti i sindacati medici firmatari della presente convenzione.

Il Comitato ha i seguenti compiti:

a) applica il « rapporto ottimale »;

b) comunica all'Ordine dei Medici, almeno due mesi prima della scadenza del termine per la presentazione delle domande di cui all'art. 3, le località carenti di assistenza medico-generica, individuate dalla Regione;

c) provvede alla formazione della graduatoria provinciale e alla sua pubblicazione ai sensi dell'art. 4;

d) provvede alla formazione delle graduatorie locali e alla loro pubblicazione;

e) provvede alla formazione e alla tenuta degli elenchi;

f) procede all'iscrizione dei medici negli elenchi, stabilendo il massimale di scelte acquisibile da ciascuno di essi;

g) esamina le richieste di deroga temporanea ai massimali di scelte, di cui all'art. 13;

h) autorizza le scelte in deroga ai sensi dell'art. 17;

i) assume le iniziative connesse all'aggiornamento professionale, ai sensi dell'art. 33;

l) assume iniziative al fine di indirizzare le richieste di visite occasionali verso medici con meno di 1.000 scelte;

m) trasmette agli Enti, per la decisione di competenza, gli atti relativi ad eventuali inadempienze che risultino a carico degli assistibili;

n) adotta tutti gli altri provvedimenti ed iniziative che gli sono demandati dalla presente convenzione.

Art. 15
Comitato Regionale

In ciascuna Regione è istituito un Comitato composto di:

1 rappresentante della Regione, con funzioni di Presidente;

166

5 rappresentanti designati dai sindacati medici firmatari della convenzione;

4 membri designati dalla Regione rispettivamente tre per i settori del lavoro dipendente privato e pubblico e uno del lavoro autonomo.

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

La sede del Comitato è indicata dalla Regione, sentiti i sindacati medici firmatari della presente convenzione.

Il Comitato riceve e definisce i ricorsi contro gli atti del Comitato Provinciale.

I ricorsi devono essere proposti entro 30 giorni dalla notifica e non hanno effetto sospensivo dei provvedimenti impugnati.

Il Comitato inoltre:

a) assume iniziative per il coordinamento dell'aggiornamento professionale di cui all'art. 33;

b) assume iniziative verso gli assistiti per un corretto ricorso al servizio di assistenza medico-generica e pediatrica;

c) formula indirizzi e proposte per l'attuazione della guardia medica e per l'assistenza nelle località turistiche;

d) svolge ogni altro compito affidatogli dalla presente convenzione.

Art. 16
Funzionamento dei Comitati

I Comitati di cui agli artt. 14 e 15 sono validamente riuniti se è presente la maggioranza dei loro componenti e deliberano a maggioranza dei presenti.

In caso di parità prevale il voto del Presidente.

Art. 17
Scelta del medico

La costituzione e lo svolgimento del rapporto fra medico e assistibile sono fondati sull'elemento fiducia.

Ciascun assicurato o avente diritto, all'atto del rilascio del documento di iscrizione, sceglie direttamente per se' e per i propri familiari il medico di fiducia tra quelli iscritti nell'elenco dell'ambito territoriale, definito ai sensi del'art. 3, in cui è compresa la residenza dell'avente diritto medesimo.

Il familiare che abbia raggiunto la maggiore età può effettuare personalmente la scelta del medico.

Il Comitato di cui all'art. 14 può consentire che la scelta sia effettuata in favore di un medico iscritto in un elenco diverso da quello proprio dell'ambito territoriale in cui l'assistibile è residente quando la scelta sia o diventi obbligata, oppure quando per ragioni di vicinanza o di migliore viabilità la residenza dell'assistibile graviti su un ambito limitrofo e tutte le volte che gravi o obiettive circostanze ostacolino la normale erogazione dell'assistenza.

La scelta è a tempo indeterminato.

Art. 18
Revoca e recusazione della scelta

L'assistibile può revocare in ogni tempo la scelta effettuata dandone comunicazione al competente ufficio.

Contemporaneamente alla revoca, l'assistibile deve effettuare una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.

