

CAMERA DEI DEPUTATI

N. 3999

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**LONGO, BARBIERI ORAZIO, MONTANARI OTELLO, ANGELINI LUDOVICO,
AUDISIO WALTER, BORELLINI GINA, CAPONI, CERRETI GIULIO,
MESSINETTI, MINELLA MOLINARI ANGIOLA, NAPOLITANO GIORGIO,
RAFFAELLI, PINO, SANTARELLI EZIO, TOGNONI**

Presentata il 21 luglio 1962

Norme generali per l'ordinamento sanitario, tecnico ed amministrativo degli ospedali pubblici e del personale sanitario

ONOREVOLI COLLEGHI! — Da alcuni mesi è in corso nel Paese una vasta e viva agitazione dei medici ospedalieri per realizzare la stabilità di carriera, una adeguata definizione del loro stato giuridico ed un dignitoso trattamento economico.

Si sa però che questo loro disagio si inquadra nello stato di crisi degli ospedali, che i medici stessi si sono sempre preoccupati di denunciare al Governo e all'opinione pubblica.

Sotto questa martellante pressione dell'agitazione dei medici la Commissione permanente di Igiene e sanità, e per essa un Comitato ristretto, nel mese di luglio si è messa al lavoro per discutere e risolvere tutto il problema.

Giunto a tale acutezza ed urgenza, il problema della carriera dei medici ospedalieri, da varie parti si era reclamato un provvedimento stralcio che regolasse subito soltanto lo stato giuridico ed economico dei sanitari proseguendo con la necessaria calma la discussione sulle leggi di riforma ospedaliera. Ed in tal senso si erano pronunciati vari gruppi politici e singoli parlamentari.

Ai parlamentari comunisti che — come vedremo, da anni chiedono una discussione

generale ed organica sul vasto problema della riforma ospedaliera — pure era sembrato utile tale stralcio. Per questo si erano astenuti dalla presentazione di una propria proposta di legge, malgrado alcuni di essi abbiano maturato esperienze e propositi in tanti anni di partecipazione a congressi e a dibattiti e vissuto la vita ospedaliera.

La maggioranza del Comitato ristretto ha creduto invece di dover procedere subito a ritmo forzato, sotto l'assillo dello sciopero dei medici, all'esame delle varie proposte di legge relative alla vita ospedaliera. Scartata la soluzione di uno stralcio per la carriera dei sanitari la discussione si è imperniata sul disegno di legge Giardina. Per tanto i commissari comunisti si sono ritirati per conservare la loro libertà di discussione in Commissione.

L'andamento della discussione generale ha dimostrato che alcuni emendamenti saranno portati a quel disegno, ma tali emendamenti non modificano la sostanza dello schema, non soltanto rispetto alle richieste venute dalle varie categorie interessate, ma neanche rispetto a quello che il Presidente onorevole Fanfani aveva lasciato sperare nelle sue dichiarazioni programmatiche all'atto di pre-

sentazione dell'attuale Governo ed in occasione di incontri con illustri cionoi.

Poiché il problema della riforma dei servizi sanitari e ospedalieri va ben oltre quello pure importante ma parziale, della carriera dei sanitari ospedalieri, i quali, del resto, non potranno sperare serena e dignitosa vita professionale nell'ambito di istituti arretrati e tormentati, il Gruppo parlamentare comunista ritiene suo dovere presentare una nuova proposta di legge che, a suo parere, meglio risponda alle attese del mondo sanitario e dell'opinione pubblica e alle promesse fatte da vari anni dal governo.

Prima ancora di passare alla pur sommarie illustrazione delle caratteristiche di questa proposta sentiamo il dovere di dire subito che il nostro Gruppo si batterà fino in fondo per affermare la necessità di un profondo rinnovamento e ammodernamento delle strutture ospedaliere nazionali secondo le esigenze attuali e lo stato di progresso economico e della coscienza sanitaria raggiunti dalla nostra società. Noi intendiamo perciò parlare in primo luogo a tutti i colleghi della Camera nell'intento di ricercare una maggioranza politica coerente almeno con gli indirizzi sociali e politici proclamati da questo governo. Intendiamo rivolgerci anche alla vasta categoria dei medici, ospedalieri e non ospedalieri, perché collaborino all'elaborazione e all'attuazione di una riforma che dia al Paese i presiti sanitari necessari. Ma il nostro discorso va anche oltre; esso è rivolto anche ai lavoratori, ai sindacati, all'opinione pubblica, ormai maturi per discutere il problema. Anche ad essi ci rivolgiamo perché sentano che ogni « riforma dei servizi ospedalieri e sanitari » deve significare qualcosa di più profondo e più preciso che non l'emendamento del disegno Giardina.

Per portare avanti la soluzione di questo problema perciò è necessario, è utile, allargare il dibattito iniziato nel Paese affinché l'opinione pubblica sappia che cosa si deve fare e cosa deve dare la società agli ospedali perché essi siano in grado di educare, prevenire, curare i cittadini con tutti i più moderni mezzi che la scienza e la tecnica rendono possibili. Più nessuno deve accusare questo o quel medico, questo o quell'ospedale per le insufficienze che si verificano, per i decessi dovuti ad insufficiente soccorso senza conoscere le cause più profonde della crisi ospedaliera!

Il Parlamento non deve deflettere da questo impegno sotto l'assillo di problemi

parziali. Da parte nostra non ci faremo fuorviare da nessun fatto contingente perché siamo persuasi che ogni soluzione meschina, ogni rinuncia ad un effettivo impegno nuovo aggraverà ancor più la crisi degli ospedali pubblici a vantaggio degli istituti privati e a svantaggio della comunità.

* * *

Per sottolineare la gravità della crisi ospedaliera, gli aspetti delle insufficienze, la mancanza di mezzi, le sperequazioni fra ospedale ed ospedale, fra regione e regione, potremmo inserire in questa relazione una curiosa antologia giornalistica delle più o meno serie inchieste e delle più o meno scandalistiche notizie, che si riferiscono alla più varia casistica; dal malato che non trova posto in ospedale, dall'infortunato che fa il giro di tre nosocomi senza trovare quello che si sente tenuto a ricoverarlo e nel frattempo muore, dai decessi dei bambini a causa di trasfusioni eseguite senza sufficienti controlli, ai casi denunciati di ospedali ove i malati sono sistemati nei corridoi, ove i sanitari ed il personale infermieristico sono assolutamente inadeguati alle esigenze. Si potrebbero illustrare le condizioni di dissesto in cui versano gli ospedali, pieni di debiti, vincolati a fornitori di pochi scrupoli, costretti a prendere il denaro a prestito pagando interessi passivi che incidono sui bilanci e sui costi; potremmo ricordare le agitazioni a cui è costretto il personale per ottenere un trattamento decente dato che le amministrazioni e la F. I. A. R. O., non avendo la forza di esigere i loro crediti verso le mutue o di ottenere un aiuto dallo Stato, tentano di far quadrare i bilanci respingendo le legittime richieste del personale sanitario e non sanitario; si potrebbero fornire elenchi di ospedali dotati di grandi patrimoni e di ospedali poveri, di ospedali forniti degli strumenti più moderni ed altri insufficientemente forniti di letti, di biancheria ecc.

Ed infine si potrebbero citare le norme più anacronistiche e curiose di tanti statuti e regolamenti tuttora in vigore, elencare consigli di amministrazioni democratici e commissari permanenti!

Siamo convinti che non c'è bisogno di tutto questo per dimostrare che in Italia troppi istituti ospedalieri sono arretrati, insufficientemente forniti di mezzi, che manca un indirizzo unitario nazionale. Il pubblico stesso questo lo ha capito, ed esige una soluzione.

Perciò preferiamo portare il nostro discorso sui dibattiti e sugli impegni che in questi ultimi anni si sono intrecciati fra i gruppi politici, i parlamentari e il Governo.

È necessario ricordare che il Gruppo parlamentare comunista sollevò per primo alla Camera dei Deputati una discussione organica su tutti i problemi ospedalieri con la mozione approvata il 18 dicembre 1959, anche se altre voci sui problemi contingenti si erano levate precedentemente.

Quella mozione, insieme a quella presentata successivamente dalla democrazia cristiana ebbe il merito di stimolare tutti i gruppi politici ad una presa di posizione e di prospettare al Governo l'urgenza del problema.

Il Ministro Giardina ebbe il merito di accettare quella mozione. Ma da quel tempo purtroppo nessun problema è stato risolto, né quello del regolare pagamento delle rette da parte degli istituti mutualistici, né quello delle attrezzature degli ospedali, né quello dell'adeguato aumento di posti letto.

Nel frattempo però è maturata nel Paese la coscienza della necessità di una profonda riforma. Gli studi sono stati portati avanti nei convegni degli Enti locali, nei dibattiti dei Partiti e dei Sindacati.

È appunto di questi dibattiti che ci si deve ricordare per invitare tutti alla coerenza con gli impegni assunti.

Che in Italia sia necessaria una vera riforma della struttura degli ospedali per dotarli di tutti i mezzi necessari e per un ampliamento della rete nel senso di marciare verso la sicurezza sociale non c'è alcun dubbio.

Non superfluo ci sembra ricordare i momenti essenziali di questi dibattiti qualificati.

Ricordiamo gli atti della Commissione di studio per i problemi sanitari del febbraio 1957 presieduta dal professore Vincenzo Monaldi, ed in particolare la sua relazione che invocava l'adozione di un *criterio distributivo* ed un *criterio ordinativo* e la citazione del suo motto «nella qualificazione è racchiuso il destino degli ospedali!»; ricordiamo gli atti del 1° Convegno di studi su l'azienda ospedaliera tenuto a La Mendola nell'agosto 1957 sotto l'egida della F.I.A.R.O. nel corso del quale si levarono voci contro la spontaneità dello sviluppo ospedaliero, contro l'accentramento ed a favore dell'autonomia non soltanto amministrativa ma anche politica degli Enti locali in materia sanitaria; ricordiamo la proposta di legge dei parlamentari della C.G.I.L. onorevoli Novella e Santi sulla si-

curezza sociale che postula il potenziamento della rete ospedaliera, la più alta qualificazione degli ospedali e le funzioni nuove da attribuire ai comuni e alle province, ed il Convegno sulla sicurezza sociale tenuto all'Eliseo a Roma dalla stessa C.G.I.L. le cui conclusioni furono autorevolmente sostenute da medici, specialisti della mutualità che invocavano l'urgenza di una profonda riforma ospedaliera; ricordiamo le dichiarazioni del Sottosegretario De Maria al Convegno de La Mendola nel maggio 1959: «*L'organismo ospedaliero italiano dopo lo sviluppo gigantesco, anche se non sempre razionale, della mutualità, è diventato un grande malato con prognosi riservata tendente alla cronicizzazione. Lo Stato deve aiutare gli ospedali a diventare il fulcro della vita sanitaria mediante una legislazione adeguata alle moderne esigenze e mediante aiuti concreti che lo alleggeriscano di ogni avere non direttamente attinente all'assistenza del malato*»; ricordiamo i discorsi del Ministro Giardina alla Camera del 14 luglio 1959 il quale riconosceva «*la necessità di piani regolatori ospedalieri, che occorreva un piano di rinnovamento, e una riforma che veramente innovi... La riforma è già matura. Non resta che tradurre in norme legislative ciò che è frutto di mille dibattiti*»; ricordiamo i consensi dello stesso Ministro Giardina agli interventi dei colleghi Barbieri e Angelini nelle sedute del 25 novembre e 1 dicembre 1959 sulla ricordata mozione; ricordiamo il Convegno delle province emiliane del 24 e 25 giugno 1961 sul tema «*Enti locali, ospedali e riforma sanitaria*» nel corso del quale fu lamentata l'insufficienza dell'azione del nuovo Ministero della sanità e reclamata una vera riforma sanitaria capace di realizzare una perequazione dei posti letto nel paese, di elevare le attrezzature ospedaliere onde migliorare l'assistenza per tutti i cittadini, una chiara competenza dei comuni e delle province nel campo assistenziale ospedaliero inquadrata nei futuri compiti della regione; ricordiamo che il professore Corghi presidente degli Ospedali riuniti di Reggio Emilia ed esponente della democrazia cristiana al Congresso della F.I.A.R.O. a Salsomaggiore nel 1960 propose la costituzione di un Consiglio regionale per lo studio dei problemi ospedalieri che volle indicare col nome di «*Consulta regionale di sicurezza sociale ospedaliera*» futura base dell'organizzazione ospedaliera regionale (e sono noti i suoi dissensi e quelli degli ospedali emiliani che furono alla base della scissione dalla F. I. A. R. O.); ricordiamo i vari congressi dell'Associazione na-

zionale aiuti e assistenti ospedalieri i quali, contrariamente a quanto qualcuno afferma, nel reclamare la fine dei contratti a termine per i secondari ed un nuovo stato giuridico hanno sempre collocato il futuro della carriera del medico ospedaliero in una riforma organica degli istituti, basata sull'aumento dei posti letto, una riduzione dei posti letto per ogni divisione, una nuova efficienza tecnica degli ospedali e ad una distribuzione coordinata su piano provinciale e regionale basato su un impegno preciso dello Stato per il finanziamento degli ospedali (atti dei convegni di Viareggio, aprile 1960, di Milano, maggio 1961, di Viareggio, aprile 1962); ricordiamo la Conferenza regionale sanitaria della sanità dell'Emilia del marzo del corrente anno e le relazioni del professore Corghi, dell'assessore Cennamo, del Professore Maccarone ed altri, tutti indirizzati alla prefigurazione di un piano e di una politica ospedaliera avanzata sotto la direzione della regione e degli Enti locali, in uno Stato impegnato finanziariamente. Circa la necessità di propositi non velleitari ma ancorati a precisi impegni finanziari il professore Corghi ricordava il passo evangelico di San Luca: « Chi di voi volendo costruire una torre, prima non si siede e calcola attentamente la spesa, per vedere se può condurla a termine »? (Questo interrogativo si addice al disegno di legge governativo discusso dal Comitato ristretto il quale, come è noto, non prevede alcun finanziamento statale). Ma più in concreto egli affermava: « *Una politica regionale di piano che includa la sicurezza sociale e sanitaria è una strada molto importante per operare un superamento di fatto tra capitalismo e collettivismo, ridando una dimensione umana alle scelte di governo ed una dimensione comunitaria alle scelte dei singoli cittadini* »; ricordiamo le richieste del personale sanitario e infermieristico dirette ad ottenere nuove condizioni giuridiche, economiche, assicurative, di parità per i due sessi inquadrare tutte in una nuova situazione dell'ospedale, indicate dalla federazione Enti locali e ospedalieri della C. G. I. L. e dal documento, in verità ancora Augusto, U. I. L. - I. S. A. O. del 1° maggio 1962; ricordiamo ancora l'ordine del giorno della F. I. A. R. O. del 5 luglio corrente anno che « *conferma l'assoluta necessità che qualsiasi riforma degli ordinamenti vigenti contempli la copertura, mediante adeguato contributo dello Stato, dei maggiori oneri inerenti e nel contempo ponga gli enti ospedalieri in grado di realizzare il*

rimborso delle passate, attuali e future spese di esercizio indispensabili per l'adeguata assistenza agli infermi ».

