

CAMERA DEI DEPUTATI

N. 1483

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa dei Deputati DE MARIA e DE PASCALIS*Presentata il 19 giugno 1964*

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

ONOREVOLI COLLEGHI! — L'esigenza dell'aggiornamento e della revisione della disciplina legislativa concernente l'ordinamento dei servizi sanitari ospedalieri è da tempo avvertita, come dimostra il cospicuo apporto di proposte da parte di esperti del settore, di studiosi, di tecnici, di esponenti delle categorie interessate; proposte che si sono tradotte, nella passata legislatura, in numerose iniziative legislative parlamentari e in un disegno di legge governativo che prevedeva un riordinamento generale di tutta la materia.

Come è noto, nella precedente legislatura, la Commissione igiene e sanità della Camera approvò, nella seduta del 26 gennaio 1963, due distinti provvedimenti, riguardanti il primo « Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali » e il secondo « Norme concernenti la permanenza in servizio dei sanitari ospedalieri ». Entrambi i progetti di legge non poterono, tuttavia, ricevere anche l'approvazione del Senato per l'anticipato scioglimento del Parlamento.

L'urgenza di rivedere le norme giuridiche relative al settore ospedaliero è diventata di estrema attualità all'inizio della nuova legislatura. Numerose delle su ricordate disposizioni, infatti, sono da ritenere ormai superate, soprattutto se si tiene conto che la

efficienza funzionale di un ospedale è strettamente dipendente dall'assetto tecnico dei servizi e da quello giuridico-economico, conferito all'ordinamento del personale.

Il primo delicato problema, cui il Parlamento si è dedicato all'inizio della IV legislatura repubblicana è stato quello relativo allo stato giuridico del personale sanitario degli ospedali. I sanitari ospedalieri, soprattutto i secondari, giustamente reclamavano una revisione delle norme che regolavano il loro servizio e che risalivano al regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631. E di tali preoccupazioni si resero interpreti gli onorevoli Ceravolo ed altri, Gennai Tonietti Erisia e Bucalossi, De Maria ed altri, attraverso la presentazione di iniziative legislative che riprendevano, all'incirca, le norme già approvate nella precedente legislatura da parte della competente Commissione della Camera dei deputati.

I due rami del Parlamento hanno recentemente approvato la nuova disciplina dello stato giuridico dei sanitari ospedalieri, innovando profondamente rispetto alla precedente normativa, soprattutto per il riconoscimento della stabilità di impiego agli aiuti ed assistenti ospedalieri.

Una volta risolti, in modo soddisfacente per le categorie interessate, i problemi relativi allo stato giuridico del personale sani-

tario degli ospedali, è urgente e indilazionabile affrontare le questioni concernenti la riforma generale ospedaliera. I relativi problemi sono ormai lentamente, ma decisamente giunti a maturazione, sulla base di un contesto di discussioni e di elaborazioni che hanno proceduto intensamente, nel corso degli anni recenti, in Parlamento, nell'attività dell'esecutivo, delle categorie interessate, nel mondo scientifico e che testimoniano l'alto grado cui è giunto nella coscienza del nostro Paese il problema della riforma generale degli ospedali. Basti ricordare, in proposito la recente costituzione, da parte del Ministro della sanità, di un'apposita Commissione di esperti e di rappresentanti delle categorie interessate, alla quale è stato demandato il compito di studiare a fondo il problema della riforma ospedaliera e di formulare proposte concrete per l'avvio di una risoluzione globale di tutte le questioni inerenti il settore degli ospedali pubblici italiani.

Per avere un quadro sulla struttura e sull'attività degli istituti di cura in Italia, si è ritenuto opportuno riportare due tabelle tratte dall'Annuario di statistiche sanitarie, edito dall'I. S. T. A. T. per il 1960.

Si diceva che il problema, a nostro avviso, è stato ampiamente esaminato e discusso. Dalla costituzione del Ministero della sanità, in tutte le discussioni in Parlamento sul bilancio di previsione per la spesa del predetto dicastero, si è sempre accennato all'annosa questione del riordinamento degli ospedali e su tale delicato problema si è sempre incentrata l'attenzione dei relatori e degli intervenuti nei dibattiti.

Fin dal 1959, infatti, in occasione dell'esame del primo stato di previsione del Ministero della sanità, i relatori onorevoli Ferrari Giovanni e Quintieri ebbero a sottolineare che il problema ospedaliero era, senza dubbio, il più complesso ed il più bisognoso di una urgente soluzione per le gravi situazioni determinatesi in tale settore. Dopo aver ricordato che l'ospedale costituisce oggi un presidio tra i più importanti della sanità pubblica, la relazione così concludeva: « Qualunque sia la soluzione che si vorrà adottare, bisognerà tener presente che l'ospedale non è dei medici né degli amministratori, ma soltanto ed esclusivamente degli ammalati. Bisognerà, inoltre, snellire quelle remore che obbligano gli amministratori dei Pii luoghi ad acrobazie funambolanti per far approvare un lavoro di qualche milione, passando dagli organi periferici a quelli centrali, con danno

considerabile della celerità del lavoro e con aumento degli stessi costi. Lo Stato, e per esso il Ministero della sanità, dovrebbe avere la sorveglianza su tutti gli ospedali, intervenendo con le opportune integrazioni finanziarie nei casi necessari e con tutti quegli altri metodi che meglio giovino alla causa della sanità pubblica ».

L'anno successivo il relatore al bilancio del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario 1960-61 onorevole Colleselli, riprendendo il tema dei problemi ospedalieri, riconosceva che questo « è argomento di viva attualità in campo sanitario, largamente e ripetutamente discusso in sede governativa e legislativa, in congressi e convegni vari ». Il relatore individuava tra i problemi più urgenti per le Amministrazioni ospedaliere quelli della riforma della struttura istituzionale e amministrativa degli ospedali, della riforma dell'ordinamento dei servizi e del personale ospedaliero, del coordinamento e completamento della rete assistenziale ospedaliera nazionale e, infine, della regolamentazione delle rette ospedaliere.

Nel 1961 l'onorevole Sorgi richiamava l'attenzione del Parlamento sul fatto che una riforma che investisse tutti gli aspetti dell'istituto ospedaliero era ormai richiesta dagli enti mutualistici, dai sanitari e dagli stessi amministratori ospedalieri: era, in sostanza, imposta dall'evoluzione dei tempi. Il relatore sottolineava che una riforma, avrebbe dovuto inserire in pieno gli ospedali in un sistema moderno di protezione sanitaria.

L'onorevole Barberi, infine, relatore per l'esercizio finanziario 1962-63, dedicò un'ampia parte della sua relazione all'esame della situazione ospedaliera italiana. Dopo aver ricordato quanto ebbe ad affermare l'organizzazione mondiale di sanità (*l'ospedale è l'elemento di una organizzazione di carattere medico e sociale, la cui funzione consiste nell'assicurare alla popolazione prestazioni mediche complete, e i cui servizi esterni devono irradiarsi fino al nucleo familiare, considerato nel suo ambiente; esso è inoltre un centro di insegnamento della medicina e di ricerca biosociale*), il relatore sottolineava l'esigenza di una vasta riforma del settore, che consentisse all'ospedale di adeguare i propri servizi ai nuovi e moderni compiti di prevenzione e di cura, di insegnamento, di addestramento e di educazione sanitaria e ancora di attività scientifica.

