

Tendencias de los servicios sanitarios y sociales

SUMARIO: 1. LA TUTELA DE LA SALUD. 2. LA NORMATIVA SOBRE ASISTENCIA SOCIAL. INDICACIONES BIBLIOGRÁFICAS.

1. LA TUTELA DE LA SALUD

Como conclusión de un dilatado y laborioso proceso, la reforma sanitaria ha alcanzado el umbral de la sistematización legislativa con la Ley de 28 de diciembre de 1978, número 833, por la que se crea el **Servicio Sanitario Nacional** (la cual tiene características de ley marco, incidiendo en materia de competencia regional). Con la meritada Ley, que establece el marco normativo fundamental y concreta las estructuras operativas de las que se puede disponer, se han establecido, cuando menos, las condiciones mínimas para poder encaminar la actuación del Derecho a la *tutela de la salud*, explícitamente consagrado por el artículo 32 de la Constitución¹, y concebido como uno de los más signifi-

Traducción: Alfonso ARÉVALO GUTIÉRREZ.

¹ *Nota del traductor.* El citado artículo 32 de la Constitución italiana es del siguiente tenor literal: «La República tutela la salud como derecho fundamental del individuo y en interés de la colectividad y garantiza la atención médica gratuita a los indigentes. No podrá obligarse a nadie a seguir un tratamiento sanitario sino por disposición de la ley. La ley no puede en ningún caso violar los límites impuestos por el respeto de la persona humana.»

cativos derechos de la persona (que tiene, por ende, una relación directa con el artículo 2 de la Constitución ²).

El derecho a la tutela de la salud se califica, ante todo, como uno de los más importantes *derechos sociales*, en el sentido de que confiere al ciudadano la expectativa, jurídicamente relevante —si bien todavía imperfecta en ausencia de una efectiva garantía y de tutela jurisdiccional—, de que la República (término entendido en el sentido de aludir al complejo de los poderes y de las estructuras públicas) se coloque en situación de convertir en razonablemente posible la defensa o el restablecimiento del estado de salud de todos los ciudadanos.

En la tutela de la salud vienen a coincidir tanto el interés particular como el de la colectividad. Con esto se ha querido remachar *el principio de solidaridad*, en cuya virtud resulta justificado, *también* por el bien de todos, haciendo balance sobre la aportación que cada uno está llamado a realizar a la colectividad, que el empleo de recursos públicos sea destinado a la tutela de la salud de cada individuo considerado a título singular.

Amplia es la ventaja de los principios innovadores afirmados. A efectos de nuestro estudio es útil destacar, en primer lugar, que el campo de las actividades, que inicialmente estaba concentrado sobre el evento morbo, se ha ampliado para integrar ahora, más allá de la atención médica, los aspectos de prevención y de rehabilitación.

En segundo lugar, hay que destacar que se puede ahora contar con una declaración de intenciones, comprendida en el artículo 2 de la citada Ley de creación, que relaciona finalidades extremadamente comprometidas, las cuales van desde la superación de los desequilibrios territoriales en las condiciones socio-sanitarias del país a la seguridad en el trabajo, pasando por la formación de una conciencia responsable e informada respecto de la procreación, la integración en el tejido social de los sujetos discapacitados («a favorecer por cualquier medio»), la eliminación de las segregaciones y de las discriminaciones de las que han sido a menudo víctima los enfermos mentales o aquellos infectados por el SIDA, o la tutela de la salud de los ancianos y del que practica actividades deportivas, etc.

La organización para alcanzar, o por lo menos acercarse, objetivos de tan enorme relevancia social es el **Servicio Sanitario**

² *Nota del traductor.* Dispone el mencionado artículo 2 de la Constitución italiana: «La República reconoce y garantiza los derechos individuales del hombre, ya como individuo, ya en las formaciones sociales donde se desarrolla su personalidad, y exige el cumplimiento de los deberes inderogables de solidaridad política, económica y social.»