Permetteteci di citare anche qualche passo dei discorsi di colleghi di diverse parti politiche sul bilancio della sanità 1961-62, durante il quale il dibattito si svolse ad un elevato livello, forse anche per merito delle relazioni che stimolavano un'emulazione nell'approfondimento della conoscenza dei problemi sanitari e ospedalieri:

Onorevole SAMMARTINO: « ...Ma per giungere alla meta — la sicurezza sociale — urge raggiungere, prima di tutto, l'integrale protezione sanitaria del nostro popolo. E per giungere a questa meta, che è ambizione e fine di chiunque abbia in questo momento pubbliche responsabilità, non si possono chiudere gli occhi alla realtà presente, la quale dimostra ogni giorno più chiaramente che, nel campo della sanità pubblica, s'impone sempre più l'intervento dell'intera società organizzata, ossia l'intervento dello Stato, perché ogni cittadino veda assicurati, senza limiti di categoria, senza baluardi burocratici, del tutto anacronistici questi ultimi di fronte alla corsa dei tempi, l'assistenza sanitaria, intesa nel senso più integrale della parola.

Alla base di tutto questo grosso dramma, che nessuna inchiesta giornalistica avrà mai penetrato e descritto abbastanza, vi è il bilancio finanziario, che è una somma di obblighi verso la collettività, senza corrispettivo. Non vi è niente da fare, Onorevoli colleghi, fino a quando la retta quotidiana di ricovero delle mutue sarà, come nel caso da me quotidianamente vissuto e controllato, di lire 1.672 ed il malato costa all'ospedale 2.600 lire al giorno.

Ma la funzione degli ospedali è funzione sociale; essi sono aziende che non hanno fini di lucro, ci sentiamo ripetere intorno, e avvertiamo senz'altro noi stessi, poveri amministratori di conti che non quadrano e non potranno mai quadrare, a meno che il Governo, con un'operazione di altissima chirurgia tecnico-finanziaria, non ci sottragga alle ferree spire di una aritmetica impossibile.

Adempiono gli ospedali una altissima funzione sociale? È tenuto lo Stato moderno alla tutela dell'integrità e della sanità pubblica? Ne tragga le conseguenze logiche e immediate ».

Onorevole BALDELLI: « La crisi ospedaliera è giunta ad un punto veramente insostenibile. Forse siamo già ad un punto di rottura, di cui qualcuno non si è accorto, ma

di cui certamente si accorgono coloro che quotidianamente vivono accanto alle istituzioni ospedaliere. Le amministrazioni delle istituzioni ospedaliere si trovano drammaticamente di fronte ai loro precisi obblighi di far sì che gli ospedali civili siano in grado di fornire le migliori prestazioni. Si tratta un obbligo indeclinabile, perché attiene alla salute umana, ed è un obbligo che non si può adempiere se non con la celerità, la decisione e la prontezza che la tutela della salute umana richiede.

Sul problema della diffusione della rete ospedaliera, problema molto importante, noi non vediamo concentrarsi l'attenzione che sarebbe necessaria. Non si può ammettere che, mentre tutto va programmandosi nella vita del nostro paese, l'organizzazione della rete ospedaliera — mi si passi l'espressione — sia lasciata a ruota libera ».

Onorevole CERAVOLO: «... Pensavamo comunque che un po' per volta questo ministero avrebbe assunto tutte le funzioni che attengono alla sanità. Purtroppo, a tanto non si è ancora arrivati, per cui l'ordinamento amministrativo e le leggi che riguardano questo settore sono rimasti insufficienti ed anacronistici. Il Ministero, tuttavia, dovrebbe essere l'organo coordinatore di tutti i servizi, di tutte le attrezzature, di tutto il personale, e delle funzioni assistenziali della sanità, senza che vi siano interferenze di altri ministeri ».

Onorevole ROMANO BRUNO: «... Da tutti i gruppi emerge la denuncia della incapacità di affrontare il problema con una visione globale e di intendere che ci si trova di fronte ad un problema civile e sociale, prima ancora che politico ed economico; la denuncia della evanescenza, della sconcertante manifestazione di impotenza, direi, offerta da questo Ministero, per la cui istituzione si è pur combattuto tanto in Parlamento; una manifestazione di sconcertante impotenza — ripeto — anche al di là di quelle che sono le insufficienze obiettive della legge istitutiva del Ministero stesso.

I documenti presentati dai relatori da tre anni a questa parte sul bilancio della sanità e gli atti dei dibattiti costituiscono tutti elementi di inconfutabile valore, consegnati ormai alla storia di questa nostra ancora imperfetta democrazia, e denunciano un fondamentale problema di civiltà, di umanità, di sensibilità sociale e democratica. Tutti i governi hanno finora fallito su questo piano e quindi si sono assunte gravi responsabilità; ma ben più gravi sono le responsa-

bilità subentrate dopo la costituzione del Ministero della sanità.

Il problema — a mio avviso — è, dunque, questo: è l'onorevole Ministro l'accusato, colui che deve sostenere il peso del non aver saputo o potuto affrontare i problemi sanitari del paese ed imporli alla attenzione del Governo, oppure è il Governo, nel suo complesso, che non sa e non vuole affrontare questi problemi? Si tratta, cioè, di constatare se è sulla mancata dinamicità di azione di un ministro che la responsabilità della situazione debba ricadere o sulla mancata capacità di azione di una formula politica e di un Governo.

È stato giustamente rilevato dai relatori di minoranza che, mentre il bilancio della difesa passa da 674 a 739 miliardi, con il 10 per cento di incremento, e quello dell'interno da 204 a 221 miliardi circa, con il 9,2 per cento di incremento, quello della sanità presenta, invece, soltanto il 2 per cento di incremento rispetto allo stanziamento dello scorso anno. Si trovano quindi — diceva giustamente dianzi l'onorevole Longo — centinaia di miliardi per costruire, ad esempio, autostrade, di cui nessuno nega l'esigenza, senza tuttavia tener conto della gradualità delle scelte. Si trovano centinaia di miliardi per il « piano verde » e per il piano della scuola; si trovano centinaia di miliardi, o si sta per trovarli, per la regolamentazione dei fiumi: per tutto si trovano i fondi, tranne che per la sanità pubblica ».

Ma a conclusione di tante sommarie e fin troppo numerose citazioni lasciateci ricordare le affermazioni più autorevoli, perché sicuramente più maturate nel dibattito, del collega onorevole Sorgi contenute nella sua buona relazione di maggioranza al bilancio della sanità 1961-62.

Il collega Sorgi non condivise, ovviamente, le critiche avanzate nella relazione di minoranza dei colleghi Barbieri e Montanari sull'incredibile indifferenza dello Stato di fronte alle esigenze della sanità, concretatasi anche in quell'anno in una spesa per il bilancio della Sanità di lire 53 miliardi con un incremento inferiore ai 2 miliardi (2 per cento) di fronte ad un incremento del (10 per cento) per la Difesa (da 674 miliardi a 739) e del 9,2 per cento per l'Interno (da 204 a 222 miliardi), ma non poteva astenersi dal lamentare che l'incremento dei fondi per la sanità, fosse il più basso dei vari Ministeri.

Tuttavia il collega Sorgi sostenne validamente la necessità di una riforma ospedaliera.

Vorremmo che i colleghi rilegessero quella relazione. Riportiamo soltanto alcuni passi: L'onorevole Sorgi scriveva che l'esigenza di una nuova visione del problema non di una impostazione personale si trattava « *bensì di una dilatazione d'orizzonti conclamata da mille voci di cento provenienze ufficiali, oltre che dalla realtà che viviamo* » ed auspicava che « *lo studio, e l'azione per una moderna politica di protezione sanitaria possono e devono apportare alla invocata svolta decisiva del nostro popolo verso un sistema di sicurezza sociale* ».

In materia di finanziamenti riconoscendo l'importanza per l'efficienza operativa degli ospedali, dopo aver lamentato il fatto che per finanziare una leggina per le attrezzature ospedaliere si doveva sottrarre la somma occorrente ad altre voci dello stesso Ministero l'onorevole Sorgi scriveva: « *Infatti i 1.500 milioni occorrenti alla concessione di contributi per ciascuno dei prossimi venti anni sono semplicemente stornati da uno stesso capitolo dello stesso bilancio della Sanità. Nessun apporto nuovo quindi i fondi del ministero del tesoro vengono a dare* » « *... Tirando le somme non si può non condividere il disagio delle sfere ufficiali della Sanità di fronte a questa durezza del tesoro nei confronti delle necessità di spese sanitarie* ».

L'onorevole Sorgi concludeva le sue considerazioni affermando che è necessario « *fornire elementi per scardinare la mentalità malauguratamente dominante, denunciata dal senatore Cresculi* ».

La relazione si svolgeva attraverso dati e considerazioni sulle non buone prospettive sanitarie, sulla carenza dei posti letto, sul costo economico di tante invalidità che potrebbero essere evitate o risanate con più larghi mezzi. « *Messo il discorso su queste basi, affermava ogni spesa effettuata per una oculata politica di prevenzione delle malattie e di evoluzione del livello sanitario di un popolo appare chiaramente come un investimento di capitali, destinati ad incrementare il benessere fisico ed economico oltre che dell'individuo anche dell'intera società* ».

« *Occorre che il Parlamento e tutta l'opinione pubblica e le forze morali organizzate dalla nazione moltiplichino e approfondiscano la forza suadente di questa voce, finchè non si riuscirà a convincere e a muovere gli economisti che presiedono alla spesa e i politici che devono avvallarne le decisioni* ».

Il convincimento del relatore della necessità di un sistema di sicurezza sociale è stato ampiamente affermato nel capitolo della

stessa relazione; UNITÀ DIRETTIVA DELLA POLITICA SANITARIA, tanto che egli ricorda un passo di un documento della Democrazia Cristiana nel quale era detto che « *si scelse responsabilmente questa via: riformare progressivamente ed ordinatamente in modo di trasformare dal di dentro il sistema e condurlo via via verso la realizzazione di un sistema di sicurezza sociale* ». « *Bisogna dunque* affermava l'onorevole Sorgi — *comunque tendere ad una unità organica senza la quale, a parte le vere o supposte dispersioni finanziarie, non può dirsi che esiste una politica sanitaria* ».

Perciò egli indicava: a) *al Ministero della Sanità bisogna attribuire la competenza diretta di alcune materie attualmente affidate ad altri ministeri, come per esempio la programmazione delle opere igieniche e degli ospedali in particolare, la tutela anche amministrativa degli ospedali ecc.*; b) *al Ministero della Sanità bisogna attribuire determinati preminenti poteri in settori, che pur rimangono al di fuori della sua competenza (preparazione universitaria dei sanitari, igiene scolastica ecc.)*; c) *al Ministero della Sanità spetta un compito particolare nel riordinamento nell'intero settore previdenziale e mutualistico* ». Dopo aver denunciato i vari inconvenienti delle attuali strutture organizzative, le sperequazioni regionali ecc. sottolinea la funzione dei comuni nella nuova realtà in formazione. Iniziando il capitolo OSPEDALI: SERVIZIO PUBBLICO il relatore della democrazia cristiana affermava: « *È unanime il riconoscimento della funzione pubblica degli ospedali proclamati base, fulcro spina dorsale dell'assistenza sanitaria. Non altrettanto unanime è la comprensione della profonda e drammatica crisi che ne travaglia la vita e di cui questa relazione tenterà di mettere in rilievo gli aspetti salienti* » e proseguiva « *si son condotte inchieste giornalistiche, si è gridato allo scandalo — per le carenze di ogni genere; ma forse non sempre si è messa in risalto la assoluta insufficienza dei mezzi di questa società tanto — e giustamente — esigente, fornisce agli ospedali per metterli in grado di assolvere i compiti sempre nuovi e sempre più gravosi loro addossati dalla medicina moderna* ».

