

CAMERA DEI DEPUTATI

N. 3396

DISEGNO DI LEGGE

PRESENTATO DAL MINISTRO DELLA SANITÀ
(GIARDINA)

DI CONCERTO COL MINISTRO DELL'INTERNO
(SCELBA)

E COL MINISTRO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE
(SULLO)

Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari
e del personale sanitario degli ospedali

Seduta del 10 novembre 1961

ONOREVOLI DEPUTATI! — L'esigenza dell'aggiornamento e della revisione delle « Norme generali dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali », approvate con regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, è da tempo avvertita, come dimostra il cospicuo apporto di studi e di proposte di eminenti parlamentari (basti citare tra le più recenti quelle dei senatori Santero, Monaldi, Benedetti ed altri e dei deputati Romano Bruno, Sorgi ed altri, Cruciani ed altri, Gennai-Toniatti, Ceravolo ed altri, Bucalossi, Boccassi ed altri) e di esponenti delle categorie interessate.

Molte di dette norme, infatti, sono da ritenere ormai superate, specie in materia di ordinamento del personale.

Se si tiene conto che la efficienza funzionale di un ospedale è strettamente dipendente dall'assetto tecnico dei servizi e da quello giuridico-economico conferito all'ordinamento del personale, si rende evidente, oltre che la necessità, l'urgenza della revisione delle norme vigenti.

Nel presente disegno di legge, tutta la materia inerente all'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali ha ricevuto un'organica disciplina. I principi fondamentali cui si ispira, saranno indicati analiticamente nel corso della relazione.

Il nuovo testo è ripartito in sei titoli di complessivi 125 articoli.

TITOLO I. — ISTITUTI DI CURA IN GENERE.

Capo I. — *Istituti ospedalieri, istituti per lungodegenti e convalescenti.*

Con l'articolo 1 gli istituti di cura vengono distinti in istituti ospedalieri propriamente detti, istituti di ricovero e cura per lungodegenti e convalescenti.

Gli istituti ospedalieri vengono, poi, classificati in tre categorie, ciascuna con propria denominazione. In detto articolo è specificato che le norme di cui alla presente legge

non si applicano agli istituti di cura per malattie mentali (che sono oggetto di altro provvedimento legislativo in stato di avanzata elaborazione) ed a quelli a carattere scientifico.

Con l'*articolo 2* gli istituti ospedalieri vengono chiamati ad assumere compiti che trascendono quelli tradizionali della cura dei malati in quanto si estendono alla medicina preventiva ed alla educazione sanitaria, nonché alla preparazione e formazione delle nuove generazioni mediche. In tal modo l'ospedale viene concretamente inserito nella organizzazione sanitaria del Paese.

Con l'*articolo 3* vengono definiti gli istituti ospedalieri specializzati ed indicate le modalità con le quali tale qualifica viene riconosciuta.

Con l'*articolo 6* il numero massimo dei posti-letto della divisione viene ridotto da 120 a 110 ed il numero minimo da 60 a 55. Il limite di 120 posti-letto viene conservato solo per le divisioni destinate ad accogliere i malati lungodegenti. Il personale medico della divisione viene di norma fissato in un primario, un aiuto e due-tre assistenti. Si tratta di necessari ritocchi per assicurare un sufficiente adeguamento dell'assistenza ospedaliera ai progressi della diagnostica e della terapia, la cui applicazione richiede ora assai più lungo tempo e più impegno di personale qualificato che nel passato.

Gli *articoli da 7 a 13* definiscono le caratteristiche delle singole categorie di istituti ospedalieri, previste dall'*articolo 1*, caratteristiche che non si riassumono più nella media giornaliera delle degenze, ma attingono a più parametri: il numero dei letti, il movimento dei malati, la consistenza e la efficienza dei servizi e delle attrezzature, la zona territoriale di influenza.

Una razionale organizzazione ospedaliera deve poter assicurare non le stesse prestazioni a tutti i livelli, ma le stesse proprietà di prestazione a tutti i livelli. La necessaria gerarchia tra gli istituti di cura deve riposare sulla consistenza delle loro attrezzature e, conseguentemente, sulla latitudine della loro competenza, ma non sulla qualità delle singole prestazioni, ché queste, ovunque, sia presso un grande ospedale centrale, sia presso un semplice ospedale, debbono essere erogate con uguale proprietà.

Tenuto presente il criterio della auspicata gerarchia nelle attrezzature ospedaliere, una completa autosufficienza è richiesta agli ospedali centrali che debbono comprendere, oltre ai reparti di cura ed ai servizi generali e specializzati, attualmente previsti per gli

ospedali di prima categoria, divisioni di neurologia, di stomatologia e di odontoiatria e servizi di ricerche virologiche, di anestesia e di rianimazione, di trasfusione, di recupero e di rieducazione funzionale, di prelievamento e conservazione di parti di cadavere, di assistenza sociale, di dietetica, di assistenza religiosa. Essi, inoltre, debbono provvedere anche all'assistenza dei convalescenti e dei lungodegenti.

Maggiori responsabilità sono affidate agli istituti ospedalieri dal nuovo testo nel settore della preparazione del personale sanitario e di quello ausiliario, in quanto anche gli ospedali principali generali (gli attuali ospedali di 2ª categoria) sono tenuti ad istituire scuole-convitto per infermiere professionali e scuole per infermieri generici. Debbono contribuire alla formazione di questo insostituibile strumento dell'assistenza diretta anche gli ospedali centrali principali specializzati.

È da notare che la nuova classificazione degli istituti ospedalieri non contempla le «infermerie per acuti» (*articolo 7* del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631), non essendosi ritenuto di poter consentire per l'avvenire il ricovero di ammalati acuti in istituti con caratteristiche strutturali e funzionali inadeguate.

Con l'*articolo 14* vengono definiti i compiti degli istituti per ricovero e cura dei malati lungodegenti e dei convalescenti, cioè a dire di due categorie di degenti che incidono negativamente sul costo medio delle degenze e sui bilanci degli enti tenuti a sostenerne l'onere.

Si rende, pertanto, necessario provvedere all'assistenza dei lungodegenti e dei convalescenti in distinte divisioni istituite negli istituti ospedalieri generali o presso appositi istituti che pratichino rette meno onerose senza pregiudizio, naturalmente, per la proprietà delle prestazioni.

Capo II. — *Classifica e piano regolatore degli ospedali.*

Gli *articoli 15, 16, 17 e 18* sono stati dettati dalla necessità urgente di addivenire a quella gerarchizzazione territoriale degli ospedali da tutti gli studiosi auspicata per le seguenti ragioni: l'alto costo delle attrezzature specializzate, specie se si tiene conto e della loro onerosa manutenzione e del loro rapido invecchiamento; il personale qualificato non è facilmente reperibile da parte degli ospedali che non possono offrire adeguate condizioni di vita; la stragrande mag-

gioranza della popolazione italiana è distribuita in piccoli comuni; i tentativi, riusciti fino ad ora infruttuosi, di promuovere tra gli enti che operano nel settore dell'assistenza ospedaliera l'intesa necessaria sia per assicurare alla popolazione del territorio di loro competenza l'assistenza più corretta, più completa e più economica, sia per evitare la dispersione di fondi e di energie determinata dalla istituzione di duplicati di servizi e di reparti specialistici perfino nella stessa città; la ricerca, infine, di malati in regime di concorrenza e quindi a condizioni spesso non remunerative.

All'uopo, in ogni provincia sarà elaborato a cura del medico provinciale (articolo 16), che si avvarrà della collaborazione delle amministrazioni ospedaliere e degli altri enti interessati, un *piano provinciale ospedaliero*, tenuti presenti l'andamento della morbosità e le condizioni ambientali fisiche, sociali e locali.

Il piano sarà sottoposto al parere del Consiglio provinciale di sanità ed approvato dal Ministero della sanità (articolo 17) e, quel che più conta, *l'intervento finanziario dello Stato potrà essere sollecitato solo a favore degli ospedali previsti da detto piano.*

Capo III. — Servizi ospedalieri sussidiari.

L'articolo 19 estende agli Enti gestori dell'assistenza malattia la facoltà di stipulare convenzioni con le amministrazioni ospedaliere per assicurare l'*assistenza ambulatoriale ai propri assistiti.*

L'articolo 20 disciplina l'impianto ed il funzionamento del *servizio di pronto soccorso e di raccolta e smistamento degli ammalati*, reso obbligatorio per tutti gli ospedali nei comuni capoluogo di provincia o sede di importanti industrie o di rilevante movimento turistico, o con popolazione superiore ai 50.000 abitanti, attrezzato per qualsiasi intervento e dotato di personale distinto da quello di guardia interna.

Per i comuni aventi più di 300.000 abitanti è previsto l'intervento del medico provinciale nel determinare il numero e la dislocazione degli istituti ospedalieri che debbono assicurare il servizio di pronto soccorso.

L'articolo 22 contiene disposizioni di notevole interesse in quanto l'istituto ospedaliero è in grado di dare un prezioso contributo alla *lotta contro le infermità di particolare interesse sociale*, inserendolo di diritto nel dispositivo profilattico del Paese.

La istruzione negli istituti ospedalieri di centri per la prevenzione, diagnosi e cura di dette infermità, mentre afferma la indissolubilità dell'azione preventiva con quella terapeutica, potrà costituire una remora alla creazione di « centri » autonomi quando questi si rivelino eccessivamente onerosi e di dubbio rendimento, soprattutto se privi di reparti di degenza.

TITOLO II. — PERSONALE SANITARIO ED AUSILIARIO.

La disciplina della delicata e complessa materia dell'ordinamento e delle attribuzioni del personale, dello svolgimento delle carriere, e dei rapporti fra amministrazioni ospedaliere e personale sanitario, trova in questo titolo un assetto che potrà consentire un più adeguato sviluppo e una più efficiente organizzazione dell'assistenza ospedaliera.

Il titolo comprende quattro capi con un complesso di 32 articoli, di cui si commentano i più significativi.

Capo I. — Disposizioni generali.

Con l'articolo 24 si classifica in modo organico il personale sanitario ed ausiliario nonché quello destinato al servizio sociale e ai servizi tecnici.

Con l'articolo 26 si fa obbligo all'amministrazione ospedaliera di provvedere alla nomina definitiva dei sanitari ed alla loro dimissione entro due mesi (e non più sei) e di motivare la eventuale dimissione non più genericamente. In tal modo risulta notevolmente protetto lo stato giuridico dei sanitari. Inoltre viene fissato al raggiungimento del 65° anno di età il limite di permanenza in servizio delle ostetriche.

L'articolo 28 introduce l'obbligo per le amministrazioni ospedaliere di assicurare il personale sanitario ed ausiliario contro gli infortuni, compresi quelli da radiazioni ionizzanti, derivanti da causa di servizio.

L'articolo 29 viene incontro ad una delle richieste più importanti, da tempo formulate dai sanitari ospedalieri, cioè quella di poter raggiungere un soddisfacente trattamento di quiescenza. Mentre si è provveduto con gli articoli 40 e 42 ad assicurare anche agli aiuti e agli assistenti un ragionevole sviluppo di carriera, si è concessa la facoltà al personale, che lascia il servizio prima di aver raggiunto il minimo pensionabile, di continuare a corrispondere all'istituto da cui ripete il

trattamento di pensione le quote relative nella misura dell'ultimo versamento.

L'*articolo 30* precisa più chiaramente delle vigenti norme le condizioni alle quali il personale sanitario può svolgere la libera attività professionale e pone ai medici il divieto di costituire rapporti professionali con case di cura private, se l'istituto ospedaliero da cui dipendono sia dotato di sale speciali per paganti in proprio, e di partecipare alla gestione di case di cura, o di svolgere attività pregiudizievoli per l'interesse economico dell'ospedale.

Dalla leale osservanza di tali disposizioni risulteranno protetti i rapporti fra amministrazione e personale sanitario da una delle più gravi cause di dissenso e nel contempo sarà meglio assicurata la presenza in reparto dei primari e del restante personale, condizione prima del buon funzionamento dei servizi, nonché della possibilità di assolvere ad una efficace funzione didattica e svolgere un proficuo lavoro di ricerca.

Capo II. — *Personale medico.*

Con l'*articolo 31* vengono fissate le attribuzioni del sovrintendente sanitario che mantiene, anche negli istituti specializzati, la fisionomia di un funzionario tecnico, particolarmente versato nella igiene e nella tecnica ospedaliera.

Rifiutando la tesi di chi vorrebbe vedere il sovrintendente assumere le funzioni di un super primario clinico, si è ritenuto che egli debba restare il prezioso collaboratore dell'Amministrazione e l'indispensabile guida in compiti di carattere tecnico. Egli, infatti, coadiuva l'Amministrazione nella organizzazione e nel coordinamento dei servizi ospedalieri, determina le norme di massima da seguirsi dai direttori sanitari dei singoli istituti, vigila sul funzionamento degli istituti dipendenti, interviene alle deliberazioni dell'Amministrazione con voto consultivo. Tra le sue attribuzioni assumono particolare rilievo quelle riguardanti le iniziative dirette a favorire le attività culturali e scientifiche del personale e a migliorare la educazione sanitaria del personale e dei malati.

Per l'assorbente funzione che gli è affidata e per ovvi motivi di opportunità nei rapporti con il restante personale medico, al sovrintendente non è consentito l'esercizio professionale.

L'*articolo 32* vuole promuovere quella collaborazione clinico-scientifica da tutti auspicata fra il personale universitario e quello ospedaliero.

Questa necessità si presenta più viva negli istituti di cura specializzati, ove periodici scambi di vedute, specie per quanto attiene agli indirizzi terapeutici, possono risultare assai proficuevoli per il progresso della scienza e della pratica medica. Esempi del genere sono già in atto e con risultati assai buoni; è parso, quindi, utile prevederne la estensione.

L'*articolo 34* stabilisce quali Istituti ospedalieri debbono avere un direttore sanitario nominato per concorso e quali possano averlo per incarico interno conferito ad uno dei primari che dia affidamento di poter assumere anche la responsabilità del governo igienico-sanitario dell'Istituto.

Si è tenuto in particolare conto la situazione degli istituti ospedalieri specializzati, molti dei quali non hanno, fino ad ora, ottemperato al disposto dell'*articolo 21* delle vigenti norme (che fanno obbligo di avere un direttore sanitario quando la media giornaliera raggiunga i trecento ricoverati), sostenendo la convenienza di accentrare nelle stesse mani le responsabilità cliniche e quelle igienico-sanitarie sia per ragioni disciplinari, dato il maggior ascendente esercitato dal medico curante sui malati (specie quelli che per lunga degenza diventano spesso insopportabili della vita ospedaliera) sia per ragioni d'ordine clinico, in quanto in un ambiente di alta qualificazione e piuttosto ristretto, come sono gli ospedali specializzati, diversità di indirizzi terapeutici potrebbero suscitare perplessità e disagio fra gli infermi.

Senza dubbio queste considerazioni meritano attenzione, ma a parte il fatto che siffatte preoccupazioni non sono mai state fatte presenti nei confronti degli ospedali generali dove più divisioni mediche e chirurgiche e perfino specialistiche, per quanto attiene alla cura dei malati, vivono di vita autonoma secondo il personale criterio dei rispettivi dirigenti, non si può fare a meno di rilevare che esse perdono ogni valore quando si riferiscono ad ospedali specializzati con più centinaia e, talvolta, con più migliaia di posti-letto. In questi ospedali i compiti di natura tecnico-amministrativa sono così assorbenti, da consentire tutt'al più al direttore clinico di assolvere solo ad una funzione di sporadica consulenza e per un ristretto numero di malati.

In ogni caso, poi, negli ospedali specializzati in cui si potessero accentrare tutti i compiti nelle mani di un direttore clinico, bisognerebbe rinunciare alla nomina dei primari non potendosi più consentire che vi

siano ospedali in cui i primari siano privati delle loro più gelose attribuzioni che sono quella della formulazione della diagnosi e dell'indicazione del trattamento terapeutico. Ai primari che si trovano in tale anormale situazione è stato talvolta perfino negato il riconoscimento dei titoli necessari per far parte di commissioni giudicatrici.

Per il complesso delle considerazioni sopra svolte si è ritenuto di dover modificare il disposto dell'articolo 21 delle vigenti norme, stabilendo per gli ospedali specializzati l'obbligo di avere una direzione autonoma e sollevata da ogni attribuzione clinica *stricto sensu*, quando in organico figurino più di tre primari o vi siano reparti di degenza destinati a più specialità. In altri termini, al numero dei letti si è sostituito il concetto della maggiore o minore complessità di organizzazione dell'ospedale e conseguentemente della possibilità da parte di chi ha le gravi responsabilità cliniche di assumere anche quelle non meno impegnative relative alla direzione.

L'articolo 37 disciplina la *materia relativa alle attribuzioni del primario*.

Le attribuzioni del primario sono fondamentalmente rimaste quelle previste dall'articolo 24 delle norme vigenti, ma è stato posto l'accento sulla durata della sua permanenza in reparto, che in ogni caso non dovrà essere inferiore a cinque ore giornaliere e sul compito, a lui spettante, sia dell'addestramento sia dell'aggiornamento tecnico, e della preparazione culturale del personale sanitario da lui dipendente.

Del tutto nuove sono le disposizioni contenute negli articoli 37 e 38, riguardanti la creazione e le attribuzioni del « Collegio dei primari », quale organo di consulenza tecnica dell'amministrazione ospedaliera e della direzione sanitaria. Non si è ritenuto che la costituzione di tale Collegio incidesse sul prestigio del direttore sanitario e interferisse nelle funzioni di collegamento e di consulenza che gli sono riservate.

Il Collegio dei primari risponde a esigenze diverse e vivamente sentite. Peraltro ogni eventuale punto di contrasto sembra superato con l'attribuzione di diritto della presidenza del Collegio al direttore sanitario e con la limitazione delle attribuzioni a quei settori tecnici in cui la collaborazione attiva e responsabile dei primari non può che risultare estremamente utile ai fini del buon governo sanitario ed economico dell'ospedale.

