

SENATO DELLA REPUBBLICA

UFFICIO INFORMAZIONI PARLAMENTARI - ARCHIVIO LEGISLATIVO



ELEMENTI DI DOCUMENTAZIONE SUL DDL SENATO n. 1291

"Istituzione del servizio sanitario nazionale"

(Approvato dalla Camera dei deputati nella seduta
del 22 giugno 1978 - Stampati n. 1252, 971, 1105,
1145 e 1271)

VII LEGISLATURA

Luglio 1978

di intendere la globalità della prestazione sanitaria in una accezione affatto diversa da quella entro cui era rimasta finora circoscritta - l'insieme delle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione -allargandola ad attività per così dire ultronee, quali la formazione di una moderna coscienza sanitaria, la promozione e la salvaguardia dell'ambiente naturale di vita e di lavoro, la disciplina dei farmaci, il superamento degli squilibri etc.; si tratta anche di concepire la tutela della salute non come fine a se stessa bensì come mezzo per la completa realizzazione dello sviluppo individuale e personale. Ne consegue quindi che il rispetto della dignità e della libertà della persona umana non costituisce un limite, ma piuttosto un obiettivo che deve essere realizzato appunto dal servizio sanitario nazionale.

Le considerazioni svolte se configurano in modo diverso il problema della imputazione dei servizi sanitari escludendo che essi possano essere fatti risalire ai tradizionali soggetti pubblici non offrono tuttavia elementi ancora sufficienti per costruire in maniera meno generica - la repubblica come più vasto ambito nel quale tutte le attività e funzioni pubbliche sono destinate a ricadere - la figura giuridica soggettiva cui far corrispondere tanto le funzioni dinamiche e propulsive della programmazione sanitaria tanto le funzioni più strettamente economiche della erogazione dei servizi.

La ricerca viene complicata dal fatto che il disegno di legge tende a far corrispondere i differenti livelli di governo del servizio sanitario ai tradizionali livelli costituiti dagli enti territoriali e i loro consorzi, sia pure con importanti eccezioni.

Infatti il principio che l'amministrazione sanitaria è riportata in quella territoriale e che le comunità amministra-

no i loro servizi è contraddetto già nella definizione del livello di governo costituito dai servizi e presidi multinazionali che è attribuito all'unità sanitaria locale sede del servizio. Ed è appunto questa eccezione che offre il modo di intendere i possibili contorni che la figura soggettiva delle unità sanitarie locali potrebbe assumere.

Sembra non azzardato orientarsi verso la categoria giuridica del munus, la quale ricorre quando un soggetto (in senso stretto) in base a norma dell'ordinamento riceve il compito di curare un interesse altrui. Soggetto del munus è un soggetto di diritto comune, e conserva naturalmente tale qualifica. Nella fattispecie di cui si discorre i comuni singoli o associati, le comunità montane, le regioni e via continuando. Nell'attività del soggetto preso nella sua materialità, si individua dunque una parte che non è del soggetto in quanto tale, ma è rivolta all'interesse alieno che gli viene affidato.

Da ciò deriva che l'attività del munus è sempre una funzione: il munus ha un dovere giuridico fondamentale, di comportarsi in modo da ottenere il miglior risultato per l'interesse che gli è affidato in cura (canonizzazione dell'interesse): dovere funzionale, hanno detto alcuni, dovere potere o dovere diritto, hanno detto altri.

Nel munus si ha perciò un fatto di astrazione giuridica: un soggetto giuridico, per una parte del suo agire giuridico, cura interessi alieni, e per questo acquista una qualità di figura giuridica che si aggiunge senza cumularsi a quella di soggetto; per tale suo agire diviene titolare di distinte situazioni soggettive, quali potestà, diritti e doveri, tutte funzionalizzate, di distinte responsabilità, ed è assoggettato a distinte sanzioni; il munus è l'attribuzione del carattere di figura soggettiva ad una funzione assegnata ad un soggetto in quanto cura interessi alieni.

Il punto più delicato è ciò che riguarda l'imputazione. Tenendo presente la sola esperienza del munus privato vi è chi può ritenere che l'imputazione avvenga in un solo modo, attraverso quella che si dice la imputazione giuridica formale.