Assai vivace era la denuncia delle condizioni finanziarie degli ospedali sia per i grossi crediti che non riescono ad incassare dagli istituti mutualistici, dai comuni e dallo Stato, oltre 100 miliardi, (problema che i vari ministeri si sono dimostrati incapaci di risolvere e sul quale ha inoltrato recentemente un'interrogazione l'onorevole Lattanzio) sia per le assurdità burocratiche e doganali, come ad

esempio il rifiuto di esentare dagli obblighi doganali le macchine destinate agli ospedali (ricordiamo a proposito che esiste una nostra proposta di legge per esentare dai dazi doganali gli strumenti scientifici esteri di cui non risulti l'eguale costruzione in Italia).

E la requisitoria dell'onorevole Sorgi proseguiva: « *Intervenga lo Stato nella sua autorità (non negli organi ministeriali, ispirati da questo o quell'Ente). Difenda efficacemente gli ospedali dai ricatti, dalla concorrenza, dallo strapotere dei grossi enti e dalle illegalità. Ad ottenere ciò, lo Stato aggiorni le proprie leggi con una visione attuale dei problemi odierni e con loro esatta comprensione.* »

E dopo aver ripetutamente elencato gli aspetti di quella che più volte giustamente l'onorevole Sorgi chiama la *crisi ospedaliera* il relatore postula una riforma effettiva ed operante che abbia per base:

a) *una rete di servizi ospedalieri e paraospedalieri coordinati nell'ambito delle provincie, completo di reparti specialistici e gabinetti scientifici, speciali zionali con reparti fondamentali, rompendo decisamente l'attuale politica delle duplicazioni.*

b) *natura degli ospedali non configurati come istituti di beneficenza, ma come aziende di pubblico servizio. Conseguenze gravissime avrebbe l'accentramento. Nei consigli di amministrazione dovrebbero far parte e rappresentanti di enti locali, di enti mutualistici, sanitari, le organizzazioni sindacali;*

c) *sistema di finanziamento più completo e più sicuro essendo chiara l'esigenza di una contestuale integrazione diretta che dovrebbe essere pagata dallo Stato. In tutti i casi è necessario un fondo di rotazione o di credito ospedaliero;*

d) *stato giuridico dei sanitari con l'impegno del tempo pieno ed esclusivo per gli ospedali;*

e) *riconoscimento della funzione docente degli ospedali.*

L'onorevole Sorgi concludeva affermando che « *Un piano bianco può essere lo strumento per approfondire lo studio delle condizioni sanitarie del nostro popolo, programmare una serie di interventi a completamento e rinnovamento dei servizi, portare il nostro sistema di protezione sanitaria al livello delle nazioni più progredite.* »

Ci pare ce ne fosse abbastanza, onorevoli colleghi, per poterci autorizzare ad attendere il rigetto totale della proposta Giardina (la quale, non occorre qui documentarlo, è stata criticata e respinta dai sindacati, da asso-

ciazioni professionali, dagli enti locali e da numerosi studiosi e professionisti ospedalieri).

È vero che l'onorevole Sorgi non si era pronunciato con precisione sulla futura nuova riforma ospedaliera, ma si deve tener conto che la sua era una relazione al bilancio, e non una relazione sulla riforma dei servizi ospedalieri, si deve tener conto che egli faceva e fa parte del partito a cui appartiene il Ministro presentatore della proposta di riforma. Che altro poteva dire di più? Ci pare che il vigore della denuncia e lo spirito delle sue attese siano più che chiare! Ma ora dov'è « la dilatazione di orizzonti?; la invocata svolta decisiva verso il sistema di sicurezza sociale?; il « disagio per la durezza del Tesoro » in una legge di riforma per la quale lo Stato non prende a carico nessuna spesa? e gli « elementi per scardinare la mentalità malauguratamente dominante »? Il « discorso su nuove basi per un investimento di capitali destinati ad incrementare il benessere fisico » è rientrato? l'invito perentorio « intervenga lo Stato? » E « l'unità direttiva e le misure concrete per attuare il concetto dell'« ospedale servizio pubblico »? »

Queste parole hanno un senso, e noi le sottoscriviamo, ma vogliamo che non restino parole.

Che cosa c'è nella proposta Giardina di tutto quello, come abbiamo visto, che è stato auspicato dai convegni e dal relatore della democrazia cristiana al Bilancio 1961-62? Nulla, assolutamente nulla, salvo un nuovo stato giuridico del personale, senza peraltro stabilire adeguati compensi. Si pensi che l'articolo 109 relativo alle rette è identico all'articolo 81 della legge Petragliani del 1938, come se in quasi trent'anni nulla fosse cambiato nella società! E neanche ci pare sia orientato a modificarla sostanzialmente il Comitato ristretto.

Basti ricordare che:

nessun impegno finanziario dello Stato è previsto;

nessun organismo regionale è contemplato, mentre il medico provinciale resta arbitro di molte decisioni;

nessuna innovazione è apportata nei consigli di amministrazione per cui è prevedibile che gli ospedali continueranno ad essere amministrati da generali in pensione, rappresentanti di prelati o da professionisti e parlamentari emeriti, ma impegnati prevalentemente in altre facende;

nessun nuovo rapporto fra amministrazione, direzione sanitaria e personale;

nessun rapporto democratico fra ospedali ed Enti locali;

si mantiene il vecchio concetto delle rette senza nessuna nuova garanzia che gli ospedali potranno incassarle;

nessun impegno preciso per l'aumento dei posti-letto (altro che Piano bianco!);

nessuna funzione nuova e nessun mezzo concreto sono affidati al Ministero della Sanità per una politica unitaria.

Eppure i dibattiti che abbiamo ricordato ci pare abbiamo messo sufficientemente in luce che non di ritocchi della vecchia legge del 1938 v'è bisogno, ma di una nuova legge che riconosca il superamento storico degli attuali istituti, pur benemeriti per l'azione svolta in difficili condizioni (prima di tutto il disinteresse pubblico) ma ormai invecchiati, di una legge « che veramente innovi », che metta i presidi sanitari in grado di fare efficacemente fronte alle nuove patologie, ai nuovi mali, alle nuove calamità, agli infortuni che minacciano la nostra civiltà.

E queste nuove patologie, i colleghi ben lo sanno, non possono essere combattute altro che con personale adeguato, nel numero e nella qualità, con strumenti di ricerca e di cura costosissimi per le diagnosi e le terapie, con una rete coordinata ma fitta di ospedali in tutto il territorio della Repubblica.

Onorevoli colleghi, non vogliamo introdurre una nota di pessimismo. Sarebbe contro la nostra concezione della vita e la nostra fondamentale fiducia nell'avvenire dell'umanità. Non dobbiamo nascondere però alla società che parallelamente alla flessione delle tradizionali malattie avanzano tragicamente le patologie del secolo; il cancro e le affezioni cardiovascolari.

Dall'VIII Congresso internazionale della Società contro i tumori che si svolge a Mosca una nota di speranza ci illumina, soprattutto per l'appassionato lavoro che in tutto il mondo si svolge; la lotta della scienza contro la natura. Che cosa risulta fundamentalmente da questo Congresso? A parte il fatto che le stesse terapie verso le quali più marcatamente sembra ci si voglia orientare, la chemioterapia, la somministrazione endoarteriosa distrettuale della sostanza cancericida e, più ancora, l'immunizzazione del virus proposta dal sovietico professore Zilber, richiedono disponibilità di larghi mezzi, il risultato più certo acquisito è la possibilità di combattere il male con la diagnosi precoce, asintomatica, vale a dire con la prevenzione organizzata di massa. Il che presuppone la

creazione di una rete capillare di centri diagnostici. In sostanza, è questione di mezzi.

« Occorre intensificare l'assistenza ai malati, che vanno costantemente seguiti, organizzare dei veri e propri dispensari che vanno dislocati un po' dappertutto: bisogna dare inizio a delle vere e proprie visite di massa, come si fa in America e in Russia », ha dichiarato il professor Sirtori di ritorno dal Congresso di Mosca.

Ma noi sappiamo bene qual'è la situazione in Italia; esistono poco più di 50 centri funzionanti per la diagnosi precoce del cancro.

Si dovrà perciò prevedere una estensione di questi centri, collegandoli nel futuro agli ospedali.

E lo stesso discorso si può fare per la lotta contro le affezioni cardiovascolari.

Il problema centrale è dunque quello dei mezzi, i quali debbono essere forniti dallo Stato, dalle Regioni, dalle Provincie, dai Comuni. Non è più ammissibile che una società civile, evoluta, che si avvia ad una larga produzione di beni e di ricchezza non sappia trovare i mezzi per creare i presidi necessari alla sua difesa: gli ospedali. Bisogna davvero « avere una nuova visione » e portare gli ospedali al livello storico della nostra epoca.

Siamo nell'epoca dei missili, della navigazione spaziale dei satelliti artificiali, della mondovisione, dell'energia nucleare. Siamo nell'epoca dei piani per l'agricoltura, per la scuola, per le ferrovie ecc., che prevedono larghi investimenti (anche se non ben distribuiti). Il Parlamento italiano sta approvando la legge per la nazionalizzazione dell'energia elettrica. È comprensibile che vi sia una priorità d'urgenza nei problemi da affrontare, ma il progresso del Paese non può procedere a salti, non può avanzare soltanto in alcuni settori lasciandone indietro altri.

A tale proposito ricordiamo il discorso dell'onorevole Fanfani del 31 gennaio 1962 a Napoli sui suoi propositi relativi ai problemi italiani maturati, sull'ammmodernamento dello Stato, *senza squilibri zonali e settoriali*. Ebbene, quello della riforma dei servizi sanitari è un problema vitale per la vita del popolo.

Bisogna dunque trovare i mezzi per avviare il Paese il servizio sanitario, cominciando dal miglioramento della rete ospedaliera, per salvaguardare il bene più prezioso: l'uomo!

Abbiamo denunciato nella nostra relazione di minoranza al bilancio 1961-62 la

sproporzione delle spese, l'incoerenza degli investimenti dei denari dello Stato per la difesa militare, per la polizia, per le strade e le superstrade ove sono profusi migliaia di miliardi, mentre lo Stato italiano, e più precisamente il Governo, non sanno trovare un miliardo e mezzo all'anno per finanziare la leggina per le attrezzature tecniche e scientifiche degli ospedali. E sembra si voglia continuare per la stessa strada.

Ma come si può pretendere, onorevoli colleghi, di chiedere ai sanitari, al personale e agli amministratori devozione e sacrificio per gli ospedali, quando lo Stato mostra così poco interesse, li mette all'ultimo gradino nella scala delle priorità?

Ecco perché noi riteniamo di dover proporre all'attenzione dei colleghi un'altra alternativa, un'alternativa di riforma globale con adeguato finanziamento.

* * *

La proposta di legge che sottoponiamo alla discussione dei colleghi comprende un insieme di norme organiche profondamente innovatrici sia per quanto riguarda la direzione unitaria della politica sanitaria nazionale sia per quanto riguarda la distribuzione territoriale della rete ospedaliera.

La legge è diretta ad attuare un principio di razionalizzazione delle strutture ospedaliere attraverso la formazione di un servizio ospedaliero nazionale, che tuttavia non rappresenta un nuovo ente burocratico ed accentratore, ma fa perno, ai vari livelli, sui vari enti locali, garantendo allo stesso tempo un democratico decentramento amministrativo e una razionale politica di piano a livello regionale, secondo quanto prevede la Costituzione.

Al titolo I con gli articoli 1, 2, e 3 si istituisce il Servizio ospedaliero nazionale (S.O.N.) e se ne definiscono gli organi e le funzioni.

Il S.O.N. comprende l'insieme degli organi direttivi sanitari nazionali, quelli locali e gli istituti ospedalieri.

Gli articoli 4 e 7 determinano la composizione e le funzioni del Consiglio del Servizio ospedaliero nazionale, presieduto dal Ministro della sanità e di cui fanno parte rappresentanti di Ministeri, di Sindacati, di Istituti mutualistici, dei Comuni e delle Province e degli Ordini dei medici. Il S.O.N. costituisce pertanto una sorta di Consiglio centrale ove si raccolgono le migliori esperienze e le rappresentanze qualificate dei più larghi interessi.

Pertanto esso è l'organo che determina la politica ospedaliera nazionale.

L'articolo 5 si riferisce alla costituzione di un Fondo per il Servizio ospedaliero nazionale il quale è alimentato dai versamenti degli Enti previdenziali relativi alle degenze dei mutuatati ricoverati in ospedali a loro carico. Esso è inoltre alimentato dai proventi di cui all'articolo 89. Il F.S.O.N. provvede al finanziamento dei piani ospedalieri regionali.

Gli articoli 7 e 8 prevedono la responsabilità delle regioni nel campo della assistenza ospedaliera, le quali vi provvedono direttamente e con l'ausilio dei comuni e delle provincie.

Sono pertanto indicati i compiti delle Regioni nella programmazione, nella definizione delle circoscrizioni ospedaliere e nella classificazione degli ospedali stessi.

La Regione istituisce il Consiglio ospedaliero regionale e di esso si vale per l'assolvimento dei suoi compiti. Del C.O.R. fanno parte amministratori comunali e provinciali, i medici provinciali, rappresentanti dei medici, primari e amministratori di ospedali e sindacalisti.

L'articolo 9 regola la costituzione ed il funzionamento del Fondo ospedaliero regionale, il quale riceve contributi dal F.O.S.N. e dalla Regione stessa e provvede alle necessità finanziarie per l'attuazione del piano ospedaliero regionale e alle integrazioni dei bilanci deficitari degli ospedali.