Come si è detto questa esigenza di rivedere e di aggiornare le anacronistiche dispo-

sizioni del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631 aveva trovato riscontro anche in numerose proposte di legge di iniziativa di numerosi parlamentari (Cinciari Rodano Maria Lisa ed altri, Sorgi ed altri, Bucalossi e Gennai Tonietti Erisia, Romano, senatori Santero ed altri, Longo ed altri) e, da ultimo, in un disegno di legge predisposto dall'allora Ministro della sanità Giardina. Tutti i progetti di legge furono ampiamente esaminati e discussi in un Comitato ristretto, appositamente nominato dalla Commissione igiene e sanità della Camera; il Comitato ristretto elaborò un testo unificato di tutte le iniziative sottoposte al suo esame e lo presentò alla Commissione plenaria nella seduta del 21 novembre 1962. Così si esprimeva tra l'altro, il relatore Sorgi, nell'illustrare alla Commissione il lavoro svolto dal Comitato ristretto « Con questa legge noi diamo un piano regolatore per la creazione di nuovi ospedali, stabiliamo delle nuove norme per la carriera dei medici ospedalieri e veniamo ad affrontare buona parte dei problemi che agitano la vita degli ospedali e in più andiamo ad affrontare una fondamentale questione giuridica che va a chiarire la posizione dell'ospedale fra i vari settori che oggi se ne contendono la tutela, o addirittura la vita: Ministero dell'interno, Ministero del lavoro, Ministero della sanità. Da questo testo l'Ente ospedaliero, anche se non viene ancora modificato istituzionalmente, viene tuttavia decisamente messo in evidenza di fronte ad altre Amministrazioni pubbliche, come lo strumento fondamentale di una politica sanitaria in una nuova visione veramente sanitaria della sua funzione nell'interesse della comunità ».

La Commissione igiene e sanità della Camera esaminò il progetto elaborato dal Comitato ristretto nelle sedute del 21 e 30 novembre, 13, 18, 19 e 20 dicembre 1962, 17, 18, 22, 23, 24 e 25 gennaio 1963. Il progetto fu discusso, modificato, migliorato e venne approvato nella seduta del 26 gennaio 1963; nella stessa seduta la Commissione provvide allo stralcio dal provvedimento delle norme relative allo stato giuridico dei sanitari ospedalieri, che andarono a costituire un progetto di legge a sé stante.

Il meritevole lavoro compiuto dalla competente Commissione della Camera non sortì l'effetto sperato, poiché il provvedimento sull'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali rimase all'esame del Senato e non fu da quest'ultimo approvato per il sopravvenuto scioglimento dei due rami del Parlamento.

Con la ripresa dell'attività parlamentare all'inizio della quarta legislatura il problema della riforma ospedaliera venne nuovamente sottoposto all'attenzione delle Assemblee legislative.

Un'ampia disamina delle questioni connesse con la sistemazione degli ospedali in Italia è stata svolta dall'onorevole Lattanzio, relatore per la maggioranza sullo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario 1963-64. Dopo aver rilevato che la situazione ospedaliera italiana è stata oggetto in questi ultimi anni di appassionate discussioni e di accurati studi, in vista di un suo adeguamento alle moderne necessità di un Paese progredito e civile, l'onorevole Lattanzio ha sottolineato e ribadito « la necessità da tempo e da varie parti invocata di una riforma generale innanzitutto legislativa nel campo ospedaliero, affinché, con un organico ordinamento possano essere risolti i problemi fondamentali per una moderna, coerente impostazione della funzione ospedaliera, con misure e mezzi che valgano a risolvere i problemi tecnici organizzativi nonché quelli finanziari ed amministrativi ».

Il relatore riassume brevemente i termini della discussione dei progetti di riforma da parte della Camera nella precedente legislatura e così concludeva: « A parte, infatti, una più moderna impostazione e suddivisione degli ospedali in istituti per acuti, per lungodegenti e convalescenti, il testo approvato dalla Camera assicurava una rete di servizi ospedalieri e paraospedalieri coordinati nell'ambito provinciale e regionale e configurava la natura dell'Ente non più come istituzione di beneficenza, ma come azienda di pubblico servizio; esso assicurava altresì un sistema di finanziamento più sicuro, più completo e più continuo, che, pur non potendosi accettare pienamente nella sua impostazione, risolveva però uno dei problemi più spinosi della vita ospedaliera italiana; in ultimo garantiva un nuovo stato giuridico dei sanitari ed assegnava all'ospedale una funzione docente ed educativa, in stretto collegamento con i centri universitari ».

Si impone, pertanto, un riordinamento del sistema in vigore, un riordinamento modernamente concepito, che superi situazioni di disagio e di incertezza ed elimini carenze e difetti; si impone la necessità di adeguati provvedimenti, che consentano all'ospedale di svolgere compiutamente la funzione sua propria, in un Paese moderno, di fulcro dell'assistenza sanitaria.

Per tutte le ragioni precedentemente esposte abbiamo ritenuto doveroso e, al tempo stesso, utile riproporre all'esame del Parlamento quello stesso progetto che, sul finire della passata legislatura, venne approvato dalla Commissione igiene e sanità della Camera. Tale progetto, pur non rappresentando l'*optimum*, è tuttavia da considerarsi un notevole passo avanti sul piano di una più moderna organizzazione della vita ospedaliera italiana; esso resta ancora un utile punto di incontro dei vari gruppi politici sulle diverse questioni controverse e lungamente dibattute in Parlamento e fuori del Parlamento.

Riteniamo in tal modo di compiere opera meritoria nei riguardi della organizzazione ospedaliera italiana che, attraverso le proposte riforme, potrà meglio espletare la sua alta funzione assistenziale.

* * *

La presente proposta di legge è ripartita in quattro titoli, per complessivi 99 articoli.

TITOLO I. — ISTITUTI DI CURA IN GENERE.

CAPO I — *Istituti per ammalati acuti, istituti per lungodegenti e per convalescenti.*

Con l'*articolo 1* gli istituti ospedalieri vengono distinti in istituti per ammalati acuti, istituti per lungodegenti e per convalescenti. Gli istituti ospedalieri vengono, poi, classificati in tre categorie, ciascuna con propria denominazione (centri ospedalieri; ospedali principali; ospedali circoscrizionali). In detto articolo è specificato che la nuova normativa non si applica agli istituti di cura per malattie mentali (che sono oggetto di altra iniziativa parlamentare, già all'esame della Camera e di una iniziativa governativa preannunciata dal Ministro della sanità in sede di esame del bilancio per il periodo dal 1° luglio al 31 dicembre 1964); non si applica, parimenti, neppure agli istituti a carattere scientifico, i quali sono regolati da propri statuti organici.

Di notevole importanza è la disposizione contenuta all'*articolo 2* in base alla quale vengono trasferiti al Ministero della sanità l'alta vigilanza e ogni altro potere sugli Enti che svolgono esclusivamente o prevalentemente attività ospedaliera, attualmente attribuiti al Ministero dell'interno dalla legge 17 luglio 1890, n. 6972.

Con l'*articolo 3* gli Istituti ospedalieri vengono chiamati ad assumere compiti che trascendono quelli tradizionali della cura dei

malati, in quanto si estendono alla medicina preventiva ed alla educazione sanitaria, nonché alla preparazione e formazione delle nuove generazioni mediche. In tal modo l'ospedale viene completamente inserito nella organizzazione sanitaria del Paese.

