

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 1604

## PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del Deputato ROMANO BRUNO

*Presentata il 7 ottobre 1959*

### Regolamentazione della carriera e dei concorsi dei medici ospedalieri

ONOREVOLI COLLEGHI! — È ormai generalmente riconosciuto che il complesso dei servizi sanitari ospedalieri, regolati ancora in via fondamentale dalla legge 17 luglio 1890, n. 6972, impone con urgenza la necessità di notevoli ed accorte modificazioni strutturali. La grave crisi degli ospedali italiani, giunta al punto da mettere in pericolo la vita stessa di antiche e gloriose istituzioni, forma attualmente oggetto di attento studio da parte del Governo e del Parlamento. Nella seduta della XIV Commissione Igiene e Sanità della Camera dei Deputati, che ha avuto luogo il 18 marzo scorso, in occasione dell'approvazione della legge n. 992 d'iniziativa del senatore Berlingieri per la proroga di un anno delle disposizioni transitorie per i concorsi a posti di sanitari e farmacisti ospedalieri, di cui alla legge 10 marzo 1955, n. 97, il problema ospedaliero italiano fu posto in discussione nelle sue linee generali ed unanime fu la decisione della Commissione, confortata dal parere del Governo espresso dal Sottosegretario alla sanità, onorevole De Maria, di affrontare il problema stesso in tutta la sua interezza e nel più breve tempo possibile.

Gli aspetti fondamentali del problema ospedaliero, che costituiscono le linee direttrici per una legislazione risolutiva in materia, indicano tre esigenze indiscutibili ed indilazionabili. Queste esigenze sono:

1°) potenziamento e coordinamento da parte dello Stato della rete ospedaliera na-

zionale, con particolare riguardo alle carenze più o meno sensibili delle diverse regioni d'Italia in rapporto alle moderne esigenze della medicina sociale e del progresso tecnico e scientifico raggiunto in tutti i paesi civili;

2°) sistemazione definitiva della vita finanziaria degli ospedali, ai quali devono essere assicurati con larga sufficienza tutti i mezzi indispensabili per assistere efficacemente gli infermi e per rinnovare e potenziare le loro attrezzature tecniche;

3°) regolamentazione della carriera del personale sanitario, in modo da offrire ai medici ospedalieri, che sono gli artefici primi ed insostituibili dell'assistenza, la sicurezza derivante dalla stabilità nel posto e da un trattamento economico adeguato che consenta loro di non avere preoccupazioni di sorta e di dedicare intensamente la loro opera all'ente ospedaliero dal quale dipendono.

I primi due aspetti del problema, che impegnano necessariamente il contributo finanziario dello Stato, non sono oggetto della presente proposta di legge. Tuttavia, avendone fatto menzione, non sembra superfluo rilevare che la capacità ricettiva ospedaliera nazionale è in media di 4,3 posti letto per ogni mille abitanti, ed in particolare per l'Italia settentrionale è del 5,5 per l'Italia centrale è del 4,5 e per l'Italia meridionale ed insulare supera di poco il 3 per mille. Ciò significa che la media nazionale, almeno per quanto riguarda le possibilità ricettive per ammalati

acuti, è inferiore del 50 per cento alla media dell'8-9 per mille, che è teoricamente ritenuta una media adeguata al fabbisogno nazionale, ed è molto inferiore alle medie che si registrano nei paesi a più elevato tenore civile e sociale.

Particolarmente grave risulta poi la spequazione esistente tra le diverse regioni d'Italia, sia in materia di posti-letto ospedalieri in genere, sia di posti-letto ospedalieri specializzati: onde risulta necessario non soltanto provvedere alla costruzione di molti nuovi ospedali, specie nelle zone più depresse, ma anche di coordinare in sede programmatica il piano di distribuzione e di sviluppo della rete ospedaliera nazionale, evitando così che vi siano regioni che si consentono l'assurdo lusso di avere addirittura doppioni di ospedali specializzati e regioni che mancano del minimo indispensabile di posti-letto per far fronte alle esigenze più urgenti della popolazione.

Per quanto riguarda il settore finanziario occorre tener ben presente che gli ospedali moderni non hanno più nulla in comune con quelle gloriose istituzioni di beneficenza, che furono regolate dalla legge 17 luglio 1890, n. 6972, la cui vita era fondata sul nobile prodigarsi delle secolari Congregazioni di carità e di privati benefattori. Oggi gli ospedali, i cui redditi patrimoniali sono praticamente polverizzati, costituiscono strumento prezioso ed insostituibile della previdenza e dell'assistenza sociale in uno Stato moderno ed erogano le necessarie prestazioni sanitarie ad infermi i quali, raramente in proprio e quasi sempre indirettamente attraverso gli Enti mutualistici ed i comuni, corrispondono una retta di degenza giornaliera tale da coprire, in teoria e sulla media dei degenti, gli oneri di esercizio dell'ente.