L'articolo 40 contempla le *norme riguardanti la carriera degli aiuti*.

Il regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631 (articolo 25), stabilisce la permanenza in servizio dell'aiuto per un quadriennio suscettibile di essere protratto per un altro quadriennio.

Il nuovo testo (articolo 40, comma 2°) prevede invece che i vincitori del concorso pubblico per titoli ed esami ai posti di aiuto *acquistano la stabilità dopo un anno di prova e durano in carica fino al compimento del 55° anno di età, previa conferme quadriennali*, sentiti il Collegio dei primari ed il direttore sanitario, e dove esiste, il soprintendente sanitario. L'eventuale mancata conferma deve essere deliberata con provvedimento motivato.

Tali disposizioni, insieme con quelle contenute nei successivi articoli 42 e 47 e riguardanti, rispettivamente, la *carriera degli assistenti di ruolo e la posizione dei medici interni*, costituiscono un sistema organico che fonda su nuove basi la disciplina dello stato giuridico dei sanitari ospedalieri. Sono note le discussioni che amministratori, clinici e primari, igienisti e cultori delle questioni ospedaliere e naturalmente le associazioni di categoria hanno alimentato, specie in questo dopoguerra, sulla necessità di adeguare le carriere di aiuto e di assistente ospedaliero alle esigenze attuali dell'assistenza ospedaliera ed alle nuove situazioni d'ordine sociale che oggi condizionano l'esercizio della libera professione.

Si chiede che il nuovo ordinamento da una parte consenta al personale assistente di raggiungere quel grado di qualificazione oggi necessario per la crescente complessità delle metodiche di esame (isotopi radioattivi, cromatografia, spettrofotometria, prelievi bioptici, virologia, microscopia elettronica, ecc.) del malato e quell'educazione al lavoro di gruppo indispensabile per molte terapie speciali (cardiochirurgia, tisiocirurgia, neurochirurgia, cobaltoterapia, ecc.) e dall'altra tenga presente quanto difficile risulti oggi il reinserimento nel settore libero professionale di quelle unità che sono costrette a lasciare l'ospedale senza aver potuto raggiungere la qualifica di primario.

Bisogna, d'altra parte, che il nuovo ordinamento non dimentichi le fondamentali esigenze dell'organizzazione sanitaria del Paese ed eviti il pericolo che, per assicurare al personale assistente la stabilità nel posto, venga ostacolato l'accesso in ospedale dei giovani medici. Né si deve sottovalutare l'altro pericolo, non meno grave, che la serenità derivante dalla raggiunta stabilità e la lunga permanenza in posizione subordinata

attenuino nel personale sanitario lo stimolo a progredire nella scienza e nella pratica medica.

Il nuovo ordinamento delle carriere sanitarie, quale è stato stabilito dai sopracitati articoli, rappresenta un adeguato contemporaneo delle varie esigenze di cui era doveroso tener conto nell'interesse stesso dell'assistenza ospedaliera.

Al fine di dare larga possibilità ai giovani medici di poter completare la loro preparazione professionale in ospedale, è stato fatto obbligo agli istituti ospedalieri generali, senza distinzione di categoria, di istituire (articolo 47) in ragione del doppio dei posti di assistente previsti dalla pianta organica dell'ospedale, posti di « medico interno », ai quali possono accedere, previa prova di ammissione, consistente in un colloquio su un tema di patologia medica o chirurgica, i laureati in medicina e chirurgia da non oltre tre anni o da non oltre quattro, se hanno compiuto il servizio militare di leva. L'internato ha la durata di due anni. I medici interni non hanno alcun rapporto di impiego con l'ente ospedaliero.

In relazione all'esigenza di assicurare una permanenza nel posto di assistente e di aiuto sufficiente ad evitare che il personale sia avvicinato proprio quando ha acquisito la capacità richiesta dalle diagnostiche e dalle terapie moderne e, nel contempo, a consentirgli il raggiungimento di un minimo di trattamento di quiescenza, è stato accolto il sistema delle conferme quadriennali per gli aiuti e biennali per gli assistenti, rispettivamente fino al 55° ed al 45° anno.

Gli assistenti, assunti per pubblico concorso, iniziano la carriera con la qualifica di assistente straordinario e dopo tre anni di prova e previo esame interno di idoneità possono conseguire la qualifica di assistente ordinario.

I posti di assistente presso le divisioni di specialità, che il regio decreto n. 1631 del 1938 (articolo 63, comma 2°) prevede di coprire mediante concorso interno per titoli ed esami, tra gli assistenti già in servizio nelle divisioni mediche e chirurgiche e, solo nel caso che il concorso interno abbia avuto esito negativo, mediante concorso pubblico, saranno ricoperti mediante concorsi pubblici distinti da quelli per i posti di assistente delle divisioni mediche e chirurgiche.

Il sistema attualmente vigente, basato su di un concorso di 2° grado, rende assai laboriosa la copertura dei posti di assistente presso le divisioni di specialità con pregiudi-

zio della loro efficienza funzionale. Per queste ragioni la nuova norma prevede concorsi pubblici distinti per gli assistenti di medicina, di chirurgia e di specialità.

L'articolo 44 stabilisce che il numero degli assistenti in ogni istituto ospedaliero non può essere inferiore al doppio del numero degli aiuti. Tale norma, oltre che fissare una precisa direttiva per le amministrazioni ospedaliere, vuole evitare soprattutto quelle modifiche parziali di organico, quali, ad esempio, la soppressione di alcuni posti di assistente per creare, senza aggravio di bilancio, nuovi posti di aiuto. Questi espedienti, infatti, ispirati dal desiderio di soddisfare le aspirazioni al grado superiore di assistenti anziani, risultano assai pregiudizievoli al buon andamento tecnico e disciplinare degli istituti di cura.

L'articolo 46 prevede per la prima volta l'accesso negli ospedali di medici nella posizione di assistenti volontari in numero non superiore a quello degli assistenti di ruolo e per un periodo di non oltre dieci anni. È questa una innovazione di non piccolo significato che, mentre dà un concreto contenuto alla funzione didattica degli ospedali, crea una categoria di personale ospedaliero parallela a quella degli Istituti universitari con intuitivo vantaggio della cura del malato e consente ai medici, che abbiano favorevolmente compiuto il biennio di internato o che abbiano già ricoperto posti di assistente di ruolo o volontario presso istituti ospedalieri o universitari o che siano in possesso di un diploma di specialità, di mantenere rapporti con la vita ospedaliera, condizione questa indispensabile per favorire l'auspicata proiezione all'esterno dei progressi diagnostici e terapeutici realizzati negli ospedali e per cementare la non meno auspicata collaborazione fra medici ospedalieri e medici liberi esercenti.

Gli articoli da 47 a 51 contengono le disposizioni riguardanti l'ammissione e l'impiego dei « medici interni », che costituiscono una figura nuova nell'ordinamento del personale ospedaliero, creata, come abbiamo già detto, soprattutto per dare modo alle nuove generazioni mediche di completare la propria preparazione, senza dover necessariamente entrare a far parte del personale ospedaliero propriamente detto; possibilità questa che la permanenza in servizio dell'assistente fino al 45° anno di età renderà in avvenire meno facile di quanto non sia attualmente. Il periodo d'internato risulterà poi estremamente utile anche per una prima selezione del personale che fermamente aspira a percorrere l'impegnativa carriera ospedaliera.

In aderenza allo stato giuridico che le nuove norme attribuiscono ai medici interni ed agli scopi che con l'internato si vogliono perseguire:

a) l'amministrazione ospedaliera non deve corrispondere loro alcun assegno fisso ma è tenuta a somministrare gratuitamente il vitto ed a fornire l'alloggio a coloro che ne documentano il bisogno, nei limiti consentiti dalle disponibilità dei locali (articolo 49). Se però ai medici interni vengono affidati particolari incarichi, quali le supplenze, il servizio di guardia, ecc., essi vengono retribuiti nella misura prevista per gli assistenti straordinari (articolo 50);

b) la loro ammissione è subordinata all'esito favorevole di un colloquio su un tema di patologia medica o di patologia chirurgica che gli aspiranti sostengono con una commissione, costituita dal Direttore sanitario e da due primari, rispettivamente di medicina e di chirurgia (articolo 47);

c) durante il biennio i medici interni sono obbligati a prestare servizio secondo turni prestabiliti (articolo 51) nelle divisioni mediche, chirurgiche e di specialità e nei laboratori degli istituti ospedalieri generali allo scopo di rendere la loro preparazione la più completa possibile.

Capo III. — Personale sanitario non medico.

L'articolo 52 disciplina le attribuzioni del direttore della farmacia e l'articolo 53 quelle dei farmacisti coadiutori.

L'articolo 54 tratta della ostetrica capo e delle ostetriche.

Nessuna sostanziale innovazione rispetto al testo del 1938, ove si eccettui l'adeguamento anche per siffatto personale allo stato giuridico vigente per le altre categorie di sanitari ospedalieri.

L'articolo 55 riguarda il personale di assistenza immediata e il personale ausiliario di assistenza.

In rapporto ai criteri che hanno determinato un ridimensionamento delle varie unità funzionali dell'ospedale, il numero dei degenti affidati ad una infermiera diplomata è stato opportunamente ridotto a venti in luogo dei trenta contemplati dal testo del 1938.

TITOLO III. — CONCORSI A POSTI DI SANITARIO.

Capo I. — Disposizioni generali.

Con l'articolo 56 viene sanzionato che la nomina dei sanitari ospedalieri (ad eccezione del soprintendente sanitario e del direttore

sanitario dei centri ospedalieri) avviene a seguito di pubblico concorso per titoli ed esami, sistema questo più rispondente non solo a principi di obiettività, ma anche alla esigenza della più completa valutazione della personalità del candidato.

L'articolo 57 stabilisce che i concorsi per sanitari ospedalieri debbono essere banditi entro sei mesi ed espletati entro un anno dalla vacanza e che, in caso di inadempimento, il medico provinciale vi provvede di ufficio.

Si è voluto evitare che gli incarichi si protraggano oltre ogni giusto limite e che si determinino situazioni di fatto difficili a rimuoversi.

L'articolo 58 dà facoltà alle amministrazioni di istituti ospedalieri della stessa categoria di richiedere al medico provinciale il raggruppamento dei concorsi per posti di sanitari nella medesima qualifica. In tale modo mentre si riduce la spesa per le amministrazioni e per gli stessi candidati, si evita che questi siano sottoposti, talvolta a distanza di pochi giorni, al trauma fisio-psichico di ripetere le prove di esame per concorsi del medesimo tipo.

L'articolo 60 disciplina la valutazione da attribuire ai servizi prestati presso gli ospedali militari, valutazione che, affidata finora al giudizio delle singole commissioni, ha dato luogo, per lo stesso servizio, a punteggi profondamente diversi.

L'articolo 61 conferma la validità delle graduatorie, prevista dall'articolo 35 del testo del 1938, per coprire i posti resisi vacanti entro sei mesi dalla pubblicazione delle graduatorie, ma non oltre il terzo classificato per i primari; per i posti di interino prevede la preferenza a favore degli idonei del precedente concorso, purché espletato da non oltre un anno.

L'articolo 64 stabilisce che le commissioni giudicatrici debbono formulare collegialmente sei temi per i concorsi a posti di primario; dei sei temi vengono estratti a sorte due fra cui il candidato sceglie quello da svolgere.

Le ragioni di tale profonda innovazione sono molteplici ed in gran parte intuitive, ma quella che più ha influito nel determinare l'abbandono del sistema tradizionale è stato il convincimento che le prove scritte di concorsi di così alto livello debbono svolgersi al riparo, il più possibile, da fortuite circostanze legate a studi particolari ed a relazioni congressuali, a conferenze, a lezioni ecc. conosciuti da questo o quel candidato meglio che

da altri per affinità di scuole o per fortunata partecipazione a convegni, simposi, ecc.

La prova scritta, proprio perché tale, deve offrire una testimonianza della preparazione, della personalità e della maturità dei candidati a coprire posti di così grande responsabilità, e pertanto il giudizio deve, per quanto possibile, non dipendere dal mero caso. Del resto, la facoltà di scelta dell'argomento è concessa anche per esami di assai minore rilievo (esempio: esami di maturità classica) ritenendosi dalla moderna pedagogia, e non a torto, che un esame di cultura condotto su un binario obbligatorio finisce per dare risultati poco rispondenti alla verità.

Capo II. — *Personale medico.*

Gli articoli 68 e 69 disciplinano la materia dei concorsi al posto di direttore sanitario.

In difformità al disposto del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, che, come è noto, prevedeva il raggruppamento nazionale dei concorsi ai posti di direttore sanitario ed in conformità, invece, al vigente decreto del Presidente della Repubblica 19 giugno 1955, n. 854, sono state demandate alle singole amministrazioni ospedaliere l'indizione dei concorsi e la nomina delle commissioni giudicatrici.

La composizione delle commissioni giudicatrici (articolo 68) non reca innovazioni sostanziali rispetto a quella prevista dall'articolo 46 del già citato decreto del Presidente della Repubblica 10 giugno 1955, attualmente operante.

L'articolo 71 stabilisce i requisiti per partecipare ai concorsi per i posti di primario, che come quelli del restante personale medico debbono svolgersi per titoli e per esami. Le maggiori difficoltà che si sono incontrate in tale determinazione sono state offerte dalla valutazione da dare ai servizi prestati negli istituti universitari nella posizione di assistente volontario.

All'annoso problema, che materialmente si è ripresentato anche per i concorsi ai posti di aiuto ed assistente, è stata data una equa soluzione che, lungi dal creare compartimenti stagni fra le due categorie di personale, universitario ed ospedaliero, viene a favorire una ragionevole osmosi fra di esse a tutto vantaggio del progresso della cultura medica e dell'assistenza ai malati.

Gli assistenti sia universitari sia ospedalieri possono partecipare ai concorsi per posti di primario presso ospedali centrali e princi-

pali, purché abbiano in precedenza prestato effettivo servizio in qualità di assistente di ruolo, od incaricato o straordinario, per almeno tre anni; il servizio di assistente volontario, ai fini del completamento dei prescritti otto anni di servizio, verrà valutato in ragione di due terzi o della metà se l'assistente abbia conseguito o meno la libera docenza in una delle discipline afferenti al posto messo a concorso. Gli assistenti volontari, sia universitari sia ospedalieri, possono partecipare, alla pari con quelli di ruolo, ai concorsi a posti di primario, presso gli ospedali comuni (attuale 3ª categoria) per i quali si richiedono, fra l'altro, solo sei anni complessivi di effettivo servizio. L'equiparazione piena dei servizi di assistente volontario, sia presso istituti universitari che ospedalieri, è stata concessa per i concorsi ai posti di aiuto e di assistente.

L'articolo 72 riguarda la composizione della commissione giudicatrice dei concorsi ai posti di primario, alla quale viene conservata l'attuale struttura basata sulla presenza di cinque commissari.

La scelta del professore universitario della materia del posto messo a concorso sarà effettuata dall'amministrazione ospedaliera su terna proposta dalla competente sezione del Consiglio Superiore di Sanità e i due primari, salvo l'assoluta impossibilità di reperirli, debbono essere anche essi della stessa materia.

Gli articoli da 73 a 76 indicano le prove che debbono sostenere gli aspiranti ai posti di primario che, salvo alcuni necessari ritocchi di aggiornamento, sono rimaste fondamentalmente le stesse previste dagli articoli 49, 50, 51, 52 e 53 delle norme vigenti.

Fra le prove degli esami si è ritenuto di dover conservare la prova scritta nel convincimento che essa sia la più idonea a dare una misura completa ed obiettiva della personalità e della preparazione dei candidati.

Conseguentemente, mentre per gli aspiranti ai posti di aiuto e di assistente, ai quali si addice la trattazione di un argomento ristretto e bene definito, la prova verte su un tema di patologia medica e chirurgica o specialistica, per gli aspiranti ai posti di primario si chiede la trattazione di un argomento di più vasta cultura medica.

Gli articoli 77 e 78 stabiliscono, rispettivamente, per i concorsi ai posti di primario, i titoli di carriera ed i punteggi da attribuire ai titoli ed alle prove di esame, introducendo utili modifiche ed aggiunte rispetto alle disposizioni contenute negli articoli 54 e 55 delle norme vigenti.

Vi è da rilevare a questo riguardo che:

a) non è stato conservato il maggiore punteggio ai servizi prestati presso l'ospedale che bandisce il concorso, previsto dalle norme vigenti;

b) non è stato previsto alcun punteggio per i servizi prestati presso istituti privati, del pari considerati dalle norme vigenti;

c) sono stati previsti, invece, distinti punteggi per i servizi di aiuto ed assistente incaricati, di assistente volontario, nonché per le idoneità conseguite nei concorsi ai posti di aiuto e di assistente ospedalieri ed universitari.

Circa i punteggi, il nuovo testo prevede 90 punti per i titoli (di cui 50 per quelli di carriera, 25 per quelli di studio ed accademici e 15 per le pubblicazioni) e 90 punti per gli esami (di cui 30 per la prova scritta, 30 per la prova clinica, 20 per la prova di anatomia patologica e 10 per la prova orale), mentre le norme vigenti (articolo 54) assegnano 35 punti ai titoli (di cui 20 a quelli di carriera e 15 complessivamente per i titoli di studio, accademici e per le pubblicazioni) e 65 punti agli esami (di cui 18 alla prova scritta, 25 alla prova clinica, 12 alla prova di anatomia patologica e 10 alla prova orale).

L'accostamento fra titoli ed esami è parso giusto trattandosi di concorsi che rappresentano il coronamento di una lunga carriera di studio e di tirocinio pratico.

Per quanto riguarda i concorsi ai posti di aiuto è da rilevare che, rispetto alle norme vigenti, è stata operata una importante modifica relativa ai punteggi complessivi fissati in 40 punti per i titoli e in 50 per le prove di esame.