Con l'*articolo 4* vengono definiti gli Istituti ospedalieri specializzati e indicate le modalità con le quali tale qualifica viene riconosciuta.

Il successivo *articolo 5*, dopo aver stabilito che tutti gli Istituti, oltre a soddisfare le esigenze dell'igiene e della tecnica ospedaliera, devono anche avere quei reparti e servizi fondamentali che permettano l'adempimento degli specifici compiti, rinvia al regolamento di esecuzione la precisazione dei requisiti fondamentali indispensabili per i diversi tipi di Istituti ospedalieri.

Con l'*articolo 6* vengono dettati principi sulla articolazione degli Istituti ospedalieri (divisioni e servizi speciali); ogni ulteriore precisazione circa il numero minimo e massimo dei posti-letto di ogni divisione, nonché la determinazione degli elementi costitutivi dei servizi speciali sono rinviate al regolamento di esecuzione della legge.

L'*articolo 7* detta ancora norme circa la organizzazione degli Istituti di cura, precisando che questa deve essere completata dai servizi interni a carattere sanitario-ausiliario e dai servizi sussidiari. Completano la rete dei servizi sussidiari ospedalieri gli ambulatori, poliambulatori, dispensari e consultori, nonché i centri per le malattie sociali.

Con l'*articolo 8* vengono definiti i compiti degli Istituti per ricovero e cura degli ammalati lungodegenti e dei convalescenti, vale a dire di due categorie di degenti che incidono negativamente sul costo medio delle degenze e sui bilanci degli Enti tenuti a sostenerne l'onere. Si rende, pertanto, necessario provvedere all'assistenza dei lungodegenti e dei convalescenti presso reparti ovvero appositi Istituti che pratichino rette meno onerose, senza pregiudizio, naturalmente, per la proprietà delle prestazioni.

Di notevole interesse è, infine, l'*articolo 9*, il quale definisce la competenza in ordine alla classificazione degli Istituti ospedalieri: detta classificazione è stabilita non più in base alla media giornaliera delle degenze, bensì con riferimento a più parametri quali: il numero dei posti-letto complessivi, la media annuale dei ricoverati, il numero delle divisioni e dei servizi speciali, la consistenza e la efficienza delle attrezzature scientifiche nonché la funzionalità dei servizi ausiliari e sus-

sidiari. La classificazione di cui sopra è fatta con decreto del medico provinciale competente per territorio, sentito il consiglio provinciale di sanità; alla classificazione degli Istituti ospedalieri dipendenti da Enti interprovinciali o nazionali provvede il Ministro della sanità.

CAPO II. — Piano regolatore degli Istituti di cura e dei Centri sanitari.

Gli articoli 10, 11 e 12 sono stati dettati dalla necessità di addivenire a quella gerarchizzazione territoriale degli ospedali da tutti gli studiosi auspicata per le seguenti ragioni: l'alto costo delle attrezzature specializzate, specie se si tien conto e della loro onerosa manutenzione e del loro rapido invecchiamento; il personale qualificato non è facilmente reperibile da parte degli ospedali che non possono offrire adeguate condizioni di vita; la stragrande maggioranza della popolazione italiana è distribuita in piccoli comuni; i tentativi, riusciti finora infruttuosi, di promuovere tra gli Enti che operano nel settore dell'assistenza ospedaliera l'intesa necessaria sia per assicurare alla popolazione del territorio di loro competenza l'assistenza più corretta, più completa e più economica, sia per evitare la dispersione di fondi e di energia, determinata dalla istituzione di duplicati di servizi e di reparti specialistici perfino nella stessa città; la ricerca, infine, di malati in regime di concorrenza e quindi a condizioni spesso non remunerative.

All'uopo, in ogni regione sarà elaborato, in base alle proposte di piani provinciali (compilati dal medico provinciale in collaborazione con le amministrazioni ospedaliere e con gli altri Enti pubblici interessati), un piano regionale ospedaliero. L'intervento finanziario dello Stato potrà essere sollecitato solo a favore degli ospedali previsti da detto piano.

TITOLO II. — PERSONALE SANITARIO ED AUSILIARIO.

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

CAPO I. — Disposizioni generali.

L'articolo 13 classifica in modo organico il personale sanitario ed ausiliario.

L'articolo 14 detta norme per la deliberazione della pianta organica, nonché per la sua approvazione da parte delle autorità tutorie.

L'articolo 15 riguarda la stabilità dei sanitari ospedalieri, il periodo di prova, l'eventuale provvedimento di dimissioni. Risulta lievemente modificato, da un punto di vista formale, rispetto a quello approvato dalla Commissione igiene e sanità della Camera nella passata legislatura, al fine di coordinarlo con le nuove norme recentemente approvate dal Parlamento sullo stato giuridico del personale sanitario degli ospedali.

L'articolo 16 introduce l'obbligo per le amministrazioni ospedaliere di assicurare il personale sanitario ed ausiliario contro gli infortuni, compresi quelli da radiazioni ionizzanti, derivanti da causa di servizio.

L'articolo 17 fa divieto al personale sanitario di ruolo di occupare altri posti di ruolo presso Istituti ospedalieri; impone l'obbligo per il personale medico di fissare la propria residenza nel comune ove ha sede l'Istituto ospedaliero da cui dipende; pone, infine, ai medici il divieto di costituire rapporti professionali con case di cura private, se l'Istituto ospedaliero da cui dipendono sia dotato di sale speciali per paganti in proprio, e di partecipare alla gestione di case di cura, o di svolgere attività pregiudizievoli per l'interesse economico dell'ospedale.

Con l'articolo 18 si prevede che le Amministrazioni ospedaliere hanno facoltà di proporre al personale medico un diverso stato giuridico, in base al quale i medici riservano esclusivamente all'Istituto ospedaliero le proprie prestazioni professionali, rinunciando all'esercizio della libera professione fuori dell'ospedale.

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

CAPO II. — Personale medico.

Con gli articoli 19 e 20 vengono dettate norme per la istituzione e le attribuzioni del sovrintendente sanitario. Rifiutando la tesi di chi vorrebbe vedere il sovrintendente as-

sumere le funzioni di un superprimario clinico, si è ritenuto che egli debba restare il prezioso collaboratore dell'amministrazione e l'indispensabile guida in compiti di carattere tecnico. Per l'assorbente funzione che gli è affidata e per ovvi motivi di opportunità nei rapporti con il restante personale medico, al sovrintendente non è consentito l'esercizio professionale.

L'articolo 21 stabilisce quali Istituti ospedalieri debbono avere un direttore sanitario nominato per concorso e quali possono averlo per incarico interno conferito ad uno dei primari, che dia affidamento di poter assumere anche la responsabilità del governo igienico-sanitario dell'Istituto. Si è ritenuto di dover modificare il disposto dell'articolo 21 delle vigenti norme, stabilendo per gli ospedali specializzati l'obbligo di avere una direzione autonoma e sollevata da ogni attribuzione clinica *strictu sensu*, quando in organico figurino più di tre primari o vi siano reparti di degenza destinati a più specialità. In altri termini, al numero dei letti si è sostituito il concetto della maggiore o minore complessità di organizzazione dell'ospedale e, conseguentemente, della possibilità da parte di chi ha le gravi responsabilità cliniche di assumere anche quelle non meno impegnative relative alla direzione.

L'articolo 22 stabilisce le attribuzioni del direttore sanitario.

L'articolo 23 tratta dei vicedirettori e degli ispettori sanitari.