Le rette di degenza costituiscono dunque l'unica vera fonte finanziaria per la vita dei nostri ospedali e le leggi dello Stato (fondamentalmente l'articolo 78 della legge 17 luglio 1890, n. 6972, e l'articolo 34 del regio decreto 30 dicembre 1923, n. 2841) regolano in maniera precisa questo settore. Tuttavia le rette di degenza, nella misura media corrente in Italia, non sono certo sufficienti a garantire la vita dell'ospedale, i cui oneri di esercizio crescono continuamente in dipendenza del progresso scientifico e tecnico che impone esigenze di attrezzatura e di organizzazione sempre più rilevanti: né dette rette possono essere aumentate al di là di certi limiti, altrimenti gli enti mutualistici ed i comuni si vengono a trovare

nella condizione di non poterle corrispondere e gli infermi vengono dirottati, a danno degli ospedali, verso le case di cura private sulle quali gravano oneri sociali ovviamente molto minori. Si aggiunga che taluni enti, come l'I. N. A. M., con atto certamente illegittimo, non riconoscono addirittura le rette di degenza stabilite dalle Amministrazioni ospedaliere a norma di legge, oppure ricorrono ad altri sistemi nel tentativo di sottrarsi al pagamento delle rette o di ridurne comunque l'entità. Soltanto l'I. N. A. M. doveva fino a qualche mese addietro circa 12 miliardi di lire agli ospedali italiani, taluni dei quali erano in gravissima crisi proprio a causa dell'atteggiamento assunto dal maggiore istituto mutualistico italiano e sono stati costretti ad adire le vie legali per far riconoscere il loro diritto.

Ognuno comprende che gli ospedali non possono offrire agli infermi un'assistenza adeguata, né attrezzarsi sufficientemente, né compensare come si deve il personale primario e secondario di assistenza, né restaurarsi, né pagare i fornitori con regolarità, se le rispettive amministrazioni non possono mai disporre con sicurezza dei fondi necessari ed indispensabili per assicurare la funzione essenziale degli enti. È dunque evidente che il sistema di finanziamento degli istituti ospedalieri esige una fondamentale riforma di struttura e che lo Stato, che articola la sua massiccia funzione previdenziale ed assistenziale sugli ospedali, non può sottrarsi legalmente e moralmente alle sue responsabilità né agli oneri finanziari indispensabili che la situazione comporta.

\* \* \*

Il terzo e fondamentale aspetto del problema ospedaliero riguarda la regolamentazione della carriera dei medici ospedalieri. Di questo problema si occupa specificamente ed in senso radicale la proposta di legge che ho l'onore di sottoporre all'esame degli onorevoli colleghi.

Continue polemiche si sono intrecciate, specie in questi ultimi tempi, sul funzionamento dei nostri ospedali: e purtroppo, come spesso ci accade di dover constatare, si è voluto velatamente od apertamente attaccare la classe sanitaria ed i medici ospedalieri in particolare, caricando ad essi responsabilità assurde e quasi sempre da mettere in rapporto, per gli inconvenienti realmente esistenti, con gli aspetti del problema ospedaliero precedentemente trattati.

In realtà la situazione nella quale versano i medici ospedalieri è assolutamente insostenibile. La maggior parte di essi, cioè gli assistenti e gli aiuti che costituiscono il nerbo, la truppa fondamentale degli ospedali, non ha alcuna sicurezza di lavoro e di carriera. In base alla legge 30 settembre 1938, n. 1631, solo i primari (e sono ben pochi!) acquisiscono la stabilità di carriera fino al 65° anno di età, mentre gli assistenti e gli aiuti, dopo aver superato duri e faticosi concorsi, si assicurano la permanenza in servizio soltanto, rispettivamente, per due e per quattro anni, eventualmente prorogabili al massimo per un eguale periodo di tempo. Si aggiunga a tutto questo che il trattamento economico riservato a questo personale sanitario è modestissimo, in taluni casi addirittura lesivo della dignità professionale, mentre il lavoro richiesto è altamente qualificato e certamente molto gravoso.

Gli assistenti e gli aiuti, pertanto, dopo un servizio massimo, rispettivamente e *ad libitum* delle Amministrazioni, di quattro ed otto anni, sono messi cortesemente alla porta dell'ospedale, nè possono nella maggioranza dei casi ripresentarsi ad altro concorso per lo stesso posto già occupato avendo superato i limiti di età previsti dalla legge. Ad essi, dopo aver speso tutta la loro prima e seconda giovinezza in ospedale ed avere acquisito una esperienza ed una preparazione tecnica ben difficilmente conseguibili in altri settori dell'attività professionale, non spetta un centesimo di liquidazione nè alcun diritto al trattamento di quiescenza. Notevole è anche il danno per l'ospedale, che perde sanitari ormai provati ed esperti.