Con la costituzione del F. S. O. N. e dei F. O. R. si garantiscono contributi dello Stato e degli enti locali per il finanziamento dello sviluppo, dell'ammodernamento e, se necessario, della gestione, onde porre fine all'attuale spirale ospedali-mutue (che pure amministrano denari dei lavoratori) e sia possibile sopperire alle necessità delle zone meno sviluppate e prive di possibilità locali.

L'articolo 10 definisce più in particolare i compiti delle provincie e dei comuni nella gestione degli ospedali, i quali pur avendo una loro autonomia funzionale ed amministrativa passano sotto la diretta responsabilità delle provincie e dei comuni. L'articolo 10 prevede infine la nomina dei Consigli di amministrazione degli ospedali da parte degli Enti locali da cui dipendono.

Il titolo II riguarda la programmazione ospedaliera e la classificazione degli ospedali. L'articolo 11 si riferisce alla determinazione del piano regionale ospedaliero ed al raggiungimento dell'indice medio nazionale dei posti letto; l'articolo 12 prevede l'approvazione del piano regionale ospedaliero con valore di

pubblica utilità e pertanto avente diritto al finanziamento da parte del F.S.O.N. Questi 2 articoli sono di particolare importanza perché fanno obbligo ad ogni Regione di raggiungere gli indici medi nazionali dei posti-letto per abitante cosicché automaticamente dovranno essere finanziati in primo luogo quei piani regionali delle regioni più arretrate, per mettere fine ad uno stato d'inferiorità intollerabile. Con questo sistema si prevede che entro 5-8 anni saranno costruiti i 135.000 posti-letto mancanti.

L'articolo 15 riguarda la classificazione degli ospedali secondo un criterio di numero delle specialità e di livello dei servizi, gli articoli 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23 e 24 riguardano le caratteristiche degli ospedali (reparti, divisioni, sezioni, reparti specialistici, ecc.).

Alcune particolarità potranno sembrare eccessive e più pertinenti a materia di regolamento, ma data l'arretratezza di alcuni ospedali a noi pare opportuno fissare espressamente nella legge le caratteristiche e le attrezzature minime necessarie onde non lasciare troppo latitudine d'interpretazione.

L'articolo 25 si riferisce agli ospedali specializzati: essi pure regolati dalla presente legge.

Gli articoli 26, 27 e 28 si riferiscono ad altri istituti sanitari, convalescenziari ecc.

Il titolo III comprende le norme per la funzionalità e la gestione degli ospedali; l'articolo 33 prevede le entrate che sono costituite dal pagamento delle rette dei paganti in proprio, delle rette dei mutuatari facenti carico agli istituti previdenziali ed alle integrazioni di bilancio da parte del F. O. R., l'articolo 34 si riferisce alla determinazione delle rette da parte dei consigli di amministrazione comprensive di tutte le spese di cura degli infermi e di gestione dell'azienda, gli articoli 35 e 36 si riferiscono al trattamento e all'accettazione dei degenti, l'articolo 37 riguarda la composizione del Collegio dei primari del quale dovranno far parte anche un rappresentante degli aiuti e uno degli assistenti, l'articolo 38 in fine riguarda il riscontro diagnostico secondo le norme della legge 15 febbraio 1961, n. 83, introducendo anche la possibilità del riscontro anche per decisione autonoma del primario anatomo-patologo.

Col titolo IV generalità agli articoli 39, 40, 41 e 42 si tratta del personale sanitario introducendo il sistema del tempo pieno per tutti i sanitari; primari, aiuti e assistenti. È questa una esigenza nuova dei

nostri tempi avendo ormai la pratica dell'avvicendamento per preparare i medici ed immetterli nella professione e poi assumerne altri fatto il suo tempo.

È stato già riferito che da un'indagine condotta dalla federmedici C. I. S. L. di Milano presso i sanitari ospedalieri e universitari è risultato che l'80 per cento dei medici è favorevole all'applicazione del tempo pieno, il 15 per cento è contrario, il 5 per cento incerto. Questi dati, che certamente non si discostano molto dalla realtà generale mostrano intanto quanto siano infondate le affermazioni di coloro che affermano che i medici ospedalieri desiderano l'attuale stato di cose perché in fondo consente loro di guadagnare in ospedale e lavorare e guadagnare con la libera professione.

La maggior parte dei medici, anche i primari, sentono la grande funzione dell'ospedale, comprendono che la formazione e l'affiatamento di quelle *equipe* necessarie per le ricerche, gli interventi e le terapie che oggi si possono e si debbono praticare, richiedono che il medico ospedaliero dedichi tutta la sua attività all'ospedale.

Ma questa necessità del tempo pieno è un'esigenza che si comprende anche dal di fuori degli ospedali. Il modo di eliminare incongruenze, di regolare e mettere sul piano della massima moralità la vita professionale è proprio quello di assicurare ai sanitari la stabilità di carriera, la sicurezza economica per esigere da essi di dedicarsi all'ospedale, consentendo soltanto la libertà di consultazioni private senza alcun rapporto con altri ospedali e case di cura.

Qualcuno si preoccupa del fatto che con la carriera ospedaliera i medici che già non sono in ospedale difficilmente potranno accedervi. Tale preoccupazione non ha fondamento perché in primo luogo è una scelta che il medico deve fare orientando la sua carriera professionale, in secondo luogo con l'introduzione di alcune riforme, (la riduzione dei posti letto per ogni divisione, la istituzione di nuovi ospedali e nuovi posti letto) si può prevedere la necessità di un congruo aumento degli organici attuali. Si vedrà allora che la proclamata *pletora* dei medici non sussiste.

Gli articoli successivi del capitolo II si riferiscono a tutto l'inquadramento del personale sanitario, la pianta organica, la stabilità di carriera, fissando in un anno il periodo di prova dei nuovi assunti e la permanenza in servizio fino al 65° anno di età, per tutti.

Gli articoli 46 e 47 stabiliscono l'obbligo di assicurazione del personale sanitario e la facoltà ad esso concessa di continuare i versamenti alla Cassa di previdenza nel caso di anticipate dimissioni dal servizio.

L'articolo 48 fissa il trattamento economico dei sanitari. Si ritiene che esso debba essere adeguato all'importante lavoro che essi svolgono rinunciando sostanzialmente ad ogni altra attività professionale. Si è creduto d'altra parte di non fissare il *quantum* per legge per evitare che ogni eventuale aumento debba essere consentito soltanto con modifica della legge stessa. È necessario assicurare anche ai medici la piena libertà di contrattazione.

A tale scopo si è ritenuto di proporre la equiparazione alle categorie omologate dall'I. N. A. I. L., più il cento per cento per indennità di ridotta attività professionale. Sono infine previste indennità di sala operatoria, di gabinetto, ricerca, ecc.

Gli articoli 49, 50, 51, 52, 53 e 54 fissano i compiti del direttore, del vice direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti stabilendo fra l'altro l'obbligo di sei ore di servizio per i primari e 7 per gli aiuti e assistenti e i limiti di età per la partecipazione ai concorsi.

Gli articoli 55 e 56 e 57 prevedono l'istituzione dei medici allievi interni per i quali è previsto un tirocinio di due anni, un compenso mensile minimo di lire 50.000 più vitto e alloggio con libertà di esercizio della professione. L'istituzione di un ruolo di medici interni, riservato ai giovani laureati, è profondamente innovatrice e nel contempo l'ospedale mantiene ed allarga notevolmente la sua funzione di palestra. Gli articoli dal 58 al 59 fissano le norme per i concorsi e i compiti del direttore e del vice direttore di farmacia e dei farmacisti.

L'articolo 61 si riferisce alle norme di concorso, ai limiti di età e agli organici delle ostetriche per le quali si è voluto stabilite l'obbligo di istituire una ostetrica capo ogni 10 ostetriche una capo sala ogni 20 malati e la loro partecipazione a eventuali indennità stabilite per i medici, accogliendo le richieste delle federazioni della categoria.

Con l'articolo 66 si è voluto demandare ad un regolamento la fissazione delle norme per la composizione delle commissioni giudicatrici per i concorsi, l'articolo 67 si riferisce agli abilitati dai concorsi stessi, mentre gli articoli da 68 a 75 fissano le norme per tutti i concorsi che dovranno avere carattere nazionale.

Si tratta di una modificazione notevole delle attuali norme in vigore, introducendo il principio dell'abilitazione ai vari posti, che contemporaneamente garantire alla società la qualificazione dei medici ospedalieri e sdrammatizza i concorsi stessi, disancorandoli dal rapporto con i singoli posti. La situazione dei concorsi ospedalieri (come hanno rivelato anche varie interrogazioni in proposito alla Camera) è divenuta ormai intollerabile, e deve essere radicalmente sanata, introducendo norme chiare che cerchino di placare i dissidi tra i vari interessi (ospedalieri, universitari, mutualistici) che spesso lacerano il nostro corpo medico. Un serio concorso per titoli, regolato da norme precise, di successiva emanazione, dovrà regolare l'afflusso dei sanitari già abilitati ai vari posti. Un esperimento di questo tipo si è dimostrato assai utile nel conferimento degli incarichi secondo graduatorie ai medici specialisti da parte dell'I. N. A. M.

L'articolo 76 stabilisce che ogni sei mesi gli ospedali dovranno comunicare al C. O. R. i posti che si renderanno vacanti, l'articolo 77 stabilisce i criteri per la valutazione dei titoli.

Il titolo V si riferisce al personale non sanitario: l'articolo 78 riconosce la funzione della commissione del personale alla quale devono essere assicurati locali e libertà di riunione e possibilità di collaborazione con la Direzione sanitaria, l'articolo 79 prevede la nomina di un capo sala diplomato in ogni divisione o sezione, gli articoli 80 e 81 regolano la vita delle scuole professionali per le quali è soppresso ogni forma di collegiamento (articolo 84) obbligatorio, l'articolo 77 prevede l'istituzione di corsi teorici pratici per il personale.

L'articolo 89 si riferisce alla copertura finanziaria degli oneri che derivano dall'applicazione delle leggi.

Si tratta di una cifra non esattamente definita non essendo definibile neanche il *quantum* necessario per l'applicazione della presente legge.

La nostra proposta prevede l'aumento dell'aliquota dal 7,5 al 10 per cento e dal 15 al 20 per cento dell'imposta di cui all'articolo 146 del testo unico delle leggi sulle imposte dirette approvato con decreto presidenziale 29 gennaio 1958, n. 645, per le società con patrimonio superiore ai 500 milioni.

Tale aumento darà un gettito approssimativo di 75 miliardi all'anno. Tale somma sarà versata nel fondo per il Servizio Ospedaliero Nazionale il quale provvede a finanziare i piani regionali.

È questa un'indicazione concreta che sottoponiamo alla discussione dei colleghi, ma è chiaro che altre fonti di finanziamento si potrebbero trovare. Basta pensare ad esempio ad una forma di prelievo sui forti profitti realizzati dall'industria farmaceutica, la quale costituisce un settore così importante che lo Stato non potrà a lungo non considerare.

La norma transitoria dell'articolo 90 stabilisce che nelle regioni nelle quali non sia stato ancora attuato l'ordinamento regionale previsto dall'articolo 115 della Costituzione le funzioni attribuite da questa legge alle regioni, sono esercitate da un Comitato di 15 persone eletto proporzionalmente dall'Assemblea dei consiglieri provinciali, presieduta dal presidente della provincia capoluogo di Regione, e sempre valendosi della collaborazione del C. O. R.

L'articolo 91 dispone il passaggio dei beni patrimoniali, debiti e crediti degli ospedali, non inerenti al funzionamento dell'azienda ospedaliera, ai comuni e alle province ed i redditi di gestione saranno impiegati esclusivamente per le attività ospedaliere della Regione. La Regione può procedere all'alienazione dei beni col vincolo del totale impiego ricavato nell'attuazione del piano ospedaliero regionale.

Si tratta di un patrimonio di diverse centinaia di miliardi, attualmente inutilizzato, che può essere mobilitato ed investito nelle aziende ospedaliere.

L'articolo 92 prescrive l'obbligo per le amministrazioni ospedaliere di provvedere entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge di adeguare i propri istituti alle norme della legge stessa.

PROPOSTA DI LEGGE

TITOLO I.

ORGANI DEL SERVIZIO OSPEDALIERO NAZIONALE

ART. 1.

È istituito il Servizio ospedaliero nazionale (S.O.N.) costituito dal complesso e dalla direzione organica di tutti gli istituti di cura pubblici, generali e specializzati, esistenti sul territorio della Repubblica.

ART. 2.

Sono organi di direzione sanitario-amministrativa del S.O.N.:

- il Ministro della sanità;
- le Regioni;
- le Provincie;
- i Comuni ed i loro Consorzi.

ART. 3.

Al Ministro della sanità spetta il compito di coordinare l'attività ospedaliera delle Regioni, delle Provincie e dei Comuni e loro Consorzi. Pertanto rientrano tra le sue funzioni:

- a) dettare le norme generali per l'ammodernamento, l'ampliamento e l'attrezzatura tecnico-scientifica degli ospedali secondo le esigenze delle nuove patologie e i ritrovati della più moderna terapia;
- b) dettare le norme alle quali devono rispondere le costruzioni ospedaliere;
- c) determinare gli indirizzi generali in ordine alla costruzione tecnico-sanitaria degli istituti ospedalieri, avendo presente la loro funzione di centro di direzione terapeutica e profilattica;
- d) promuovere le opportune iniziative per lo studio dei problemi costruttivi, igienico-sanitari, amministrativi connessi con l'attività e lo sviluppo degli istituti ospedalieri.