Il medico che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistibile può in ogni tempo recusare la scelta, dandone comunicazione al competente ufficio.

Agli effetti assistenziali la recusazione decorre dal sedicesimo giorno successivo alla sua comunicazione.

Non è consentita la recusazione quando nel Comune non sia operante altro medico, salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità da accertarsi da parte del Comitato di cui all'art. 14.

Art. 19
Revoche d'ufficio

La revoca della scelta da operarsi d'ufficio per cessazione o perdita del diritto all'assistenza, per morte o trasferimento dell'assistibile ha effetto dal giorno del verificarsi dell'evento che determina la revoca.

Nel caso peraltro che l'Ente non provveda entro 12 mesi dalla cessazione o perdita del diritto, dalla morte o dal trasferimento, a darne notizia al medico interessato, la revoca viene operata con effetto retroattivo di dodici mesi prima della comunicazione.

La scelta revocata per perdita del diritto, ove venga successivamente accertata la permanenza dello stesso, è riattribuita con effetto dalla data della cancellazione.

Non possono essere operate revoche per omessa convalida del documento d'iscrizione se non sia documentato che la mancata convalida dipende da perdita del diritto all'assistenza.

Le cancellazioni per « doppia iscrizione » decorrono dalla data della seconda attribuzione nel caso di scelta posta due volte in carico allo stesso

medico. Se trattasi di medici diversi, la cancellazione decorre dalla data della comunicazione al medico interessato.

Con l'applicazione della presente convenzione decadono i coefficienti di mobilità eventualmente corrisposti dagli Enti in base alle norme preesistenti.

Art. 20
Scelta, revoca, recusazione effetti economici

Ai fini della corresponsione dei compensi la scelta, la revoca e la recusazione, salvo quanto previsto dai commi che seguono e dal punto 5 delle « norme transitorie », decorrono dal primo giorno del mese in corso e dal primo giorno del mese successivo a seconda che intervengano nella prima o nella seconda metà del mese.

Il rateo mensile dei compensi è frazionabile in ragione del numero dei giorni di cui è composto il mese al quale il rateo stesso si riferisce, quando le variazioni dipendano dal trasferimento del medico, la cancellazione o sospensione del medico dall'elenco oppure da recusazione obbligatoria ai sensi del punto 4 delle norme transitorie.

Per gli assistibili che per la prima volta, dopo l'entrata in vigore della presente convenzione, sono iscritti presso gli Enti, la scelta decorre dalla data in cui insorge il diritto all'assistenza se essa è effettuata nel corso dello stesso anno solare; in caso contrario, gli effetti economici decorrono dall'inizio dell'anno solare in cui la scelta viene eseguita.

Il disposto di cui al comma precedente si applica anche nel caso di nuova iscrizione conseguente alla riacquisizione del diritto all'assistenza.

Il terzo e il quarto comma del presente articolo non trovano applicazione nel caso che il medico pretenda il pagamento di onorari direttamente dall'assistibile prima che questo abbia espresso la scelta in suo favore.

Art. 21
Elenchi nominativi e variazioni mensili

Annualmente gli Enti inviano ai medici l'elenco nominativo delle scelte in carico a ciascuno di essi.

Gli Enti inoltre comunicano mensilmente ai singoli medici le variazioni nominative e il riepilogo numerico relativo alle scelte e alle revoche avvenute durante il mese precedente, allegandovi le copie delle dichiarazioni di scelta o revoca.

Art. 22
Apertura degli ambulatori

L'ambulatorio dei medici iscritti negli elenchi — salvo quanto previsto in materia di orario di guardia medica — deve essere aperto agli aventi diritto per cinque giorni la settimana, secondo un congruo orario determinato autonomamente dal sanitario in base al numero delle scelte acquisite e comunque in maniera tale che sia assicurato il funzionamento dell'assistenza.

Nelle giornate di sabato il medico non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale, ma è obbligato a eseguire le visite domiciliari richieste entro le ore 10 dello stesso giorno nonché quelle, eventualmente ancora non effettuate, richieste dopo le ore 10 del giorno precedente.