Ma il fatto ancora più grave è un altro: i sanitari dimessi dal servizio ospedaliero per scadenza del loro mandato vanno ormai fatalmente ad ingrossare le fila della disoccupazione professionale e, nella gran parte dei casi, il loro problema di vita diventa realmente tragico.

Una volta, infatti, l'ospedale veniva considerato una utile, preziosa palestra per accreditare dei professionisti, per prepararli e per lanciarli con un ottimo bagaglio tecnico ed un nome conosciuto nel libero agone professionale. Oggi non esiste più, salvo che per pochissimi consulenti di chiara fama, cattedratici o clinici già in età matura, alcuna possibilità di libero esercizio professionale, avendo il sistema della sicurezza sociale compiuto passi giganteschi, fino ad assicurare ben 37 milioni di cittadini italiani, cioè i tre quarti della popolazione della nostra penisola.

Nè si nasconde l'intenzione di voler giungere ad un'estensione totale del regime previdenziale.

In questa situazione, della quale particolarmente mi sono occupato con la proposta di legge n. 695 recentemente presentata all'esame della Camera, occorre ritenere evidentemente che i termini del problema sono letteralmente capovolti rispetto allo spirito che ha mosso la legislazione vigente.

Non si può ormai onestamente sostenere che, mentre in tutti i campi del lavoro le diverse carriere hanno il loro corso preciso e la loro stabilità e sfociano in un ragionevole trattamento di quiescenza, soltanto per i medici ospedalieri tale principio sacrosanto si debba respingere prendendo ad argomento la necessità di salvare la cosiddetta « palestra ospedaliera » al maggior numero possibile di giovani. E, anche restando nel campo dei medici, perché tale ragionamento non si fa per la carriera universitaria, accortamente sistemata con recente legislazione, o per i medici condotti, o per i sanitari che entrano in carriera presso gli innumerevoli enti pubblici?

È dunque evidente che non si può pretendere da un personale che non ha alcuna sicurezza di lavoro e che percepisce un trattamento economico assolutamente inadeguato alle sue esigenze di vita che esso si dedichi a tempo pieno all'ospedale: mentre, viceversa, si deve riconoscere lealmente che i medici ospedalieri, che sono certamente tra i medici italiani a più alta qualificazione, servono di giorno e di notte con entusiasmo, con passione, con sacrificio personale, con alta capacità ed assumendosi continuamente, specie per i servizi di pronto soccorso, sovrumane responsabilità, gli interessi sanitari, umani e sociali di migliaia e migliaia di infermi di ogni ceto e di ogni provenienza.

Occorre dunque offrire anche a questi uomini, dei quali ogni cittadino può in qualunque momento aver bisogno e che trova sempre presenti al loro posto di lavoro, la sicurezza di lavoro ed il riconoscimento della società.

È pur vero, senza alcun dubbio, che la palestra ospedaliera è necessaria per i giovani medici che si avviano all'esercizio professionale: in nessun luogo come nell'ospedale il medico apprende a tradurre in pratica ed in tecnica le nozioni assimilate durante i corsi universitari ed anche durante i corsi eminentemente teorici di specializzazione: ma a questa esigenza la proposta di legge in esame risponde largamente con gli articoli 2, 3 e 4, mediante la istituzione dei corsi trien-

nali d'internato che sono obbligatori per coloro che intendono avviarsi alla carriera ospedaliera, e presentarsi ai relativi concorsi di assistente, mentre costituiscono prezioso titolo tecnico-professionale per coloro che dalla carriera ospedaliera restano, volontariamente o meno, esclusi.

L'istituzione dei corsi triennali d'internato, organizzati a simiglianza dei corsi quinquennali di specializzazione ospedaliera esistenti negli Stati Uniti d'America, costituisce la fondamentale innovazione di questa proposta di legge, direi l'elemento indispensabile sul quale si costruisce seriamente una carriera ospedaliera, rispondendo all'interesse generale di completare efficacemente la preparazione dei giovani medici italiani.

Tutto il resto, per quanto riguarda la carriera, procede in senso quasi automatico. È evidente che, trattandosi di « carriera », non è possibile concepire che si arrivi ai gradi superiori senza superare un concorso e senza una minima permanenza e preparazione nel grado inferiore.

Per quanto riguarda i concorsi, per i quali viene proposta una normativa che sembra rispondente alle esperienze fatte, ritengo che le Commissioni esaminatrici debbano essere costituite in modo che possa offrirsi ai candidati la massima garanzia di obiettività: né vedo la ragione per la quale debbano costituirsi diversamente le Commissioni a seconda del grado per il quale è bandito il concorso. Mi sembra anche giusto che i concorsi per primario, ai quali partecipano sanitari che hanno già dato lungamente conto di sé e che hanno raggiunto l'età della maturità, si svolgano in prevalenza per soli titoli: essendo questo sistema, nonostante quanto possa apparire ad una osservazione superficiale, il più idoneo, in questo caso, a garantire un giudizio obiettivo e sereno.