Nacional. Las finalidades atribuidas a este Servicio parecen requerir los caracteres organizativos y funcionales típicos de un modo de administrar enteramente moderno: *la administración por objetivos*, estructurada sobre principios de servicio, gobernados con el método y con los procedimientos de la programación y enriquecidos por una verdadera participación social, que se hacen responsables de los efectos y de los no efectos del servicio y están articulados como ámbitos necesarios a la funcionalidad social de la Administración (BERTI). Sin embargo, dicha organización aparece todavía constreñida dentro de las estrecheces de una *administración por sujetos*, cada uno de los cuales es titular de competencias rígidamente establecidas, jerárquicamente ordenadas y burocráticamente desenvueltas. Se puede decir, no obstante, que el proyecto de cambio está, al menos, anunciado.

El último inciso del primer apartado del artículo 32 de la Constitución, en cuya virtud «La República [...] garantiza la atención médica gratuita a los indigentes», debe considerarse superado, y hoy superfluo, habida cuenta de que el Servicio Sanitario Nacional destina el complejo de sus funciones, estructuras, servicios y actividad a la promoción, al mantenimiento y a la recuperación de la salud física y psíquica de toda la población (principio de *universalidad*) sin distinciones de condiciones individuales o sociales y según modalidades que aseguran a todos los ciudadanos un idéntico tratamiento (principio de *igualdad*) y, se remacha, sin gravámenes y costes para el ciudadano enfermo (principio, al menos tendencial, de *gratuidad*). No obstante, en los últimos años la necesidad de introducir *tickets* sobre los medicamentos y los análisis de diagnóstico, de los cuales están excluidos sólo los indigentes, parece síntoma de un retorno a la previsión constitucional. La Ley número 833/1978 prevé, además, que en el Servicio Sanitario Nacional esté asegurada la conexión y la coordinación con las actividades y las intervenciones de todos los demás órganos, centros, instituciones y servicios, que desarrollan en el sector social actividades de cualquier modo incidentes sobre el estado de salud de los individuos y de la colectividad (principio de *globalidad*).

Se debe recordar además que, en ejecución del segundo apartado del artículo 32 de la Constitución, la Ley especifica que la tutela de la salud física y psíquica debe tener lugar en el respeto a la dignidad y de la libertad de la persona humana. En consecuencia, los reconocimientos médicos y los tratamientos sanitarios son, con carácter general, voluntarios; cuando una ley del Estado disponga tratamientos sanitarios obligatorios —por ejemplo, en el reconocimiento de personas afectadas por enfermedades men-

tales— éstos deben realizarse con respeto a la dignidad de la persona y de sus derechos civiles y políticos.

Los reconocimientos médicos y los tratamientos sanitarios obligatorios son acordados por disposición del Alcalde en su calidad de autoridad sanitaria, a propuesta motivada de un médico.

En términos generales, podemos, además, computar entre los principios rectores del Servicio Sanitario Nacional tanto la libertad de elección de médico y del lugar de atención médica —dentro de los límites objetivos de la organización de los servicios sanitarios— como la (tendencial) gratuidad de las prestaciones sanitarias, a cuya financiación concurren las aportaciones del seguro contra las enfermedades, cuya obligatoriedad se ha extendido a todos los ciudadanos, razón por la cual se obtiene una considerable aportación financiera del Estado sumada con los ingresos tributarios (en 1994 el Fondo sanitario nacional ha ascendido a 99.500 millones de liras, esto es, el 5,8 por 100 del Producto Interior, del cual el 47 por 100 provenía de contribuciones de trabajo, el 47 por 100 de financiación estatal y el 6 por 100 de los *tickets*).

En consonancia con las dimensiones sociales y locales que lo caracterizan, el Servicio Sanitario Nacional ha sido presentado en algunos aspectos como paradigma de la *participación* y de la *programación*, especialmente por lo que respecta a las modalidades de desarrollo de las funciones administrativas en materia de asistencia sanitaria y hospitalaria.