L'articolo 24 riguarda le attribuzioni del primario.

Del tutto nuove sono le disposizioni contenute negli articoli 25 e 26. L'articolo 25 prevede la costituzione, presso ogni istituto ospedaliero, di un consiglio dei sanitari quale organo di consulenza tecnica dell'amministrazione e della direzione sanitaria. L'articolo 26, a sua volta, prevede la creazione presso gli enti da cui dipendano due o più ospedali, di un consiglio centrale dei sanitari, quale organo di consulenza tecnica dell'amministrazione e del sovrintendente sanitario.

Gli articoli 27 e 28 riguardano le attribuzioni rispettivamente degli aiuti e degli assistenti.

L'articolo 29 prevede per la prima volta l'accesso negli ospedali di medici nella posizione di assistenti volontari. È questa una innovazione di non piccolo significato che, mentre dà un concreto contenuto alla funzione didattica degli ospedali, crea una categoria di personale ospedaliero parallela a

quella degli istituti universitari, con intuitivo vantaggio della cura del malato, e consente ai medici di mantenere rapporti con la vita ospedaliera, condizione questa indispensabile per favorire l'auspicata proiezione all'esterno dei progressi diagnostici e terapeutici realizzati negli ospedali e per cementare la non meno auspicata collaborazione fra medici ospedalieri e medici liberi professionisti.

Con gli articoli 30, 31 e 32 viene definita la posizione dei medici interni. Al fine di dare larga possibilità ai giovani medici di poter completare la loro preparazione professionale in ospedale è stato fatto obbligo agli istituti ospedalieri per acuti di istituire, in ragione del doppio dei posti di assistente previsti nella pianta organica dell'ospedale, posti di medico interno; l'internato ha la durata di due anni; i medici interni non hanno alcun rapporto di impiego con l'ente ospedaliero.

CAPO III. — Personale sanitario non medico.

Gli articoli 33, 34 e 35 riguardano il direttore di farmacia, i farmacisti coadiutori, il cappellano, le infermiere professionali e le ostetriche. In rapporto ai criteri che hanno determinato un ridimensionamento delle varie unità funzionali dell'ospedale, il numero dei degenti affidati ad una infermiera professionale è stato opportunamente ridotto a 20 in luogo dei 30 contemplati dal regio decreto del 1938.

TITOLO III. — CONCORSI A POSTI DI SANITARI.

CAPO I. — Disposizioni generali.

Con l'articolo 36 viene disposto che la nomina dei sanitari ospedalieri (ad eccezione del sovrintendente sanitario e del direttore sanitario dei centri ospedalieri) avviene a seguito di pubblico concorso per titoli ed esami, sistema questo più rispondente non solo ai principi di obiettività, ma anche alla esigenza della più completa valutazione della personalità del candidato.

L'articolo 37 stabilisce che i concorsi per sanitari ospedalieri debbono essere banditi entro sei mesi ed espletati entro un anno dalla vacanza e che, in caso di inadempienza, il medico provinciale vi provvede di ufficio. Si è voluto così evitare che gli incarichi si protraggano oltre ogni giusto limite e che si determinino situazioni di fatto difficili a rimuoversi.

Con l'articolo 38 si dà facoltà alle amministrazioni di istituti ospedalieri della stessa

categoria e situati nella stessa provincia di richiedere al medico provinciale il raggruppamento dei concorsi per posti di sanitari nella medesima qualifica. In tal modo, mentre si riduce la spesa per le amministrazioni e per gli stessi candidati, si evita che questi siano sottoposti, talvolta a distanza di pochi giorni, al trauma fisio-psichico di ripetere le prove di esame per concorsi del medesimo tipo.

L'*articolo 39* stabilisce il punteggio minimo per ottenere la idoneità.

L'*articolo 40* disciplina la valutazione da attribuire ai servizi prestati presso gli ospedali militari, valutazione che, affidata finora al giudizio delle singole commissioni di esame, ha dato luogo, per lo stesso servizio, a punteggi profondamente diversi.

L'*articolo 41* conferma la validità delle graduatorie per coprire i posti resisi vacanti entro sei mesi dalla pubblicazione delle stesse; per i posti di interino prevede la preferenza a favore degli idonei del precedente concorso, purché espletato da non oltre un anno.

L'*articolo 42* precisa che i concorsi hanno luogo, di norma, presso gli stessi ospedali che li hanno banditi.

Con l'*articolo 43* sono dettati i criteri generali per la commissione giudicatrice circa lo svolgimento delle prove di esame: è richiamato, in proposito, il decreto del Presidente della Repubblica 3 maggio 1957, n. 686. Le ragioni di tale profonda innovazione sono molteplici e in gran parte intuitive, ma quella che più ha influito nel determinare l'abbandono del sistema tradizionale è stato il convincimento che le prove scritte di concorsi di così alto livello debbano svolgersi al riparo, il più possibile, da fortuite circostanze legate a studi particolari e a relazioni congressuali, a conferenze, a lezioni ecc. conosciuti da questo o quel candidato meglio che da altri per affinità di scuole o per fortunata partecipazione a convegni, simposi, ecc.

L'*articolo 44* stabilisce che i professori universitari e i primari chiamati a far parte di commissioni giudicatrici debbono essere della materia messa a concorso; nel caso non esistano in campo nazionale, potranno essere scelti tra quelli di materia strettamente affine.

CAPO II. — Personale medico.

Con l'*articolo 45* vengono dettate norme per la partecipazione ai concorsi per titoli per il posto di sovrintendente sanitario.

Gli *articoli 46 e 47* disciplinano la materia dei concorsi per titoli ed esami al posto di

direttore sanitario. In difformità al disposto del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, che, come è noto, prevedeva il raggruppamento nazionale dei concorsi ai posti di direttore sanitario, ed in conformità a quanto disposto dal decreto del Presidente della Repubblica 10 giugno 1955, n. 854, sono state demandate alle singole amministrazioni ospedaliere l'indizione dei concorsi e la nomina delle commissioni giudicatrici.

L'*articolo 48* disciplina i concorsi per titoli ed esami al posto di ispettore sanitario.

Gli articoli da 49 a 55 riguardano i concorsi per titoli ed esami al posto di primario. L'*articolo 49* stabilisce i requisiti per la partecipazione ai concorsi. L'*articolo 50* riguarda la composizione delle commissioni giudicatrici, alle quali viene conservata l'attuale struttura basata sulla presenza di cinque commissari. L'*articolo 51* indica le prove che debbono sostenere gli aspiranti ai posti di primario; fra le prove di esame si è ritenuto di dover conservare la prova scritta, nel convincimento che essa sia la più idonea a dare una misura completa ed obiettiva della personalità e della preparazione dei candidati.

Gli *articoli 52, 53 e 54* stabiliscono rispettivamente i titoli di carriera ed i punteggi da attribuire ai titoli ed alle prove di esame, introducendo modifiche ed aggiunte rispetto alle disposizioni contenute negli articoli 54 e 55 delle norme vigenti. Vi è da rilevare, a questo riguardo, che: *a*) non è stato conservato il maggiore punteggio ai servizi prestati presso l'ospedale che bandisce il concorso, previsto dalle norme vigenti; *b*) non è stato previsto alcun punteggio per i servizi prestati presso istituti privati, del pari considerati dalle norme vigenti; *c*) sono stati previsti, invece, distinti punteggi per i servizi di aiuto ed assistente, rispettivamente di ruolo, incaricato e straordinario, nonché per la idoneità conseguite nei concorsi a posti di aiuto e di assistente ospedalieri ed universitari.