I limiti di età stabiliti per la permanenza in servizio e per i vari gradi mi sembrano giusti per quanto riguarda i primari e gli aiuti, mentre per gli assistenti essi rispondono alle esigenze minime per aver diritto al trattamento di quiescenza: salva ed impregiudicata la necessità di modificare la legislazione vigente sotto quest'ultimo profilo, abolendo la superata Cassa di previdenza per i sanitari, di cui alla legge 6 luglio 1939, n. 1035, e proponendo una diversa regolamentazione che

assicuri ai medici ospedalieri un adeguato e decoroso trattamento di pensione.

Per quanto riguarda, infine, il trattamento economico dei medici ospedalieri, mi sembra giusto di adeguare il trattamento degli assistenti a quello previsto dalla legge 18 marzo 1958, n. 349, per gli assistenti universitari: essendo ovvio, in partenza da tale base, il migliore trattamento per i gradi superiori.

Di particolare rilievo, ai fini del miglioramento dell'assistenza agli infermi soprattutto, mi sembra l'articolo 18 della proposta di legge che potenzia notevolmente, rispetto a quanto stabilito dalla legge 30 settembre 1938, n. 1631, gli organici ospedalieri. Si tenga presente, a tal riguardo, che nei paesi ad organizzazione ospedaliera più avanzata, come negli Stati Uniti, in Inghilterra e nei Paesi nordici d'Europa, si giunge perfino a registrare uno o più medici per posto-letto (ad esempio: il « Memorial Hospital » di New York possiede soltanto 273 letti contro 1.200 persone adibite all'assistenza, tra cui 327 medici; il « Metropolitan Hospital » ha 1.100 letti ed un personale sanitario di 2.600 unità; il « Cook County Hospital » di Chicago, forse il più grande del mondo, possiede 3.400 letti e circa 1.300 persone adibite all'assistenza, di cui 700 medici; ecc.).

Ciò si spiega facilmente considerando le esigenze moderne dell'assistenza medica in genere ed ospedaliera in particolare: esigenze complesse che richiedono uno scrupoloso lavoro in *équipes* sanitarie specializzate e non più il prodigarsi di uno o pochi medici, come avveniva in passato.

Con le disposizioni transitorie, infine, si provvede al necessario inserimento in carriera dei medici ospedalieri attualmente o già in servizio, in dipendenza di recenti concorsi, ed a sanare provvisoriamente le altre situazioni di fatto già esistenti per i medici ospedalieri incaricati, o volontari o interni da almeno tre anni.

Con queste premesse e nella profonda convinzione che il problema prospettato esige, nell'interesse generale del paese oltre che della classe sanitaria, una soluzione radicale qual è quella prospettata, mi auguro vivamente che il Parlamento voglia dare la sua approvazione alla presente proposta di legge.

## PROPOSTA DI LEGGE

## ART. 1.

Alla carriera ospedaliera negli ospedali di 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> categoria, di cui all'articolo 6 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, i sanitari accedono in base a concorso pubblico per titoli e per esami.

La regolamentazione della carriera e dei concorsi dei medici ospedalieri viene attuata mediante le disposizioni della presente legge.

## ART. 2.

Tutti gli ospedali di 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> categoria hanno l'obbligo di istituire, entro i sei mesi dalla pubblicazione della presente legge sulla *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica, i corsi triennali di internato per laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio professionale, che intendano intraprendere la carriera ospedaliera.

Ai detti corsi possono accedere i giovani medici, che non abbiano conseguito la laurea da più di tre anni, attraverso un concorso di ammissione bandito annualmente da ciascuna amministrazione ospedaliera per il numero dei posti disponibili che corrispondono, per ciascun bando di concorso, al numero dei posti di assistente previsti complessivamente dalla pianta organica dell'ospedale.

La Commissione giudicatrice del concorso di ammissione ai corsi d'internato è nominata dall'Amministrazione dell'ospedale ed è costituita dal direttore sanitario, da un primario ospedaliero e da un professore universitario di ruolo.

La prova di esame consiste in un colloquio su un tema di patologia medica o di patologia chirurgica. La Commissione terrà conto, nel formulare il giudizio definitivo sul candidato, anche del voto di laurea e dei voti conseguiti nelle singole materie di esame durante i corsi universitari.

I candidati che sono ammessi ai corsi d'internato conseguono la nomina di medici interni residenti.

I medici interni residenti non fanno parte della pianta organica dell'ospedale e non sono considerati, a tutti gli effetti, dipendenti dell'ente ospedaliero.