Le norme vigenti, infatti, attribuiscono una importanza decisiva agli esami, assegnando 50 punti ai titoli e 200 complessivi alle prove di esame. Le modifiche apportate rispondono alla figura che nel nuovo testo assume l'aiuto, che può considerarsi, a ragione, un vice-primario con responsabilità cliniche e didattiche nei confronti dei medici assistenti e dei medici interni assai più impegnative delle attuali.

D'altra parte l'aver destinato, dei 40 punti previsti per i titoli, 10 punti ai titoli di studio e 5 alle pubblicazioni e 25 ai titoli di carriera, costituisce uno stimolo per i giovani medici ospedalieri al lavoro di ricerca.

In merito ai requisiti per la partecipazione ai concorsi di assistente (articolo 88), v'è da rilevare che possono adirvi non più tutti i laureati in medicina che non abbiano oltre-

passato 30 anni di età (articolo 63 delle norme del 1938), ma solo quelli che abbiano regolarmente compiuto il biennio di internato o siano in possesso di diploma di specializzazione o di libera docenza o siano già assistenti di ruolo o incaricati o volontari da almeno due anni presso istituti ospedalieri o universitari.

L'accesso alla carriera ospedaliera è riservato perciò a coloro, che hanno compiuto un minimo di tirocinio pratico e possiedono, pertanto, già un orientamento circa la branca da coltivare.

Capo III. — *Disposizioni sul personale medico degli istituti ospedalieri dipendenti da enti a carattere interprovinciale o nazionale.*

Si è ritenuto di prevedere un apposito capo per gli enti sopraindicati in base alla esperienza fatta sulla difficoltosa applicazione delle norme vigenti alle caratteristiche peculiari dipendenti da tali enti.

Come è noto, le norme del 1938 non sono state fin qui recepite dall'Istituto nazionale della previdenza sociale e, solo in parte, sono state seguite dall'Istituto nazionale infortuni sul lavoro.

Gli articoli da 94 a 98 prevedono, sia per la partecipazione ai concorsi per direttore sanitario, sia per la composizione delle commissioni giudicatrici dei concorsi, sia, infine, per le prove di esame, disposizioni integrative al fine di rendere possibile l'applicazione delle nuove norme senza alcun pregiudizio delle finalità perseguite nel campo previdenziale dagli enti medesimi.

In particolare l'articolo 94 consente la partecipazione ai concorsi per direttore sanitario ai funzionari medici dei ruoli sanitari dei detti istituti che abbiano raggiunto almeno una qualifica corrispondente al coefficiente 402 dei dipendenti dello Stato.

È sembrato, infatti, non solo equo, ai fini di uno sviluppo di carriera, ma altresì rispondente all'interesse degli istituti, di cui trattasi, di consentire alle summenzionate categorie di funzionari medici l'accesso ai posti di direttore sanitario a seguito di concorso interno per titoli ed esami.

Ha luogo il concorso pubblico solo quando il concorso interno abbia dato esito negativo o sia andato deserto.

L'articolo 96 stabilisce che della commissione giudicatrice del concorso al posto di direttore sanitario facciano parte, oltre ai componenti previsti dall'articolo 59, il dirigente del servizio sanitario centrale o, su sua designazione, un funzionario medico del-

l'ente da cui l'istituto di cura dipende, nonché un professore universitario di medicina legale e delle assicurazioni.

La presenza di un autorevole funzionario tecnico dipendente dall'istituto interessato, oltre ad assicurare alla commissione una qualificata rappresentanza all'istituto stesso, ne rende più completa ed armonica la composizione.

Il professore universitario di medicina legale e delle assicurazioni, atteso il carattere degli enti suindicati operanti sul piano assicurativo, costituisce una opportuna integrazione.

L'articolo 97 tratta della costituzione della commissione giudicatrice dei concorsi ai posti di primario, aiuto ed assistente presso gli istituti di cura dipendenti dagli enti in parola.

I componenti di dette commissioni sono sette in quanto vi figurano, oltre ai membri di cui all'articolo 71, il dirigente il servizio sanitario centrale dell'ente da cui l'istituto dipende o un funzionario medico da esso designato ed un docente universitario di medicina legale e delle assicurazioni.

L'articolo 98 concede agli istituti a carattere interprovinciale e nazionale la facoltà di integrare le materie relative alle prove orali dei concorsi di sanitari con argomenti concernenti le finalità, le attribuzioni ed il funzionamento degli istituti stessi.

In tal modo le amministrazioni interessate possono utilmente disporre di un margine di discrezionalità nella formulazione dei programmi delle prove orali, in maniera da rendere i programmi stessi aderenti al carattere, agli scopi ed alla funzione dei loro istituti di cura.

TITOLO IV. — FUNZIONAMENTO INTERNO DEGLI ISTITUTI OSPEDALIERI.

CAPO I. — Accettazione e dimissione degli infermi.

Con l'articolo 107 viene posto l'accento sul diritto che hanno tutti gli Enti che sostengono le spese di degenza a prendere conto degli infermi ricoverati a loro carico negli ospedali.

Tale facoltà, che il regio decreto n. 1631 del 1938 conferisce alle amministrazioni comunali, viene estesa « a tutti gli altri enti » che ricoverano infermi: in primo luogo agli Enti mutualistici ed assicurativi.

Capo II. — Rette di degenza.

Con l'articolo 110 viene stabilito, fra l'altro, che i compensi fissi, che gli Enti mutualistici ed assicurativi corrispondono all'amministrazione ospedaliera per il ricovero dei propri assistiti, saranno devoluti « ai medici ospedalieri ».

Questa nuova dizione sostituisce l'altra usata nel testo del 1938 di « sanitari curanti » che ha dato luogo ad interpretazioni controverse.

Le presenti norme stabiliscono, inoltre, che una quota parte dei compensi mutualistici deve essere devoluta all'amministrazione ospedaliera per essere destinata integralmente ai miglioramenti economici del personale medico.

Con gli articoli da 111 a 113 viene disciplinata la materia della fissazione delle rette di ricovero per l'assistenza e la cura dei malati non paganti in proprio. Tali rette vengono determinate con deliberazione dell'amministrazione ospedaliera, da approvarsi dal Comitato provinciale di assistenza e beneficenza pubblica previo parere di una apposita Commissione istituita in ogni provincia e presieduta dal medico provinciale.

I criteri e le direttive per la determinazione, l'aggiornamento ed il coordinamento di dette rette vengono fissati da un Comitato interministeriale presieduto dal Presidente del Consiglio dei Ministri e composto dai Ministri per l'interno, per il tesoro, per il lavoro e la previdenza sociale e per la sanità.

Capo III. — Riscontro diagnostico.

L'articolo 116 rimanda la disciplina concernente il riscontro diagnostico delle persone decedute negli istituti ospedalieri alla legge 15 febbraio 1961, n. 83.

TITOLO V. — PREPARAZIONE DEL PERSONALE DI ASSISTENZA IMMEDIATA.

Capo I. — Scuole-convitto professionali per infermiere.

L'articolo 117, in considerazione della insufficienza da tutti lamentata delle scuole-convitto per infermiere professionali e della necessità di personale infermieristico sempre più qualificato, prevede l'obbligo da parte delle amministrazioni dei Centri ospedalieri anche specializzati e degli ospedali principali di istituire tali scuole.

Capo II. — *Corsi teorico-pratici per assistenti tecnici e preparatori.*

Con l'*articolo 118* viene stabilito che le amministrazioni degli ospedali centrali e principali debbono provvedere ad istituire almeno ogni due anni, corsi teorico-pratici per aspiranti ai posti di assistenti tecnici e preparatori.

Si è voluto in tal modo sopperire alla deficienza di personale qualificato da impiegare nei settori tecnico-sanitari (radiologia, ecc.) e laboratoristici degli ospedali.

Capo III. — *Disposizioni speciali per l'assistenza infermieristica presso ospedali appartenenti ad ordini e congregazioni religiose.*

Nulla viene innovato rispetto alle norme del 1938.

TITOLO VI. — DISPOSIZIONI GENERALI
E TRANSITORIE.

La innovazione più profonda apportata nelle disposizioni contenute in questo titolo è rappresentata dal disposto dell'*articolo 119* che prevede, a seconda delle necessità assistenziali locali, la trasformazione delle infermerie in ospedali propriamente detti o in convalescenziari o, infine, in istituti di cura per malati lungodegenti.

Con l'*articolo 124* si stabilisce che gli aiuti e gli assistenti dimessi dopo il 30 giugno 1961, per superamento dei limiti di riconfermabi-

lità in base alle disposizioni preesistenti, vengono riammessi in servizio nella medesima posizione di ruolo da essi occupata, ovvero — ove il posto sia stato, frattanto, ricoperto in base a pubblico concorso — in posizione di soprannumero.

In relazione alle preoccupazioni manifestate ed alle richieste avanzate dalle categorie interessate, il Ministero della sanità provvede ad impartire istruzioni perché le amministrazioni ospedaliere soprassedano, sia alla cessazione dal servizio del predetto personale, sia al conseguente bando dei concorsi nelle more dell'approvazione della presente legge.

È da presumere, pertanto, che anche per l'azione di vigilanza che svolgeranno i medici provinciali, nell'interesse delle Amministrazioni ospedaliere, in pratica l'ipotesi del soprannumero prevista dalla menzionata disposizione transitoria, assai difficilmente avrà modo di verificarsi. Conseguentemente, è da prevedere che non si avrà a lamentare alcun inconveniente di ordine pratico e nessuno sfavorevole riflesso di natura finanziaria.

Con l'*articolo 125* viene concessa la delega al Governo ad emanare norme di modificazione degli articoli compresi nei titoli II e III (e riguardanti, quindi, il personale sanitario ed ausiliario ed i concorsi a posti di sanitario) al fine di adeguarli alle particolari esigenze degli Istituti ospedalieri e del relativo personale sanitario ed ausiliario, dipendenti dagli Enti aventi carattere previdenziale e assistenziale, sottoposti al controllo del Ministero del lavoro e della previdenza sociale.

DISEGNO DI LEGGE

—

TITOLO I.

ISTITUTI DI CURA IN GENERE

CAPO I.

ISTITUTI OSPEDALIERI, ISTITUTI PER LUNGODEGENTI E CONVALESCENZIARI

ART. 1.

Gli istituti di cura dipendenti da Enti pubblici di qualsiasi natura, qualunque sia l'ordinamento di detti Enti e l'ambito territoriale nel quale essi operano, si distinguono in istituti ospedalieri, istituti per lungodegenti e convalescenziari.

Agli effetti della presente legge sono Enti ospedalieri quelli da cui dipendono gli istituti suindicati.

Gli istituti ospedalieri sono generali o specializzati, e si classificano nelle seguenti categorie:

- 1^a) ospedali centrali;
- 2^a) ospedali principali;
- 3^a) ospedali.

La presente legge non si applica agli istituti di cura per malattie mentali.

Gli istituti a carattere scientifico sono regolati da propri statuti organici. Il riconoscimento di tale carattere agli istituti medesimi è dato dal Ministro della sanità sentito quello della pubblica istruzione.

ART. 2.

Gli istituti ospedalieri svolgono compiti terapeutico-profilattici, didattici ed educativi.

Essi provvedono al ricovero ed alle cure medico-chirurgiche e specialistiche; contribuiscono alla preparazione professionale dei medici e all'addestramento tecnico del personale infermieristico; promuovono, avvalendosi del proprio personale sanitario, l'educazione igienico-sanitaria del malato e del suo nucleo familiare e partecipano alle iniziative dirette alla difesa attiva della salute.

ART. 3.

Sono istituti ospedalieri specializzati quelli riservati alla cura degli infermi di malattie che rientrano in una o più specialità ufficialmente riconosciute.

Rientrano tra gli istituti suindicati i sanatori e gli ospedali sanatoriali per tubercolotici, i lebbrosari, gli istituti ospedalieri per malati contagiosi, per la cura dei tumori, per la cura dei poliomielitici.

Per gli istituti ospedalieri diversi da quelli indicati nel comma precedente la qualifica di specializzato è riconosciuta con decreto del Ministro della sanità.

ART. 4.

Tutti gli istituti ospedalieri, oltre a soddisfare le esigenze dell'igiene e della tecnica ospedaliera, devono avere:

a) un reparto di accettazione, fornito dei necessari servizi per l'igiene personale dei malati e di locali adeguati per la osservazione dei ricoverati, divisi per sesso e per età;

b) idonei reparti o locali di cura, distinti a seconda della natura delle prestazioni, e del sesso ed età dei malati;

c) reparti o locali separati per l'isolamento e la cura degli ammalati di forme diffuse;

d) adeguati servizi di radiologia e di ricerche cliniche ed anatomo-patologiche;

e) servizi trasfusionali e, per i reparti chirurgici, servizi di anestesia e di rianimazione;

f) servizi di disinfezione, lavanderia, guardaroba, fardelleria, bagni, cucina, dispensa;

g) servizio di pronto soccorso, di raccolta e di smistamento degli ammalati, dotato di un adeguato numero di autoambulanze e di mezzi idonei a fronteggiare anche le esigenze derivanti da infortuni sul lavoro, del traffico, da pubbliche calamità e da eventi bellici;

h) sala mortuaria e di autopsia, secondo le prescrizioni del regolamento di polizia mortuaria e di quello locale.

L'accertamento della sussistenza ed idoneità degli elementi suindicati è riservato al medico provinciale competente per territorio, anche per gli istituti ospedalieri appartenenti ad Enti a carattere interprovinciale o nazionale.

ART. 5.

Gli istituti ospedalieri si articolano nelle seguenti unità: divisioni, sezioni e servizi speciali.

La sezione è l'unità funzionale comprendente di regola trenta letti e dotata di servizi

e personale propri per l'assistenza immediata dei malati.

Le sezioni delle specialità possono comprendere un numero di letti anche minore che non potrà essere inferiore a 15.

La divisione è composta di due o più sezioni e costituisce l'unità ospedaliera in grado, per attrezzature e servizi, di funzionare autonomamente.

I servizi speciali sono unità che forniscono prestazioni specializzate e che di norma non dispongono di propri reparti di degenza.

ART. 6.

Ogni divisione deve comprendere non meno di cinquantacinque e non più di centodieci posti-letto.

Negli ospedali generali il numero minimo dei posti-letto per ciascuna divisione di specialità è di trenta.

Le divisioni per malati lungodegenti comprendono da sessanta a centoventi posti-letto.

La divisione è diretta da un primario, coadiuvato da un aiuto e da due o tre assistenti.

Il numero degli aiuti e degli assistenti delle divisioni le cui prestazioni risultino particolarmente impegnative, può essere aumentato in rapporto al fabbisogno.

ART. 7.

Sono ospedali centrali gli istituti ospedalieri clinicizzati e quelli dotati di almeno seicento letti con una media annua di ricoveri, calcolata sul triennio precedente, non inferiore a diecimila.

Essi debbono avere:

a) *Reparti e servizi a carattere medico:*

1°) divisioni di medicina, di chirurgia, di ostetricia e ginecologia, di pediatria, di malattie infettive, di oculistica, di otorinolaringoiatria, di dermosifilopatia, di urologia, di ortopedia e traumatologia, di neurologia, di odontoiatria e stomatologia, salvo che ad alcune di dette specialità non provvedano istituzioni locali;

2°) sezione o almeno locali idonei per l'osservazione, l'isolamento e la cura dei malati contagiosi o sospetti ove manchi una apposita divisione;

3°) distinti servizi di radiologia, fisioterapia, anatomia patologica, ricerche chimico-cliniche, microbiologiche e virologiche;

4°) servizi di anestesia, di rianimazione e trasfusionali:

5°) servizi sussidiari: ambulatori, servizio di pronto soccorso, raccolta e smistamento di cui all'articolo 4, lettera g), e servizi di recupero e di rieducazione funzionale;

6°) servizi per il prelevamento e la conservazione di parti di cadavere.

b) *Servizi a carattere sanitario-auxiliario:*

1°) una farmacia interna;

2°) scuola-convitto per infermiere professionali con i relativi corsi di specializzazione previsti dall'articolo 3 della legge 19 luglio 1940, n. 1098;

3°) servizio di assistenza religiosa;

4°) servizio di assistenza sociale;

5°) scuola per infermieri generici;

6°) servizi di dietetica.

Spetta, inoltre, agli ospedali centrali provvedere all'assistenza medica degli ammalati lungodegenti e dei convalescenti con la istituzione di appositi reparti.

L'assistenza degli ammalati lungodegenti e dei convalescenti può essere affidata ad enti o istituzioni idoneamente attrezzati.

ART. 8.

Gli ospedali centrali specializzati sono gli istituti ospedalieri, di cui all'articolo 3, clinicizzati o quelli dotati di almeno trecento letti con una media annua di ricoveri, calcolata nel triennio precedente, non inferiore a 5.000.

Essi debbono avere:

a) *Reparti e servizi a carattere medico:*

1°) divisioni di una o più specialità;

2°) una sezione speciale o almeno idonei locali per l'osservazione, l'isolamento e la cura dei malati contagiosi o sospetti;

3°) distinti servizi di radiologia e, ove occorra, di fisioterapia, nonché di anatomia patologica e ricerche chimico-cliniche, microbiologiche e virologiche;

4°) servizi di anestesia e di rianimazione (per le specialità di natura chirurgica) e servizi trasfusionali;

5°) servizi sussidiari: ambulatori, servizio di pronto soccorso, raccolta e smistamento di cui all'articolo 4, lettera g), e, all'occorrenza, servizi di recupero e di rieducazione;

6°) servizio per il prelevamento e la conservazione di parti di cadavere.

b) *Servizi a carattere sanitario-auxiliario:*

- 1°) una farmacia interna;
- 2°) scuola-convitto per infermiere professionali o, trattandosi di istituti pediatrici, per vigilatrici d'infanzia, con i relativi corsi di specializzazione previsti dall'articolo 3 della legge 19 luglio 1940, n. 1098;
- 3°) servizio di assistenza religiosa;
- 4°) servizio di assistenza sociale;
- 5°) servizio di dietetica.