En cuanto al primer aspecto, se puede hablar sin ambages de un (a veces redundante) «manifiesto» de la participación, el cual atiende —en formas diversas, pero amplísimas— a los operadores de la sanidad, de las formaciones sociales existentes sobre el territorio, de los usuarios directamente interesados en la prestación de los singulares servicios y, en fin, de los ciudadanos.

En cuanto al procedimiento de programación está prevista una «cascada» de planes que, de arriba abajo y siempre con mayor precisión, definen las líneas de dirección y las modalidades de desarrollo del Servicio Sanitario Nacional.

Así, corresponde al Gobierno, a propuesta del Ministro de Sanidad y oído el Consejo Sanitario Nacional, aprobar el proyecto del plan sanitario nacional —de duración trienal— que será después sometido al Parlamento para su aprobación. Corresponde, por su parte, a las Regiones preparar los planes sanitarios regionales, de duración coincidente con el plan nacional, con la finalidad de eliminar los desequilibrios existentes en las prestaciones y en los servicios establecidos en el territorio regional. Se

debe, sin embargo, recordar que la complejidad de la materia e innegables viscosidades burocrático-administrativas han impedido la aprobación de un verdadero y propio plan nacional, así como de los planes correspondientes a las regiones, vinculados al nacional.

Durante casi veinte años la organización territorial se ha apoyado sobre *Unidades Sanitarias Locales* vinculadas a los Municipios o a la Asociación de Municipios y distribuidas sobre la totalidad del territorio nacional en casi 700 sujetos dotados de autonomía administrativa y, sobre todo, de autonomía de gasto, no disfrutando, por el contrario, de autonomía en materia de capacidad impositiva y de ingresos.

A este respecto hay que significar que las presiones políticas locales, unidas a una escasa eficiencia administrativa y a una cierta desentortadura en el gasto, han producido un progresivo aumento del déficit y una caída en la estima que los ciudadanos usuarios tenían de este servicio básico a la persona. Consecuentemente, después de una secuencia de intervenciones que han marcado la denominada «reforma de la reforma sanitaria», a partir de la Ley número 4/1986, para proseguir con la Ley número 111/1991, que había instituido temporalmente el denominado Comité de las Garantías y la figura del Administrador extraordinario, se ha tomado decididamente el camino de la *administrativización*. Han surgido así las **Administraciones Sanitarias Locales**.

Se sigue partiendo de la atribución a las Regiones del bloque de competencias respecto de la responsabilidad organizativa y funcional en materia de asistencia sanitaria y hospitalaria, si bien el enorme gasto, de más de 100.000 millones de liras anuales, necesario para el funcionamiento del sector obliga a incrementar la economicidad y la profesionalidad de la gestión, confiada a administradores expertos y motivados, capaces de conjugar eficiencia y eficacia social.

Después de la Ley de delegación número 421 de 1992, se han introducido importantes innovaciones en la organización y en el funcionamiento tanto del Servicio Sanitario Nacional como del propio Ministerio de Sanidad, al cual le han sido mantenidas solamente funciones de dirección, de coordinación y de control respecto a estándares mínimos de prestaciones sanitarias a garantizar para todos los ciudadanos y sobre la totalidad del territorio nacional. Los cambios más significativos en esta materia, establecidos por los Decretos Legislativos números 502 de 1992 y 517 de 1993, se refieren principalmente a la introducción de la figura del *Director General*, que tiene la responsabilidad de dirección del servicio en su conjunto y todos los poderes de gestión en su

Administración Sanitaria Local, así como a la financiación de cada Administración a través del *sistema de prestaciones*, en relación con el tipo de intervenciones sanitarias efectivamente desarrolladas, con exclusión del viejo sistema de asiento de deudas a pie de lista. Los grandes hospitales se constituirán en administraciones autónomas, y de forma paralela se reducirá en conjunto el número de las Administraciones Sanitarias Locales: los hospitales pequeños (con capacidad inferior a 120 camas) deberán ser suprimidos; podrán ser concertados acuerdos de naturaleza privada con clínicas y profesionales autónomos. En este sentido, las intenciones últimamente manifestadas por el Ministro de Sanidad, Rosy Bindi, se encaminan a reforzar la presencia pública, consentir la realización de diagnósticos y tratamientos en régimen privado *intra moenia* y de pedir a los médicos dependientes del Servicio Sanitario Nacional que opten decididamente bien por el servicio público o bien por el ejercicio libre de la profesión.