Le Amministrazioni ospedaliere corrispondono ai medici interni residenti il vitto e l'alloggio gratuiti in ospedale, oppure un'indennità sostitutiva per ogni giorno di effettiva

presenza in misura di lire 900 per il vitto e di lire 600 per l'alloggio. Ai medici interni residenti spettano le festività infrasettimanali previste per il personale sanitario ospedaliero e sessanta giorni all'anno di licenza ordinaria, concessa secondo turni stabiliti dall'Amministrazione ospedaliera.

Per le giornate di festività infrasettimanale e per i sessanta giorni di licenza ordinaria, come per ogni eventuale congedo straordinario per qualsiasi ragione concesso dall'Amministrazione, i medici interni residenti non hanno diritto alla corresponsione del vitto e dell'alloggio, nè dell'indennità sostitutiva.

#### ART. 3.

I medici interni residenti seguono i seguenti corsi annuali:

1° corso, in una divisione di medicina;  
2° corso, in una divisione di chirurgia;  
3° corso, in una divisione di specialità,  
o in un gabinetto o laboratorio, o nuovamente in una divisione di medicina o di chirurgia, a loro scelta.

I corsi d'internato hanno carattere teorico-pratico e sono diretti dal direttore sanitario dell'ospedale. La parte pratica è eseguita sotto la vigilanza e la responsabilità del primario della divisione, o direttore del gabinetto o laboratorio cui è assegnato il medico interno residente.

I medici interni residenti sono assegnati a ciascuna divisione o reparto dal direttore sanitario. Essi dipendono direttamente dal primario, dall'aiuto e dall'assistente per tutto quanto concerne il servizio sanitario ed hanno l'obbligo di presenza in ospedale per otto ore complessive giornaliere, in esse compresi i turni di servizio in ambulatorio ed esclusi i turni di servizio di guardia interna o di pronto soccorso.

#### ART. 4.

Alla fine di ciascun corso annuale il medico interno residente deve sostenere un esame di idoneità per il passaggio al corso superiore, o di maturità dopo il 3° corso.

L'esame consiste nell'osservazione clinica di un infermo, con dissertazione orale sulla diagnosi, sulla prognosi e sulla cura.

La Commissione esaminatrice è nominata dall'Amministrazione dell'ospedale ed è composta da tre primari ospedalieri, di cui il più anziano è il presidente. La Commissione giudica a maggioranza circa l'idoneità o la maturità del candidato, valutando anche

il rapporto informativo personale compilato dalla direzione sanitaria.

Il medico interno residente che non superi gli esami di idoneità o di maturità non può sostenere nuovamente le prove di esame se non dopo aver ripetuto presso lo stesso ospedale il corso annuale in esito al quale non ha conseguito la idoneità o la maturità. Nel caso che il medico interno residente non superi per la seconda volta le prove di esame, viene dimesso definitivamente dai corsi di internato.

Il medico interno residente che durante il corso annuale si sia assentato arbitrariamente dal servizio per un periodo complessivo superiore ai venti giorni, o che si sia reso colpevole di atti di indisciplina o di altre gravi manchevolezze dimostranti scarso senso del dovere nei confronti degli infermi e mancanza di rispetto verso l'ente ospedaliero, può essere dimesso in qualsiasi momento e definitivamente dai corsi di internato con provvedimento insindacabile dell'Amministrazione dell'ospedale.

All'esame di maturità dopo il 3° corso d'internato possono presentarsi, previa esibizione della necessaria documentazione rilasciata dalla Facoltà, anche gli assistenti volontari che abbiano prestato servizio per almeno tre anni in Cliniche o Istituti universitari.

#### ART. 5.

Per l'ammissione ai concorsi ai posti di assistente medico, di assistente chirurgo e di assistente di specialità occorrono, oltre a quelli richiesti per adire i pubblici uffici, i seguenti requisiti:

aver conseguito il certificato di maturità agli esami finali dopo i corsi di internato, presso uno degli ospedali della Repubblica;  
non aver superato il 32° anno di età.

Le Commissioni esaminatrici dei concorsi ai posti di assistente sono nominate dalla Amministrazione ospedaliera che bandisce il concorso e sono costituite:

a) dal sovrintendente o direttore sanitario dell'ospedale che bandisce il concorso, o, per sua delega, da un primario dell'ospedale stesso, presidente;

b) da un professore universitario di ruolo o fuori ruolo di materia attinente al concorso;

c) da un primario ospedaliero di ruolo di materia attinente o affine al concorso, in servizio presso lo stesso ospedale o presso ospedale di categoria pari o superiore a quella dell'ospedale che bandisce il concorso;

d) da due primari ospedalieri di ruolo di materie attinenti o affini al concorso, in servizio presso lo stesso ospedale o presso ospedali di categoria pari o superiore a quella dell'ospedale che bandisce il concorso, designati dal Consiglio dell'Ordine dei medici della provincia in cui si bandisce il concorso.

Funziona da segretario delle Commissioni un funzionario della carriera direttiva dell'Amministrazione civile dell'interno, designato dal prefetto, cui spetta anche la funzione di controllo della esatta applicazione della legge.