Circa i punteggi, il nuovo testo prevede 90 punti per i titoli (di cui 50 per quelli di carriera, 25 per quelli di studio ed accademici e 15 per le pubblicazioni) e 90 punti per gli esami (di cui 30 per la prova scritta, 40 per la prova clinica sul malato, 15 per la prova teorico-pratica e 5 per la prova orale), mentre le norme vigenti (art. 54 del testo unico del 1938) assegnano 35 punti ai titoli (di cui 20 a quelli di carriera e 15 complessivamente per i titoli di studio, accademici e per le pubblicazioni) e 65 punti agli esami (di cui 18 alla prova scritta, 25 alla prova clinica, 12 alla prova di anatomia patologica e 10

alla prova orale). L'accostamento fra titoli ed esami è parso giusto, trattandosi di concorsi che rappresentano in coronamento di una lunga carriera di studio e di tirocinio pratico.

Di notevolissima importanza è, poi, l'innovazione introdotta con la norma di cui all'*articolo 55*, in base alla quale nei centri ospedalieri e negli ospedali principali i posti di primario vacanti o di nuova istituzione possono essere ricoperti con trasferimento per chiamata di altri primari in servizio di ruolo da almeno cinque anni in ospedali di categoria pari o superiore.

Gli articoli da 56 a 60 riguardano i concorsi per titoli ed esami al posto di aiuto. L'*articolo 56* stabilisce i requisiti per la partecipazione ai concorsi; l'*articolo 57* riguarda la composizione delle commissioni giudicatrici e le prove di esame. Gli *articoli 58, 59 e 60* stabiliscono rispettivamente i titoli di carriera ed i punteggi da attribuire ai titoli ed alle prove di esame. Per quanto riguarda i punteggi complessivi è da notare che è stata operata una modifica rispetto alle norme vigenti, fissandosi 40 punti per i titoli e 60 per le prove di esame. Le norme vigenti, infatti, attribuiscono una importanza decisiva agli esami, assegnando 50 punti ai titoli e 200 complessivi alle prove di esame. Le modifiche apportate rispondono alla figura che nel nuovo testo assume l'aiuto, che può considerarsi, a ragione, un vice-primario con responsabilità cliniche e didattiche nei confronti dei medici assistenti e dei medici interni assai più impegnative delle attuali. D'altra parte, l'aver destinato, dei 40 punti previsti per i titoli, 10 punti ai titoli di studio e 5 alle pubblicazioni e 25 ai titoli di carriera, costituisce uno stimolo per i giovani medici ospedalieri al lavoro di ricerca.

Gli articoli da 61 a 64 riguardano i concorsi per titoli ed esami al posto di assistente.

L'*articolo 61* stabilisce i requisiti per la partecipazione. In merito c'è da osservare che ai concorsi per assistente sono ammessi non più tutti i laureati in medicina che non abbiano oltrepassato 30 anni di età (art. 63 delle norme del 1938), ma solo quelli che abbiano regolarmente compiuto il biennio di internato o siano in possesso di diploma di specializzazione o di libera docenza o siano già assistenti di ruolo o incaricati o volontari da almeno due anni presso istituti ospedalieri o universitari. L'accesso alla carriera ospedaliera è riservato perciò a coloro che hanno compiuto un minimo di tirocinio pratico e possiedono, pertanto, già un orientamento circa la branca da coltivare.

L'*articolo 62* riguarda la composizione delle commissioni giudicatrici; l'*articolo 63* indica le prove che debbono sostenere gli aspiranti ai posti di assistente; l'*articolo 64* stabilisce i punteggi da attribuire alle prove di esame e ai titoli di carriera, professionali e di studio.

Gli *articoli 65 e 66*, infine, riguardano rispettivamente la commissione giudicatrice e le prove di esame per l'ammissione al biennio di internato.

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

Si è ritenuto di prevedere un apposito capo per gli ospedali dipendenti da enti a carattere interprovinciale o nazionale. Come è noto, le norme del 1938 non sono state finora recepite dall'Istituto nazionale della previdenza sociale e, solo in parte, sono state seguite dall'Istituto nazionale infortuni sul lavoro. Gli articoli da 67 a 70 prevedono disposizioni integrative, al fine di rendere possibile l'applicazione delle nuove norme, senza alcun pregiudizio delle finalità perseguite nel campo previdenziale dagli enti medesimi.

In particolare, l'*articolo 67* dispone che i direttori sanitari degli istituti di cura dipendenti da enti a carattere interprovinciale o nazionale sono nominati in seguito a pubblico concorso per titoli e per esami.

L'*articolo 68* stabilisce che a far parte della commissione giudicatrice sia chiamato anche il dirigente del servizio sanitario centrale o, su sua designazione, un funzionario medico dell'ente, da cui l'istituto di cura dipende, nonché un professore universitario di medicina legale e delle assicurazioni. La presenza di un autorevole funzionario tecnico dipendente dall'istituto interessato, oltre ad assicurare alla commissione una qualificata rappresentanza dell'istituto stesso, ne rende più completa la composizione. Il professore universitario di medicina legale e delle assicurazioni, atteso il carattere degli enti suindicati operanti sul piano assicurativo, costituisce una opportuna integrazione.

L'*articolo 69* tratta della costituzione della commissione giudicatrice dei concorsi a posti di primario, aiuto ed assistente presso gli istituti di cura dipendenti dagli enti in parola; anche qui la commissione è integrata dal dirigente del servizio sanitario centrale dell'Ente da cui l'istituto dipende (o da un funzionario medico da lui designato) e da un professore universitario di medicina legale e delle assicurazioni.

L'articolo 70 concede agli istituti a carattere interprovinciale nazionale la facoltà di integrare le materie relative alle prove orali dei concorsi con argomenti concernenti le finalità, le attribuzioni e il funzionamento degli istituti stessi. In tal modo le amministrazioni interessate possono utilmente disporre di un margine di discrezionalità nella formulazione dei programmi delle prove orali, si da rendere i programmi stessi aderenti al carattere, agli scopi ed alla funzione dei loro istituti di cura.

CAPO IV. — Personale sanitario non medico.

Gli articoli da 74 a 75 riguardano i direttori di farmacia e i farmacisti.

In particolare, l'articolo 71 prevede le attribuzioni del direttore di farmacia; l'articolo 72 stabilisce i requisiti per l'ammissione ai concorsi per posti di farmacista-direttore e farmacista; l'articolo 73 riguarda le commissioni giudicatrici; l'articolo 74 stabilisce le prove di esame; l'articolo 75, infine, concerne i punteggi da attribuire ai titoli ed alle prove di esame.

Gli articoli 76, 77 e 78 disciplinano i concorsi per le ostetriche. In particolare l'articolo 76 stabilisce i requisiti per la partecipazione ai concorsi; l'articolo 77 riguarda la composizione delle commissioni giudicatrici; l'articolo 78, infine, indica le prove di esame.

TITOLO IV. — FUNZIONAMENTO INTERNO DEGLI ISTITUTI OSPEDALIERI.

Con l'articolo 79 viene posto l'accento sul diritto che hanno tutti gli enti che sostengono le spese di degenza a prendere conto degli infermi ricoverati a loro carico negli ospedali. Tale facoltà, che il regio decreto n. 1631 del 1938 conferisce alle amministrazioni comunali, viene esteso a tutti gli altri enti che ricoverano infermi e, in primo luogo, agli enti mutualistici ed assicurativi.