Gli interessi curati dall'ufficio pubblico non sono invece necessariamente patrimoniali. Quando lo sono, si adottano moduli uguali a quelli dell'ufficio privato, di solito però più complessi. Ma le potestà tipiche del munus pubblico sono pubbliche, in quanto volte a curare interessi della collettività. Le evenienze possibili sono due: o il diritto positivo formalizza le potestà e l'esercizio di esse, e quindi configura come atti giuridici i momenti dell'agire giuridico del munus, e allora il munus imputa a se stesso gli atti medesimi e alla collettività i risultati ultimi dell'attività. Oppure le potestà restano a livello informale, e allora si realizza solo la imputazione di risultati alla collettività.

Da queste premesse teoriche discendono delle conseguenze che fanno sentire i loro effetti in materie come l'amministrazione dei beni e del personale, materie nelle quali l'autonomia delle unità sanitarie, per venire al caso in ispecie, assume aspetti del tutto peculiari. Così il trasferimento dei beni è disposto in capo ai comuni, data la rilevata assenza di personalità giuridica delle unità sanitarie. Per gli stessi viene previsto un vincolo di destinazione a favore delle ULSS. Una legge regionale deve disciplinare lo svincolo, se ovviamente necessario e richiesto, di tale destinazione nonchè il reimpiego e il reinvestimento dei capitali ricavati da alienazioni o trasformazioni dei predetti beni in modo che non si verifichi un ingiustificato arricchimento patrimoniale dei comuni in cui hanno sede questi beni e che l'eventuale plusvalore ricada a vantaggio delle unità sanitarie che spesso fanno capo ai comuni.

A criteri non dissimili si ispira la disciplina del personale. Esso dipende sotto il profilo funzionale, disciplinare e retributivo dall'organo di gestione delle unità sanitarie locali. Tuttavia con norme delegate il Governo, oltre a demandare alla regione il potere di emanare norme per la loro attuazione, ai sensi dell'articolo 117, ultimo comma, della Costituzione, dovrà fissare criteri generali per la costituzione e la gestione da parte di ogni regione di ruoli regionali del personale del servizio sanitario nazionale e formulare disposizioni per disciplinare i concorsi pubblici, che devono essere banditi dalla regione su richiesta delle unità sanitarie locali.

Si sottolinea di sfuggita come alla anomalia del modulo organizzativo - funzioni cui non corrispondono figure soggettive tradizionali - si accompagna una interpretazione degli istituti costituzionali in chiave fortemente innovativa. Si guardi alla delega, del parlamento al governo, del potere di fissare criteri generali in materia di personale sanitario laddove i criteri generali insieme ai principi direttivi dovrebbero costituire - stando ad una stretta interpretazione - il nucleo indelegabile della funzione legislativa ordinaria esercitata dalle camere.

Una innovazione particolarmente sensibile si registra peraltro nella stessa genesi delle unità sanitarie locali, in ordine alla quale non sarebbe corretto affermare che vi sia stata prima la statuizione dei principi fondamentali da parte dello Stato e poi la normativa regionale di esplicazione degli stessi. Si constata invece una mutua integrazione, una complessa dialettica che ha fatto funzionare in maniera reciproca la relazione tra condizionante e condizionato, sicchè dalle esperienze legislative regionali nella materia si sono ricavati principi che ora vengono fissati come modello cui

altre legislazioni regionali dovranno fare riferimento. Una lettura quindi fortemente innovativa - ma non per questo anticostituzionale - dei rapporti intercorrenti tra Stato soggetto e Stato comunità, nell'ambito della quale i principi sono stati intesi non necessariamente come formule iniziali per la deduzione di norme regionali più particolareggiate bensì anche come prodotto finale della induzione generalizzatrice. D'altra parte sembra proprio questa essere la differenza tra normativa regionale concorrente e normativa di mera attuazione delle leggi statali.