Gli esami di concorso ai posti di assistente comprendono le seguenti prove:

1°) esame clinico di un infermo con referto scritto sulla diagnosi, prognosi e terapia. Per gli esami di specialità la scelta dei malati per le prove di esame dovrà avere particolare attinenza con la specialità messa a concorso;

2°) dissertazione orale in rapporto al caso clinico osservato ed al relativo referto scritto;

3°) per le specialità nelle quali non è attuabile la prova clinica gli esami consteranno di una prova orale nella materia attinente al concorso e di una prova pratica con dissertazione scritta.

#### ART. 6.

Per l'ammissione ai concorsi pubblici ai posti di aiuto e di primario occorrono i seguenti requisiti:

per l'ammissione ai concorsi ai posti di aiuto presso ospedali di 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> categoria costituisce requisito necessario possedere non meno di quattro anni di servizio in qualità di assistente di ruolo presso ospedali di 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> o 3<sup>a</sup> categoria, o presso Istituti e Cliniche universitari. Di questi quattro anni, uno può essere stato ricoperto anche sotto forma di incarico;

per l'ammissione ai concorsi ai posti di primario presso ospedali di 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> categoria costituisce requisito necessario possedere non meno di quattro anni di servizio in qualità di aiuto di ruolo presso ospedali di 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> o 3<sup>a</sup> categoria, e non meno di otto anni di servizio in qualità di assistente di ruolo presso Istituti o Cliniche universitari. Di questi quattro anni ed otto anni, rispettivamente, uno e due possono essere stati anche ricoperti sotto forma di incarico;

per l'ammissione ai concorsi di primario presso ospedali di 3<sup>a</sup> categoria costituisce requisito necessario possedere non meno di tre anni di servizio in qualità di aiuto di ruolo presso ospedali di 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> o 3<sup>a</sup> categoria, e

non meno di sei anni di servizio in qualità di assistente di ruolo presso Istituti o Cliniche universitari. Di questi tre anni e sei anni, rispettivamente, uno e due possono essere stati ricoperti anche sotto forma di incarico.

## ART. 7.

Le Commissioni esaminatrici dei concorsi ai posti di aiuto e di primario sono costituite analogamente a quanto stabilito per i concorsi ai posti di assistente nell'articolo 5 della presente legge.

## ART. 8.

Gli esami di concorso ai posti di aiuto si svolgono per titoli e per esami e comprendono le seguenti prove:

1°) esame clinico di due infermi con dissertazione orale sulla diagnosi, prognosi e terapia. Per gli esami di specialità la scelta dei malati per le prove di esame dovrà avere particolare attinenza con la specialità messa a concorso;

2°) prova pratica di anatomia ed istologia patologica per gli aiuti medici, o di specialità attinenti alla medicina, e di tecnica operatoria per gli aiuti chirurgici, o di specialità attinenti alla chirurgia;

3°) per le specialità nelle quali non sono attuabili la prova clinica e la prova pratica di cui ai precedenti paragrafi 1 e 2, gli esami consteranno di una prova orale nella materia attinente al concorso e di una prova pratica, sempre nella materia attinente al concorso, seguita da dissertazione scritta.

La valutazione dei titoli riguardanti la carriera ospedaliera e le attività ad essa connesse, nonché la valutazione degli altri titoli e delle pubblicazioni scientifiche, sarà fatta in base ai criteri stabiliti nel seguente articolo 9.

## ART. 9.

La Commissione giudicatrice dei concorsi ai posti di assistente e di aiuto dispone di cinquanta punti, che sono così ripartiti in relazione ai diversi concorsi:

a) *concorso per assistente*

35 punti per gli esami;

10 punti per i titoli riguardanti la carriera ospedaliera e le attività ad essa connesse;

5 punti per gli altri titoli e le pubblicazioni scientifiche.

b) *concorso per aiuto*

20 punti per gli esami;

20 punti per i titoli riguardanti la carriera ospedaliera e le attività ad essa connesse;

10 punti per gli altri titoli e le pubblicazioni scientifiche.

Il punteggio per le prove di esame viene assegnato in base ad una valutazione complessiva delle prove stesse sostenute dal candidato.

Il giudizio generico di inidoneità viene pronunciato a maggioranza dai componenti della Commissione giudicatrice. Le pubblicazioni scientifiche anteriori al conseguimento dell'ultima libera docenza non possono essere valutate. Alle pubblicazioni scientifiche valutabili può essere assegnato un punteggio massimo complessivo di quattro punti nei concorsi ai posti di aiuto e di due punti nei concorsi ai posti di assistente.