Spetta, inoltre, agli ospedali centrali specializzati provvedere all'assistenza degli ammalati lungodegenti e dei convalescenti con la istituzione di appositi reparti.

L'assistenza degli ammalati lungodegenti e dei convalescenti, può essere affidata ad enti o istituzioni idoneamente attrezzate.

ART. 9.

Sono ospedali principali gli istituti ospedalieri dotati di almeno trecento letti con una media annua di ricoveri, calcolata sul triennio precedente, non inferiore a 5.000.

Essi debbono avere:

a) *Reparti e servizi a carattere medico:*

1°) divisioni di medicina e di chirurgia; divisioni o sezioni di ostetricia e ginecologia, di pediatria, malattie infettive, di oculistica, otorinolaringoiatria, urologia, ortopedia e traumatologia, divisioni, sezioni o almeno servizi di neurologia, dermosifilopatia, odontoiatria e stomatologia, salvo che ad alcune di dette specialità non provvedano istituzioni locali;

2°) idonei locali per l'osservazione, l'isolamento e la cura di malati contagiosi o sospetti ove l'ospedale manchi dell'apposito reparto;

3°) distinti servizi di radiologia, fisioterapia, anatomia patologica, ricerche chimico-cliniche, microbiologiche e virologiche. È in facoltà dell'amministrazione ospedaliera di abbinare i servizi di anatomia patologica e quello di ricerche chimico-cliniche, microbiologiche e virologiche, sempre che un posto di aiuto venga riservato nell'organico a quello dei due servizi per il quale non è contemplato il posto di primario;

4°) servizi di anestesia e rianimazione e servizi trasfusionali;

5°) servizi sussidiari: ambulatorio, servizio di pronto soccorso, di raccolta e di smistamento di cui all'articolo 4, lettera g), e, all'occorrenza, servizi di recupero e di rieducazione funzionale.

b) *Servizi a carattere sanitario-ausiliario:*

- 1°) farmacia interna;
- 2°) scuola-convitto per infermiere professionali con i relativi corsi di specializzazione previsti dall'articolo 3 della legge 19 luglio 1940, n. 1098;
- 3°) servizio di assistenza religiosa;
- 4°) servizio di assistenza sociale;
- 5°) scuola per infermieri generici;
- 6°) servizio di dietetica.

Spetta, inoltre, agli ospedali principali provvedere all'assistenza dei lungodegenti e dei convalescenti, con la istituzione di appositi reparti.

L'assistenza degli ammalati lungodegenti e dei convalescenti può essere affidata ad enti od istituzioni idoneamente attrezzate.

ART. 10.

Gli ospedali principali specializzati sono gli istituti ospedalieri di cui all'articolo 3 dotati di almeno centoventi letti, con una media annua di ricoveri, calcolata sul triennio precedente, non inferiore a 1.500.

Essi debbono avere:

a) *Reparti e servizi a carattere medico:*

- 1°) divisioni di una o più specialità;
- 2°) sezione speciale o almeno idonei locali per l'osservazione, l'isolamento e la cura di malati contagiosi o sospetti;
- 3°) distinti servizi di radiologia e, ove occorra, di fisioterapia, di anatomia patologica, di ricerche chimico-cliniche, microbiologiche e virologiche.

È in facoltà dell'amministrazione ospedaliera di abbinare il servizio di anatomia patologica e quello di ricerche chimico-cliniche, microbiologiche e virologiche, sempre che un posto di aiuto venga riservato nell'organico a quello dei due servizi per il quale non è contemplato il posto di primario;

4°) servizio di anestesia e rianimazione (per le specialità di natura chirurgica) e servizi trasfusionali;

5°) servizi sussidiari: ambulatori, servizio di pronto soccorso, raccolta e smistamento di cui all'articolo 4, lettera g), e servizi di recupero e di rieducazione funzionale.

b) *Reparti e servizi a carattere sanitario-ausiliario:*

- 1°) servizio di assistenza religiosa;
- 2°) servizio di assistenza sociale;
- 3°) servizio di dietetica.

Possono essere autorizzati ad istituire scuole-convitto per infermiere professionali quando siano convenientemente soddisfatte le relative esigenze didattiche.

Gli ospedali principali pediatrici devono istituire scuole-convitto per vigilatrici dell'infanzia con i suindicati corsi di specializzazione.

Spetta, inoltre, agli ospedali principali provvedere alla assistenza medica degli ammalati lungodegenti e dei convalescenti con la istituzione di appositi reparti.

L'assistenza agli ammalati lungodegenti e dei convalescenti può essere affidata ad enti o istituzioni idoneamente attrezzate.

ART. 11.

Gli ospedali devono essere dotati di almeno 70 letti con una media annua di ricoveri, calcolata sul triennio precedente, non inferiore a 700 ricoveri.

Essi devono avere:

1°) distinte divisioni o sezioni di medicina, di chirurgia, di ostetricia e ginecologia, e di pediatria;

2°) adatti locali per l'osservazione, l'isolamento e la cura di malati contagiosi o sospetti;

3°) distinti servizi di radiologia e di analisi;

4°) servizi di anestesia e di rianimazione e servizi trasfusionali;

5°) servizi sussidiari: ambulatori, servizio di pronto soccorso, di raccolta e smistamento di cui all'articolo 4, lettera g);

6°) servizio di assistenza religiosa.

ART. 12.

Gli ospedali specializzati devono essere dotati di almeno 60 letti con una media annua di ricoveri, calcolata sul triennio precedente, non inferiore a 600 ricoveri.

Essi devono avere:

1°) adatti locali per l'osservazione e la cura dei malati contagiosi o sospetti;

2°) servizi di radiologia e, quando occorra, di fisioterapia; laboratorio di analisi;

3°) servizi di anestesia e di rianimazione (per le specialità di natura chirurgica) e servizio trasfusionale;

4°) servizi sussidiari: ambulatori, servizio di pronto soccorso, di raccolta e smistamento di cui all'articolo 4, lettera g), e, all'occorrenza, servizi di recupero e di rieducazione funzionale;

5°) servizio di assistenza religiosa.

ART. 13.

Ai sanatori ed agli ospedali sanatoriali per tubercolotici, agli istituti per la cura dei tumori e per la cura dei poliomielitici e ai lebbrosari non si richiede, agli effetti della loro classificazione, il requisito concernente la media annua di ricoveri previsti dalle presenti norme.

ART. 14.

Gli istituti e i reparti destinati al ricovero degli ammalati lungodegenti debbono provvedere con criteri di economicità alla cura e alla assistenza dei ricoverati, in modo adeguato alle particolari esigenze della loro condizione di infermità.

I convalescenti, oltre che al consolidamento della guarigione clinica, debbono provvedere all'educazione del malato per la prevenzione di ricadute.

Per assolvere alle loro finalità gli istituti per lungodegenti ed i convalescenti debbono disporre di reparti di degenza e cura aventi almeno trenta letti, nonché di sale di ricreazione, di refettori e di aree libere sistemate a giardino.

Gli Enti che gestiscono gli ospedali per lungodegenti o i convalescenti sono tenuti a deliberare uno speciale regolamento da approvarsi dal medico provinciale sentito il Consiglio provinciale di sanità nel quale debbono essere stabiliti il numero dei letti, le categorie degli infermi e dei convalescenti ammissibili, la tabella organica del personale medico e di assistenza, nonché il relativo stato giuridico ed economico.

CAPO II.

CLASSIFICA E PIANO REGOLATORE
DEGLI ISTITUTI OSPEDALIERI

ART. 15.

Il medico provinciale, con proprio decreto, provvede alla classificazione degli istituti ospedalieri della provincia nelle categorie e secondo i requisiti indicati negli articoli precedenti, eccettuato il numero annuo dei ricoveri per gli ospedali di nuova costruzione.

Qualora si verificano variazioni negli elementi tenuti a base della classificazione, il medico provinciale provvede sia di ufficio sia su richiesta delle amministrazioni interessate alla revisione della classifica. La revisione deve essere effettuata almeno ogni triennio.

Quando trattasi di ente ospedaliero che amministri più istituti ospedalieri nello stesso comune e quando il carattere di questi lo consente, si può tener conto per la classifica di ciascun istituto, del numero complessivo dei reparti e delle degenze.

ART. 16.

Il medico provinciale, avvalendosi della collaborazione delle amministrazioni ospedaliere e degli altri enti interessati al ricovero degli infermi, provvederà a compilare un piano provinciale ospedaliero, determinando la sfera di azione di ciascun istituto in coordinamento con gli altri operanti nella provincia, avuto riguardo al numero e al tipo degli stessi. Il piano dovrà comprendere le previsioni di nuovi impianti o di ampliamenti in relazione al fabbisogno dei posti-letto distinti per acuti, subacuti, cronici e convalescenti; all'efficienza delle attrezzature; alla dislocazione delle unità nosocomiali; alla rete viabile; alle condizioni igieniche e di affollamento delle abitazioni; all'andamento della morbosità della popolazione da servire, nonché alla composizione di questa per età, assistibilità e occupazione.

ART. 17.

Il piano provinciale ospedaliero, corredato di documentata relazione del medico provinciale e del parere del Consiglio provinciale di sanità verrà trasmesso per l'approvazione al Ministro per la sanità e si intenderà approvato se entro il termine di novanta giorni dal suo ricevimento il Ministro non avrà comunicato le sue eventuali osservazioni.

Con le stesse forme si provvede, ogni triennio, alla revisione del piano.

ART. 18.

Qualsiasi intervento finanziario da parte dello Stato, volto alla costruzione, all'ampliamento od al restauro degli edifici ospedalieri, non può aver luogo ove l'ente beneficiario del contributo non si adegui alle previsioni del piano di cui all'articolo 16.

CAPO III.

SERVIZI OSPEDALIERI SUSSIDIARI

ART. 19.

Gli istituti ospedalieri debbono avere, in adatti locali, servizi distinti di ambulatori per la medicina, per la chirurgia e per le specialità, riuniti di norma in poliambulatori.

Il funzionamento tecnico degli ambulatori viene regolato da apposite disposizioni stabilite dall'amministrazione ospedaliera e, di norma, assicurato dallo stesso personale delle divisioni e dei servizi.

Gli ambulatori possono essere utilizzati anche per la cura post-ospedaliera dei dimessi.

I comuni e gli enti previdenziali ed assistenziali possono stipulare convenzioni con le amministrazioni ospedaliere per l'assistenza ambulatoriale agli aventi diritto all'assistenza malattia.

Le predette convenzioni devono essere approvate con decreto del prefetto su proposta del medico provinciale, sentito il Consiglio provinciale di sanità.

ART. 20.

Tutti gli istituti ospedalieri devono avere un idoneo servizio di pronto soccorso e di raccolta e smistamento degli ammalati a norma del precedente articolo 4, lettera g).

Inoltre nei comuni capoluoghi di provincia o sede di importanti industrie o di rilevante movimento turistico e in tutti gli altri con più di 50 mila abitanti, almeno uno degli istituti ospedalieri esistenti, deve far funzionare un servizio continuativo di pronto soccorso e di raccolta e smistamento degli ammalati che, oltre a soddisfare alle condizioni del precedente comma, sia attrezzato per qualsiasi intervento e dotato di personale distinto da quello di guardia interna.

Nei comuni con più di 300 mila abitanti il medico provinciale determina, con proprio decreto, il numero e le dislocazioni degli istituti ospedalieri che debbono assicurare il servizio di pronto soccorso di cui al comma precedente.

Nel caso in cui il servizio non sia assicurato nei limiti minimi indicati nei commi precedenti, spetta al medico provinciale determinare quali istituti debbano provvedervi.

Il servizio di pronto soccorso deve disporre almeno di 3 letti per brevissime degenze negli ospedali, di 6 negli ospedali principali e di 10 negli ospedali centrali.

ART. 21.

I medici ospedalieri hanno diritto a speciali indennità per il servizio di guardia e di pronto soccorso prestato oltre il normale orario di servizio.

ART. 22.

Gli istituti ospedalieri possono istituire centri per le malattie sociali ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 249.

I centri svolgono la propria attività in collegamento con tutti i servizi tecnici dell'istituto ospedaliero, avvalendosi della consulenza dei medici dei vari reparti.

Le norme che disciplinano il funzionamento di detti centri, deliberate dalla amministrazione ospedaliera ed approvate dal medico provinciale, comprendono anche le tabelle organiche del personale sanitario che vi presta servizio in numero e con le qualifiche adeguate alle attività e alle caratteristiche tecniche dei centri stessi.

È in facoltà delle amministrazioni ospedaliere stipulare convenzioni con gli enti interessati allo svolgimento delle attività di carattere preventivo ed assistenziale svolte dai centri.

ART. 23.

Nei laboratori delle farmacie vengono eseguite, oltre che le analisi di controllo dei medicinali, quelle tossicologiche, bromatologiche e merceologiche inerenti al servizio ospedaliero.

Le farmacie debbono, inoltre, fornire le soluzioni titolate, le sostanze coloranti ed i reattivi per le ricerche e le analisi occorrenti per l'ospedale.

TITOLO II.

PERSONALE SANITARIO ED AUSILIARIO

CAPO I.

DISPOSIZIONI GENERALI

ART. 24.

Il personale sanitario degli istituti ospedalieri è costituito da medici, farmacisti, assistenti sanitarie visitatrici, infermiere professionali, vigilatrici dell'infanzia, ostetriche, fisiochinesiterapisti, dietisti.

Il personale medico si distingue in soprintendenti sanitari, direttori sanitari, vicedirettori sanitari, ispettori sanitari, primari, aiuti, assistenti, assistenti volontari e medici interni.

Il personale addetto al servizio sociale è costituito dalle assistenti sociali.

Gli infermieri generici costituiscono il personale ausiliario di assistenza.

Fanno inoltre parte del personale addetto ai servizi ospedalieri i tecnici specializzati dei laboratori di indagine e terapie speciali.

ART. 25.

In conformità agli effettivi bisogni degli istituti ospedalieri, le Amministrazioni deliberano la pianta organica del personale di cui al precedente articolo.

La pianta organica deve essere allegata al regolamento del personale e deve essere sottoposta all'approvazione del medico provinciale.

ART. 26.

I sanitari, salvo che non sia disposto altrimenti dalla presente legge, acquistano la stabilità dopo il periodo di prova, trascorso il quale l'Amministrazione ospedaliera, entro il termine massimo di 2 mesi, provvede alla nomina definitiva od alla dimissione.

La deliberazione di dimissione deve essere motivata.

Il periodo di prova ha la durata di un anno e può essere prorogato di un altro anno se l'Amministrazione ospedaliera non sia ancora in grado di esprimere un giudizio definitivo.

I sanitari che hanno acquistato la stabilità, fatta eccezione per gli aiuti e gli assistenti, rimangono in servizio fino al raggiungimento del 65° anno di età.

Le ostetriche e le ostetriche-capo rimangono in servizio fino al 65° anno di età.

Il personale di cui all'articolo 24 può essere dimesso prima dei termini suindicati per constatata inabilità fisica o per soppressione di posti e per altra giusta causa prevista negli ordinamenti dell'ente ospedaliero.

ART. 27.

Il Consiglio di amministrazione, sentito il soprintendente sanitario, o in mancanza il direttore sanitario, ed il Collegio dei primari, può conferire il titolo di «emerito» ai soprintendenti, direttori sanitari e primari ospedalieri alla cessazione del servizio per limiti di età.

Tale nomina comporta l'eventuale conferimento di incarichi di consulenza e didattici ed il mantenimento del trattamento economico del rispettivo grado fino al 70° anno di età.

ART. 28.

Le Amministrazioni ospedaliere sono tenute ad assicurare a loro spese il personale di cui all'articolo 24 contro gli infortuni riportati in servizio e per cause di servizio.

Per il personale addetto ai servizi radiologici l'assicurazione sarà estesa ai rischi di malattia derivanti dall'azione delle radiazioni ionizzanti.

ART. 29.

Il personale di cui all'articolo 24 che lascia il servizio senza aver raggiunto il minimo pensionabile, ha facoltà di continuare a corrispondere alla Cassa da cui ripete il trattamento di quiescenza le quote relative, nella misura dell'ultimo versamento.

Dette quote debbono essere comprensive anche della parte che era a carico dell'Amministrazione ospedaliera da cui il personale dipendeva.

ART. 30.

Il personale sanitario di ruolo non può occupare altri posti di ruolo presso enti pubblici, né assumere incarichi professionali che interferiscano o, comunque, implicino limitazioni nell'adempimento dei suoi doveri e nella osservanza degli orari di servizio.

L'Amministrazione dell'istituto ospedaliero autorizza il personale medico all'assunzione di non più di un incarico compatibile con gli interessi dell'istituto da cui dipende nonché con i doveri e con gli obblighi di orario cui è tenuto.

Il personale medico può svolgere fuori delle ore di servizio la libera attività professionale, purché assicuri la sua facile reperibilità.

Il personale sanitario non può costituire, neppure fuori delle ore di servizio, rapporti professionali né a carattere continuativo né saltuario con le case di cura private quando l'istituto da cui dipende sia dotato delle sale speciali previste dall'articolo 114, comma 2°.

Non è consentito al personale medico di ruolo di gestire o partecipare alla gestione, od assumere la direzione, di case di cura private, o svolgere forme di attività che possano comunque pregiudicare il proprio prestigio e l'interesse economico dell'istituto ospedaliero da cui dipende.

CAPO II.

PERSONALE MEDICO

Sezione I. — *Soprintendenza sanitaria.*

ART. 31.

L'istituzione dei posti di soprintendente sanitario è obbligatoria per gli enti da cui dipendono più istituti ospedalieri, di cui almeno uno classificato centro ospedaliero o ospedale principale.

Ciascun ente può istituire il posto di soprintendente anche per gruppi di ospedali della stessa o di più provincie.

ART. 32.

Negli istituti ospedalieri che ospitano cliniche universitarie od istituti superiori di istruzione, il direttore della clinica o dell'istituto può essere chiamato dall'Amministrazione ospedaliera ad esercitare l'alta consulenza clinico-scientifica.