Le regioni hanno prodotto un notevole sforzo di sperimentazione che ha sortito l'effetto di anticipare buona parte della riforma sanitaria oggi in discussione dinanzi al parlamento. Le potestà in materia sanitaria si erano stratificate in un quadro disorganico, stante la molteplicità di leggi che avevano determinato le competenze a seconda delle necessità del momento. Di qui lo sforzo di concentrare e coordinare le potestà sanitarie, fino allora disorganicamente ripartite tra vari organismi (Province, Comuni ed altri enti pubblici) in una struttura organizzativa unitaria. Una funzione pionieristica hanno in questo senso svolto le regioni che per prime hanno disciplinato le unità locali per i servizi sanitari: Lombardia (legge 5 dicembre 1972, n. 57, istituzione e regolamentazione dei comitati di zona. Finanziamento delle iniziative di medicina preventiva, sociale e di educazione sanitaria); Friuli-Venezia Giulia (l. 12 dicembre 1972, n. 58, unificazione dei presidi sanitari di base); Provincia di Trento (l. 23 novembre 1973, n. 56, unificazione dei presidi sanitari di base); Toscana (l. 20 agosto 1974, n. 50, interventi finanziari regionali per l'unificazione dei presidi

sanitari e sociali di base, costituzione dei consorzi socio-sanitari); Umbria (l. 14 novembre 1974, n. 57, organizzazione dei servizi sanitari e socio assistenziali della Regione).

Sarebbe interessante una più analitica disamina della esperienza legislativa di regioni e province autonome la quale se non altro ha avuto il grosso merito di mettere in luce problemi organizzativi e funzionali - sui quali si sarebbe esercitata la riflessione delle forze parlamentari al momento di promuovere la riforma sanitaria. In sintesi, dalle leggi regionali si possono desumere molteplici elementi attinenti all'organizzazione della unità locale dei servizi sanitari:

a) il distretto. L'unità sanitaria articola i propri servizi per distretti, senza con ciò scalfire l'unità dell'organizzazione. I distretti sanitari sono cioè istanze di decentramento che hanno la funzione di garantire una più efficiente articolazione territoriale dei servizi;

b) le convenzioni organizzative, al fine di utilizzare strutture e servizi che già operano nel territorio. Lo strumento delle convenzioni è previsto dalle leggi regionali per temperare la disorganicità della organizzazione sanitaria così come emerge dalle D.P.R. n. 4 del 1972, in cui il trasferimento delle potestà alle regioni a statuto ordinario è stato operato sulla base dell'assetto esistente; quindi per permettere all'unità locale dei servizi sanitari di coordinare anche i servizi gestiti da "organi statali";

c) l'istituto del "comando" al fine di utilizzare personale già dipendente da altri enti pubblici;

d) il coordinamento con altri presidi sanitari;

e) l'indirizzo programmatico della Regione, sulla base del quale deve determinarsi l'attività delle ULSS.

Particolare rilevanza sembra assumere tra gli altri l'istituto della convenzione organizzativa che è congegnato in modo da poter assolvere il compito di mettere insieme funzioni prima assegnate ad organismi i più disparati. Tale convenzione viene a configurarsi quale un accordo, intercorrente tra tutti gli enti interessati, per costituire l'unità che gestisce i servizi socio-sanitari.

E in effetti il termine accordo, assumendo una portata più ampia del contratto, ed essendo adoperato anche in riferimento a rapporti e interessi non patrimoniali, sembra più consono ad indicare la natura della convenzione organizzativa la quale esprime sia una disciplina concordata di attività pubblica, sia l'assetto organizzativo della costituenda unità sanitaria. La convenzione che istituisce l'unità sanitaria ha carattere organizzativo in quanto disciplina l'attività che l'ULSS dovrà esperire, gli organi e gli uffici (attributari di poteri politici, di gestione amministrativa, di gestione democratica e così via) che costituiscono l'assetto organizzativo del nuovo organismo, i mezzi necessari per svolgere l'attività, il personale e così via. In conseguenza: la convenzione da un lato esprime la volontà degli enti territorialmente interessati a costituire le unità sanitarie, dall'altro provvede ad organizzare la costituenda unità.

Per promuovere la conclusione delle convenzioni organizzative le regioni hanno seguito strade diverse: alcune hanno previsto le convenzioni come facoltative, altre come obbligatorie, altre hanno proposto incentivi al fine di realizzare la nuova struttura organizzativa.

Non sembra peraltro che, in difetto della legislazione statale di principio, le regioni avessero a disposizione altre vie per giungere alla prima organizzazione di servizi sanitari locali.

D'altra parte proprio lo strumento della convenzione organizzativa, prestandosi a ricevere contenuti ora obbligatori ora facoltativi, si è dimostrato sufficientemente flessibile relativamente ai compiti che il prolungato rinvio della riforma sanitaria rendeva sempre più improrogabili.