Nei concorsi ai posti di aiuto i titoli di carriera ospedaliera strettamente relativi agli anni di servizio prestato nell'ospedale che ha bandito il concorso vanno valutati con criterio preferenziale, maggiorando del cinque per cento il punteggio nei confronti degli analoghi titoli relativi al servizio prestato in altri ospedali, a parità di categoria ospedaliera. In ogni caso il punteggio massimo di 20 punti stabilito per la carriera ospedaliera non può essere superato.

#### ART. 10.

Gli esami di concorso ai posti di primario si svolgono per titoli e per esami.

La prova di esame consiste in un colloquio in relazione alle pubblicazioni scientifiche presentate e, nel caso di specialità chirurgiche, alle statistiche operatorie prodotte. La Commissione giudicatrice del concorso dispone di cinquanta punti, che sono così ripartiti:

35 punti per la carriera ospedaliera e le attività ad essa connesse;

10 punti per i titoli scientifici e le pubblicazioni;

5 punti per il colloquio.

Le pubblicazioni scientifiche anteriori al conseguimento dell'ultima libera docenza non possono essere valutate.

Alle pubblicazioni scientifiche valutabili può essere assegnato un punteggio massimo complessivo di cinque punti.

I titoli di carriera ospedaliera strettamente relativi agli anni di servizio prestato nell'ospedale che ha bandito il concorso vanno valutati con criterio preferenziale, maggiorando del cinque per cento il punteggio nei confronti degli analoghi titoli relativi al servizio prestato in altri ospedali, a parità di categoria ospedaliera.

## III LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

In ogni caso il punteggio massimo di 35 punti stabilito per la carriera ospedaliera non può essere superato. I candidati che non raggiungano almeno i trenta punti complessivamente non possono conseguire il giudizio di idoneità.

## ART. 11.

I medici ospedalieri vincitori di un concorso per assistente, per aiuto o per primario, acquistano la stabilità dopo un biennio di prova, trascorso il quale l'Amministrazione dell'ente, entro il termine massimo di tre mesi, provvede alla nomina definitiva o alla dimissione.

La deliberazione di dimissione deve essere motivata e contro tale deliberazione è ammesso ricorso agli organi competenti.

I medici ospedalieri che hanno acquistato la stabilità rimangono in carica:

- i primari, o i direttori di gabinetto o laboratorio, sino al 70° anno di età;
- gli aiuti sino al 55° anno di età;
- gli assistenti sino al 46° anno di età.

Tutti i sanitari possono essere dimessi prima dei termini suindicati per constatata inabilità fisica o per qualunque altra grave causa inerente alla loro attività professionale alle dipendenze dell'ente ospedaliero ed in ogni caso già prevista nel regolamento interno dell'ente stesso.

## ART. 12.

Il personale sanitario di ruolo degli ospedali di 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> categoria non può occupare altri posti, anche non di ruolo, presso altri Enti pubblici e risiedere fuori del comune ove ha sede l'ospedale presso cui presta servizio.

## ART. 13.

Il conferimento dei posti di medico ospedaliero per incarico da parte delle Amministrazioni degli Enti non può protrarsi oltre il periodo massimo di sei mesi, entro il quale periodo le Amministrazioni stesse devono bandire ed espletare i relativi concorsi pubblici.

Nel caso che tale norma non venga rispettata dalle Amministrazioni il prefetto deve intervenire nominando un commissario per l'espletamento dei concorsi ed ha anche facoltà di procedere allo scioglimento della Amministrazione inosservante.

Nel caso previsto dal precedente comma, al servizio prestato per incarico dai sanitari oltre i sei mesi non può essere assegnato alcun punteggio dalle Commissioni di concorso.

ART. 14.

Ai medici ospedalieri, oltre ai compensi per l'opera prestata agli assistiti degli Enti mutualistici ed assicurativi ed ai paganti in proprio, di cui agli articoli 82 ed 83 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, competono le classi di stipendio stabilite dalle Amministrazioni degli Istituti di cura in relazione alla qualifica del sanitario ed alla categoria dell'ospedale.

Le classi di stipendio minime per gli assistenti ospedalieri non possono in ogni caso essere inferiori a quelle stabilite per gli assistenti universitari dall'articolo 4 della legge 18 marzo 1958, n. 349.

I medici ospedalieri hanno diritto ad assegni speciali, adeguati e proporzionati alla loro qualifica ed alla rilevante responsabilità assunta, per il servizio di pronto soccorso o di guardia interna prestato oltre il servizio normale di reparto.

Non è consentita la nomina di personale sanitario non retribuito, anche se volontario, tranne quanto è disposto, per i medici interni residenti, nella presente legge e, per i medici frequentatori, nell'articolo 78 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631.

ART. 15.

Ai fini del trattamento di quiescenza ed in deroga a quanto disposto dalla lettera d) del primo comma dell'articolo 26 della legge 6 luglio 1939, n. 1035, hanno diritto alla pensione i medici ospedalieri che abbiano compiuto venti anni di servizio utile, comprendendosi in tale periodo anche gli anni di studio corrispondenti alla durata legale dei corsi universitari prescritti per il conseguimento della laurea.