2. LA NORMATIVA SOBRE LA ASISTENCIA SOCIAL

Quizás en ningún otro sector de la Administración se ha podido computar, en un período tan breve de años, una modificación de dirección tan notable como la que se ha registrado, cuando menos sobre el plano de las definiciones normativas, en materia de **asistencia**. En efecto, se ha pasado de un tipo de planteamiento a otro completamente diverso.

Por lo que se refiere a la transferencia de funciones administrativas estatales a las Regiones con estatuto ordinario (Decreto del Presidente de la República número 9/1972) ha prevalecido una orientación restrictiva sobre los títulos competenciales a atribuir a las Regiones, operando por medio de «recortes» de funciones delimitadas, relacionadas por lo demás con una interpretación más literal que evolutiva del concepto «beneficencia pública», vistosamente tributario de la cultura del tiempo en el cual se elaboró la Constitución.

La interpretación restrictiva viene avalada por la sentencia de la Corte Constitucional número 139 de 1972. Pero sólo cinco años después, el Decreto número 616/1977 arrumbaba completamente tal dirección, al comenzar por una amplísima definición de la materia «beneficencia pública», la cual, abandonando de hecho el cascarón de la denominación decimonónica, contempla ahora «todas las actividades que afectan, en el cuadro de la seguridad social, a la preparación y distribución de servicios, gratuitos o de pago, o de prestaciones económicas, ya sea en

dinero o en especie, a favor de los particulares, o de grupos, cualquiera que sea el título con base en el cual resultan singularizados los destinatarios, también cuando se trata de formas de asistencia a categorías determinadas, excluidas solamente las funciones relativas a las prestaciones económicas de naturaleza preventiva».

Se puede observar ahora que una definición de este género, si bien necesariamente genérica, tiene sin embargo el mérito de actuar como norma de cierre de un sistema acabado de seguridad social. En el plano conceptual, y ciñéndonos siempre al dato normativo (distinto es el problema de las actuaciones y de las realizaciones), el cual será complementado cuando esté en vigor también la Ley-marco sobre la asistencia (que está durante estos años fatigosamente recorriendo su *iter* en el Parlamento), se puede decir que los denominados *servicios a la persona* toman empuje fundamentalmente, y de forma coordinada y completa, de las prestaciones de prevención y asistenciales. Mientras las primeras permanecen en la responsabilidad directiva y de gestión de entes nacionales en sentido propio, las segundas, a su vez repartidas en prestaciones de asistencia sanitaria y en otras prestaciones de asistencia social, serán gestionadas y repartidas por los entes locales y a través de sus estructuras.

En esto hay precisamente una relevante novedad contenida en el Decreto número 616/1977. Para el sector de la asistencia, en efecto, todas las funciones administrativas relativas a la preparación y al reparto de los servicios correspondientes han sido atribuidas directamente a los Municipios, en el sentido del artículo 118, apartado primero, de la Constitución³, de tal manera que, implícitamente, se declara la consideración de aquellas funciones como «de interés exclusivamente local».