L'articolo 80 detta norme per la dimissione dei malati.

L'articolo 81 riguarda le diarie per i malati non paganti. Al fine di assicurare agli istituti ospedalieri entrate adeguate alle maggiori spese loro addossate in base al complesso dei compiti definiti dall'articolo 3 del provvedimento, si è ritenuto di stabilire che la misura delle diarie dei malati non paganti in proprio dovrà essere commisurata non solo a tutte le voci che si riferiscono alle spese

sopportate dalle amministrazioni ospedaliere per assicurare agli infermi il ricovero e l'assistenza adeguati e le appropriate prestazioni di indagine e di cura, ma anche alle voci che si riferiscono alle spese necessarie per assolvere i compiti diagnostico-terapeutici, profilattici, scientifici, didattici ed educativi. Nella determinazione della misura delle suddette diarie dovranno inoltre essere considerati anche tutti gli altri oneri cui gli istituti ospedalieri devono far fronte in base a disposizioni di legge già vigenti.

Con l'articolo 82 viene stabilito, fra l'altro, che i compensi fissi, che gli enti mutualistici e cooperativi corrispondono all'amministrazione ospedaliera per il ricovero dei propri assistiti saranno devoluti al personale sanitario. Questa nuova dizione sostituisce l'altra usata nel testo del 1938 di « sanitari curanti » che ha dato luogo ad interpretazioni controverse. Le presenti norme stabiliscono, inoltre, che una quota parte dei compensi mutualistici deve essere devoluta all'amministrazione ospedaliera per essere destinata integralmente ai miglioramenti economici del personale sanitario.

Con gli articoli da 83 a 86 viene disciplinata la materia della fissazione delle rette di ricovero per l'assistenza e la cura dei malati non paganti in proprio. L'articolo 83 prevede che tali rette siano determinate con deliberazione dell'amministrazione ospedaliera da approvarsi dal comitato provinciale di assistenza e beneficenza pubblica, previo parere di una apposita commissione istituita in ogni provincia e presieduta dal medico provinciale.

L'articolo 84 stabilisce che le diarie, deliberate dai consigli di amministrazione e approvate dagli organi di controllo, sono immediatamente esecutive ed esigibili.

L'articolo 85 prevede che i criteri e le direttive per la determinazione, l'aggiornamento ed il coordinamento di dette rette sono fissati da un comitato interministeriale presieduto dal Presidente del Consiglio dei ministri e composto dai ministri della sanità, dell'interno, del tesoro, del lavoro e previdenza sociale.

L'articolo 86 prevede la costituzione, in ogni provincia, di un'apposita commissione cui è affidato il compito di esprimere il parere sulle deliberazioni concernenti la determinazione delle rette ospedaliere.

L'articolo 87 riguarda i malati paganti in proprio e le relative diarie e tariffe di cura: è previsto che i proventi derivanti dalle prestazioni medico-chirurgiche siano devoluti al personale medico, salvo una quota non

superiore al 25 per cento che sarà trattenuta dalle amministrazioni ospedaliere.

L'*articolo 88* si riferisce alle tariffe per le prestazioni a pagamento negli ambulatori, negli istituti di cura speciali e nei laboratori.

Con l'*articolo 89*, stante la insufficienza da tutti lamentata delle scuole-convitto per infermiere professionali e la necessità di personale infermieristico sempre più qualificato, è prevista la istituzione di tali scuole nei centri ospedalieri anche specializzati e negli ospedali principali.

Con l'*articolo 90* è prevista, nei centri ospedalieri, negli ospedali principali e negli ospedali specializzati, la istituzione di corsi tecnico-pratici per aspiranti ai posti di assistenti tecnici o di preparatori. Si è voluto in tal modo sopperire alla deficienza di personale qualificato da impiegare nei settori tecnico-sanitari (radiologia ecc.) e laboratoristici degli ospedali.

L'*articolo 91* reca disposizioni speciali per l'assistenza infermieristica presso gli ospedali appartenenti ad ordini e congregazioni religiose.

L'*articolo 92* prevede il caso che un istituto ospedaliero non risponda ai requisiti di legge; nei casi più gravi il Ministro della sanità può promuovere lo scioglimento dell'amministrazione dell'istituto ospedaliero.

L'*articolo 93* riguarda i controlli sui regolamenti interni degli ospedali e del personale sanitario e di assistenza.

Con l'*articolo 94* è prevista, entro un anno, la classificazione degli istituti ospedalieri esistenti.

L'*articolo 95* prevede, a seconda delle necessità assistenziali locali, la trasformazione delle infermerie in ospedali propriamente detti o in convalescenziari o in istituti di cura per malati lungodegenti.

L'*articolo 96* stabilisce che ai primari, ai direttori sanitari e ai sovrintendenti sanitari si applicano le norme sullo stato giuridico dei professori universitari.

DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

L'*articolo 97* riguarda gli ospedali clinicizzati e gli ospedali convenzionati con le università, per i quali restano in vigore le relative convenzioni approvate dal Ministero della sanità e dal Ministero della pubblica istruzione.

L'*articolo 98* disciplina, in via transitoria, i concorsi banditi prima dell'entrata in vigore della presente legge, nonché il primo concorso che verrà bandito successivamente.

L'*articolo 99* concerne il regolamento di esecuzione da emanarsi entro un anno.

* * *

Abbiamo ritenuto utile e doveroso ripresentare tale proposta di legge non soltanto perché essa rappresenta il risultato del lavoro di una legislatura, ma soprattutto perché contiene alcuni principi utilissimi per una visione e realizzazione moderna e dinamica dell'ospedale di oggi.

Sintetizziamo, concludendo, alcuni di questi: attribuzione di tutte le competenze sugli ospedali al Ministero della sanità, l'ospedale divenuto centro di coordinamento e potenziamento di tutti i servizi sanitari esistenti nell'unità territoriale in cui esso opera, l'ospedale considerato come strumento primo a servizio del cittadino, non solo per la diagnosi e terapia dello stato morbosso, ma anche centro di educazione igienico-sanitaria e della profilassi per la prevenzione dello stato di malattia, infine, centro di recupero sociale del malato per il suo reinserimento attivo nella vita sociale.

Sottolineiamo anche la previsione nella legge della creazione di piani provinciali e regionali per una rete ospedaliera efficiente e sufficiente.

Nella passata legislatura, nell'approvazione di questa legge confluirono i voti dei colleghi di ogni settore politico.

Confidiamo che tale unanimità di consensi vorrà confortare ancora lo stesso provvedimento che ci onoriamo riproporre all'esame del Parlamento.

IV LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

STRUTTURA E ATTIVITÀ DEGLI ISTITUTI DI CURA

Istituti di cura — Posti letto; personale sanitario, di assistenza ed ausiliario; movimento dei ricoverati; degenze.