Sono altresì computati come servizio di ruolo agli effetti della pensione il servizio per incarico, il servizio di prova prima di acquisire la stabilità dopo un concorso vinto ed il triennio dei corsi d'internato.

Ai medici ospedalieri che abbiano acquisito la stabilità e che siano dispensati dal servizio prima di aver raggiunto il diritto al trattamento di quiescenza, tranne nel caso di dimissioni volontarie o di dispensa per motivi disciplinari, spetta un'indennità di licenziamento pari a tante mensilità dello stipendio ed assegni quanti sono gli anni di servizio prestato, valutandosi in tale periodo anche gli anni relativi al servizio di prova ed al triennio d'internato.

## ART. 16.

Le Amministrazioni ospedaliere devono assicurare a loro spese i medici dipendenti contro gli infortuni riportati in servizio e per causa di servizio e contro le conseguenze ad essi derivanti da eventuali azioni giudiziarie promosse da terzi relativamente alla loro attività ospedaliera.

## ART. 17.

I medici ospedalieri, compresi quelli per incarico provvisorio, ed i medici interni residenti hanno diritto in caso di malattia o di infortunio al ricovero ed alle cure gratuite nell'ospedale nel quale prestano servizio.

La relativa spesa è a carico dell'Amministrazione dell'ente.

## ART. 18.

Ai fini della deliberazione della pianta organica del personale sanitario da parte delle Amministrazioni ospedaliere, di cui all'articolo 17 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, una divisione ospedaliera deve comprendere non meno di 60 e non più di 80 posti-letto ed essere diretta da un primario, coadiuvato da due aiuti e da quattro assistenti.

Ad ogni divisione di chirurgia, o di specialità chirurgiche, sono assegnati due medici anestesisti.

Le divisioni degli ospedali specializzati devono comprendere non meno di due sezioni, con 30 posti-letto ognuna, e non più di 80 posti-letto.

DISPOSIZIONI TRANSITORIE  
E FINALI

## ART. 19.

Le presenti norme riguardanti la stabilità di carriera si applicano all'atto della pubblicazione della presente legge a tutti i medici ospedalieri in servizio di ruolo presso gli ospedali della Repubblica.

I medici ospedalieri che siano stati dispensati dal servizio dopo il 31 dicembre 1956, per scadenza del loro mandato in virtù degli articoli 25 e 26 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, hanno diritto, a loro istanza da presentarsi all'Amministrazione ospedaliera competente entro il termine massimo di sei mesi dalla pubblicazione della presente legge, ad essere reintegrati nel posto che occupavano, conservando l'anzianità di

servizio di ruolo come se non vi fosse stata soluzione di continuità nel loro rapporto d'impiego. Essi non hanno tuttavia diritto a percepire gli stipendi ed assegni per il periodo in cui non hanno prestato servizio.

Le Amministrazioni ospedaliere provvederanno a sistemare in ruolo i medici ospedalieri reintegrati nel posto in virtù del comma precedente, attraverso l'ampliamento della pianta organica in conformità di quanto disposto nell'articolo 18 della presente legge.

Tale sistemazione in ruolo sarà fatta seguendo un ordine di precedenza sulla base dell'anzianità di servizio effettivamente prestato, anche sotto forma di incarico, ed in caso di parità sulla base della semplice anzianità.

In caso di eccedenza di istanze legittime sul numero dei posti disponibili anche dopo l'ampliamento della pianta organica, sarà istituito un ruolo speciale in soprannumero che sarà mantenuto fino ad esaurimento.

Nei primi sei mesi dalla pubblicazione della presente legge le Amministrazioni ospedaliere non possono bandire concorsi per posti di aiuto e di assistente. I concorsi per posti di aiuto e di assistente già banditi, ma non ancora espletati prima della pubblicazione della presente legge, si intendono annullati.

#### ART. 20.

In deroga transitoria alle presenti norme riguardanti l'ammissione ai concorsi per posti di assistente, potranno essere ammessi a detti concorsi, nei primi tre anni successivi all'anno di pubblicazione della presente legge, quei medici che abbiano prestato effettivamente servizio continuativo in reparti ospedalieri o universitari per almeno tre anni in qualità di assistenti incaricati, o volontari, o straordinari o in qualità di medici interni, e sempre che non abbiano superato il 32° anno di età.

La validità del servizio prestato, nonché della relativa nomina a suo tempo conferita, va certificata in un unico atto dai primari o direttori dei reparti dove i medici hanno prestato il servizio stesso e dalle amministrazioni ospedaliere, o dalla Facoltà Medica ove si tratti di servizio prestato in reparti universitari.

#### ART. 21.

Sono abrogate tutte le disposizioni contrarie o incompatibili con la presente legge.

#### ART. 22.

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