La presente legge di riforma segna il definitivo superamento della fase sperimentale e convenzionale di organizzazione del servizio sanitario stabilendo che la costituzione, l'organizzazione, i compiti e il funzionamento delle unità sanitarie locali sono disciplinate con legge regionale in conformità ai principi indicati nella legge medesima.

Tuttavia l'istituto della convenzione torna a fare capolino, e rivela la sua peculiare caratteristica di elasticità, quando in sede di riforma sanitaria si ricerca il contemperamento tra distinte sfere di competenza e autonomia istituzionale.

Nel momento infatti in cui si viene a dare una più completa attuazione al precetto costituzionale di cui all'articolo 32 che garantisce il diritto alla salute dei cittadini, attraverso la istituzione del servizio sanitario nazionale, tutti gli enti e strutture che comunque svolgono compiti di ricovero e cura vengono ad essere coinvolti e quindi anche le cliniche e gli istituti universitari di ricovero e cura, pur se la relativa attività assistenziale presenta degli aspetti peculiari stante la stretta connessione con i compiti didattici e di ricerca istituzionalmente propri delle università.

Si è posto in tal modo un delicato problema di coordinamento la cui soluzione è stata trovata nel contemperamento di più precetti costituzionali quali il già ricordato articolo 32, l'articolo 33 che garantisce l'autonomia della università e l'articolo 117 che prevede tra le materie di competenza delle regioni l'assistenza sanitaria ma non l'istruzione universitaria che è di competenza statale.

Di qui la necessità di porre su un piano paritetico i due enti chiamati ad operare gli opportuni coordinamenti nell'ambito unitario del servizio sanitario nazionale e cioè le regioni e l'università.

A tal fine si è previsto un regime convenzionale che, garantendo il rispetto dei compiti istituzionali dei due enti, consente alla regione di programmare gli interventi assistenziali nel proprio territorio in una visione globale che tenga anche conto della partecipazione delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura, ivi compresi quelli attualmente gestiti dalle università.

Un aspetto fondamentale della riforma sanitaria attiene al sistema di competenze, legislative e amministrative, oltre che di programmazione e coordinamento delle attività.

Allo Stato è attribuita competenza in una serie di materie che è impossibile ricondurre sotto un concetto unitario per la complessità e varietà del loro contenuto, ma che si possono genericamente definire di interesse generale, nel senso che riguardano tutti i cittadini, indistintamente considerati, nei confronti dei quali debbono essere adottate forme di tutela indifferenziate, al fine di evitare sperequazioni che sarebbero moralmente e giuridicamente ingiustificate, perchè in contrasto con i principi della uguaglianza e della pari dignità sociale e quindi gravemente pregiudizievoli per la realizzazione di una vera giustizia sociale. Non si deve dimenticare, a questo proposito, che l'Assemblea costituente non approvò la proposta di chi intendeva aggiungere, tra le materie attribuite alla competenza legislativa delle regioni, la sanità pubblica e l'igiene.

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

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

Di qui la preoccupazione, vastamente agitata anche dalla pubblicistica, di un possibile indebito ingerimento dello Stato nello spazio proprio dell'attività legislativa non soltanto nei suoi punti chiave (principi fondamentali) ma anche nelle zone intermedie (determinazione di funzioni, procedure e moduli organizzativi), con conseguente mortificazione e svuotamento della potestà legislativa regionale che verrebbe privata del carattere di legislazione concorrente, che le spetterebbe in base al primo comma dell'art. 117 della Costituzione per adottare, invece, i panni della legislazione di attuazione ai sensi dell'ultimo comma dell'art. 117. Secondo tale opinione, poi, si sarebbe data una fisionomia accattivante dell'attività delle regioni restituendo loro in termini di potestà programmatica ciò che sarebbe

stato sottratto in termini di competenza legislativa, e questa specie di compensazione sarebbe avvenuta a spese dei comuni e degli altri enti locali, che vedrebbero un incremento del numero e dell'importanza delle funzioni amministrative loro affidate ma nel contempo subirebbero una restrizione della sfera della loro autonomia per effetto degli indirizzi, di carattere cogente, fissati in sede di programmazione regionale.