ART. 33.

Il soprintendente sanitario dipende direttamente dal presidente e dal Consiglio di amministrazione ed è gerarchicamente superiore ai direttori sanitari.

La nomina viene conferita dall'Amministrazione ospedaliera per concorso pubblico per titoli.

Al soprintendente sanitario non è consentito l'esercizio professionale.

Il soprintendente ha le seguenti attribuzioni:

a) dirige l'ufficio sanitario centrale ospedaliero, cura la raccolta dei dati statistici e redige la relazione sanitaria annuale;

b) coadiuva l'Amministrazione nell'organizzazione e nel coordinamento dei servizi ospedalieri, con particolare riguardo a quelli di carattere profilattico e sociale;

c) determina le norme di massima da seguirsi dai direttori sanitari dei singoli istituti, i quali debbono a lui rivolgere le proposte, le comunicazioni e le relazioni di cui all'articolo 35, vigila sul funzionamento degli istituti dipendenti ed informa l'Amministrazione su tutto quanto ha rilevato, facendo le proposte del caso;

d) interviene alle deliberazioni dell'Amministrazione dell'istituto ospedaliero con voto deliberativo del quale deve tenersi nota nel verbale delle adunanze;

e) promuove ed agevola la produzione scientifica del personale medico e l'aggiornamento e la preparazione del restante personale ausiliario;

f) promuove le iniziative dirette a migliorare la educazione sanitaria del personale e dei degenti.

Sezione II. — *Direttore sanitario.*

ART. 34.

Gli ospedali centrali, gli ospedali centrali specializzati, gli ospedali principali nonché gli ospedali principali specializzati aventi più di tre primari di ruolo o reparti di degenza destinati a più specialità, debbono avere un direttore sanitario al quale è fatto divieto del libero esercizio professionale.

Negli altri istituti ospedalieri, le funzioni di direttore sanitario possono essere affidate, con deliberazione dell'Amministrazione approvata dal medico provinciale, ad uno dei primari esperto in igiene e tecnica ospedaliera.

Per gli istituti ospedalieri di cui all'ultimo comma dell'articolo 4, il provvedimento deve essere omologato dal Ministro della sanità.

ART. 35.

Il direttore sanitario cura il buon governo igienico-sanitario dell'istituto ospedaliero ed ha le seguenti attribuzioni:

a) interviene alle deliberazioni dell'Amministrazione quando non esiste il soprainendente o ne sia vacante il posto, con voto consultivo, del quale deve tenersi nota nel verbale dell'adunanza;

b) redige e sottopone all'Amministrazione le norme interne per l'ordinamento dei servizi tecnico-sanitari, in relazione alla destinazione del personale ed agli orari e turni di servizio;

c) ha l'alta sorveglianza sul personale sanitario ed ausiliario;

d) stabilisce, in rapporto alle esigenze di servizio, i turni di riposo settimanale ed i congedi del personale sanitario ed ausiliario, dandone comunicazione all'Amministrazione;

e) propone all'Amministrazione i provvedimenti per le eventuali sostituzioni temporanee del personale sanitario e per la nomina e le eventuali sostituzioni temporanee del personale ausiliario;

f) comunica all'Amministrazione le variazioni relative al personale sanitario che devono essere annotate nei rispettivi stati di servizio:

g) esprime con relazione motivata il proprio parere sulle eventuali conferme e sugli incarichi dei sanitari e del personale ausiliario e sui provvedimenti che a loro favore od a loro carico deve prendere l'Amministrazione; detta relazione, ove riguardi le conferme o gli incarichi, deve contenere il parere espresso dal Collegio dei primari.

h) esamina i rapporti dei sanitari e li trasmette all'Amministrazione con le proprie osservazioni;

i) convoca, almeno una volta al mese, il Collegio dei primari perché riferiscano sul servizio loro affidato, e cura che di queste riunioni venga redatto verbale da trasmettersi all'Amministrazione;

l) favorisce le attività culturali e scientifiche del personale sanitario e dirige la biblioteca;

m) raccoglie e coordina i dati statistici e scientifici ospedalieri per la relazione annuale all'Amministrazione;

n) propone la scelta e l'acquisto di qualsiasi attrezzatura di uso sanitario, nonché l'arredamento ed il corredo dei reparti ospedalieri e controlla qualsiasi altra provvista necessaria alla gestione ospedaliera;

o) vigila sull'applicazione delle diarie e tariffe di cui all'articolo 109 e seguenti;

p) riferisce all'Amministrazione, anche con rapporti scritti, sull'andamento dell'istituto e dei singoli reparti;

q) vigila sull'andamento disciplinare del personale ospedaliero di cui alla lettera c) e prende i provvedimenti di sua competenza;

r) vigila sull'andamento di tutti i servizi ospedalieri, con speciale riguardo a quelli di carattere profilattico e medico-sociale; promuove le iniziative dirette a migliorare la educazione sanitaria del personale e dei degenti;

s) informa il medico provinciale e l'ufficiale sanitario di tutto ciò che può interessare la tutela della salute pubblica e cura la sollecita trasmissione all'ufficiale sanitario delle denunce dei casi di malattie infettive diagnosticate, accertate o sospette, riscontrate negli ambulatori e nei malati accolti nell'istituto, nonché di tutte le altre denunce prescritte dalle vigenti disposizioni.

Sezione III. — *Vicedirettori sanitari ed ispettori sanitari.*

ART. 36.

Le attribuzioni di servizio del vice-direttore sanitario e degli ispettori sanitari, quando tali posti siano previsti in organico, sono determinate nel regolamento del personale.

Sezione IV. - *Primario.*

ART. 37.

Il primario ha la direzione di una divisione di medicina, di chirurgia, di specialità o di uno dei servizi speciali previsti dall'articolo 5.

Egli ha le seguenti attribuzioni:

a) vigila sul buon andamento del servizio e sulla operosità e disciplina del personale da lui dipendente, del quale annualmente redige le note di qualifica ed i rapporti informativi;

b) visita giornalmente i ricoverati nelle ore stabilite dalla direzione e, in caso di necessità, presta la sua opera anche fuori dell'orario stabilito;

c) formula la diagnosi, determina il trattamento curativo, prescrive la dieta e pratica direttamente quegli interventi che ritiene di non poter affidare al personale dipendente;

d) dirige, secondo le disposizioni contenute nel regolamento, i servizi di pronto soccorso, raccolta e smistamento degli ammalati e di ambulatorio dell'ospedale; dà la propria consulenza e provvede alle eventuali necessità terapeutiche delle altre divisioni, quando ne sia richiesto dai rispettivi dirigenti;

e) cura che le degenze in genere non si prolunghino oltre lo stretto necessario; assicura gli opportuni contatti con il personale sanitario dei comuni e degli istituti mutualistici ed assicurativi, incaricati di assumere notizie degli infermi per i quali i rispettivi enti sostengono le spese di degenza;

f) cura, sotto la propria responsabilità la regolare tenuta dei registri nosologici e delle cartelle cliniche;

g) richiede i materiali di corredo e di consumo necessari al funzionamento del reparto cui è preposto e ne controlla la buona conservazione e l'impiego;

h) cura l'addestramento e l'aggiornamento dell'aiuto, degli assistenti e dei medici da lui dipendenti, assumendo la responsabilità delle prestazioni da essi date sotto la sua guida;

i) promuove ed agevola la produzione scientifica del personale sanitario.

Il primario è tenuto ad osservare i turni di servizio antimeridiani e pomeridiani, che l'Amministrazione stabilisce in modo da assicurare la presenza per non meno di 5 ore al giorno.

ART. 38.

Presso ogni istituto ospedaliero è costituito, quale organo di consulenza tecnica dell'Amministrazione e della direzione sanitaria, il collegio dei primari di cui fanno parte i primari di ruolo ed incaricati in servizio presso l'istituto.

Il Collegio dei primari è presieduto dal direttore sanitario che lo convoca almeno una volta al mese e cura la trasmissione dell'ordine del giorno predisposto al presidente dell'Amministrazione ed al soprintendente, ove esista, nonché, al termine della seduta, della copia del verbale relativo.

Il soprintendente è invitato ad intervenire quando sono in discussione argomenti di carattere generale.

È in facoltà del presidente dell'Amministrazione ospedaliera e del soprintendente dell'istituto ospedaliero di intervenire alle adunanze del collegio dei primari.

ART. 39.

Il Collegio dei primari esprime il parere:

a) sulle conferme e sugli incarichi del personale sanitario ed ausiliario;

b) sull'acquisto di attrezzature scientifiche e tecniche e sul loro sviluppo e coordinamento;

c) sulle convenzioni di carattere sanitario, sulla ripartizione dei proventi per prestazioni a favore dei paganti in proprio e sui tariffari delle prestazioni sanitarie in genere erogate dall'istituto ospedaliero.

Esprime, inoltre, parere su ogni altra questione che il Consiglio di amministrazione o la direzione sanitaria intendano sottoporgli, anche su eventuali controversie tra l'amministrazione e il personale sanitario, e formula proposte per il miglioramento dell'efficienza del servizio.

Sezione V. — Aiuto.

ART. 40.

Gli aiuti sono distinti in aiuti medici aiuti chirurgici, aiuti di specialità e dei servizi speciali di cui all'articolo 5.

Essi acquistano la stabilità dopo un anno di prova e durano in carica fino al compimento del 55° anno di età, previa conferme quadriennali, sentiti il collegio dei primari e il direttore sanitario e, dove esista, il soprintendente sanitario.

La mancata conferma deve essere deliberata con provvedimento motivato.

ART. 41.

L'aiuto coadiuva il primario nel disimpegno delle sue mansioni anche per quanto concerne la disciplina nel reparto ed il trattamento dietetico, e lo sostituisce in caso di assenza.

Cura la scrupolosa osservanza delle disposizioni relative al buon governo ed alla tenuta igienica del reparto e promuovendo le iniziative dirette a migliorare l'educazione igienica dei ricoverati.

Ragguaglia il primario su quanto è avvenuto nelle ultime 24 ore e gli riferisce, durante la visita del mattino, sullo stato dei degenti.

Si assicura che siano tempestivamente effettuate le ricerche specialistiche e di laboratorio; partecipa al servizio di guardia ed al servizio di pronto soccorso, raccolta e smistamento degli ammalati.

Osserva i turni di orario antimeridiani e pomeridiani che l'Amministrazione stabilisce in modo da assicurarne la presenza per non meno di sei ore al giorno.

Sezione VI. — *Assistenti.*

ART. 42.

Gli assistenti sono distinti in assistenti medici, assistenti chirurghi, assistenti di specialità e dei servizi speciali di cui all'articolo 5.

Gli assistenti sono nominati in base a concorso pubblico per titoli ed esami, da bandire distintamente per le categorie di cui al precedente comma.

I vincitori del concorso conseguono la qualifica di assistente straordinario e durano in carica tre anni.

L'assistente straordinario consegue la qualifica di assistente ordinario, con esame di idoneità, e può rimanere in servizio fino al compimento del 45° anno di età, previa conferme biennali, sentiti il collegio dei primari e il direttore sanitario.

La mancata conferma deve essere deliberata con provvedimento motivato.

ART. 43.

Le Amministrazioni ospedaliere sono tenute a determinare nei propri regolamenti interni i requisiti attinenti alla qualità del servizio e all'operosità di ricerca e di studio di cui i candidati alla conferma devono essere in possesso, nonché le modalità per l'espletamento dell'esame di idoneità previsto nel 4° comma dell'articolo 42.

III LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

ART. 44.

In ogni istituto ospedaliero il numero degli assistenti, di norma, non deve essere inferiore al doppio del numero degli aiuti.

ART. 45.

L'assistente esegue le incombenze che gli sono demandate dal primario e dall'aiuto.

In particolare:

1°) provvede alla compilazione ed all'aggiornamento delle cartelle cliniche;

2°) provvede al servizio di reparto secondo le disposizioni del primario;

3°) partecipa al servizio di guardia ed al servizio di pronto soccorso; raccolta e smistamento degli ammalati;

4°) collabora, all'occorrenza, con i servizi specialistici allo scopo di rendere tempestiva e proficua la esecuzione degli accertamenti necessari per i malati della propria sezione.

L'assistente osserva i turni di orario antimeridiani e pomeridiani che l'amministrazione stabilisce in modo da assicurarne la presenza per non meno di sei ore al giorno.

Sezione VII. — *Assistenti volontari.*

ART. 46.

L'Amministrazione ospedaliera, su proposta del primario, sentito il soprintendente o in mancanza il direttore sanitario, può procedere alla nomina di assistenti volontari in numero non superiore a quello degli assistenti di ruolo.

Gli assistenti volontari possono essere confermati anno per anno, sentito il primario, per non oltre dieci anni.

Essi sono alle dirette dipendenze degli assistenti di ruolo con i quali collaborano per il buon andamento del reparto.

Possono conseguire la nomina ad assistente volontario i medici che non abbiano superato il trentacinquesimo anno di età ed abbiano compiuto il biennio di internato di cui all'articolo 48 o abbiano ricoperto posti di assistente di ruolo o volontario presso ospedali o istituti universitari o siano in possesso di un diploma di specialità.

Sezione VIII. — *Medici interni.*

ART. 47.

I laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio professionale da non oltre tre anni, o da non oltre quattro anni se hanno

compiuto il servizio militare di leva, possono accedere, previo superamento di una prova di ammissione, ai posti di medico interno, che gli istituti ospedalieri generali hanno l'obbligo di istituire entro sei mesi dalla entrata in vigore della presente legge, in ragione del doppio dei posti di assistenti previsti dalla pianta organica dell'istituto.

ART. 48.

L'internato di cui al precedente articolo ha la durata di un biennio.

Le Amministrazioni ospedaliere sono tenute annualmente a ricoprire i posti di medico interno in relazione alle vacanze che si determinano.

ART. 49.

I medici interni non hanno alcun rapporto d'impiego con l'ente ospedaliero.

L'Amministrazione è tenuta a somministrare loro gratuitamente il vitto e fornisce l'alloggio, nei limiti della disponibilità di locali, a coloro che ne documentino il bisogno.

I medici interni compiono la loro preparazione sotto la responsabilità del primario e sono alle dipendenze dell'aiuto e degli assistenti di reparto.

Hanno l'obbligo di presenza, secondo gli orari fissati per gli assistenti.

ART. 50.

Dopo i primi sei mesi di tirocinio, su proposta della direzione sanitaria dell'istituto ospedaliero, possono essere affidata ai medici interni particolari mansioni ed incarichi, quali servizio di guardia o supplenze.

Per il disimpegno di tali mansioni, i medici interni sono retribuiti nella misura prevista per gli assistenti straordinari.

ART. 51.

Il biennio di internato è, di norma, così ripartito:

un semestre in una divisione di medicina generale;

un semestre in una divisione di chirurgia generale;

un trimestre in un laboratorio di analisi;

un trimestre in una divisione o servizio di specialità a scelta del medico interno;

un semestre in una divisione o servizio a scelta del medico interno.

CAPO IV.

DEL PERSONALE SANITARIO
NON MEDICO

Sezione I. — *Direttore della farmacia
e farmacisti.*

ART. 52.

Il direttore della farmacia ha le seguenti attribuzioni:

a) propone al direttore sanitario le provviste ed il rifornimento dei medicinali, del materiale di medicazione e di altro materiale sanitario;

b) vigila ed attende direttamente od a mezzo dei farmacisti dipendenti al servizio di controllo dei medicinali, nonché alle analisi e preparazioni di cui all'articolo 53;

c) vigila sulla regolare tenuta del registro di carico e scarico del materiale di dotazione della farmacia, nonché dei medicinali e degli altri presidi curativi;

d) cura la osservanza da parte del personale dipendente delle disposizioni legislative e regolamentari, specie per quanto si riferisce agli stupefacenti ed ai veleni;

e) risponde dell'andamento del servizio, nonché del materiale in deposito.

ART. 53.

I farmacisti, sotto la vigilanza del direttore della farmacia, provvedono alla preparazione e spedizione dei farmaci ed alle altre mansioni loro spettanti.

Sezione II. — *Ostetriche e infermiere
professionali.*

ART. 54.

La ostetrica coadiuva i sanitari addetti al reparto ostetrico-ginecologico; quando vi siano addette più ostetriche può essere nominata una ostetrica capo.

ART. 55.

Allo scopo di assicurare l'assistenza immediata, di regola ad ogni divisione devono essere assegnate una caposala diplomata e almeno una infermiera professionale ogni 20 malati.

Esse sono coadiuvate dal personale ausiliario di assistenza il cui organico viene proposto dal direttore sanitario, in rapporto alle esigenze del servizio.

TITOLO III.

CONCORSI A POSTI DI SANITARI

CAPO I.

DISPOSIZIONI GENERALI

ART. 56.

I sanitari vengono nominati in base a concorso pubblico per titoli ed esami, tranne quanto disposto per il soprintendente sanitario ed il direttore sanitario degli ospedali centrali.

I requisiti per ottenere l'ammissione al concorso debbono essere posseduti prima della scadenza del termine utile per la presentazione delle domande, ad eccezione del requisito dell'età che non deve essere sorpassato alla data del bando di concorso.

Il sanitario che, senza giustificato motivo, non assuma servizio entro trenta giorni dalla data di comunicazione della nomina è dichiarato decaduto dalla nomina stessa e l'Amministrazione ospedaliera può procedere alla nomina di altro sanitario che ha conseguito l'idoneità, secondo l'ordine di graduatoria.

ART. 57.

I concorsi per sanitari debbono essere banditi dalle amministrazioni ospedaliere interessate entro sei mesi dalla data in cui il posto si è reso vacante, e debbono essere espletati entro un anno dalla vacanza stessa.

In caso di inadempienza da parte delle Amministrazioni, provvede d'ufficio il medico provinciale.

ART. 58.

Il medico provinciale ha facoltà di raggruppare i concorsi per posti di sanitari della medesima qualifica interessanti più amministrazioni di istituti ospedalieri della stessa categoria situati nella provincia, su richiesta delle amministrazioni stesse.