Nei giorni prefestivi valgono le stesse disposizioni previste per il sabato, con l'obbligo però di effettuare attività ambulatoriale per i medici che in quel giorno la svolgano ordinariamente al mattino.

L'orario come sopra determinato deve essere comunicato al Comitato di cui all'art. 14 ed esposto all'ingresso dell'ambulatorio.

Le visite ambulatoriali, salvi i casi di urgenza, vengono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione.

Art. 23
Prestazioni in forma diretta

Per poter erogare prestazioni dirette a carico degli Enti, salvo quanto previsto dai successivi artt. 27, 35 e 36, il medico deve accertare, attraverso l'apposito documento rilasciato dagli Enti stessi, che il richiedente abbia diritto alle suddette prestazioni e che abbia effettuato la scelta in suo favore.

Al fine di fruire delle prestazioni in forma diretta, l'avente diritto deve curare tempestivamente l'aggiornamento del proprio documento e la scelta del medico, anche in occasione di iscrizione di nuovi familiari.

Il medico a nessun titolo può percepire onorari o compensi dall'assistibile che lo ha scelto, eccezion fatta per attività di certificazione non attinenti ai compiti che il medico stesso deve svolgere ai sensi della presente convenzione.

Art. 24
Compiti del medico

Le prestazioni del medico generico compren-

dono le visite domiciliari ed ambulatoriali a scopo diagnostico-terapeutico e preventivo individuale, le prestazioni ambulatoriali nonché le prestazioni di natura « extra » di cui all'allegato elenco (all. M).

Il medico può dar luogo al rinnovo della prescrizione farmaceutica anche su richiesta di un familiare quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita dell'ammalato.

L'attività medica viene prestata in ambulatorio o a domicilio, avuto riguardo delle condizioni fisiche dell'ammalato.

Il medico generico è tenuto ad effettuare, fermi restando gli obblighi di denuncia e certificazione previsti dalle vigenti norme di legge per tutti gli esercenti la professione medica, le certificazioni per la riammissione alla scuola dell'obbligo ed a collaborare ad eventuale ricerche epidemiologiche mirate, nonché ad informare i servizi di igiene e prevenzione di quanto può essere venuto a conoscenza nell'esercizio della propria funzione di situazioni ambientali e di lavoro nocive alla salute.

Il medico, inoltre, su richiesta dell'Ente locale o dei relativi servizi anche se consorziati, è tenuto ad eseguire nel proprio ambulatorio e nei riguardi dei propri assistiti le seguenti prestazioni di igiene e prevenzione individuale;

— vaccinazione e chemioprofilassi tecnicamente e legalmente espletabili;

— visite periodiche per lavoratori a rischio;

— compilazione della parte anamnestica ed aggiornamento dei libretti di rischio;

— certificati ai fini dell'idoneità al lavoro.

Tali prestazioni, il cui onere è a carico degli enti o servizi richiedenti, saranno effettuate secondo le modalità organizzative concordate a livello del Comitato di cui all'art. 14. L'accesso a tali prestazioni è promosso dal servizio stesso e nessuna incombenza organizzativa spetta al medico convenzionato.

Art. 25
Visita domiciliare

La visita a domicilio deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore 10; ove, invece, la richiesta venga recepita dopo le ore 10, la visita dovrà essere effettuata entro le ore 12 del giorno successivo.

A cura degli Enti, tale norma sarà portata a conoscenza degli assistibili.

La chiamata urgente recepita deve essere soddisfatta entro il piú breve tempo possibile.

Art. 26
Comunicazioni del medico al Comitato Provinciale

Il medico iscritto negli elenchi è tenuto a comunicare sollecitamente al Comitato di cui all'articolo 14 ogni eventuale variazione che intervenga nelle notizie fornite con la domanda di partecipazione alle graduatorie e con la domanda di conferma di cui all'art. 12 nonché l'insorgere di situazioni di incompatibilità previste dall'art. 2.

Art. 27
Visite occasionali

I medici iscritti negli elenchi sono tenuti a prestare la propria opera in regime di assistenza diretta solo nei confronti degli assistibili che li hanno preventivamente scelti.