ISTITUTI DI CURA	Istituti	Posti-letto	PERSONALE SANITARIO DI ASSISTENZA ED AUSILIARIO						MOVIMENTO DEI RICOVERATI				Degenze (migliaia)		
			Medici	Infermieri	Ostetriche	Personale amministrativo	Tecnici, inservienti ed altri	Presenti al 31-XII-1959	Entrati	Usciti	Deceduti	Presenti al 31-XII-1960			
<i>Istituti di cura pubblici:</i>															
Ospedali ordinari	1.237	234.066	20.716	28.003	1.453	7.769	47.631		137.193	3.630.444	3.546.895	80.199	140.543	62.453	
generali	1.103	206.309	17.869	24.764	1.198	6.846	40.287		120.531	3.242.062	3.165.447	73.633	123.513	54.743	
1ª categoria	60	76.337	9.175	12.183	263	2.836	18.259		47.764	1.226.325	1.188.292	36.802	48.995	22.215	
2ª categoria	105	43.144	3.305	5.215	240	1.446	8.640		26.043	799.987	783.318	15.547	27.165	12.342	
3ª categoria ed infermerie	938	86.828	5.290	7.366	695	2.564	13.388		46.724	1.215.750	1.193.837	21.284	47.353	20.186	
specializzati	134	27.757	2.857	3.239	255	923	7.344		16.662	388.382	381.448	6.566	17.030	7.710	
1ª categoria	37	14.416	1.243	1.839	125	469	3.759		9.660	187.735	183.909	3.615	9.871	4.223	
2ª categoria	62	9.962	1.393	1.101	53	319	2.692		5.178	148.625	145.817	2.684	5.302	2.648	
3ª categoria	35	3.379	241	299	77	135	893		1.824	52.022	51.722	267	1.857	839	
Ospedali sanatoriali e preventori vigilati	160	49.111	1.451	2.886	8	1.071	14.522		39.824	69.597	66.664	3.091	39.666	15.087	
Ospedali neuropsichiatrici.	94	96.519	857	17.964	3	882	6.031		89.073	65.711	60.000	4.630	90.154	33.301	
Totale	1.491	379.696	23.024	48.853	1.464	9.722	68.184		266.090	3.765.752	3.673.559	87.920	270.363	110.841	
<i>Istituti di cura privati:</i>															
Ordinari	825	36.535	3.210	3.855	578	1.101	8.581		12.670	621.269	616.203	3.824	13.912	7.004	
Sanatoriali	113	19.037	515	692	6	293	3.388		13.766	20.330	19.420	754	13.922	5.369	
Neuropsichiatrici	78	15.271	285	1.539	3	137	1.684		11.786	21.290	20.077	604	12.395	4.484	
Totale	1.016	70.843	4.010	6.086	587	1.531	13.653		38.222	662.889	655.700	5.182	40.229	16.857	
TOTALE GENERALE	2.507	450.539	27.034	54.939	2.051	11.253	8.1837		304.312	4.428.641	4.329.259	93.102	310.592	127.698	

IV LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

Personale sanitario, di assistenza ed ausiliario per qualifica professionale.

ISTITUTI DI CURA	MEDICI						PERSONALE DI ASSISTENZA ED AUSILIARIO								
	Diret- tori e Primari	Aiuti	Assi- stenti di ruolo e volon- tari	Altri	Totale	Infermiere diplomate e caposala		Infermieri patentati		Oste- triche	Totale		Perso- nale ammini- strativo ed altri	Tecnici, inser- vienti ed altri	
						Laiche	Reli- giose	Laici	Reli- giosi		Laici	Reli- giosi			Laici e religiosi
<i>Istituti di cura pubblici:</i>															
Ospedali ordinari	4.048	3.416	13.552	—	20.716	4.948	7.445	13.916	1.694	1.453	20.317	9.139	29.456	7.769	47.631
generali	3.732	2.801	11.336	—	17.869	4.225	6.581	12.471	1.487	1.198	17.894	8.068	25.962	6.846	40.287
1ª categoria	968	1.179	7.028	—	9.175	2.657	2.371	6.585	570	263	9.505	2.941	12.446	2.836	18.259
2ª categoria	783	599	2.043	—	3.395	891	1.173	2.902	249	240	4.033	1.422	5.455	1.446	8.640
3ª categoria ed infermerie specializzati	1.981	1.023	2.295	—	5.299	677	3.037	2.984	668	695	4.356	3.705	8.061	2.564	13.388
1ª categoria	346	345	2.216	—	2.847	723	864	1.445	207	255	2.423	1.071	3.494	923	7.344
2ª categoria	160	156	927	—	1.243	425	502	778	134	425	1.328	636	1.964	469	3.759
3ª categoria	110	128	1.155	—	1.393	224	270	552	55	53	829	325	1.154	319	2.692
Ospedali sanatoriali e preven- tori vigilati	46	31	434	—	211	74	92	115	18	77	266	110	376	135	893
Ospedali neuropsichiatrici	330	354	758	—	1.451	677	873	807	439	8	1.582	1.312	2.894	1.071	14.522
Totale	282	182	392	—	857	6.814	1.345	9.646	159	3	16.463	1.504	17.967	882	6.031
<i>Istituti di cura privati:</i>															
Ordinari	4.669	3.652	14.703	—	23.024	12.439	9.665	24.459	2.292	1.464	38.262	11.955	50.317	9.722	68.184
Sanatoriali	1.604	—	—	1.606	3.210	832	1.637	986	400	578	2.306	2.037	4.433	1.101	8.581
Neuropsichiatrici	201	—	—	314	515	107	272	214	99	6	327	371	698	273	3.388
Totale	117	—	—	168	285	201	257	877	204	3	1.081	461	1.542	437	1.684
Totale GENERALE	1.922	—	—	2.088	4.010	1.140	2.166	2.077	703	587	3.804	2.869	6.673	1.531	13.652
	6.591	3.652	14.703	2.088	27.034	13.579	11.820	26.536	2.925	2.051	42.166	14.824	56.950	11.253	81.837

PROPOSTA DI LEGGE

TITOLO I.

ISTITUTI OSPEDALIERI IN GENERE

CAPO I.

ISTITUTI PER AMMALATI ACUTI ISTITUTI PER LUNGODEGENTI E PER CONVALESCENTI

ART. 1.

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

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

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

- 1°) centri ospedalieri;
- 2°) ospedali principali;
- 3°) ospedali circoscrizionali.

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

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

ART. 2.

L'alta sorveglianza ed ogni altro potere sugli enti che svolgono esclusivamente o prevalentemente attività ospedaliera, attribuiti al Ministero dell'interno dalla legge 17 luglio 1890, n. 6972, e successive modificazioni, o ad altri Ministeri, spettano al Ministero della sanità che li esercita a mezzo dei suoi organi periferici.

Gli enti che svolgono non esclusivamente né prevalentemente attività ospedaliera, debbono, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, costituire per l'amministrazione dei dipendenti istituti di cura un'azienda speciale, distinta dall'amministrazione ordinaria dell'ente con bilanci e conti separati, dotata di propri organici del

personale e retta da propri organi amministrativi e sanitari.

La vigilanza e la tutela nei confronti delle predette aziende vengono esercitate dal Ministero della sanità a mezzo dei suoi organi periferici, a termini dell'articolo 6 della legge 13 marzo 1958, n. 296, con le modificazioni previste dalla presente legge.

ART. 3.

Gli istituti ospedalieri svolgono compiti diagnostico-terapeutici, profilattici, scientifici, didattici ed educativi.

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

ART. 4.

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

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

Per gli istituti ospedalieri diversi da quelli indicati nei commi precedenti la qualifica di specializzato è riconosciuta con decreto del Ministro della sanità, sentito il parere del Consiglio superiore di sanità.

ART. 5.