In tal caso la commissione giudicatrice è nominata, d'intesa con le amministrazioni interessate, dal medico provinciale che determina altresì le modalità per l'unitario svolgimento dei concorsi.

Il presidente della Commissione giudicatrice è designato dalle Amministrazioni interessate.

ART. 59.

Non può essere dichiarato idoneo il concorrente che non abbia ottenuto almeno sette decimi sul totale dei punti di cui di-

spone la Commissione giudicatrice per le prove di esame ed almento sei decimi dei punti in ciascuna delle prove stesse. La graduatoria dei concorrenti dichiarati idonei viene formulata secondo l'ordine della votazione risultante dalla somma dei punti conseguiti nel giudizio dei titoli e dei punti ottenuti nelle prove di esame.

ART. 60.

Ai fini della partecipazione ai concorsi e della valutazione dei titoli, il servizio prestato presso gli ospedali militari è equiparato a quello prestato:

a) negli ospedali centrali, per gli ospedali militari con un numero di posti-letto non inferiore a 500;

b) negli ospedali principali, per gli ospedali militari con un numero di posti-letto non inferiore a 200;

c) negli ospedali, per gli altri ospedali militari.

La qualifica di assistente di ospedale militare equivale a quella di assistente incaricato di ospedale civile; la qualifica di caporeparto di ospedale militare a quella di aiuto incaricato di ospedale civile.

ART. 61.

Nei concorsi per titoli ed esami la valutazione dei titoli deve aver luogo prima dell'inizio delle prove scritte.

Le amministrazioni ospedaliere, per le vacanze che si verificano entro sei mesi dalla pubblicazione delle graduatorie, possono nominare i candidati dichiarati idonei secondo l'ordine della graduatoria, fino ad esaurimento di questa per gli aiuti e gli assistenti e non oltre il terzo classificato per i primari.

Il conferimento dei posti di interino deve essere effettuato a favore dei dichiarati idonei nel precedente concorso, purché espletato da non oltre un anno.

ART. 62.

I concorsi ai posti di sanitario ospedaliero hanno luogo presso gli ospedali che li hanno banditi se questi, a parere del medico provinciale, sono forniti delle attrezzature e del materiale necessario.

In caso diverso, il medico provinciale autorizza lo svolgimento dei concorsi in altra sede.

ART. 63.

La Commissione giudicatrice stabilisce la durata delle prove, che per ciascuna prova scritta non deve essere inferiore a cinque ore consecutive né superiore ad otto.

ART. 64.

Nel giorno stabilito per le prove scritte, e subito prima dell'inizio dell'esame, la Commissione formula collegialmente per i concorsi ai posti di primario sei temi, che vengono elencati con numeri progressivi.

Uno dei candidati sorteggia due dei sei numeri corrispondenti ai temi.

È data facoltà ai candidati di svolgere, a scelta, uno dei due temi estratti a sorte.

Per i concorsi ai posti di aiuto e di assistente, la Commissione formula collegialmente tre temi che vengono elencati con numeri progressivi.

Da uno dei candidati viene estratto a sorte uno dei numeri corrispondenti al tema da svolgere.

ART. 65.

I professori e i primari, chiamati a far parte di Commissioni giudicatrici, debbono essere della materia messa a concorso. I professori possono essere scelti tra quelli di materia affine nell'ipotesi che il numero dei docenti di ruolo della materia messa a concorso sia inferiore a 8.

I primari possono essere scelti tra quelli di materia affine nell'ipotesi che l'altro primario, componente la Commissione giudicatrice, sia scelto tra quelli della materia messa a concorso.

ART. 66.

Per le modalità di svolgimento dei concorsi si osservano, in quanto applicabili, le disposizioni di cui al titolo primo del decreto del Presidente della Repubblica 3 maggio 1957, n. 686.

CAPO II.

PERSONALE MEDICO

ART. 67.

Al concorso pubblico per titoli per il posto di soprintendente sanitario possono partecipare:

1°) i direttori sanitari di ruolo di ospedali centrali e di ospedali principali con nomina definitiva:

III LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

2°) i professori titolari delle cattedre di igiene e gli aiuti alle cattedre medesime, in servizio questi ultimi da dieci anni, di cui almeno sei di ruolo;

3°) i funzionari medici di ruolo del Ministero della sanità con qualifica non inferiore a quella di medico provinciale capo;

4°) gli ufficiali sanitari in servizio da almeno un quadriennio, con nomina definitiva nei capoluoghi di provincia con più di 150.000 abitanti.

Le deliberazioni delle Amministrazioni relative al modo di nomina, alle Commissioni giudicatrici ed a tutte le altre modalità del concorso sono soggette all'approvazione del medico provinciale ed alla omologazione del Ministro della sanità.

Per gli istituti ospedalieri di cui all'ultimo comma dell'articolo 4 le deliberazioni sono approvate dal Ministro della sanità.

ART. 68.

Il direttore sanitario è nominato in base a concorso per titoli, quando trattasi di ospedali centrali o ospedali centrali specializzati, e per titoli ed esami in tutti gli altri ospedali.

Le modalità di svolgimento del concorso e i programmi relativi sono quelli previsti dal decreto del Capo del Governo 19 dicembre 1940, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 28 aprile 1941, n. 100.

Possono partecipare al concorso sopraindicato i sanitari di cui ai nn. 2, 3 e 4 dell'articolo 67, nonché i direttori, i vice direttori e gli ispettori sanitari che occupano posti di ruolo con nomina definitiva alla data del bando di concorso.

Limitatamente ai concorsi per titoli ed esami, può partecipare anche il restante personale medico ospedaliero che occupi posti di ruolo da almeno dieci anni.

Possono partecipare, inoltre, i laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione da almeno quindici anni che non abbiano oltrepassato i 45 anni di età e che siano in possesso dei titoli previsti alla lettera m) dell'articolo 6 del sopraindicato decreto 19 dicembre 1940.

ART. 69.

La Commissione giudicatrice del concorso a posti di direttore sanitario è nominata con deliberazione dell'Amministrazione ospedaliera ed è costituita:

a) dal presidente dell'Amministrazione stessa o, per sua delega, da un componente del Consiglio di amministrazione, presidente;

b) dal medico provinciale, o da altro funzionario medico, designato dal Ministro della sanità con qualifica non inferiore a medico provinciale capo;

c) da un professore di ruolo o fuori ruolo di igiene;

d) da due soprintendenti sanitari di ruolo o direttori sanitari di ruolo di ospedali di categoria pari o superiore a quello che ha bandito il concorso, dei quali uno designato dal competente Ordine provinciale dei medici chirurghi.

Disimpegna le mansioni di segretario un funzionario della carriera direttiva-amministrativa del Ministero della sanità, designato dal medico provinciale.

ART. 70.

Il vice-direttore sanitario e l'ispettore sanitario sono nominati in base a concorso per titoli ed esami.

Le deliberazioni dell'Amministrazione ospedaliera relative alle modalità del concorso, ai programmi di esame e alla nomina delle Commissioni giudicatrici sono approvate dal medico provinciale.

Per gli ospedali di cui all'ultimo comma dell'articolo 4 le deliberazioni sono omologate dal Ministro della sanità.

Possono partecipare al concorso:

a) i direttori, i vice direttori e gli ispettori sanitari che occupino posti di ruolo con nomina definitiva alla data del bando di concorso nonché il restante personale medico ospedaliero che occupi posti di ruolo da almeno quattro anni;

b) i funzionari medici di ruolo del Ministero della sanità con qualifica non inferiore a quella di medico provinciale di 1^a classe;

c) gli ufficiali sanitari direttori di ufficio di igiene comunale in servizio con nomina definitiva;

d) gli aiuti e gli assistenti di ruolo alle cattedre di igiene in servizio da almeno un biennio;

e) i laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione da almeno sei anni, che non abbiano oltrepassato il 40° anno di età e che siano in possesso di almeno una specializzazione o in igiene o in igiene e tecnica ospedaliera.

ART. 71.

I primari sono nominati in seguito a concorso pubblico per titoli ed esami.

Per l'ammissione ai concorsi a posti di primario occorre non avere oltrepassato l'età

di 50 anni, fatta eccezione per i primari in servizio a seguito di pubblico concorso.

Ai concorsi a posti di primario presso ospedali centrali ed ospedali principali potranno partecipare i primari, gli aiuti e gli assistenti di ruolo, incaricati o straordinari, purché abbiano prestato otto anni di effettivo servizio presso pubblici ospedali o presso istituti o cliniche universitarie di discipline attinenti al posto messo a concorso.

Possono, inoltre, partecipare gli assistenti volontari degli istituti o cliniche universitarie di discipline attinenti al posto messo a concorso con almeno un triennio di effettivo servizio come sopra. Il servizio di assistente volontario, ai fini del completamento degli otto anni di servizio di cui al precedente comma, verrà valutato, rispettivamente, in ragione di due terzi o della metà se l'assistente trovasi o meno in possesso di libera docenza in una delle discipline attinenti al posto messo a concorso.

Per l'ammissione ai concorsi di primario presso gli altri istituti ospedalieri occorre possedere non meno di sei anni complessivi di effettivo servizio in qualità di primario, aiuto o assistente di ruolo, incaricato o volontario presso pubblici ospedali, o di assistente ordinario, incaricato, straordinario o volontario presso istituti o cliniche universitarie di discipline attinenti al posto messo a concorso.

ART. 72.

Le Commissioni giudicatrici dei concorsi a posti di primario sono nominate con deliberazione dell'Amministrazione ospedaliera che bandisce il concorso e sono costituite:

a) dal presidente dell'Amministrazione ospedaliera o, per sua delega, dal soprintendente di ruolo o dal direttore sanitario di ruolo dell'ospedale, presidente;

b) dal medico provinciale o da altro funzionario medico designato dal Ministro della sanità, con qualifica non inferiore a medico provinciale capo;

c) da un professore universitario di ruolo o fuori ruolo della materia del posto messo a concorso, fatto salvo il disposto di cui all'articolo 65, scelto su terna proposta dalla competente sezione del Consiglio superiore di sanità;

d) da due primari ospedalieri di ruolo della materia del posto messo a concorso, salvo il disposto dell'articolo 65, dei quali uno designato dal competente ordine provinciale dei medici chirurghi.

Disimpegna le mansioni di segretario un funzionario della carriera direttiva-amministrativa del Ministero della sanità, designato dal medico provinciale.

ART. 73.

Gli esami di concorso ai posti di primario medico comprendono le seguenti prove:

a) svolgimento scritto di un tema su argomenti di cultura medica;

b) esame clinico di un infermo ed eventuali ricerche di laboratorio, inerenti al caso, con breve relazione scritta sulla diagnosi e discussione orale sul caso in esame con particolare riguardo alla cura ed alla diagnosi;

c) diagnosi anatomo-patologica di materiale autoptico, e lettura di preparati di istologia normale e patologia con referto scritto circa la relativa diagnosi;

d) prova orale:

1°) sulla organizzazione e sul funzionamento dei servizi ospedalieri con particolare riguardo a quelli di carattere profilattico e sociale;

2°) sull'ordinamento sanitario della Repubblica e sulle disposizioni di legge che disciplinano l'assistenza ospedaliera;

3°) sulla funzione dell'istituto ospedaliero nella educazione sanitaria della popolazione.

Gli esami di concorso ai posti di primario chirurgo, consistono nelle seguenti prove:

a) svolgimento scritto di un tema di cultura chirurgica;

b) esame clinico di un infermo ed eventuali ricerche di laboratorio inerenti al caso, con breve relazione scritta sulla diagnosi e discussione orale sul caso in esame con particolare riguardo alla cura ed alla prognosi;

c) prova di medicina operatoria, da eseguirsi in presenza della Commissione, successiva illustrazione orale del processo operatorio prescelto e lettura di preparati di istologia patologica;

d) prova orale:

1°) sulla organizzazione e sul funzionamento dei servizi ospedalieri, con particolare riguardo a quelli di carattere profilattico e sociale;

2°) sull'ordinamento sanitario della Repubblica e sulle disposizioni di legge che disciplinano l'assistenza ospedaliera;

3°) sulla funzione dell'istituto ospedaliero nella educazione sanitaria della popolazione.

ART. 74.

Gli esami di concorso ai posti di primario di specialità comprendono, a seconda che si tratti di specialità medica o chirurgica, le stesse prove previste, rispettivamente, per il primario medico e per il primario chirurgo, su argomenti della specialità inerente al posto messo a concorso.

ART. 75.

Gli esami di concorso ai posti di primario di radiologia comprendono le seguenti prove:

a) svolgimento scritto di un tema su argomenti di cultura radiologica;

b) esame clinico radiologico di un malato, con breve relazione scritta di diagnosi radiologica; illustrazione orale del caso con interpretazione dei relativi radiogrammi eseguiti dal candidato o forniti dalla commissione;

c) esame di un malato da sottoporre a radioterapia con illustrazione orale del trattamento adeguato al caso in esame;

d) prova orale;

1°) sulla organizzazione e sul funzionamento dei servizi ospedalieri, con particolare riguardo a quelli di carattere profilattico e sociale; leggi e regolamenti che disciplinano gli impianti radiologici, con particolare riguardo alla difesa del personale sanitario, dei pazienti e dell'ambiente contro le radiazioni ionizzanti;

2°) sull'ordinamento sanitario della Repubblica e sulle disposizioni di legge che disciplinano l'assistenza ospedaliera;

3°) sulla funzione dell'istituto ospedaliero nella educazione sanitaria della popolazione.

ART. 76.

Gli esami di concorso ai posti di primario di istituti o laboratori di indagini e terapie speciali comprendono le seguenti prove:

a) svolgimento scritto di un tema su argomenti di cultura riguardanti la materia relativa al posto messo a concorso;

b) una prova pratica, da eseguirsi alla presenza della commissione, su materia relativa al posto messo a concorso, con breve illustrazione scritta sul risultato ottenuto e illustrazione orale delle tecniche usate e delle eventuali ragioni che ne hanno motivato la scelta.

Tale prova, per i concorsi ai posti di primario anatomo-patologo, è sostituita da autopsia, da eseguirsi in presenza della commis-

sione, con breve relazione scritta sulla diagnosi macroscopica e con discussione orale epicritica. Nei concorsi per primario anestesista la prova è costituita dall'esame clinico di un infermo, comprese le eventuali ricerche pertinenti alla specialità, con breve relazione scritta sul tipo di anestesia adeguato al caso in esame ed illustrazione orale delle ragioni che hanno motivato la scelta e delle modalità di esecuzione;

c) lettura, da eseguirsi in presenza della commissione, con diagnosi scritta e discussione orale, di preparati microscopici e di reperti concernenti la materia relativa al posto messo a concorso;

d) esame orale:

1°) sulla organizzazione ed il funzionamento dei servizi ospedalieri, con particolare riguardo a quelli di carattere profilattico e sociale;

2°) sull'ordinamento sanitario della Repubblica e sulle disposizioni di legge che disciplinano l'assistenza ospedaliera;

3°) sulla funzione dell'istituto ospedaliero nella educazione sanitaria della popolazione.

ART. 77.

Nei concorsi ai posti di primario ospedaliero sono da valutare i seguenti titoli di carriera:

a) servizio di primario ospedaliero, con nomina conseguita a seguito di pubblico concorso;

b) incarico di primario ospedaliero o di insegnante universitario;

c) servizio di aiuto di ruolo ospedaliero od universitario;

d) servizio di assistente di ruolo presso istituti ospedalieri, cliniche od istituti universitari;

e) servizio di aiuto incaricato presso istituti ospedalieri;

f) servizio di assistente incaricato presso istituti ospedalieri o di assistente incaricato o straordinario presso cliniche od istituti universitari;

g) servizio di assistente volontario in istituti ospedalieri, cliniche od istituti universitari, e servizi prestati presso pubbliche amministrazioni;

h) maturità conseguita in un concorso per una cattedra universitaria della branca per cui è bandito il concorso ed idoneità conseguita in un concorso per primario, da valutarsi in relazione alla natura del concorso ed alla categoria dell'istituto ospedaliero:

i) idoneità conseguita in concorso per aiuto od assistente di istituti ospedalieri, cliniche od istituti universitari, da valutarsi in base alla natura del concorso ed alla categoria dell'istituto;

l) altri eventuali incarichi e servizi prestati presso pubbliche amministrazioni.

I servizi di cui alle lettere a), b), c), d), e), f), g), verranno valutati in base alla maggiore o minore attinenza al posto messo a concorso.

ART. 78.

Per i concorsi a primario ogni componente della commissione dispone di 90 punti per i titoli e di 90 punti per gli esami.

I 90 punti per i titoli sono ripartiti come segue:

1°) punti 50 per i titoli di carriera, così ripartiti fra quelli indicati nel precedente articolo:

fino a punti 3,50 per ogni anno di servizio di cui alla categoria a);

fino a punti 2,50 per ogni anno di servizio di cui alla categoria b);

fino a punti 2,00 per ogni anno di servizio di cui alla categoria c);

fino a punti 1,50 per ogni anno di servizio di cui alla categoria d);

fino a punti 1,00 per ogni anno di servizio di cui alla categoria e);

fino a punti 0,75 per ogni anno di servizio di cui alla categoria f);

fino a punti 0,60 per ogni anno di servizio di cui alla categoria g);

fino a punti 3,00 per i titoli di cui alla categoria h);

fino a punti 2,00 per i titoli di cui alla categoria i);

fino a punti 2,00 per i titoli di cui alla categoria l).

I servizi prestati per un periodo inferiore a mesi 3 non sono valutati.

I servizi di durata superiore a mesi 6 verranno considerati come prestati per un intero anno.

Per i servizi prestati anteriormente all'ultimo decennio il punteggio si riduce di un terzo e per quelli prestati anteriormente all'ultimo quindicennio della metà.

Il suddetto punteggio si riferisce al servizio prestato in ospedali centrali od in cliniche universitarie.

Il punteggio viene ridotto del 10 per cento per il servizio prestato in ospedali principali, del 20 per cento per il servizio prestato negli altri ospedali.