ART. 4.

Il Ministro della sanità, per l'espletamento dei suoi compiti si avvale della collaborazione del Consiglio per il Servizio Ospedaliero Nazionale (C.S.O.N.).

Il C.S.O.N. viene nominato con decreto del Presidente della Repubblica ed è composto da:

- il Ministro della sanità, che presiede;
- 5 rappresentanti delle provincie, designati dall'U.P.I.;
- 5 rappresentanti dei comuni, designati dall'A.N.C.I.;
- gli assessori regionali alla sanità;
- 10 rappresentanti delle Confederazioni sindacali più rappresentative dei lavoratori;
- 5 rappresentanti degli enti di previdenza, designati dal Ministro per il lavoro e la previdenza sociale;
- 5 rappresentanti dei medici, designati dalle Organizzazioni professionali e sindacali;
- un rappresentante della F. I. A. R. O.;
- un rappresentante per ciascun Ministero dell'interno, del tesoro, delle finanze, del lavoro e previdenza sociale e dei lavori pubblici.

Il Consiglio dura in carica 4 anni.

ART. 5.

Presso il Ministero della sanità è istituito il Fondo per il Servizio ospedaliero nazionale (F.S.O.N.), che viene gestito dal C.S.O.N.

Il F.S.O.N. è alimentato da un contributo annuale dello Stato, stanziato sul bilancio del Ministero della sanità e dal gettito delle imposte di cui all'articolo 89 della presente legge.

ART. 6.

Sono compiti del C.S.O.N.:

- a) l'approvazione dei regolamenti relativi al funzionamento del C.S.O.N. e all'amministrazione del F.S.O.N.;
- b) la determinazione dei criteri e dei principi direttivi per la determinazione delle rette di degenza dovute dagli enti mutualistici e dagli enti locali per il ricovero dei loro assistiti;
- c) la ripartizione nel F.S.O.N. tra le Regioni, in base ai piani finanziari presentati da ciascuna Regione;
- d) la definizione delle norme tecniche di carattere generale alle quali i piani regionali dovranno adeguarsi in materia di:
 - ammodernamento, ampliamento ed attrezzatura tecnico-scientifica degli ospedali;
 - unificazione e tipizzazione dei presidi ospedalieri;
 - conduzione tecnico-sanitaria degli istituti ospedalieri;
 - gestione amministrativa e patrimoniale;
- e) le proposte per l'istituzione di speciali centri ospedalieri d'interesse nazionale;

f) l'indicazione del rapporto posti letto per abitante per gli ospedali generali e specialistici medio che deve essere raggiunto nel Paese.

Le deliberazioni del C. S. O. N. sono approvate con decreto del Presidente della Repubblica.

ART. 7.

L'assistenza ospedaliera spetta alle Regioni che vi provvedono con l'ausilio delle provincie e dei comuni, nel quadro delle disposizioni della presente legge.

Sono compiti delle Regioni:

- a) la direzione della programmazione ospedaliera regionale;
- b) la ripartizione del territorio regionale in circoscrizioni ospedaliere;
- c) la determinazione delle attrezzature ospedaliere di ciascuna circoscrizione;
- d) l'autorizzazione a costruire ed ampliare ospedali pubblici;
- e) la determinazione delle norme regolamentari relative all'attività degli ospedali;
- f) la ripartizione annuale del Fondo ospedaliero regionale (F. O. R.);
- g) la delibera in ordine all'istituzione di ospedali specializzati d'interesse regionale e la delega alle provincie della gestione degli ospedali suddetti;
- h) la delibera su ogni questione comune inerente all'assistenza ospedaliera;
- i) il controllo sull'attività degli istituti privati di cura.

ART. 8.

L'Amministrazione regionale è coadiuvata dal Consiglio ospedaliero regionale (C.O.R.), presieduto dall'assessore regionale alla sanità e così composto:

- 3 rappresentanti della provincia nominati dall'U. P. I.;
- 3 rappresentanti dei comuni nominati dall'A. N. C. I.;
- gli assessori alla sanità della provincia;
- 6 rappresentanti delle Organizzazioni sindacali più rappresentate dei lavoratori;
- 3 rappresentanti degli Enti di previdenza, designati dal Ministero per il lavoro e la previdenza sociale;
- 3 presidenti di consiglio di amministrazione di ospedali eletti dalla federazione regionale degli ospedali;
- 5 rappresentanti dei medici ospedalieri, designati dalle organizzazioni professionali e sindacali;
- i medici provinciali;

— il provveditore regionale alle opere pubbliche.

Il C. O. R. dura in carica 4 anni ed esprime il suo parere, non vincolante, su tutte le questioni di cui all'articolo 7.

ART. 9.

Presso ogni Regione viene costituito un Fondo ospedaliero regionale (F. O. R.) alimentato:

a) da un contributo annuale degli Enti di previdenza corrispondente all'ammontare delle rette di degenza dovute da ciascun Ente al complesso degli ospedali della Regione per il ricovero dei propri mutuati;

b) dal contributo annuale del F.S.O.N.

c) dagli stanziamenti integrativi stabiliti dalle leggi regionali.

ART. 10.

Le provincie gestiscono gli ospedali pubblici specializzati ubicati nel loro territorio amministrativo.

I comuni o i consorzi dei comuni gestiscono gli ospedali generali (centrali, circoscrizionali e ospedali) secondo la classificazione fatta dal C. O. R.

Ciascuno degli Enti suddetti:

a) istituisce nel proprio bilancio apposito capitolo relativo alla gestione ospedaliera, alimentato dagli stanziamenti destinati alla copertura delle spese di assistenza di sua competenza, dalla quota assegnata dalla Regione sul F. O. R. e dalle eventuali integrazioni;

b) nomina i Consigli di amministrazione degli ospedali dipendenti;

c) approva il bilancio preventivo e ratifica quello consuntivo assumendo tutti gli oneri di gestione degli ospedali dipendenti.

TITOLO II.

**PROGRAMMAZIONE E CLASSIFICA
OSPEDALIERA**

ART. 11.

La Regione emana un piano regionale ospedaliero che deve prevedere:

a) la ripartizione del territorio regionale in circoscrizioni ospedaliere, tenuto conto della distribuzione e delle condizioni nosologiche della popolazione, della caratterizzazione e delle attività produttive, dello stato di consistenza delle reti di comunicazione;

b) la determinazione delle aree d'influenza degli Istituti pubblici già esistenti e la loro classificazione in base alle norme della presente legge;

c) la scelta delle località nelle quali erigere i nuovi ospedali pubblici generali o specializzati;

d) l'indicazione della trasformazione ed ampliamenti da apportare agli ospedali già esistenti per adeguare la loro capacità e funzione alle indicazioni stabilite dal piano;

e) la previsione sia dei necessari impianti scientifici e tecnici, che del personale sanitario, d'assistenza e tecnico necessario per il funzionamento degli ospedali;

f) il programma finanziario relativo al piano ospedaliero.

ART. 12.

Entro 5 anni dall'entrata in vigore della presente legge in tutte le Regioni del territorio della Repubblica dovranno essere create unità ospedaliere ed istituiti adeguati posti letto fino a raggiungere gli indici minimi di 6 posti-letto per 1.000 abitanti negli ospedali generali; di 1 posto-letto per 1.000 abitanti negli ospedali specializzati; di 3 posti-letto per 1.000 abitanti negli ospedali neuropsichiatrici e successivamente gli indici che potranno esser indicati dal C. S. O. N. ai sensi dell'articolo 6 della presente legge.

I Consigli provinciali presenteranno al Consiglio ospedaliero regionale, un piano provinciale ospedaliero atto a portare la provincia al livello sopraindicato, con le previsioni dei necessari impianti scientifici e tecnici efficienti e l'organico dei sanitari e del personale non medico tenendo presente le necessità di profilassi e di ricerca diagnostica che gli ospedali devono soddisfare secondo le esigenze della nuova patologia.

ART. 13.

Il piano regionale ospedaliero è sottoposto all'esame del C. S. O. N. il quale deve approvarlo o respingerlo entro 90 giorni dalla sua presentazione.

L'approvazione del piano da parte del C. S. O. N. comporta l'impegno del finanziamento del piano da parte del F. O. N. e costituisce dichiarazione di pubblica utilità per tutte le opere pubbliche previste dal piano stesso.

ART. 14.

Gli ospedalieri pubblici assolvono la funzione di centro dirigente del servizio sanitario a livello qualificato unico nazionale nel terri-

torio ed assolvono compiti didattici educativi e terapeutici-profilattici.

Essi provvedono al ricovero ed alle cure medico-chirurgiche e specialistiche dei cittadini senza limitazione alcuna di prestazioni e medicinali, contribuiscono alla preparazione professionale dei medici e all'addestramento tecnico del personale infermieristico, provvedono all'educazione igienico-sanitaria del malato e promuovono iniziative dirette alla formazione della coscienza sanitaria dei cittadini e alla difesa attiva della salute pubblica.

ART. 15.

Gli ospedali pubblici si distinguono in:
ospedali generali per la cura degli infermi di diverse forme acute;

ospedali specializzati: per la cura degli infermi di malattie che rientrano in una determinata specialità, sia di forma acuta che in lunga degenza. Sono compresi tra questi gli ospedali psichiatrici, gli ospedali geriatrici, gli ospedali per malattie contagiose, gli ospedali sanatoriali e simili, ecc.; convalescenziari.

ART. 16.

Gli ospedali sia generali che specializzati sono costituiti da reparti, divisioni, sezioni, istituti, centri, servizi e scuole.

ART. 17.

Il reparto rappresenta il settore dell'ospedale dove si eseguono determinate e specifiche attività profilattiche e terapeutiche. L'ospedale generale può istituire anche più di un reparto per una medesima specialità.

Ciascun reparto è diretto da un primario, coadiuvato da uno due o più aiutanti e dal numero di assistenti stabiliti dalla pianta organica del singolo ospedale.

Al reparto viene aggregata una divisione che rappresenta l'unità fondamentale ospedaliera, avente un proprio e completo servizio assistenziale ed amministrativo. Nel caso in cui non sia necessario suddividere gli infermi per sesso, come in ostetricia e ginecologia, al reparto può essere aggregata una sola sezione.

ART. 18.

La divisione ospedaliera è costituita da due o da quattro sezioni.

La Sezione ospedaliera, che rappresenta l'unità funzionale deve comprendere da 20

a 30 letti negli ospedali generali, da 10 a 20 letti negli ospedali specializzati, da 20 a 40 letti nei convalescenziari.

ART. 19.

L'istituto è un reparto al quale non viene aggregata nessuna divisione o sezione di degenza.

ART. 20.

Tutti gli ospedali pubblici devono essere forniti di:

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

b) idonei reparti profilattico-terapeutici, integrati dalle necessarie divisioni e sezioni atte a suddividere i ricoverati a seconda del sesso e dell'età;

c) locali separati per l'isolamento di ammalati di forme diffuse;

d) adeguati istituti di radiologia e di ricerche cliniche e attrezzature anatomo-patologiche;

e) attrezzature per il pronto soccorso, raccolta e smistamento degli ammalati, idonee anche a fronteggiare le esigenze derivanti da infortuni sul lavoro e pubbliche calamità;

f) attrezzature trasfusionali e di anestesia e rianimazione;

g) sala mortuaria e di autopsia, secondo le prescrizioni del regolamento di polizia mortuaria;

h) servizi di cucina, fardelleria, lavanderia, guardaroba;

i) servizi di mensa e di spogliatoio per il personale;

ART. 21.

Gli ospedali pubblici generali si classificano in:

Ospedali centrali;

Ospedali circoscrizionali;

Ospedali.

ART. 22.

Sono ospedali centrali gli istituti ospedalieri clinicizzati e quelli dotati delle seguenti attrezzature:

a) non meno di un reparto di medicina, di chirurgia, di ostetricia-ginecologia, di pediatria, di oculistica, di otorinolaringoiatria, di dermatologia, di urologia, di ortopedia e traumatologia, di neurologia, di odontoiatria e stomatologia, di geriatria salvo che ad alcune

di dette specialità non provvedano altre istituzioni locali specificatamente indicate dal piano regionale ospedali;

b) non meno di una divisione per ciascuno dei reparti sopra indicati; la divisione può essere sostituita da una sezione giuste le indicazioni di cui all'articolo 15;

c) un reparto di accettazione;

d) distinti Istituti di radiologia, di fisioterapia, di ricerche cliniche microbiologiche e viralogiche, di anatomia patologica, di poliambulatorio, di pronto soccorso, raccolta e smistamento; di ricupero ed educazione funzionale; di anestesia rianimazione e trasfusione;

e) centri distinti di farmacia e di dietetica;

f) scuole distinte per infermieri generici, per infermiere diplomate e per tecnici.

ART. 23.

Gli ospedali circoscrizionali devono essere dotati delle seguenti attrezzature:

a) non meno di un reparto di medicina, di chirurgia, di ostetricia-ginecologia, di pediatria, di otorinolaringoiatria, di ortopedia e traumatologia;

b) non meno di una divisione per ciascuno dei reparti sopra indicati (la divisione può essere sostituita da una sezione giuste le indicazioni di cui all'articolo 17);

c) un reparto di accettazione;

d) distinti Istituti di radiologia, di anatomia patologica, di ricerche cliniche microbiologiche e virologiche, di poliambulatori, di pronto soccorso raccolta e smistamento, di anestesia rianimazione e trasfusione, di ricupero ed educazione funzionale;

e) centri distinti di farmacia e di dietetica;

f) una scuola per infermieri generici.

ART. 24.

