

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 prelevamento 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 2^a 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, prelievamenti 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.