Per il servizio prestato in reparti ospedalieri od in cliniche od istituti universitari di specialità diverse da quella messa a concorso, il punteggio sopraindicato verrà ridotto fino al 50 per cento;

2°) punti 25 per i titoli di studio ed accademici;

3°) punti 15 per le pubblicazioni.

Qualora il punteggio totalizzato da un candidato superi il massimo dei punti stabiliti per ogni categoria di titoli, esso sarà ridotto alla somma dei punti a disposizione della commissione per ciascuna categoria e dovrà essere ridotto in uguale proporzione anche il punteggio degli altri concorrenti.

I 90 punti per gli esami sono ripartiti come segue:

4°) punti 30 per la prova scritta;

5°) punti 30 per la prova clinica sul malato;

6°) punti 20 per la prova di anatomia patologica o di medicina operatoria;

7°) punti 10 per la prova orale.

Per gli esami di primario di radiologia i 90 punti di cui sopra vengono ripartiti come segue:

punti 30 per la prova scritta;

punti 30 per la prova clinico-radiologica sul malato;

punti 20 per la prova clinico-radioterapica sul malato;

punti 10 per la prova orale.

Per gli esami di primario presso istituti o laboratori di indagini e terapie speciali i 90 punti di cui sopra vengono ripartiti come segue:

punti 30 per la prova scritta;

punti 30 per la prova pratica di cui alla lettera b) dell'articolo 76;

punti 20 per la prova pratica di cui alla lettera c) dell'articolo 76;

punti 10 per la prova orale.

ART. 79.

Gli aiuti vengono nominati in base a pubblico concorso per titoli ed esami.

Possono partecipare ai concorsi di aiuto, indipendentemente dal limite di età, gli aiuti di ruolo ospedalieri, gli assistenti ordinari universitari, con la qualifica di aiuto ai sensi della legge 18 marzo 1958, n. 349, presso istituti e cliniche di disciplina attinenti al posto messo a concorso, in servizio alla data del bando di concorso o che abbiano lasciato il servizio da non oltre un biennio.

Possono, inoltre, partecipare ai concorsi di aiuto, sempre che non abbiano oltrepassato l'età di 45 anni:

a) gli aiuti incaricati ospedalieri in servizio alla data del bando di concorso, o che abbiano lasciato il servizio da non oltre un biennio;

b) gli assistenti ospedalieri di ruolo, incaricati o volontari e gli assistenti ordinari, incaricati, straordinari o volontari presso istituti o cliniche universitarie, che prestino o abbiano prestato servizio regolare e continuativo per almeno tre anni e che non abbiano lasciato il servizio da oltre un biennio.

ART. 80.

Le Commissioni giudicatrici dei concorsi a posti di aiuto sono nominate con deliberazione dell'Amministrazione ospedaliera che bandisce il concorso e sono costituite:

a) dal presidente dell'Amministrazione ospedaliera o, per sua delega, dal soprintendente di ruolo o dal direttore sanitario di ruolo dell'ospedale;

b) dal medico provinciale, o da altro funzionario medico, designato dal Ministro della sanità, con qualifica non inferiore a medico provinciale capo;

c) da un professore universitario di ruolo o fuori ruolo della materia del posto messo a concorso, fatto salvo il disposto dell'articolo 65;

d) da due primari ospedalieri di ruolo della materia del posto messo a concorso, fatto salvo il disposto dell'articolo 65, dei quali uno designato dal competente ordine provinciale dei medici chirurghi.

Disimpegna le mansioni di segretario un funzionario della carriera direttiva-amministrativa del Ministero della sanità, designato dal medico provinciale.

ART. 81.

Gli esami di concorso ai posti di aiuto medico consistono nelle seguenti prove:

a) svolgimento scritto di un tema su argomenti di patologia medica;

b) esame clinico di un infermo e susseguente referto scritto diagnostico e terapeutico; prova di laboratorio attinente alle ricerche cliniche fondamentali;

c) lettura di preparati di istologia normale e patologica con referto scritto circa la relativa diagnosi;

d) prova orale:

1°) sulla organizzazione e funzionamento dei servizi ospedalieri, con particolare

riguardo a quelli di carattere profilattico e sociale;

2°) sull'ordinamento sanitario della Repubblica e sulle disposizioni di legge che disciplinano l'assistenza ospedaliera;

3°) sulla funzione dell'istituto ospedaliero nell'educazione sanitaria della popolazione.

ART. 82.

Gli esami di concorso ai posti di aiuto chirurgo comprendono le seguenti prove:

a) svolgimento di un tema su argomento di patologia chirurgica;

b) esame clinico di un infermo, comprese le eventuali ricerche di laboratorio, e susseguente referto scritto diagnostico e terapeutico;

c) prova di medicina operatoria da eseguirsi alla presenza della Commissione, con illustrazione dell'anatomia topografica della regione interessata all'atto operativo; lettura di preparati di istologia patologica;

d) prova orale:

1°) sulla organizzazione e sul funzionamento dei servizi ospedalieri, con particolare riguardo a quelli di carattere profilattico e sociale;

2°) sull'ordinamento sanitario della Repubblica e sulle disposizioni di legge che disciplinano l'assistenza ospedaliera;

3°) sulla funzione dell'istituto ospedaliero nella educazione sanitaria della popolazione.

ART. 83.

Gli esami di concorso a posti di aiuto specialista comprendono, a seconda che trattasi di specialità medica o chirurgica, le stesse prove previste per l'aiuto medico e per l'aiuto chirurgo su argomenti della specialità inerente al posto messo a concorso.

ART. 84.

Gli esami di concorso ai posti di aiuto di radiologia, consistono nelle seguenti prove:

a) prova scritta su argomento di radiologia medico-chirurgica;

b) esame clinico radiologico di un infermo, limitandone la regione, con le relative conclusioni diagnostiche scritte;

c) la prova pratica sullo strumentario di radiologia, sulla relativa tecnica di applicazione e sui mezzi di difesa;

d) prova orale:

1°) sulla organizzazione e sul funzionamento dei servizi ospedalieri, con parti-

colare riguardo a quelli di carattere profilattico e sociale.

Leggi e regolamenti che disciplinano gli impianti radiologici, con particolare riguardo alla difesa del personale sanitario, dei pazienti e dell'ambiente contro le radiazioni ionizzanti;

2°) sull'ordinamento sanitario della Repubblica e sulle disposizioni di legge che disciplinano l'assistenza ospedaliera;

3°) sulla funzione dell'istituto ospedaliero nella educazione sanitaria della popolazione.

ART. 85.

Gli esami di concorso ai posti di aiuto di istituti o laboratori di indagini e terapie speciali, comprendono le seguenti prove:

a) svolgimento di un tema su argomento di cultura, riguardante la materia relativa al posto messo a concorso;

b) prova pratica da eseguirsi alla presenza della commissione, su materia relativa al posto messo a concorso, con breve relazione scritta sul risultato ottenuto ed illustrazione orale delle tecniche usate e delle eventuali ragioni che ne hanno motivato la scelta.

Tale prova per i concorsi ai posti di aiuto anatomo-patologo è sostituita da autopsia, da eseguirsi in presenza della commissione, con breve relazione scritta sulla diagnosi macroscopica e discussione orale epicritica.

Nei concorsi per aiuto anestesista, è costituita dall'esame clinico di un infermo, comprese le eventuali ricerche pertinenti alla specialità, con breve relazione scritta sul tipo di anestesia adeguato al caso in esame ed illustrazione orale delle ragioni che ne hanno motivato la scelta e delle modalità di esecuzione;

c) lettura da eseguirsi alla presenza della commissione, con diagnosi scritta o discussione orale, di preparati microscopici e di reperti concernenti la materia relativa al posto messo a concorso;

d) esame orale:

1°) sulla organizzazione e sul funzionamento dei servizi ospedalieri, con particolare riguardo a quelli di carattere profilattico e sociale;

2°) sull'ordinamento sanitario della Repubblica e sulle disposizioni di legge che disciplinano l'assistenza ospedaliera;

3°) sulla funzione dell'istituto ospedaliero nell'educazione sanitaria della popolazione.

ART. 86.

Nei concorsi a posti di aiuto ospedaliero sono da valutare i seguenti titoli di carriera:

a) servizio di aiuto ospedaliero con nomina conseguita a seguito di pubblico concorso, o di aiuto universitario, ai sensi della legge 18 marzo 1958, n. 349;

b) servizio di assistente di ruolo, con nomina conseguita a seguito di pubblico concorso, presso istituti ospedalieri, o cliniche ed istituti universitari;

c) servizio di aiuto incaricato presso istituti ospedalieri;

d) servizio di assistente incaricato straordinario o volontario presso istituti ospedalieri o cliniche ed istituti universitari;

e) altri eventuali incarichi e servizi prestati presso pubbliche amministrazioni;

f) idoneità conseguita in concorso per primario da valutarsi in relazione alla natura del concorso ed alla categoria dell'istituto ospedaliero;

g) idoneità conseguita in concorso per aiuto ospedaliero da valutarsi in relazione alla natura del concorso ed alla categoria dell'istituto;

h) idoneità conseguita in concorso per assistente di istituti ospedalieri, cliniche od istituti universitari da valutarsi in base alla natura del concorso e, ove trattasi di istituto ospedaliero, alla categoria dello stesso.

I servizi di cui alle lettere a), b), c), e) verranno valutati in base alla maggiore o minore attinenza al posto messo a concorso.

ART. 87.

Per i concorsi di aiuto ogni componente della commissione dispone di 40 punti per i titoli e di 50 punti per gli esami.

I 40 punti per i titoli sono ripartiti come segue:

1°) punti 25 per i titoli di carriera, così distribuiti fra quelli indicati nell'articolo precedente:

 fino a punti 3 per ogni anno di servizio di cui alla categoria a);

 fino a punti 2,50 per ogni anno di servizio di cui alla categoria b);

 fino a punti 2 per ogni anno di servizio di cui alla categoria c);

 fino a punti 1,50 per ogni anno di servizio di cui alla categoria d);

 fino a punti 2 per i titoli di cui alla categoria e);

 fino a punti 3 per i titoli di cui alla categoria f);

III LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

fino a punti 2 per i titoli di cui alla categoria *g*);

fino a punti 1,50 per i titoli di cui alla categoria *h*).

I servizi di durata superiore a mesi 6 verranno considerati come prestati per un intero anno.

Per i servizi prestati anteriormente all'ultimo decennio il punteggio si riduce di un terzo e per quelli prestati anteriormente all'ultimo quindicennio della metà.

Il punteggio di cui sopra si riferisce al servizio prestato negli ospedali centrali od in cliniche o istituti universitari.

Il punteggio verrà ridotto del 10 per cento per il servizio prestato in ospedali principali, e del 20 per cento per il servizio prestato in altri ospedali.

Per il servizio prestato in reparti ospedalieri od in cliniche od istituti universitari di specialità diverse da quelle messe a concorso il punteggio sopraindicato verrà ridotto fino al 50 per cento;

2°) punti 10 per i titoli di studio ed accademici.

3°) punti 5 per le pubblicazioni.

Qualora il punteggio totalizzato da un candidato superi il massimo dei punti stabilito per singola categoria di titoli, esso sarà ridotto alla somma dei punti a disposizione della commissione per ciascuna categoria e dovrà essere ridotto in uguale proporzione anche il punteggio degli altri concorrenti.

I 50 punti per gli esami sono ripartiti come segue:

1°) punti 20 per la prova scritta;

2°) punti 15 per la prova clinica sul malato;

3°) punti 10 per la prova pratica di anatomia patologica o di medicina operatoria;

4°) punti 5 per la prova orale.

Per gli esami di aiuto di radiologia i 50 punti di cui sopra vengono ripartiti come segue:

1°) punti 20 per la prova scritta;

2°) punti 15 per la prova clinico-radiologica sul malato;

3°) punti 10 per la prova pratica di tecnica radiologica;

4°) punti 5 per la prova orale.

Per gli esami di aiuto presso istituti e laboratori di indagini e terapie speciali i 50 punti di cui sopra vengono ripartiti come segue:

1°) punti 20 per la prova scritta;

2°) punti 15 per la prova pratica di cui alla lettera *b*) dell'articolo 85.

3°) punti 10 per la prova pratica di cui alla lettera *c*) dell'articolo 85;

4°) punti 5 per la prova orale.

ART. 88.

Possono partecipare al concorso di assistente i laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione, che non abbiano oltrepassato il 35° anno di età e che abbiano regolarmente compiuto il periodo biennale di internato.

Possono, inoltre, essere ammessi al concorso, fermo restando il predetto limite di età:

a) gli assistenti di ruolo; gli assistenti incaricati e volontari, con nomina regolare, in servizio continuativo da almeno due anni presso istituti ospedalieri, cliniche od istituti universitari;

b) coloro che siano in possesso di un diploma di specializzazione o di una libera docenza nella branca attinente al posto messo a concorso.

ART. 89.

Le Commissioni giudicatrici dei concorsi a posti di assistenti sono nominate con deliberazione dell'Amministrazione ospedaliera e sono costituite:

a) dal sovrintendente sanitario di ruolo, ove esista, e dal direttore sanitario di ruolo dell'istituto ospedaliero, presidente;

b) da un professore universitario di ruolo o fuori ruolo della materia messa a concorso, salvo il disposto dell'articolo 65;

c) da un primario ospedaliero di ruolo della materia messa a concorso, salvo il disposto dell'articolo 65, da designarsi dal competente Ordine provinciale dei medici chirurghi. Disimpegna le funzioni di segretario un funzionario della carriera direttiva-amministrativa del Ministero della sanità, designato dal medico provinciale.

ART. 90.

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

a) svolgimento scritto di un tema su argomento di patologia medica o chirurgica o, per gli assistenti di specialità, su argomento della specialità inerente al posto messo a concorso;

b) esame anamnestico e somatico di un malato con eventuali ricerche di laboratorio

inerenti al caso e lettura di preparati di istologia normale; oppure una prova pratica nella materia relativa al posto messo a concorso, per i concorsi a posti di assistente presso gli istituti e laboratori di indagini e di terapie speciali.

ART. 91.

Per i concorsi a posti di assistente ogni componente della Commissione giudicatrice dispone di dieci punti per ciascuna delle prove di esame e di due punti per la valutazione dei titoli di carriera, professionali e di studio.

ART. 92.

La Commissione giudicatrice delle prove di ammissione ai posti di medico interno è nominata dall'Amministrazione ospedaliera ed è costituita dal direttore sanitario dell'istituto ospedaliero, che la presiede, e da due primari, rispettivamente di medicina e di chirurgia, designati dal collegio dei primari.

Se l'istituto ospedaliero è clinicizzato, uno dei due primari viene sostituito da un professore universitario di ruolo di clinica o patologia medica o di clinica o patologia chirurgica.

ART. 93.

La prova di ammissione al biennio di internato consiste in un colloquio su un tema di patologia medica o di patologia chirurgica.

La Commissione giudicatrice terrà conto, nell'attribuzione del punteggio, anche dei voti riportati dai candidati nell'esame di laurea, nonché negli esami speciali dei corsi universitari.

CAPO III.

DISPOSIZIONI SUL PERSONALE MEDICO DEGLI ISTITUTI OSPEDALIERI DIPENDENTI DA ENTI A CARATTERE INTERPROVINCIALE O NAZIONALE

ART. 94.

I direttori sanitari degli istituti di cura dipendenti da enti a carattere interprovinciale o nazionale sono nominati in seguito a concorso interno per titoli ed esami.

Al concorso possono partecipare i medici dei ruoli sanitari dei detti istituti che abbiano raggiunto almeno una qualifica corrispondente al coefficiente 402 dei dipendenti dello Stato.

ART. 95.

Quando il concorso indicato nell'articolo precedente abbia dato esito negativo ovvero quando esso non abbia potuto effettuarsi per mancanza di personale aspirante, i posti di direttore sanitario sono conferiti per pubblico concorso per titoli ed esami.

Al concorso possono partecipare, oltre al personale di cui al precedente articolo, i sanitari indicati all'articolo 68.

ART. 96.

Della Commissione giudicatrice del concorso di direttore sanitario degli istituti ospedalieri dipendenti da enti a carattere interprovinciale o nazionale, oltre ai componenti previsti dall'articolo 69, fanno parte il dirigente del servizio sanitario centrale o su una sua designazione, un funzionario medico dell'ente da cui l'istituto ospedaliero dipende ed un professore universitario di ruolo o fuori ruolo di medicina legale e delle assicurazioni.

ART. 97.

I posti di primario, aiuto e assistente presso gli istituti di cura dipendenti da enti a carattere interprovinciale o nazionale sono conferiti a seguito di concorso pubblico per titoli ed esami.

Le Commissioni giudicatrici sono nominate con deliberazione dell'Amministrazione interessata, e sono costituite:

a) dal presidente dell'Amministrazione dell'ente che bandisce il concorso o, per sua delega, da un componente del Consiglio di amministrazione, presidente;

b) dal medico provinciale, o da altro funzionario medico, designato dal Ministro della sanità con qualifica non inferiore a medico provinciale capo;

c) da un professore universitario di ruolo o fuori ruolo della materia del posto messo a concorso, fatto salvo il disposto dell'articolo 65.

d) dal dirigente il servizio sanitario centrale o da un funzionario medico dell'ente da cui l'istituto di cura dipende, da lui designato;

e) da due primari ospedalieri di ruolo della materia del posto messo a concorso, fatto salvo il disposto dell'articolo 65, dei quali uno designato dal competente ordine provinciale dei medici-chirurghi;

f) da un docente universitario di medicina legale e delle assicurazioni.

Disimpegna le mansioni di segretario un funzionario amministrativo dell'ente che bandisce il concorso.

ART. 98.

Gli istituti a carattere interprovinciale o nazionale hanno facoltà di integrare le materie relative alle prove orali dei concorsi di sanitari da essi banditi ai sensi della presente legge, con argomenti concernenti le finalità, le attribuzioni ed il funzionamento degli istituti stessi.