Gli ospedali devono essere dotati delle seguenti attrezzature:

a) non meno di un reparto di medicina, di chirurgia, di ostetricia-ginecologia e di pediatria e non più di un reparto di altra specialità;

b) non meno di una divisione per ciascuno dei reparti sopra indicati; la divisione può essere sostituita da una sezione giuste le indicazioni di cui all'articolo 17;

c) distinti Istituti di radiologia, di ricerche cliniche microbiologiche e virologiche, di poliambulatorio;

III LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

d) un reparto di pronto soccorso ed accettazione.

In ogni caso un ospedale deve essere dotato almeno di 120 letti che corrisponde grosso modo ad un *hinterland* di 30.000 abitanti.

ART. 25.

Gli ospedali pubblici specializzati si classificano in:

- ospedali di 1^a categoria;
- ospedali di 2^a categoria.

ART. 26.

Gli ospedali pubblici specializzati di 1^a categoria sono quelli dotati di un minimo di 240 e un massimo di 600 posti letto.

Essi debbono avere:

- a) reparti in numero proporzionato al numero dei letti, ciascuno integrato da una divisione;
- b) distinti Istituti di ricerche cliniche microbiologiche e virologiche, di anatomia patologica, di ambulatorio, di pronto soccorso raccolta e smistamento e, ove occorra, di fisioterapia, di recupero ed educazione funzionale, di anestesia rianimazione e trasfusione;
- c) un reparto di accettazione;
- d) centri distinti di farmacia e di dietetica;
- e) scuole distinte per infermieri generici e per tecnici.

ART. 27.

Gli ospedali pubblici specializzati di 2^a categoria sono quelli dotati di un numero di letti compresi fra 80 e 240 e debbono avere;

- a) reparti in numero proporzionato al numero dei letti, ciascuno integrati da una divisione;
- b) distinti istituti di ricerche cliniche microbiologiche e virologiche, di anatomia patologica, di ambulatorio, e ove occorra, di fisioterapia recuperi ed educazione funzionale, di anestesia rianimazione e trasfusione;
- c) un reparto di pronto soccorso ed accettazione;
- d) centri distinti di farmacia e di dietetica;
- e) scuola per infermieri generici.

ART. 28.

A fianco o alle dipendenze degli ospedali generali centrali e circoscrizionali e degli ospedali specializzati di 1^a categoria possono

essere istituiti particolari edifici destinati al ricovero dei malati cronici.

Tali edifici devono essere in grado di ospitare almeno una divisione di ricoverati.

ART. 29.

I convalescenti debbono essere istituiti da tutti gli ospedali generali centrali e circoscrizionali e dagli ospedali specializzati di 1ª categoria, quali istituti che, oltre al consolidamento della guarigione clinica, debbono provvedere all'educazione del malato per la prevenzione di ricadute. Per assolvere a tali finalità i convalescenti debbono disporre di almeno due sezioni, nonchè di sale di ricreazione, di refettori e di aree libere sistemate a giardino.

ART. 30.

Gli ospedali pubblici, generali e specializzati, possono costituire infermerie distribuite fra le varie divisioni o raggruppate in un unico servizio, da adhire ad uso dei paganti in proprio. Il numero di posti letto per paganti in proprio non può essere superiore al quindici per cento dei restanti posti letto dell'ospedale.

TITOLO III.

NORME PER LA FUNZIONALITÀ E LA GESTIONE DEGLI OSPEDALI PUBBLICI

ART. 31.

L'Amministrazione ospedaliera è l'organo amministrativo e di gestione di ogni ospedale.

Esplica tutte le funzioni inerenti all'Amministrazione e propone al Consiglio ospedaliero regionale tutti i provvedimenti straordinari di opere murarie, viabilità, attrezzature speciali, nuovi servizi ecc.

Esso ha cura del patrimonio ospedaliero e — su proposte del direttore sanitario — provvede al miglioramento di tutte le attrezzature ricettive e scientifiche.

ART. 32.

Il Consiglio di amministrazione, eletto dal Consiglio dall'ente competente di cui all'articolo 10 della presente legge, è costituito da 5 o 7 membri; due dei quali (o tre se si compone di 7 membri) devono essere indicati dalle associazioni sindacali.

III LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

Esso è presieduto da un consigliere comunale o provinciale, o regionale secondo la categoria dell'ospedale.

ART. 33.

Le entrate dell'ospedale pubblico sono costituite da:

- a) rette di degenza e compensi per altre prestazioni versate dai malati in proprio;
- b) rette di degenza degli Enti previdenziali e degli Enti locali, pervenute attraverso il F.O.R.;
- c) integrazioni del F.O.R.

Un apposito regolamento emanerà le disposizioni relative alla finanza, alla contabilità degli ospedali pubblici e alle integrazioni dei loro bilanci da parte degli enti da cui dipendono (comuni, consorzi, provincie, regioni).

ART. 34.

La retta di degenza e le tariffe per le prestazioni non comprese nelle rette medesime sono stabilite annualmente con delibera del Consiglio di amministrazione dell'ospedale ed approvate dalla Giunta provinciale o comunale giurisdizionalmente competente.

ART. 35.

L'accettazione degli infermi, deve effettuarsi secondo le norme di legge e del regolamento interno di ciascuna Amministrazione ospedaliera. Il ricovero è fatto dal medico di guardia e sotto la diretta vigilanza e il controllo del direttore sanitario, che risponde alla Autorità sanitaria provinciale nei riguardi tecnici.

Le Amministrazioni comunali e gli Enti assistenziali ed assicurativi hanno diritto di assumere notizie degli infermi per i quali sostengono le spese di degenza.

ART. 36.

La dimissione dei ricoverati è decisa dal primario e comunicata al direttore sanitario. In caso di lunga degenza di ammalati, il direttore sanitario ha l'obbligo di verificare la necessità della prolungata assistenza ospedaliera.

Nel caso di dimissione volontaria da parte del malato o del suo rappresentante legale, quando l'ammalato non sia guarito il primario deve ammonire gli interessati del pericolo

che il malato incorre, redigendone apposito verbale ed esigendo che sia firmato dal dimissionario o dal suo rappresentante.

ART. 37.

In ogni Istituto ospedaliero è istituito in Collegio dei primari con funzioni di consulenza tecnica dell'amministrazione e della direzione sanitaria. Ne fanno parte i primari di ruolo e quelli incaricati in servizio presso l'Istituto, un rappresentante degli aiuti e uno degli assistenti.

Il direttore sanitario presiede il Collegio dei primari, lo convoca una volta al mese, provvede alla trasmissione dell'ordine del giorno e del verbale delle sedute al presidente del Consiglio di amministrazione e al sovrintendente sanitario ove esiste.

È facoltà del presidente del Consiglio di amministrazione e del sovrintendente sanitario intervenire alle riunioni.

Il Collegio dei primari ha i seguenti compiti:

a) esprimere parere sulle attribuzioni di compiti, incarichi e conferme al personale sanitorio;

b) avanzare proposte di innovazioni, acquisto di materiale e attrezzature tecniche e scientifiche per aggiornare l'ospedale alle tecniche più avanzate;

c) esprimere parere sulle tariffe delle prestazioni sanitarie (ambulatoriali, operatorie e dei paganti in proprio) e sulle convenzioni sanitarie che l'Istituto ospedaliero contrae con i vari Enti;

d) esprimere parere su ogni eventuale questione che il consiglio di Amministrazione e la Direzione sanitaria intendano sottoporgli.

ART. 38.

Il riscontro diagnostico dei deceduti negli ospedali viene eseguito su richiesta del primario o per decisione autonoma del primario anatomo-patologo, ferme restando le altre disposizioni della legge 15 febbraio 1961, n. 83. Il sanitario che procede a detta indagine deve redigere apposita relazione da inviarsi al direttore sanitario, che ne dà comunicazione al primario, e deve assicurarsi che la diagnosi anatomica sia trascritta sulla cartella clinica.

Quando venga accertata una diagnosi differente da quella fatta in vita e riportata nella scheda di morte, il direttore sanitario deve curare che venga apportata la necessaria rettifica, con nota a parte, della scheda di morte.

TITOLO IV.

PERSONALE

CAPO I.

GENERALITÀ

ART. 39.

Negli Istituti ospedalieri il personale sanitario è costituito da medici e farmacisti.

Il personale medico di ruolo si distingue in due gruppi:

uno con funzioni igienico-direttive, costituito da: sovrintendenti sanitari, direttori sanitari, vicedirettori sanitari;

l'altro con funzioni diagnostico-terapeutiche, costituito da: primari, aiuti, assistenti.

I medici ospedalieri di ruolo prestano servizio secondo i criteri del « pieno tempo »; essi cioè sono tenuti ad osservare regolarmente gli orari ed i turni stabiliti per le varie categorie, non possono occupare altri posti di ruolo presso Enti pubblici, non possono assumere incarichi professionali di alcun tipo, neanche ad orario ridotto, con gli istituti previdenziali e mutualistici, non possono costituire rapporti professionali con case di cura private, né gestirle, dirigerle o partecipare alla loro gestione. Il personale medico di ruolo è autorizzato ad esercitare una limitata attività libero-professionistica al di fuori degli orari di lavoro, ma non potrà tuttavia stipulare convenzioni di alcun tipo con istituti mutualistici o previdenziali. I medici allievi interni prestano un servizio sussidiario a rotazione biennale.

Il personale laureato in farmacia si distingue in direttore di farmacia, vicedirettore, farmacista.

ART. 40.

Il personale dei servizi tecnici e di assistenza è costituito da: assistente sanitaria, ispettore, sorveglianti e gradi equiparati, capi sala, capo ostetrica, tecnici di laboratorio e di radiologia e gradi equiparati, infermiere diplomate e gradi equiparati, infermieri di 1^a e 2^a classe, inservienti.

ART. 41.

Il personale dei servizi di amministrazione è inquadrato nella carriera del personale amministrativo a seconda del titolo di studio richiesto.

ART. 42.

Il personale addetto ai servizi generali va anch'esso inquadrato in luogo a seconda del tipo di specializzazione o qualifica richiesto.

ART. 43.

Lo stato giuridico ed economico del personale dipendente amministrativo, di assistenza e dei servizi generali degli ospedali civili è disciplinato da uno speciale regolamento, con allegata pianta organica, alla formulazione del quale sono chiamate a partecipare le Associazioni sindacali provinciali del personale.

Le norme generali cui detti regolamenti dovranno ispirarsi sono:

1º) la fissazione della retribuzione minima garantita per i dipendenti appartenenti all'ultima categoria o grado del personale;

2º) il mantenimento del criterio della equa proporzione fra la retribuzione dei dipendenti appartenenti all'ultima categoria o grado del personale stabilita dall'Ente e la retribuzione delle altre categorie o gradi superiori;

3º) l'estensione dei benefici derivanti dagli accordi nazionali, regionali e provinciali tra i rappresentanti delle Associazioni delle Amministrazioni ospedaliere e le Associazioni sindacali del personale;

4º) la costituzione della Commissione di disciplina per i dipendenti, delle Commissioni giudicatrici per i concorsi e della Commissione sulle conferme, i turni di servizio, i trasferimenti di personale, le promozioni, le aspettative, i collocamenti a riposo e le dispense dal servizio, con la partecipazione dei rappresentanti delle Associazioni sindacali più rappresentative del personale;

5º) l'inquadramento del personale nelle carriere con ruoli aperti.

CAPO II.

PERSONALE SANITARIO

Sezione I. — Generalità.

ART. 44.

La pianta organica del personale sanitario non può per nessuna ragione prescindere dalle seguenti norme:

a) gli ospedali generali devono fissare un numero di posti biennali adeguato alla categoria di appartenenza per medici allievi interni:

III LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

b) la divisione degli ospedali generali centrali e specializzati di prima categoria è retta da un primario coadiuvato da aiuti e da assistenti in numero tale da soddisfare le proporzioni di un assistente ogni 20 posti letto;

c) la divisione degli ospedali generali circoscrizionali e specialistici di seconda categoria è retta da un primario coadiuvato da due aiuti e da assistenti in numero di uno per ogni sezione;

d) la divisione degli ospedali generali è retta da un primario coadiuvato da un aiuto e da assistenti in numero di uno ogni sezione;

e) la divisione degli ospedali per malati cronici è retta da un primario coadiuvato da un aiuto e da assistenti in numero di uno per ogni sezione;

f) gli Istituti, i Centri di prima e seconda categoria sono retti da direttori coadiuvati da aiuti e da assistenti in numero appropriato al lavoro dell'Istituto stesso;

g) i servizi degli ospedali di terza categoria sono retti da direttori che possono essere coadiuvati da assistenti qualora il lavoro lo richieda;

h) le farmacie degli ospedali generali sono rette da direttori coadiuvati da un vice direttore addetto al laboratorio di preparazioni galeniche negli ospedali di prima categoria o da farmacisti aggiunti in numero appropriato al lavoro della farmacia stessa;

i) negli ospedali di seconda categoria gli Istituti di radiologia e fisioterapia e quelli di anatomia patologica e laboratorio di ricerche cliniche, possono essere abbinati alle dipendenze di un unico direttore. Altri abbinamenti sono assolutamente vietati.

ART. 45.

Il personale ospedaliero acquista la stabilità dopo un anno di prova, trascorso il quale l'amministrazione, entro il termine massimo di 6 mesi, provvede alla nomina definitiva o alla dimissione.

La delibera di dimissione deve essere motivata.

Contro la dimissione può essere presentato ricorso direttamente al Consiglio nazionale ed in seconda istanza al Ministero della sanità.