Esto ha comportado un primer problema de relaciones con las Regiones, a las cuales el mismo Decreto atribuye el poder de determinar mediante una norma con rango de ley, oídos los Municipios interesados, los ámbitos territoriales adecuados para la gestión de los servicios sociales y sanitarios, promoviendo formas de colaboración —también obligatoria— entre los entes locales territoriales. Pero se han cuestionado también los eventuales otros poderes de las Regiones, resultantes de una lectura coordinada y sistemática del Decreto número 616, en particular

³ *Nota del traductor.* En virtud del citado precepto de la Constitución italiana: «Corresponden a la Región las funciones administrativas respecto de las materias enumeradas en el artículo anterior, salvo las de interés exclusivamente local, que por leyes de la República podrán encomendarse a las Provincias, a los Municipios y a otros entes locales».

de su artículo 11, que establece, con carácter general, la competencia regional en materia de programación del desarrollo. Parece más aceptable bajo este perfil la opinión de aquella parte de la doctrina que retiene extensible también a la materia de asistencia *tout court* los poderes —que han sido atribuidos a las Regiones para la asistencia sanitaria y hospitalaria— de establecer los criterios de programación y de organización de los servicios de competencia de los entes locales, así como los tipos y las modalidades de las prestaciones (POTOTSCHNIG).

Resulta, por otra parte, difícil concretar con precisión el estado de la situación en un momento como el actual, que espera reformas en curso de definición (como la ley-marco sobre la asistencia), o bien ya en fase de primera concreción (caso de la Ley número 142/90, sobre la Administración Local), por lo que no es fácil la fijación de puntos de orientación atendibles.

A esto se añade la consideración de que una sentencia de la Corte Constitucional (la número 173 de 1981), habiendo declarado la ilegitimidad constitucional del artículo 25 del Decreto número 616 —con la motivación de que el legislador delegado se había excedido en el ejercicio de sus poderes respecto del objeto y de la finalidad fijadas en la Ley de delegación número 382 de 1975—, ha determinado como consecuencia directa la inaplicabilidad del citado artículo 25 —así como de las eventuales leyes regionales que hubieran dado operatividad a su contenido— en los aspectos relativos a la transferencia a los Municipios de las funciones, del personal y de los bienes de las *Instituciones Públicas de Asistencia y Beneficencia* (IPAB) operantes en el ámbito de una única Región.

De esta forma, las Instituciones Públicas de Asistencia y Beneficencia denominadas infrarregionales, que representan la gran mayoría entre las instituciones asistenciales, han retornado a su situación jurídica preexistente a 1977, permaneciendo todavía disciplinadas, en sus líneas fundamentales, por la denominada Ley *Crispi*, número 6972 de 1980. De aquí se desprende una motivación ulterior para dirimir a través de una reforma general de la asistencia, también, esta intrincada y delicada cuestión.

Resulta, por el contrario, plenamente operativa ya la transferencia a los Municipios de las atribuciones, del personal y de los patrimonios —éstos, a veces, bastante considerables— de los Entes Comunales de Asistencia (ECA). Siguiendo después una línea similar se ha procedido, en los últimos años, a suprimir algunos entes nacionales, cuyas prestaciones estaban destinadas a categorías particulares de ayudas (huérfanos de trabajadores,

inválidos de guerra, menores deficientes psíquicos, etc.) para emplear coordinadamente recursos, estructuras y personal en beneficio de todos los ciudadanos, donde están comprendidos, obviamente, los precedentes destinatarios de los servicios. Entre los entes asistenciales mayores de los cuales se ha dispuesto la disolución, con la paralela transferencia de las funciones por ellos desarrolladas al departamento de la administración local, podemos recordar los siguientes: ONMI, ENAL, ENAOLI, ONPI y la Administración para la actividad asistencial italiana e internacional.

En particular, como ya se ha recordado, la distribución de los servicios sociales se va situando sobre el Municipio. Un elenco simplemente indicativo englobaría: la construcción y la gestión de los asilos; la organización de centros recreativos y residencias de vacaciones para los menores; la institución del servicio público de asistencia a la familia, a la maternidad y a los jóvenes en edad de crecimiento por medio de consultores familiares; la gestión de servicios particulares de los cuales sean beneficiarios quienes padezcan una discapacidad psíquica, física o sensorial (servicios articulados por medio de: subsidios económicos a las familias, asistencia domiciliaria, comunidad de alojamiento, centros residenciales, etc.); las intervenciones dirigidas a la recuperación y a la rehabilitación de los toxicómanos, así como a la reinserción social de las personas que han salido de la cárcel; o las intervenciones directas sobre la asistencia, en diversas formas, a las personas ancianas.