I medici, tuttavia, salvo quanto previsto dagli artt. 35 e 36 in materia di guardia medica e di assistenza nelle località turistiche, sono tenuti a prestare la propria opera in regime di assistenza diretta anche in mancanza di scelta preventiva:

1) in favore degli aventi diritto che, trovandosi occasionalmente al di fuori del proprio Comune di residenza o comunque fuori dell'ambito territoriale in cui il Comune di residenza è compreso, abbiano necessità di ricorrere alla opera del medico;

2) in favore dei lavoratori stranieri in temporaneo soggiorno in Italia, che esibiscano il prescritto documento comprovante il loro diritto all'assistenza sanitaria a carico degli Enti.

Per le prestazioni di cui al 2° comma spettano al medico i compensi di cui all'art. 42.

Art. 28
Certificazione di malattia per lavoratori dipendenti

Il medico di libera scelta è tenuto a certificare sul modulo previsto la prognosi clinica quando comporta la prescrizione di giorni di riposo.

La certificazione relativa ad assenze dal lavoro connesse o dipendenti da prestazioni sanitarie eseguite da medici diversi da quelli di libera scelta, non spetta al medico di fiducia.

Art. 29
Prescrizione farmaceutica

Nella stessa ricetta, per le specialità incluse nel Prontuario, eccezion fatta per gli antibiotici, è consentita la prescrizione di tre pezzi del medesimo prodotto o di tre prodotti diversi, ognuno in un solo pezzo.

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

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 piú 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 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 tratterranno 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 piú Enti il medico comunicherà a tutti gli Enti interessati quale tra essi dovrà procedere alla trattenuta 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 piú 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

170

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 piú 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, nonchè 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-

172

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 allorquando 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 tratterranno, all'inizio di ciascun anno, dalla quota capitaria una cifra forfettaria annua di L. 7 (sette) per ogni assistibile. Gli importi trattenuti 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 rapporti 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 tesorieri 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, esercitino 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 adempimenti 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 congiuntamente, 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 attualmnte 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

177

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, cosí 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 incontro 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 piú 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 suprare 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 disagiatissima e popolazione sparsa	300	300	300
INDENNITA' DI FERIE	1.203	1.233	1.264
Totale	**15.936**	**16.334**	**16.733**
ENPAM (11,5 per cento)	1.833	1.879	1.924
IVA (14 per cento)	2.231	2.287	2.343
	20.000	**20.500**	**21.000**

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
	8.765
ENPAM (11,5 per cento)	1.008
IVA (14 per cento)	1.227
	11.000

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
Totale	**9.562**	**12.749**	**16.733**
ENPAM (11,5 per cento)	1.100	1.466	1.924
IVA (14 per cento)	1.338	1.785	2.343
Totale	**12.000**	**16.000**	**21.000**

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 Developement (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 indice: 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-

180

nità ed alle Regioni il compito della informazione in questo delicato settore; sembravano pure necessari un piú 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 tiket, come moderatore dei consumi ed anche quale contributo dell'utente almeno in un momento di cosí 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, compirono 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 rinunziò 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 definiione 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 piú 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 mutuati italiani.

I tempi lunghi di tale revisione sarebbero dovuti essere giustificati da una severa selezione basata su nuovi principi informatori 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-

181

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 piú 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 piú 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 epatoprotettore 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, piú 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 maggiorazione 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 medicamenti. 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 piú 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 anormalità 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 internazionale 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 piú 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 piú 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-

183

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 soprattutta 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 piú 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 piú avanzate e le piú 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 costituito 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 piú 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 cosí 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 piú 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 piú pressante che risuona in tutto il mondo e che trova concordi tutti gli organismi medici piú 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, ciascuno 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 cosí 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 ampliamente 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 piú 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 cardiavascolari.

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 piú 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 piú 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 perduto 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 piú tardi. Egli è giunto alla seguente conclusione: i bambini piú piccoli, meno equilibrati, che incontrano difficoltà ad imparare 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 scenziati 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 piú 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-

187

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 inspirando 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 piú 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.

188

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.

89

Tipolitografia ITER - Roma

190