A confutare i rilievi critici sopra evidenziati possono servire considerazioni più generali e anche a carattere particolare. Quanto alle prime giova osservare come la sfera di autonomia degli organismi periferici non può essere intesa come indipendenza degli stessi, con la conseguenza di portare una prevedibile offesa ai principi fondamentali della globalità delle prestazioni, dell'universalità dei destinatari, dell'uguaglianza di trattamento e della pari dignità sociale dei cittadini: principi che riuscirebbero vulnerati non soltanto da una differente proposizione dei contenuti delle varie attività ma anche delle procedure e dei moduli organizzativi.

D'altra parte giova riflettere come la istituzione dei servizi sanitari non rappresenta soltanto un momento di maggiore efficienza nella gestione dei servizi sanitari e sociali, ma anche l'occasione per sviluppare un maggiore potere politico da parte degli enti locali. Infatti, la concentrazione dei poteri nelle unità sanitarie e le deleghe dell'esercizio di potestà da parte delle regioni permette agli enti locali di istituire una organizzazione amministrativa che non solo realizza una aggregazione funzionale dei servizi sanitari, ma si pone come organo di indirizzo e coordinamento dei servizi stessi, come struttura intermedia tra Regione ed altri enti funzionalizzata a realizzare la programmazione sanitaria. Gli enti locali, dati i rapporti giuridici che intercorrono tra essi e le unità sanitarie

locali, verrebbero ad acquisire un peso politico maggiore di quello che possiedono svolgendo direttamente le potestà attribuite loro dal legislatore statale in materia sanitaria: settoriali e in alcuni casi anche territorialmente ristrette. Oltre tutto: data la situazione finanziaria in cui versano i comuni, raramente essi hanno esercitato completamente le potestà che la legge loro attribuisce.

Con l'istituzione delle unità locali dei servizi sanitari, i Comuni potrebbero ampliare il loro campo di azione: partecipare alla programmazione sanitaria regionale; creare dei rapporti con gli altri enti, statali e non, la cui attività si dovrà integrare nell'area della programmazione sanitaria. Infatti la scelta della forma giuridica dell'unità locale dei servizi sanitari permette ai Comuni e alle Province di esercitare un controllo oscillante tra l'indirizzo e il sindacato di efficienza, all'atto della deliberazione dei contributi: e ciò pur se la spesa a carico dei singoli enti è in parte dovuta e predeterminata, per lo meno nella quota corrispondente ai servizi obbligatori; di esercitare un controllo politico all'atto della elezione o della rielezione dei rappresentanti nell'unità locale dei servizi sanitari: controllo accentuato e reso potentemente continuativo dalla norma che riconosce il diritto delle minoranze degli enti interessati ad eleggere propri esponenti nell'amministrazione sanitaria locale.

Ma vi sono considerazioni di ordine più largamente dogmatico. Gli articoli 1 e 2 enunciano partitamente principi e finalità della riforma sanitaria, mostrando di valutare diversamente due momenti - principi e direttive - il cui blocco serve a comporre quello che si è visto essere il nucleo essenziale e pertanto indelegabile della funzione legislativa esercitata dal Parlamento. Una direttiva perciò che non rimane allo stadio della enun-

ciazione politica e programmatica ma si converte in norme o regole di comportamento sia pure nella loro generalizzata manifestazione (principi). Così la legge di riforma sanitaria si muove lungo la "direttiva" del superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese, della formazione di una moderna coscienza sanitaria mediante una organizzazione del servizio sanitario che realizza l'accorpamento funzionale di tutte le attività finora esercitate da enti, organi, centri, istituzioni e servizi comunque impegnati nell'espletamento di compiti sanitari (principio).

Ora la funzione di direttiva e di indirizzo si pone quale attività dinamica e di coordinamento rispetto alla normazione, come un *pruis* relativamente al quale ~~le norme~~ - epperò i principi - assumono una funzione strumentale. Questa funzione di indirizzo può pertanto essere esercitata anche al di fuori della normazione vera e propria, in una fase temporalmente e logicamente precedente: così, per fare un esempio, opera il comitato interministeriale per la programmazione economica al quale compete l'enunciazione di finalità aventi carattere cogente senza tuttavia dare luogo a principi normativi.