Tutto il personale sanitario che ha acquistato la stabilità rimane in carica sino al raggiungimento del 65° anno di età.

ART. 46.

Tutto il personale deve essere assicurato contro gli infortuni riportati in servizio o per cause derivanti da servizio.

Una speciale assicurazione che comprende tutti i rischi derivanti dalle radiazioni deve coprire tutto il personale addetto ai servizi radiologici.

ART. 47.

Il personale che lascia il servizio volontariamente senza aver raggiunto il minimo di età pensionabile, ha facoltà di continuare a corrispondere alla Cassa di previdenza alla quale è assicurato le quote relative nella misura dell'ultimo versamento, comprendenti anche la parte che era a carico dell'amministrazione ospedaliera da cui il personale stesso dipendeva.

ART. 48.

I medici ospedalieri sono omologati, dal punto di vista del trattamento economico, alla categoria direttiva dell'I.N.A.I.L., secondo i seguenti criteri:

Sovrintendente sanitario . . .	1° grado
Direttore sanitario	2° grado
Primario	3° grado
Aiuto	4° grado
Assistente	5° grado

Ai medici ospedalieri spetta una indennità di ridotta attività professionale che, per i primari aiuti e assistenti, non può essere inferiore al 100 per cento dello stipendio base

Altre particolari indennità, di camera operatoria, di ricerca scientifica, ecc., saranno oggetto di trattative sindacali tra le parti interessate.

ART. 49.

Gli ospedali generali, specializzati e per malati cronici di 1^a, 2^a, 3^a categoria, devono avere un direttore sanitario. La nomina viene conferita dal Consiglio di amministrazione dell'ospedale mediante concorso.

Il direttore sanitario cura il buon andamento e l'efficienza dell'ospedale sotto l'aspetto igienico-sanitario. Egli è personalmente responsabile del buon funzionamento dell'ospedale e a tal fine ha i necessari poteri per gli eventuali trasferimenti dei medici e del personale dall'uno all'altro reparto, qualora lo impongano esigenze funzionali altrimenti irrisolvibili. Il direttore sanitario avrà cura di contemperare al massimo tali

esigenze con le necessità di un lavoro coordinato ed affiatato del primario e dei suoi collaboratori in ogni singolo reparto. Egli ha inoltre le seguenti attribuzioni:

a) partecipa alle riunioni dell'Amministrazione dell'ospedale con voto consultivo, del quale deve tenersi nota nel verbale dell'adunanza;

b) stabilisce e sottopone all'Amministrazione le norme interne per l'organizzazione dei servizi sanitari, l'impiego del personale e gli orari di servizio del personale stesso, dei gabinetti, ambulatori, accesso del pubblico, ecc.;

c) ha l'alta sorveglianza sul personale sanitario e di assistenza immediata ed ausiliaria;

d) stabilisce in accordo coi primari, e in rapporto alle esigenze di servizio, i turni di riposo settimanali ed i congedi del personale di assistenza, dandone comunicazione all'Amministrazione;

e) propone all'Amministrazione i provvedimenti per le eventuali sostituzioni temporanee del personale di cura e di assistenza e per la nomina del personale di assistenza;

f) informa l'Amministrazione delle variazioni relative al personale sanitario, avendo cura che siano annotate negli stati di servizio personale;

g) esprime con relazione motivata il proprio parere sulle eventuali conferme e sugli incarichi dei sanitari e del personale di assistenza e sui provvedimenti che a loro favore e a loro carico deve prendere l'Amministrazione;

h) ha cura che i sanitari redigano relazioni annuali sull'andamento sanitario di competenza e con le proprie annotazioni le trasmette all'Amministrazione.

i) convoca, una volta al mese, i primari e i direttori di Istituto, di Centro, di Servizio e il direttore di farmacia, il segretario della Commissione interna perché riferiscano sul servizio e i compiti di loro competenza avendo cura che di queste riunioni venga redatto relativo verbale da trasmettersi all'Amministrazione;

l) promuove le attività culturali e scientifiche del personale Sanitario e dirige la biblioteca;

m) ha cura della raccolta e del coordinamento dei dati statistici e scientifici dell'ospedale e ne presenta annualmente relazione all'Amministrazione;

n) propone la scelta e l'acquisto di apparecchi e attrezzature ad uso sanitario; l'arredamento ed il corredo dei reparti ospede-

dalieri e controlla qualsiasi provvista necessaria alla gestione ospedaliera;

o) controlla l'applicazione delle diarie e tariffe di degenza, operatorie, ambulatoriali, ecc. stabilite dall'Amministrazione e approvate dal C. O. R.;

p) vigila sull'andamento disciplinare del personale ospedaliero e prende provvedimenti adeguati di sua competenza, vigila sull'andamento igienico di tutti i servizi ospedalieri con speciale riguardo all'efficienza delle attrezzature; 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 medesimo della denuncia dei casi di malattie infettive diagnosticate, accertate o sospette, riscontrate negli ambulatori e nei malati accolti nell'Ospedale, nonché di tutte le altre denunce previste dalle vigenti disposizioni;

q) redige una relazione organica annuale su tutto l'andamento dell'istituto.

ART. 50.

Gli ospedali generali di 1^a categoria, oltre il direttore sanitario devono avere anche il vice direttore sanitario le cui attribuzioni saranno determinate da apposito regolamento per ogni singolo ospedale.

La nomina viene conferita dal Consiglio di amministrazione per « chiamata » fra i sanitari abilitati al concorso nazionale per direttori sanitari.

ART. 51.

Il limite di età per essere « chiamati » ad occupare il posto di direttore sanitario di ospedali di 1^a e 2^a categoria è di anni 50; tale limite si applica per i direttori sanitari degli ospedali di 3^a categoria e per il vice direttore sanitario di 1^a categoria in servizio.

Il limite di età per essere chiamati ad occupare il posto di direttore sanitario di ospedali di 3^a categoria o per essere nominati vice direttore sanitari di ospedali di 1^a categoria è di anni 45.

ART. 52.

Il primario dirige una « divisione » di medicina o di chirurgia o di specialità; il direttore dirige un Istituto o un Centro o un Servizio.

Il nuovo rapporto « a pieno tempo » che i primari contraggono con le Amministrazioni ospedaliere esige da essi che sia dato il mas-

simo impulso all'attività lavorativa ospedaliera, intesa sia come direzione del reparto e come soluzione dei problemi diagnostico-terapeutici, sia come attività clinico-scientifica. I primari hanno le seguenti attribuzioni:

a) vigilare sul buon andamento e l'efficienza dei servizi igienici e sulla disciplina del personale assegnato alla propria divisione e istituto;

b) osservare e far osservare dal personale sanitario dipendente il pieno orario di servizio secondo quanto disposto dal direttore sanitario, visitare giornalmente gli ammalati ricoverati, formulare la diagnosi, prescrivere il tipo dietetico e determinare il trattamento terapeutico pertinente ai singoli ricoverati controllando che le prescrizioni date vengano eseguite;

c) dirigere i servizi di pronto soccorso e di ambulatorio, conformemente alle disposizioni ed i turni stabiliti dal direttore sanitario;

d) assicurarsi che gli ammalati ammessi nella divisione abbiano necessità di ricovero in ospedale e che la degenza non si prolunghi oltre il tempo necessario alla cura;

e) curare, sotto la propria responsabilità, la regolare tenuta delle cartelle cliniche e dei registri;

f) fare le richieste dei materiali di corredo alla divisione e dell'istituto e vigilare sulle osservazioni di essi;

g) prestarsi alle consulenze richieste dai dirigenti di altri reparti e dal Direttore sanitario;

h) curare l'aggiornamento scientifico e l'addestramento tecnico degli aiuti, degli assistenti e dei medici assumendo la responsabilità delle loro prestazioni.

L'orario di lavoro dei primari è fissato in sei ore di servizio giornaliero, per sei giorni la settimana.

ART. 53.

Gli aiuti si distinguono in aiuti medici, aiuti chirurgici, aiuti di specialità e aiuti di istituti o di Centri.

L'aiuto coadiuva il primario o il direttore nel disimpegno delle sue mansioni, anche per quanto riguarda la vigilanza igienica e disciplinare, lo coadiuva nel servizio di ambulatorio, lo rappresenta e lo sostituisce nelle assenze.

Informa il primario sull'andamento dei servizi, lo stato dei degenti, cura l'osservanza delle disposizioni stabilite dal primario, vigila sulle ricerche specialistiche e di laboratorio,

partecipa al servizio di guardia e a quello del pronto soccorso.

L'aiuto è altresì tenuto ad osservare l'orario di turno antimeridiano e pomeridiano stabilito dall'Amministrazione per la durata complessiva di 7 ore.

ART. 54.

Gli assistenti si distinguono in assistenti medico-chirurghi, assistenti di specialità e assistenti di Istituti o di Centri o Servizi

L'assistente è alle dirette dipendenze del primario o del direttore e dell'aiuto per tutto quanto riguarda il servizio di Reparto o di Istituto.

L'assistente è tenuto a fare il servizio di guardia interna e di pronto soccorso (guardia esterna) e di accettazione dei malati, nonché ad eseguire altri incarichi, in conformità alle disposizioni della direzione sanitaria. Per il servizio di guardia è prevista una retribuzione particolare.

L'assistente deve osservare l'orario di servizio stabilito dall'Amministrazione per almeno 7 ore complessive, per 6 giorni la settimana.

ART. 55.

Tutti i laureati in chirurgia e medicina possono, dopo la laurea, frequentare gli ospedali per un periodo di due anni con la qualifica di «medici interni». I medici interni compiono la loro preparazione sotto la responsabilità del primario, sono alle dipendenze dell'aiuto e degli assistenti, hanno un obbligo di presenza di sei ore giornaliere. I candidati devono presentare domande scritte al Consiglio ospedaliero regionale, indicando chiaramente un elenco degli ospedali della Regione in ordine preferenziale. Una graduatoria, basata sul voto finale di laurea, sui voti riportati in ogni singolo esame e su altri eventuali titoli già acquisiti, dovrà selezionare la scelta degli ospedali da parte dei vari candidati. Il candidato non deve aver superato il trentaduesimo anno di età, deve aver assolto agli obblighi militari ed aver residenza nella provincia dove ha sede l'ospedale presso il quale desidera compiere il tirocinio. L'iscrizione in tutti gli albi mutualistici è possibile solo dopo un anno di internato negli ospedali ed è resa definitiva alla fine del secondo anno.

ART. 56.

Al medico interno viene assicurato il vitto, l'alloggio e lo stipendio minimo mensile di lire 50.000. Egli ha diritto durante

il biennio ad un periodo di congedo annuo ordinario di 30 giorni, regolarmente pagato. Egli ha diritto ad una libera attività professionale al di fuori dell'orario di lavoro.

ART. 57.

La domanda di ammissione al tirocinio deve essere presentata al C. O. R. non oltre il 30 novembre di ogni anno.

Il tirocinio avrà inizio il giorno 2 gennaio di ogni anno.

Al termine del periodo di tirocinio presso ogni divisione (medica, chirurgica, ostetrica), il primario cui è stato affidato il medico interno deve redigere le note caratteristiche individuali; al termine del biennio il direttore sanitario dell'ospedale accompagnerà le qualifiche date dai singoli primari con un verbale personale.

Tale documentazione sarà trasmessa direttamente al C. O. R.

ART. 58.

Il direttore della farmacia ha la direzione della farmacia interna con annesso laboratorio per le preparazioni galeniche negli ospedali di 1^a categoria e della sola farmacia negli ospedali di II categoria.

Il direttore ha le seguenti attribuzioni:

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

b) vigila sulla sorte dei medicinali delle divisioni degli ospedali;

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 in provvista;

d) cura l'osservanza da parte del personale dipendente delle disposizioni legislative e regolamentari, specie per quanto riguarda gli stupefacenti ed i veleni;

e) vigila sull'operosità e disciplina del personale assegnato alla farmacia e risponde sull'andamento del servizio, nonché del materiale in deposito.

ART. 59.

La nomina del direttore di farmacia viene conferita dal Consiglio di amministrazione per concorso per soli titoli fra i farmacisti abilitati al concorso nazionale per direttori di farmacia.

Il limite di età per concorrere al posto di direttore di farmacia in ospedale di 1^a categoria è di anni 50; tale limite non si applica per i direttori in farmacia di ospedali di 2^a categoria per i vice direttori di servizio.

Il limite di età per concorrere al posto di direttore di farmacia in ospedali di 2^a categoria è di anni 45.

ART. 60.

Il vice direttore di farmacia è un coadiutore del direttore in tutti i settori della farmacia e in caso di assenza di quest'ultimo lo sostituisce a tutti gli effetti; in particolare però ha la responsabilità diretta del laboratorio di preparazioni galeniche, del servizio di controllo dei medicinali, nonché delle analisi e preparazioni di cui all'articolo 10.

La nomina di vice direttore di farmacia viene conferita dal Consiglio di amministrazione per concorso per soli titoli fra i farmacisti abilitati al concorso nazionale per direttori di farmacia.

Il limite di età per concorrere al posto di vice direttore di farmacia in ospedale di 1^a categoria è di anni 45.

ART. 61.

I farmacisti aggiunti, sotto la vigilanza del direttore della farmacia, provvedono alla preparazione dei farmaci e alle mansioni di spettanza.

La nomina di farmacista viene conferita per concorso per soli titoli fra i farmacisti abilitati al concorso regionale per farmacisti aggiunti.

Il limite di età per concorrere al posto di farmacista aggiunto presso ospedali di 1^a e di 2^a categoria è di anni 40.