Detti argomenti integrativi dovranno essere indicati nel bando di concorso.

CAPO IV.

PERSONALE SANITARIO NON MEDICO

ART. 99.

I direttori di farmacia ed i farmacisti sono nominati in seguito a pubblico concorso per titoli ed esami.

La nomina del direttore di farmacia può avere luogo anche per concorso interno per titoli.

All'uopo le amministrazioni ospedaliere stabiliscono nel proprio regolamento interno i requisiti necessari, compreso quello dell'anzianità, nonché i criteri di valutazione dei titoli.

ART. 100.

I requisiti per essere ammessi ai concorsi pubblici, oltre a quelli richiesti per l'ammissione ai pubblici impieghi, sono i seguenti:

1°) per i posti di farmacista-direttore:

a) laurea in farmacia, od in chimica e farmacia, ovvero laurea in chimica e diploma di farmacia, e certificato di abilitazione all'esercizio professionale, quando la laurea ed il diploma non abilitino all'esercizio predetto;

b) almeno cinque anni di servizio pratico, di cui almeno due in farmacie ospedaliere;

c) non avere superato i 45 anni di età, salvi i benefici di legge.

2°) per i posti di farmacisti:

a) laurea o diploma in farmacia, o laurea in chimica e farmacia, e certificato di abilitazione all'esercizio professionale, quando la laurea od il diploma non abilitino all'esercizio predetto;

b) non avere oltrepassato i 35 anni di età, salvo i benefici di legge.

Nessun limite è stabilito per i farmacisti in servizio effettivo presso istituti ospedalieri.

ART. 101.

Le Commissioni giudicatrici dei concorsi a posti di farmacista direttore e farmacista sono nominate con deliberazione dell'amministrazione ospedaliera che bandisce il concorso e sono costituite:

a) dal presidente dell'Amministrazione ospedaliera o, per sua delega, dal soprintendente di ruolo o dal direttore sanitario di ruolo dell'ospedale, presidente;

b) dal medico provinciale o da altro funzionario medico, designato dal Ministro della sanità con qualifica non inferiore a medico provinciale superiore;

c) da un professore universitario di ruolo o fuori ruolo di chimica farmaceutica o di farmacologia;

d) da un farmacista direttore di farmacia di ospedale;

e) da un farmacista designato dal competente Ordine provinciale dei farmacisti.

Disimpegna le mansioni di segretario un funzionario della carriera direttiva amministrativa del Ministero della sanità, designato dal medico provinciale.

ART. 102.

Gli esami per il posto di farmacista-direttore comprendono le seguenti prove:

a) una preparazione chimico-farmaceutica ed una preparazione galenica con illustrazione scritta;

b) un saggio analitico, qualitativo e quantitativo, di un preparato medicinale, un saggio bromatologico ed un'analisi tossicologica;

c) una prova orale riguardante la materia delle prove pratiche, nonché la legislazione sanitaria, con particolare riguardo al funzionamento del servizio farmaceutico ospedaliero, compresi gli aspetti tecnico e contabile.

Gli esami per il posto di farmacista comprendono le seguenti prove:

a) una preparazione galenica ed una spedizione farmaceutica;

b) una prova pratica di farmacognosia e saggi di purezza;

c) un colloquio sulla legislazione farmaceutica.

ART. 103.

Ogni componente della commissione giudicatrice, dispone, per gli esami al posto di farmacista-direttore, di:

10 punti per ciascuna prova di esame;

III LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

10 punti per i titoli di studio e l'attività scientifica;

20 punti per la valutazione dei titoli di carriera, con maggiore rilievo per il servizio ospedaliero.

Per gli esami al posto di farmacista, ogni componente della commissione dispone di:

20 punti per ciascuna prova di esame;

10 punti per i titoli di studio e l'attività scientifica;

5 punti per la valutazione dei titoli di carriera, con maggiore rilievo per il servizio ospedaliero.

ART. 104.

Le ostetriche vengono nominate a seguito di pubblico concorso per titoli ed esami.

Può essere consentito il concorso interno al posto di ostetrica capo negli istituti ospedalieri dove prestano servizio effettivo almeno tre ostetriche.

Per l'ammissione al concorso, oltre ai requisiti generali richiesti per i concorsi a pubblici impieghi, è necessario:

a) essere in possesso del diploma professionale;

b) non avere oltrepassato il 35° anno di età, fatta eccezione per le ostetriche in servizio presso altri istituti ospedalieri, cliniche ostetrico-ginecologiche e scuole ostetriche, nominate in seguito a pubblico concorso, per le quali non è stabilito alcun limite di età.

ART. 105.

Le Commissioni giudicatrici dei concorsi a posti di ostetrica capo e di ostetriche sono nominate con deliberazione dell'amministrazione ospedaliera che bandisce i concorsi e sono costituite:

a) dal presidente dell'Amministrazione ospedaliera o, per sua delega, dal soprintendente di ruolo o dal direttore sanitario di ruolo dell'ospedale, presidente;

b) dal medico provinciale, o da altro funzionario medico, designato dal Ministro della sanità, con qualifica non inferiore a medico provinciale superiore;

c) da un professore universitario di ruolo o fuori ruolo di ostetricia e ginecologia;

d) da un primario ospedaliero ostetrico-ginecologo di ruolo;

e) da una ostetrica designata dal collegio provinciale delle ostetriche.

Disimpegna le mansioni di segretario un funzionario della carriera direttiva amministrativa del Ministero della sanità, designato dal medico provinciale.

ART. 106.

Gli esami di concorso ai posti di ostetrica capo comprendono le seguenti prove:

a) prova scritta su argomenti relativi alla diagnosi di complicazione di gravidanza o del parto, ed ai soccorsi di urgenza ostetrici, che possono essere prestati dalla ostetrica;

b) esame clinico di una gestante o partoriente;

c) prova orale di cultura ostetrica, di puericultura e di legislazione su argomenti inerenti alla professione.

Gli esami di concorso ai posti di ostetrica comprendono soltanto le prove di cui alle lettere a) e b) del comma precedente.

TITOLO IV.

**FUNZIONAMENTO INTERNO
DEGLI ISTITUTI OSPEDALIERI**

CAPO I.

**ACCETTAZIONE E DIMISSIONE
DEGLI INFERMI**

ART. 107.

L'accettazione degli infermi, da praticarsi secondo le norme di legge e del regolamento interno di ciascuna amministrazione ospedaliera, è fatta dal medico di guardia, sotto la diretta vigilanza e controllo del direttore sanitario, che risponde al medico provinciale nei riguardi tecnici.

Le Amministrazioni comunali e tutti gli altri enti che sostengono spese di degenza hanno diritto a prendere conto degli infermi ricoverati a loro carico.

ART. 108.

La dimissione dei malati viene disposta dal primario e comunicata al direttore sanitario per i provvedimenti di competenza.

In caso di lunga degenza, il direttore sanitario ha l'obbligo di accertarne le ragioni.

Se la dimissione avviene per richiesta del malato o del suo rappresentante legale, costoro, quando l'ammalato non sia guarito, devono essere avvertiti dei pericoli nei quali l'infermo può incorrere e devono rilasciare, per iscritto, dichiarazione della propria determinazione, che sollevi da qualsiasi responsabilità l'Amministrazione ospedaliera ed i sanitari curanti.

CAPO II.
RETTE DI DEGENZA

ART. 109.

Le diarie stabilite per i malati non paganti in proprio devono comprendere, oltre tutte le voci che costituiscono il costo del ricovero, anche le spese riferentisi alle indagini ed alle cure necessarie.

ART. 110.

Per i ricoverati in corsia comune a carico di enti mutualistici ed assicurativi giuridicamente riconosciuti, oltre alla retta di ricovero pari a quella indicata nell'articolo precedente, verrà corrisposto da parte di detti enti un compenso per ricovero, distinto per branche di assistenza, da determinarsi in conformità alle norme che il Ministro della sanità emanerà, intesi i Ministri interessati.

Tale compenso sarà devoluto dall'Amministrazione ospedaliera ai medici ospedalieri, secondo i criteri che verranno determinati dal Ministro della sanità.

Dei compensi mutualistici sarà devoluta all'Amministrazione ospedaliera una quota parte da destinarsi integralmente ai miglioramenti economici del personale medico.

ART. 111.

L'Amministrazione di ciascun ospedale deve annualmente determinare le rette giornaliere di ricovero per l'assistenza e la cura dei malati non paganti in proprio con apposita deliberazione.

La deliberazione è sottoposta all'approvazione del Comitato provinciale di assistenza e beneficenza pubblica della provincia nella quale ha sede l'Amministrazione dell'istituto ospedaliero ancorché a carattere interprovinciale o nazionale.

Il Comitato provinciale di assistenza e beneficenza pubblica provvede sentita la Commissione di cui all'articolo 113.

ART. 112.

È istituito un Comitato interministeriale presieduto dal Presidente del Consiglio dei Ministri e composto dai Ministri per l'interno, per il tesoro, per il lavoro e la previdenza sociale e per la sanità, con il compito di stabilire, in relazione alla qualifica ed alla distribuzione territoriale dei diversi istituti ospedalieri, i criteri e le direttive per la determina-

zione, l'aggiornamento ed il coordinamento delle rette giornaliere per i malati non paganti in proprio.

Il Presidente del Consiglio dei Ministri può delegare le funzioni di presidenza del Comitato stesso ad uno dei componenti.

Per l'assolvimento dei suoi compiti il Comitato si avvale di una Commissione composta da un rappresentante per ciascuno dei Ministeri dell'interno, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e della sanità, da un rappresentante degli enti locali designato dal Ministro per l'interno, da due rappresentanti degli enti mutualistici designati dal Ministro per il lavoro e la previdenza sociale e da tre rappresentanti degli istituti ospedalieri designati dal Ministro per la sanità.

La Commissione compie altresì le istruttorie che siano ad essa deferite dal Comitato interministeriale e può, anche di sua iniziativa, fare proposte al Comitato stesso nella materia di cui al precedente comma. Essa è presieduta dal rappresentante del Ministero della sanità.

ART. 113.

In ogni provincia è istituita una Commissione composta dal medico provinciale che la presiede, da un rappresentante del Ministero dell'interno, dal capo dell'Ispettorato del lavoro o da un funzionario da lui delegato, dal direttore della Ragioneria provinciale dello Stato, da due rappresentanti degli enti mutualistici, designati dal capo dell'Ispettorato del lavoro, da un rappresentante degli enti locali designato dal prefetto, da tre rappresentanti degli istituti ospedalieri designati dal prefetto.

La Commissione esprime il parere sulle deliberazioni concernenti la determinazione delle rette ospedaliere uniformandosi ai criteri ed alle direttive stabilite dal Comitato interministeriale di cui all'articolo precedente.

ART. 114.

Gli istituti ospedalieri possono, entro il limite di un decimo della loro capacità recettiva, accogliere malati paganti in proprio, sia in sale speciali, sia in corsie comuni, stabilendo tariffe di diaria e di cura e di interventi medico-chirurgici o di altra natura tali da realizzare un margine destinato a beneficio dei fini istituzionali dell'Ente.

Le sale speciali per paganti possono comprendere due categorie:

- a) la 1^a con camere ad un letto;
- b) la 2^a con camere a più letti.

Le tariffe per i ricoverati nelle sale speciali ed in corsie comuni devono essere determinate dall'Amministrazione ospedaliera, sentito il Collegio dei primari, ed approvate dal medico provinciale, prendendo a base la tariffa minima per le prestazioni medico-chirurgiche determinate dall'Ordine provinciale dei medici chirurghi.

Le Amministrazioni ospedaliere debbono corrispondere ai medici ospedalieri, sui proventi derivanti dalle prestazioni medico-chirurgiche, una congrua quota da stabilirsi come nel comma precedente.

ART. 115.

Con gli stessi criteri e modalità di cui all'articolo precedente, saranno determinate sia le tariffe per le prestazioni a pagamento eseguite negli ambulatori, negli istituti di cura speciali, nei laboratori e servizi ospedalieri sia la misura dei proventi da erogare a favore dei sanitari.

CAPO III.

RISCONTRO DIAGNOSTICO

ART. 116.

Per il riscontro diagnostico dei deceduti si applicano le disposizioni della legge 15 febbraio 1961, n. 83.

TITOLO V.

**PREPARAZIONE DEL PERSONALE
DI ASSISTENZA IMMEDIATA**

CAPO I.

**SCUOLE-CONVITTO PROFESSIONALI
PER INFERMIERE**

ART. 117.

Entro il termine di un anno dall'entrata in vigore della presente legge le Amministrazioni degli ospedali centrali anche specializzati e degli ospedali principali debbono predisporre locali idonei per la istituzione della scuola-convitto professionale per infermiere.

Il Ministro della sanità può concedere contributi per la istituzione di dette scuole.

Per la istituzione delle scuole sopra indicate le Amministrazioni ospedaliere hanno facoltà di stipulare convenzioni con gli enti indicati nell'articolo 130 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265.

CAPO II.

CORSI TEORICO-PRATICI PER ASSISTENTI TECNICI E PREPARATORI

ART. 118.

Le Amministrazioni degli ospedali centrali e degli ospedali principali, anche specializzati, debbono provvedere ad istituire almeno ogni due anni corsi teorico-pratici per aspiranti ai posti di assistenti tecnici o di preparatori.

La regolamentazione relativa alla durata dei corsi, ai programmi, alle prove, alle commissioni di esami, al rilascio dei certificati ed alle tasse di iscrizione è soggetta ad approvazione del Ministro della sanità.

Al personale insegnante è corrisposta una congrua retribuzione.

CAPO III.

DISPOSIZIONI SPECIALI PER L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRESSO OSPEDALI APPARTENENTI AD ORDINI E CONGREGAZIONI RELIGIOSE

ART. 119.

Presso gli ospedali di ordini e congregazioni religiose, giuridicamente riconosciuti, che, per regola del loro istituto, ricoverano soltanto infermi di sesso maschile, e nei quali la assistenza immediata è fatta da appartenenti agli ordini stessi, con assoluta esclusione di personale femminile, possono tenersi, con l'autorizzazione del Ministro della sanità, corsi interni di insegnamento sulla base dei programmi vigenti per le scuole-convitto professionali per infermiere.

Agli appartenenti ai suddetti ordini e congregazioni che al termine dei corsi avranno superati appositi esami, analoghi a quelli previsti per le scuole-convitto professionali per infermiere, saranno rilasciati dal medico provinciale attestati di idoneità all'esercizio dell'assistenza infermieristica delle funzioni direttive, unicamente presso gli ospedali di cui al precedente comma.

TITOLO VI.

**DISPOSIZIONI FINALI
E TRANSITORIE**

ART. 120.

Qualora un istituto ospedaliero non risponda ai requisiti di legge, il medico provinciale determina le prescrizioni alle quali

l'Amministrazione deve uniformarsi entro il termine allo scopo stabilito.

Decorso tale termine, il Ministro della sanità o il medico provinciale, adotteranno i provvedimenti che, a norma degli ordinamenti vigenti, rientrano nelle loro attribuzioni, o promuoveranno dalle altre autorità i provvedimenti di loro competenza.

ART. 121.

I regolamenti interni degli istituti ospedalieri e quelli relativi al personale sanitario e di assistenza, devono essere sottoposti ai controlli degli organi, che, secondo gli ordinamenti dei vari enti ospedalieri, sono chiamati ad esercitarli e successivamente sottoposti alla omologazione del Ministro della sanità o del medico provinciale a seconda che trattasi di enti sottoposti alla vigilanza o alla tutela della autorità centrale o locale.

ART. 122.

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, il medico provinciale o il Ministro della sanità, a seconda che trattasi di enti locali o di enti a carattere interprovinciale o nazionale, provvederanno alla classificazione degli istituti ospedalieri esistenti nella provincia, ai sensi dell'articolo 15.

Le Amministrazioni ospedaliere, entro un anno dal provvedimento di classifica. dovranno uniformare alla presente legge i propri regolamenti interni e quelli relativi al personale sanitario e di assistenza.

In difetto, provvederà di ufficio il medico provinciale, sentito il parere del consiglio provinciale di sanità, o il Ministro della sanità per gli ospedali a carattere interprovinciale o nazionale.

ART. 123.

Entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge gli enti gestori delle infermerie attualmente in esercizio debbono da soli o riuniti in consorzio con quelli delle infermerie viciniori adottare i provvedimenti necessari perché locali, attrezzature, regolamenti interno e del personale corrispondano ai requisiti e alle disposizioni previste per gli istituti ospedalieri dalla presente legge.

Decorso tale termine, il medico provinciale promuoverà la trasformazione di dette infermerie in convalescenziari o in istituti di cura per malati lungodegenti.

ART. 124.

Gli aiuti o gli assistenti di ruolo in servizio al 30 giugno 1961, che siano successivamente dimessi per superamento dei limiti di riconfermabilità in base alle disposizioni preesistenti, sono riammessi in servizio nella medesima posizione di ruolo da essi occupata, ovvero in posizione di soprannumero nel caso che il posto fosse stato frattanto ricoperto in base a pubblico concorso.

La riammissione in servizio ha effetto ai fini giuridici dalla data di decorrenza del provvedimento di dimissione e, ai fini economici, dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Al compimento di un biennio di servizio dalla riammissione, gli aiuti e gli assistenti sono valutati ai fini della conferma, con le modalità previste, rispettivamente, dagli articoli 40 e 42.

Le successive conferme hanno luogo nei termini e con le modalità indicati negli stessi articoli.

ART. 125.

Il Governo della Repubblica è delegato ad emanare, su proposta congiunta del Ministro per il lavoro e la previdenza sociale e di quello per la sanità, entro un anno dalla entrata in vigore della presente legge, norme di modificazione degli articoli compresi nei titoli II e III, al fine di adeguarli alle particolari esigenze degli Istituti ospedalieri e del relativo personale sanitario ed ausiliario, dipendenti dagli enti aventi carattere previdenziale e assistenziale, sottoposti al controllo del Ministero del lavoro e della previdenza sociale.