Bisogna considerare inoltre che nel sistema delle fonti di produzione del diritto i criteri della gerarchia e della competenza tendono a intrecciarsi in forme le più aperte e pluralistiche che tuttavia fanno salva l'unità dell'ordinamento complessivo attraverso un giuoco di reciproca composizione. Si vuole dire che nei punti dell'ordinamento giuridico ove più sensibile si manifesta l'interferenza - quindi la contraddizione - tra i due criteri si tende a preservare l'unità del sistema attraverso una combinazione che porta a recuperare in termini di gerarchia quel tanto di unitarietà che si è sacrificato in termini di competenza e viceversa.

E' fuori discussione così, per venire al tema proposto, che regioni ed enti locali hanno una competenza in materia sanitaria che non può essere invasa dall'apparato dello Stato. Tuttavia una applicazione pedissequa del criterio della competenza, considerato avulso dall'ordinamento complessivo, porterebbe a vulnerare principi indiscutibili quali quello della globalità della prestazione, dell'universalità dei destinatari, della uguaglianza di trattamento e della pari dignità sociale dei cittadini, principi che - come è stato osservato - postulano una determinazione uniforme - quindi fortemente coordinata - non solo dei contenuti delle varie attività ma pure delle procedure e degli stessi modelli organizzativi.

Del resto l'intera legge di riforma appare ispirata a logica fortemente programmatica. La stessa previsione di scadenze entro le quali il legislatore statale dovrà dettare norme per disciplinare materie come l'igiene e la sicurezza del lavoro, non può certo leggersi nel senso di un impensabile vincolo - privo di qualsiasi consistenza giuridica in regime di costituzione non flessibile - verso il futuro legislatore. Sembra invece debba farsi riferimento alla categoria delle norme programmatiche della Costituzione che impegnano l'intera repubblica - quindi anche la legge dello Stato - ad attuare il programma da esse enunciato.

Una legge pertanto quale quella della riforma sanitaria verrebbe ad assumere valore ricognitivo di un programma prefissato dalla Costituzione, e affidato in parte all'attuazione della legge medesima in parte destinato ad esplicarsi attraverso l'opera del legislatore futuro tenuto non certo in virtù della legge precedente bensì per un obbligo scaturiente da una istanza superiore alla legge ordinaria, vale a dire dalla Costituzione.

Disegno di legge Senato n. 1291	pag.	1
<u>Precedenti legislativi</u>		
Legge 17 luglio 1890, n. 6972 (Istituzioni pubbliche di beneficenza)	"	87
Legge 14 febbraio 1904, n. 36 (Disposizioni sui manicomi e sugli alienati)	"	98
Regio Decreto 16 agosto 1909, n. 615 (Regolamento di esecuzione della legge 14 febbraio 1904, n. 36)	"	100
Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265 (Approvazione del Testo unico delle leggi sanitarie)	"	110
R.D.L. 4 ottobre 1935, n. 1827 - Artt. 45, 81 e 83 (Perfezionamento e coordinamento legislativo della previdenza sociale)	"	158
Legge 6 aprile 1936, n. 1155 (Conversione in legge, con modificazioni, del Regio decreto-legge 4 ottobre 1935, n. 1827, concernente il perfezionamento e coordinamento legislativo della previdenza sociale)	"	159
Legge 10 febbraio 1953, n. 62 - Art. 56 (Costituzione e funzionamento degli organi regionali)	"	160
D.P.R. 8 febbraio 1954, n. 320 - Art. 45 (Regolamento di Polizia veterinaria)	"	161
D.P.R. 19 marzo 1955, n. 520 - Art. 8 (Riorganizzazione centrale e periferica del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale)	"	162
Legge 4 dicembre 1956, n. 1404 (Soppressione e messa in liquidazione di enti di diritto pubblico e di altri enti sotto qualsiasi forma costituiti, soggetti a vigilanza dello Stato e comunque interessanti la finanza statale).....	"	163
D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali)	"	165