De todo este extenso campo de actividad es suficiente señalar las avanzadas fronteras de necesidades sociales sobre las cuales están llamadas a actuar las estructuras públicas —si bien a menudo sin la adecuada previsión de medios y de personal— y las nuevas, más atrevidas, modalidades de afrontar los problemas que se van preparando, si bien en medio de dificultades.

En esta dirección se mueve, por ejemplo, la utilización en los servicios sociales del voluntariado, bien del personal voluntario perteneciente a específicas organizaciones, bien de objetores de conciencia que prestan el servicio civil en sustitución del servicio militar. La Ley sobre el voluntariado ha sido aprobada en 1991 y lleva el número 266.

Faltan por clarificar las posibilidades y las modalidades de la *concurencia del momento privado junto al público en la gestión de los servicios sociales*, desde el momento en que la libertad de iniciativa de los sujetos regidos por un régimen jurídico administrativo con

caracteres privados está garantizada por la Constitución (artículo 38, último apartado⁴).

Cada uno de los servicios sociales hace operativo un derecho de cada ciudadano que constituye una finalidad (o un deber) constitucionalmente sancionada, de la entera organización político-social. Para la consecución de cada una de estas finalidades corresponde a los órganos parlamentarios y de gobierno establecer y asegurar, sobre la base de programas específicos, la creación de «sistemas de servicios» —articulados sobre el territorio— a cuyo establecimiento pueden concurrir tanto las estructuras públicas como las estructuras privadas que respondan a los requisitos técnicos y organizativos capitales prescritos por la legislación y verificados mediante los oportunos controles. La provisión de fondos se puede realizar a cualquiera de los dos tipos de estructura en el ámbito de los correspondientes programas y en relación con la contribución llevada a cabo por la institución autónoma a los fines comunes del ordenamiento (eventualmente sobre la base de convenciones realizadas al efecto).

Si se adopta un sistema de programación, se evita la antinomia público-privado. En este supuesto resulta, en efecto, casi indiferente que las estructuras de servicio —en cuanto estructuras constituidas para ejecutar un programa— sean gestionadas por sujetos públicos o privados (PASTORI).

Cada vez van asumiendo en la organización de la sociedad contemporánea más relevancia los entes no comerciales y las organizaciones que no actúan con fines de lucro, sino de utilidad social (el, así llamado, tercer sector: *non profit*). Un ejemplo de su progresivo reconocimiento se plasma en una reducción de la carga fiscal y tributaria que grava tales actividades, acordada recientemente a través de un específico decreto delegado aprobado por el gobierno en julio de 1997, de acuerdo con los trabajos de la denominada comisión *Zamagni*.

A efectos de ofrecer un panorama completo de la materia considerada se hace ahora simple referencia a la importante cuestión de la *asistencia escolar*, en la cual hay que integrar —a tenor de los artículos 42 y 45 del Decreto 616 y de las leyes regionales que inciden sobre la materia— todas las estructuras, los servicios y las actividades destinadas a garantizar el *derecho al estudio* mediante suministros (por ejemplo: abastecimiento gratuito de libros escolares para los alumnos de las escuelas elementales) y provisión de fondos o mediante servicios individuales o colec-

⁴ *Nota del traductor.* El citado último apartado del artículo 38 de la Constitución italiana dispone: «*La asistencia privada es libre*».

tivos (por ejemplo: intervenciones de asistencia médico-psíquica, asistencia a los disminuidos psíquico-físicos, servicios de transporte, comidas, colegios y cheques de estudio). Las funciones administrativas relativas a la materia han estado atribuidas a los municipios (están atribuidas por el contrario a las Regiones, como se ha dicho, las funciones relativas al derecho al estudio en la Universidad). También en este caso las leyes regionales prevén, como regla, que sus prescripciones sean ejercitadas por los municipios singulares, o bien, más a menudo, por las asociaciones de municipios.