ART. 62.

Le ostetriche coadiuvano i sanitari addetti al reparto ostetrico-ginecologico.

Sono nominate dall'Amministrazione ospedaliera su proposta del direttore sanitario. Il limite di età per essere assunte in servizio è di anni 30.

Alle ostetriche in servizio presso ospedali non è consentita la libera professione.

ART. 63.

Allo scopo di assicurare l'assistenza ad ogni divisione deve essere assegnato un caposala diplomato per ogni 20 ammalati.

Il capo-sala è coadiuvato dal personale di assistenza il cui numero viene stabilito dal direttore sanitario sentita la Commissione tecnico-consultiva.

ART. 64.

La carriera del personale sanitario ospedaliero si svolge attraverso concorsi nazionali, regionali e provinciali che abilitino ad occupare determinati gradi nell'ambito degli ospedali.

Detti concorsi si svolgono per titoli ed esami ed hanno luogo annualmente in unica sessione nel mese di febbraio.

I requisiti per ottenere l'ammissione al concorso devono essere posseduti prima della scadenza del termine utile per la presentazione delle domande e precisamente entro il 31 dicembre di ogni anno. Ai concorsi ospedalieri possono partecipare tutti i medici provenienti da qualunque altra attività in possesso dei requisiti indicati dalla presente legge.

I concorsi si suddividono:

- a) concorso nazionale per direttori sanitari;
- b) concorso nazionale per primari e direttori di Istituto, Centro e Servizio;
- c) concorso nazionale per direttori di farmacia;
- d) concorso regionale per aiuti di ospedali di 1^a categoria;
- e) concorso regionale per farmacisti aggiunti;
- f) concorso provinciale per aiuti di ospedali di 2^a e di 3^a categoria;
- g) concorso provinciale per assistenti.

ART. 65.

Non può essere dichiarato abilitato il concorrente che non abbia ottenuto sette decimi sul totale dei punti di cui dispone la commissione giudicatrice e almeno sei decimi dei punti in ciascuna delle prove di esame.

Nei concorsi, la valutazione dei titoli deve aver luogo prima dell'inizio delle prove d'esame.

ART. 66.

Le norme relative alle Commissioni giudicatrici dei concorsi nazionali, regionali e provinciali previsti dalla presente legge, alla valutazione dei titoli, ai punteggi e alle modalità delle varie prove di esame saranno oggetto di apposito regolamento integrativo.

ART. 67.

L'elenco degli «abilitati» viene pubblicato in ordine all'abetico sulla *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica, senza alcuna indicazione del punteggio riportato. Agli abilitati viene consegnato un «certificato di abilitazione» che non deve riportare la votazione conseguita nell'esame di abilitazione.

ART. 68.

Ogni anno, con decreto del Ministro della sanità, con unico bando nazionale, da pubblicarsi nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica, viene indetto un concorso nazionale per abilitazione per direttori sanitari di ospedale.

Possono partecipare al concorso i laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione da almeno sei anni che abbiano prestato servizio di assistente o di aiuto in laboratori di indagini cliniche di ospedali o in istituti universitari di igiene, che siano in possesso del titolo di specialista di igiene pubblica e che non abbiano superato il 45° anno di età.

ART. 69.

Ogni anno con decreto del Ministro della sanità, con unico bando nazionale, da pubblicarsi nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica, viene indetto un concorso nazionale di abilitazione per primari e direttori di istituti, Centro, Servizio di ospedali di 1^a, 2^a, 3^a categoria.

Possono partecipare al concorso per abilitazione agli ospedali di 1^a categoria i laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione da almeno 10 anni, che abbiano conseguito l'abilitazione nella stessa specialità, per primari o direttori di ospedali di 2^a o 3^a categoria o per aiuti di 1^a categoria che non abbiano superato i 50° anno di età, che abbiano prestato servizio come aiuto o assistente effettivo in ospedali di 1^a categoria o in cliniche universitarie per almeno 6 anni, in ospedali di 2^a e 3^a per almeno 8 anni.

Possono partecipare al concorso per abilitazione agli ospedali di 2^a categoria i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione da almeno 8 anni, che abbiano conseguita l'abilitazione, nella stessa specialità, per aiuti di 1^a e 2^a categoria, che abbiano prestato servizio come assistente effettivo in ospedali o cliniche universitarie per almeno 5 anni, che non abbiano superato il 50° anno di età.

ART. 70.

Ogni anno con decreto del Ministro della sanità, con unico bando nazionale, da pubblicarsi nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica vengono indetti concorsi regionali di abilitazione per aiuti di ospedali di 1ª categoria.

Possono partecipare al concorso i laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione da almeno 6 anni, che abbiano conseguito l'abilitazione nella stessa specialità per aiuti di ospedali di 2ª categoria o per assistenti che abbiano prestato servizio come assistenti effettivi in ospedali o cliniche universitarie per almeno 4 anni, che non abbiano superato il 45º anno di età.

ART. 71.

Ogni anno con decreto del Ministro della sanità, con unico bando nazionale, da pubblicarsi nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica, vengono indetti concorsi provinciali di abilitazione per aiuti di ospedali di 2ª categoria.

Possono partecipare al concorso i laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione da almeno 4 anni, che abbiano conseguito l'abilitazione per assistente nella specialità di cui si intende ottenere l'abilitazione, che abbiano prestato servizio come assistente effettivo in ospedali o cliniche universitarie per almeno 2 anni, che non abbiano superato il 40º anno di età.

ART. 72.

Ogni anno con decreto del Ministro della sanità, con un unico bando nazionale, da pubblicarsi nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica, vengono indetti concorsi provinciali di abilitazione per assistenti medico-chirurghi e di specialistici.

Possono partecipare ai concorsi i laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione, che abbiano regolarmente compiuto il biennio ospedaliero propedeutico come previsto dalla presente legge, e che non abbiano superato il 35º anno di età.

ART. 73.

Ogni anno con decreto del Ministro della sanità, con unico bando nazionale, da pubblicarsi nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica viene indetto un concorso nazionale di abilitazione per direttore di farmacia.

Possono partecipare al concorso i laureati in farmacia o in chimica e farmacia, ovvero laurea in chimica e diploma in farmacia, abilitati nell'esercizio della professione da almeno 10 anni, che abbiano conseguito l'abilitazione a farmacista aggiunto, che abbiano prestato servizio presso una farmacia di ospedale o industria farmaceutica, o Istituto universitario per almeno 5 anni, che non abbiano superato il 45° anno di età.

ART. 74.

Ogni anno con decreto del Ministro della sanità, con un unico bando nazionale da pubblicarsi nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica, viene indetto un concorso regionale di abilitazione per farmacisti aggiunti.

Possono partecipare al concorso i laureati in farmacia e in chimica e farmacia ovvero laurea in chimica e diploma in farmacia, abilitati all'esercizio della professione, che abbiano prestato servizio presso una farmacia di ospedale o industria farmaceutica o Istituto universitario per almeno 2 anni, che non abbiano superato il 35° anno di età.

ART. 75.

Tutto il personale sanitario viene assunto in servizio di ruolo presso gli ospedali mediante un concorso per titoli.

ART. 76.

Ogni semestre le singole Amministrazioni ospedaliere devono segnalare al C. O. R. il numero ed il tipo dei posti resisi vacanti nell'organico del personale sanitario dell'ospedale durante il periodo suddetto.

Il C. O. R. bandisce, nel più breve tempo possibile, un concorso nazionale per titoli, curandone la pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica. Il termine utile per la presentazione delle domande scade alla mezzanotte del 30° giorno dalla pubblicazione del bando, iniziando la conta dal giorno esposto nella data del fascicolo della *Gazzetta Ufficiale*.

ART. 77.

I criteri di valutazione dei titoli di carriera e dei titoli scientifici nei vari concorsi per titoli per l'assunzione del personale medico negli ospedali saranno oggetto di apposito regolamento integrativo.

Il Consiglio di amministrazione dell'ospedale, presa visione del verbale del concorso, nomina il primo classificato.

Dopo la nomina, i verbali del concorso sono posti a disposizione di chiunque abbia interesse a consultarli.

Eventuali ricorsi al Consiglio di Stato devono essere presentati entro 30 giorni dalla nomina del vincitore e non hanno effetto sospensivo sulla nomina stessa.

TITOLO V.

PERSONALE NON SANITARIO E AUSILIARIO

ART. 78.

In ogni ospedale funziona una Commissione di rappresentanza del personale dipendente, eletta dallo stesso con voto segreto.

La Commissione ha il compito di controllare l'applicazione delle leggi, delle disposizioni e degli accordi sindacali riguardanti il rapporto di lavoro del personale dipendente. Essa ha il compito inoltre di vigilare sui refettori ed i servizi di igiene messi a disposizione dall'Amministrazione per il personale.

Un locale è messo a disposizione permanente per il funzionamento della Commissione interna di rappresentanza del personale.

Il segretario della Commissione tiene i contatti con il direttore sanitario e con l'Amministrazione.

ART. 79.

Allo scopo di assicurare l'assistenza immediata deve essere assegnata almeno una caposala diplomata per ogni divisione ed almeno una infermiera professionale per ogni sezione.

Esse sono coadiuvate dal personale ausiliario di assistenza il cui organico viene stabilito dal Consiglio di amministrazione su proposta del direttore sanitario.

ART. 80.

A norma dell'articolo 133 del testo unico delle leggi sanitarie 27 luglio 1934, n. 1265, le Amministrazioni degli ospedali generali centrali e degli ospedali specializzati devono predisporre locali idonei per l'istituzione e il funzionamento di una scuola professionale per infermieri.

Per la istituzione della scuola sopra indicata le Amministrazioni ospedaliere hanno facoltà di stipulare convenzioni con gli Enti indicati nell'articolo 130 del citato testo

unico così pure per quanto riguarda il loro funzionamento.

Il personale in possesso del patentino dai infermiere generico previa frequenza di un anno della scuola convitto professionale è ammesso alla partecipazione agli esami per il diploma professionale.

Chi abbia prestato attività per un quadriennio in ospedale in qualità di infermiere generico ha diritto di partecipare all'esame teorico-pratico della scuola convitto professionale.

ART. 81.

A norma della legge 29 ottobre 1954, n. 1046, le Amministrazioni degli ospedali generali centrali e circoscrizionali e degli ospedali specializzati di 1^a e di 2^a categoria devono disporre di locali per l'istituzione ed il funzionamento di una scuola per infermiere ed infermieri generici.

ART. 82.

Le Amministrazioni degli ospedali generali centrali e degli ospedali specializzati di 1^a categoria debbono provvedere ad istituire annualmente 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 esame, è soggetta ad approvazione del Ministero della sanità.

Agli aspiranti che superano gli esami verrà rilasciato un diploma valevole presso qualsiasi ospedale.

ART. 83.

Il lavoro e il servizio eseguito dagli allievi e dalle allieve delle scuole per infermieri (professionali e generici) delle scuole per assistenti tecnici e preparatori ha diritto ad adeguato compenso.

ART. 84.

È abolita ogni forma di collegiamento del personale ospedaliero.

Eventuale collegiamento di personale deve essere regolato volontariamente con i Sindacati di categoria.

ART. 85.

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 ospe-

dalieri 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. 86.

Il numero delle ostetriche deve essere proporzionato al numero dei posti letto.

Quando vi siano addette più ostetriche deve essere nominata un'ostetrica capo.

Nel caso vi siano più di dieci ostetriche ospedaliere deve essere nominata un'ostetrica capo ogni dieci ostetriche o frazione di dieci.

Le mansioni delle ostetriche e delle ostetriche capo devono essere chiaramente indicate nel regolamento.

Ogni eventuale ripartizione di compensi speciali concessi ai medici deve essere esteso anche alle ostetriche.

Alle ostetriche è concessa l'indennità di guardia.

ART. 87.

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 ai sensi dell'art. 66 della presente legge.

ART. 88.

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) prova orale di cultura ostetrica, di puericoltura 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.

ART. 89.

All'onere derivante dalla presente legge per i fondi da destinare al F.O.N. si provvede con l'aumento dell'aliquota dal 15 al 20 per cento della imposta di cui all'articolo 146 del testo unico delle leggi sulle imposte dirette di cui al decreto del Presidente della Repubblica del 29 gennaio 1958, n. 645, per le società con patrimonio superiore ai 500 milioni, determinato ai sensi dell'articolo 147.

DISPOSIZIONI TRANSITORIE

ART. 90.

Nelle Regioni per le quali non sia stato attuato l'ordinamento previsto dall'articolo 115 della Costituzione, tutte le funzioni attribuite dalla presente legge alle Regioni saranno esercitate da commissioni di 15 persone, elette proporzionalmente dall'assemblea dei consiglieri provinciali, presiedute dal presidente, dalla provincia capoluogo di Regione e sempre valendosi della collaborazione del C. O. R.

ART. 91.

I beni patrimoniali degli ospedali non inerenti al funzionamento dell'azienda sanitaria, i loro crediti e debiti vengono trasferiti alle province, ai comuni o loro consorzi. Questi enti locali provvederanno alla gestione dei beni suddetti, devolvendo gli utili esclusivamente all'attività ospedaliera attraverso il F.O.R.

I beni patrimoniali sopra indicati, per iniziativa della Regione, potranno essere alienati con il solo vincolo dell'utilizzazione dei mezzi finanziari così ricavati, alla attuazione del piano ospedaliero regionale di cui all'articolo 11.

ART. 92.

Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge tutti gli statuti e gli organici degli ospedali pubblici dovranno essere adeguati alle presenti norme.