Legge 13 luglio 1966, n. 615 (Provvedimenti contro l'inquinamento atmosferico)	Pag.	220
D.P.R. 30 giugno 1967, n. 1523 - Art. 43 (Testo unico delle leggi sul Mezzogiorno)	"	225
Legge 12 febbraio 1968, n. 132 (Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera)	"	226
Legge 18 marzo 1968, n. 431 (Provvidenze per l'assistenza psichiatrica)	"	241
D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128 (Ordinamento interno dei servizi ospedalieri)	"	243
D.P.R. 27 marzo 1969, n. 129 - Art. 4 (Ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura)	"	254
Legge 16 maggio 1970, n. 281 - Artt. 8, 9 e 13 (Provvedimenti finanziari per l'attuazione delle Regioni a statuto ordinario).....	"	255
Legge 21 giugno 1971, n. 515 (Modifica dell'articolo 5 della legge 18 marzo 1968, n. 431 relativa a provvidenze per l'assistenza psichiatrica e nuove norme per l'utilizzo delle somme ivi previste)	"	256
Legge 6 ottobre 1971, n. 853 - Art. 7 (Finanziamento della Cassa per il Mezzogiorno per il quinquennio 1971-1975 e modifiche e integrazioni al Testo unico delle leggi sugli interventi nel Mezzogiorno)	"	257
Legge 4 giugno 1973, n. 311 (Estensione del servizio di riscossione dei contributi associativi tramite gli enti previdenziali)	"	258
Legge 7 agosto 1973, n. 519 (Modifiche ai compiti, all'ordinamento ed alle strutture dell'Istituto superiore di sanità)	"	259
D.P.R. 29 settembre 1973, n. 600 - Titolo V (Disposizioni comuni in materia di accertamento delle imposte sui redditi)	"	281
Legge 15 novembre 1973, n. 795 (Ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo sull'istruzione e formazione delle infermiere, adottato a Strasburgo il 25 ottobre 1967)	"	284

Legge 26 novembre 1973, n. 817 (Estensione agli ospedali religiosi acattolici del trattamento e inquadramento previsto dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132)	Pag. 293
Legge 27 aprile 1974, n. 174 (Ristrutturazione degli uffici periferici del Ministero della Sanità per la profilassi internazionale delle malattie infettive e diffuse).....	" 294
Decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264 (Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria)	" 295
Legge 17 agosto 1974, n. 386 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264 recante norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria)	" 301
Legge 20 marzo 1975, n. 70 (Disposizioni sul riordinamento degli enti pubblici e del rapporto di lavoro del personale dipendente)	" 305
Legge 22 luglio 1975, n. 382 - Artt. 1, 8 e 9 (Norme sull'ordinamento regionale e sulla organizzazione della pubblica amministrazione)	" 316
Legge 2 dicembre 1975, n. 644 (Disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'infissi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico)	" 318
Legge 22 dicembre 1975, n. 685 (Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossico-dipendenza).....	" 321
Legge 8 aprile 1976, n. 278 (Norme sul decentramento e sulla partecipazione dei cittadini nella amministrazione del comune).....	" 343
Legge 10 maggio 1976, n. 319 (Norme per la tutela delle acque dall'inquinamento)	" 348

D.M. 15 ottobre 1976 (Regolamenti dei fondi di previdenza a favore dei medici mutualisti: ambulatoriali, generici e specialisti esterni)	Pag. 362
Legge 29 giugno 1977, n. 349 (Norme transitorie per il trasferimento alle regioni delle funzioni già esercitate dagli enti mutualistici e per la stipulazione delle convenzioni uniche per il personale sanitario in relazione alla riforma sanitaria)	" 376
D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616 - Artt. 25, 26, 27 e 113 (Attuazione della delega di cui all'articolo 1 della legge 22 luglio 1975, n. 382)	" 380
D.P.R. 24 luglio 1977, n. 618 (Istituzione presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri di ruoli unici di impiegati e operai)	" 383
D.M. 5 agosto 1977 (Determinazione dei requisiti tecnici sulle case di cura private)	" 386
Legge 8 agosto 1977, n. 565 (Finanziamento del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera).....	" 394
Legge 13 maggio 1978, n. 180 (Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori)	" 395

^^^^^^^^^^

VI LEGISLATURA

Disegno di legge Camera n. 3207	" 399
(Istituzione del servizio sanitario nazionale)	

VII LEGISLATURA

Disegno di legge Camera n. 1269	" 489
(Diritto di stabilimento e libera prestazione da parte dei medici cittadini di Stati membri delle Comunità europee)	

^^^^^^^^^^

ASSEMBLEA COSTITUENTE

Seduta del 9 settembre 1946 - Intervento dell'onorevole Dosset
ti e ordine del giorno presentato dallo stesso Pag. 501

Seduta del 24 aprile 1947 - Discussione sull'articolo 26 del
progetto poi divenuto articolo 32 della Costituzione " 503