INDICACIONES BIBLIOGRÁFICAS

1. Sobre el Derecho a la salud se pueden consultar: L. MONTUSCHI, «Commento all'art. 32, I comma, Costituzione» y D. VINCENZI AMATO, «Commento all'art. 32, II comma, Costituzione», ambos en el *Commentario* dirigido por G. BRANCA, Bolonia-Roma, 1976; C. MORTATI, «La tutela della salute nella costituzione italiana», en *Rivista inf. e mal. prof.*, 1961, I, pág. 1; L. CARLASSARE, «L'art. 32 della Costituzione e il suo significato», en *Amministrazione sanitaria*, dirigido por R. ALESSI, Vicenza, 1967, pág. 105; G. AMATO, «Regioni e assistenza sanitaria: aspetti costituzionali», en *Probl. sic. soc.*, 1969, pág. 547; V. POTOTSCHNIG, «Stato e regioni nella riforma sanitaria», en *Rivista inf. e mal. prof.*, 1971, pág. 263; M. LUCIANI, «Il diritto costituzionale alla salute», en *Dir. e soc.*, 1980, número 4 (contemplado como derecho subjetivo comprensivo de la tutela del medio ambiente); D. BUSNELLI y U. BRECCIA (directores), «Il diritto alla salute», Bolonia, 1979. Sobre el servicio sanitario veáanse los dos volúmenes publicados como comentario de la Ley número 833/1978, el primero dirigido por F. ROVERSI MONACO, *Il servizio sanitario nazionale*, Milán, 1979, y el otro dirigido por M. PERSIANI, V. BELLINI y G. ROSSI, *Il servizio sanitario nazionale*, Bolonia-Roma, 1980. Un completo tratamiento de conjunto ha sido elaborado por A. QUARANTA, *Il sistema di assistenza sanitaria*, Milán, 1985.

Para los aspectos organizativos son útiles las Actas de la Convención de Parma (junio de 1979; Milán, 1981, en las que se contiene la comunicación de G. BERTI, de la cual se ha tomado la cita que figura en el texto) y de Padua (junio 1981, Roma, 1981).

Todavía para los aspectos organizativos y de gestión se pueden ver los volúmenes siguientes: *Le Unità Sanitaria Locali: gestione, personale, prestazioni*, dirigido por A. MANTTONI, Milán, 1981; *L'organizzazione dei servizi sociali*, a cargo de G. ROSSI, Milán, 1982, en el cual se contiene un ensayo de G. PASTORI, del cual se ha tomado la cita que figura en el cuerpo del texto; y G. F. MOR, *Il personale della U.S.L. nel D.P.R. 791 del 1979*, Milán, 1981.

Siempre resulta fructífera la consulta, también para nuestro argumento, de las dos notas de Comentarios al Decreto del Presidente de la República

número 616/1977, publicados una a cargo de A. BARBERA y F. BASSANINI, *I nuovi poteri delle Regioni e degli enti locali*, Bologna, 1978, y el otro dirigido por E. CAPACCIOLI y F. SATTA, *Commento al decreto 616 (D.P.R. 24 luglio 1972 n. 616)*, Milán, 1980.

2. Sobre el voluntariado, el tercer sector y el denominado *privato sociale* consúltense: Varios autores, *Associazionismo, volontariato, nuova cittadinanza sociale*, Milán, 1991; U. ASCOLI y S. PASQUINELLI (directores), *Il Welfare mix*, Milán, 1983; G. P. BARBETTA, *Senza scopo di lucro*, Bologna, 1996; Varios autores, «Volontariato e terzo settore. Quale legislazione?», en *Materiali Fivol*, número 8, 1996.