Tutti gli istituti di cura di cui all'articolo 1 devono soddisfare le esigenze della igiene e della tecnica ospedaliera e devono avere quei reparti e servizi fondamentali che permettano il sufficiente adempimento dei propri specifici compiti nell'interesse delle popolazioni, nel cui ambito essi operano.

Nel regolamento di esecuzione della presente legge saranno stabiliti i requisiti fondamentali indispensabili per i diversi tipi di istituti ospedalieri.

L'accertamento della sussistenza di tali requisiti, anche per gli istituti di cura dipendenti da enti a carattere interprovinciale o nazionale, è riservato al medico provin-

ciale competente per territorio, che, riscontrata la rispondenza alle esigenze indicate, concede l'autorizzazione all'esercizio dell'attività ospedaliera.

ART. 6.

Gli istituti ospedalieri si articolano in divisioni e servizi speciali.

La divisione è l'unità funzionale dotata di letti per degenze e fornita di attrezzature e personale propri per l'assistenza immediata ai malati.

Il numero minimo e massimo dei posti letto di ogni divisione sarà stabilito dal regolamento di esecuzione della presente legge, secondo la natura delle divisioni e secondo i diversi tipi di istituti di cura. Qualora una divisione superi il massimo consentito, l'amministrazione ospedaliera, sentito il parere del medico provinciale, provvederà a costituire due o più divisioni.

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

Le divisioni e, di norma, i servizi speciali sono diretti da un primario, coadiuvato, secondo le necessità, da uno o più aiuti ed assistenti.

Nel regolamento di esecuzione saranno stabiliti gli elementi costitutivi, i servizi speciali e la determinazione dell'eventuale numero dei letti per degenza e del personale sanitario addetto.

ART. 7.

L'organizzazione degli istituti di cura deve essere completata:

a) dai servizi interni a carattere sanitario-ausiliario per la erogazione dei medicinali e del vitto, per tutte le necessarie forme di assistenza immediata, per la migliore prestazione di cure mediche, nonché da idonei locali per l'assistenza religiosa e sociale;

b) dai servizi sussidiari, atti ad assicurare la raccolta e lo smistamento dei malati, le occorrenti prestazioni di pronto soccorso, le cure ambulatoriali per malati non bisognosi di ricovero e le attività di prevenzione e cura per le malattie sociali.

Tutti i pubblici ambulatori e poliambulatori, dispensari e consultori ed i centri per le malattie sociali da qualunque ente pubblico vengano gestiti, sono considerati centri sanitari che completano la rete dei servizi sussidiari ospedalieri, sono con essi coordinati e funzionano in seguito ad auto-

rizzazione e sotto la sorveglianza del medico provinciale, in conformità del disposto dell'articolo 10 della presente legge.

ART. 8.

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

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

Per assolvere alle loro finalità generiche o specializzate gli istituti per lungodegenti ed i convalescenziari debbono disporre di quei reparti e servizi che saranno stabiliti nel regolamento di esecuzione della presente legge.

Gli enti che gestiscono gli ospedali per lungodegenti o i convalescenziari sono tenuti a deliberare, entro sei mesi dalla entrata in vigore della presente legge, uno speciale regolamento. Detto regolamento che fisserà i requisiti inerenti all'ammissibilità nell'istituto di una o più categorie di infermi e di convalescenti, il numero dei posti letto e le tabelle organiche del personale medico e di assistenza, dovrà essere approvato dal medico provinciale, sentito il Consiglio provinciale di sanità.

ART. 9.

La classificazione degli istituti ospedalieri nelle tre categorie di cui all'articolo 1, è effettuata con decreto del medico provinciale competente per territorio, sentito il Consiglio provinciale di sanità, tenendo conto del numero dei posti-letto complessivi, della media annuale dei ricoverati, del numero delle divisioni e dei servizi speciali, della sufficienza ed idoneità delle attrezzature scientifiche e della funzionalità dei servizi ausiliari e sussidiari, secondo una graduazione che sarà stabilita nel regolamento di esecuzione della presente legge.

In esso saranno anche indicati:

a) le caratteristiche e le competenze delle divisioni e dei servizi speciali, che si considerano di opportuna istituzione negli ospedali secondo le più moderne tecniche mediche;

b) i servizi speciali che negli istituti di cura minori possono essere raggruppati sotto un'unica direzione o aggregati a qualche divisione:

c) i requisiti dei servizi di pronto soccorso e le norme per il loro funzionamento;

d) le caratteristiche dei servizi ambulatoriali e dei servizi per le malattie sociali e di tutti i centri sanitari di cui al precedente articolo 7, nonché le norme per il loro funzionamento ed i criteri per la stipula di convenzioni fra enti locali, enti previdenziali ed assistenziali ed istituti ospedalieri, ai fini del potenziamento e della migliore utilizzazione dei servizi stessi, per il più agevole raggiungimento degli scopi propri dei singoli centri.

Alla classificazione degli istituti ospedalieri dipendenti da enti interprovinciali o nazionali, compresi quelli aventi caratteri previdenziali, provvede il Ministro della sanità.

CAPO II.

PIANO REGOLATORE DEGLI ISTITUTI DI CURA E DEI CENTRI SANITARI

ART. 10.

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

Il piano dovrà, inoltre, comprendere le previsioni di impianto di nuovi centri sanitari o di potenziamento di quelli esistenti, a qualunque ente pubblico appartengano, determinando la sfera di competenza di ciascuno o di gruppi di essi nel quadro dei compiti dei vari enti in coordinamento fra di loro, per il più pronto ed uniforme soddisfacimento delle esigenze di protezione sanitaria delle popolazioni.

ART. 11.

Sulla base delle proposte di piani provinciali corredati del parere del Consiglio pro-

vinciale di sanità, viene redatto un piano regionale ospedaliero dalle autorità sanitarie della Regione.

Dove tali autorità manchino, il piano regionale viene compilato da apposito comitato così costituito:

- a) dagli assessori di sanità delle amministrazioni provinciali;
- b) dagli assessori di sanità dei comuni capoluoghi di provincia;
- c) dai medici provinciali;
- d) dagli ufficiali sanitari dei comuni capoluoghi di provincia;
- e) dal provveditore regionale alle opere pubbliche;
- f) da tre rappresentanti degli enti mutualistici designati dal Ministero competente;
- g) da tre rappresentanti dei sindacati dei lavoratori;
- h) da tre rappresentanti dei medici ospedalieri designati dalla Federazione nazionale dell'ordine dei medici;
- i) da tre rappresentanti dell'Amministrazione ospedaliera designati dalle organizzazioni di categoria.

Tale comitato viene nominato con decreto del Ministro della sanità ed è presieduto da un suo rappresentante.

Con le stesse forme si provvede, almeno ogni triennio, alla revisione dei piani regolatori.

Qualsiasi intervento finanziario da parte dello Stato, volto alla costruzione, all'ampliamento o al restauro degli edifici degli istituti di cura e dei centri sanitari non può aver luogo ove l'ente beneficiario non si adegui alla previsione del piano di cui all'articolo 10.

Parimenti nessun ente pubblico, ad eccezione solamente degli istituti universitari, potrà mettere in funzione istituti di cura o centri sanitari che non siano previsti dal piano predetto.

ART. 12.

I criteri generali a cui debbono ispirarsi gli organi di cui ai precedenti articoli 9, 10 e 11, per la classificazione degli Istituti di cura, per il loro coordinamento, per la previsione di impianti di nuovi ospedali e centri sanitari e per il potenziamento di quelli esistenti a qualunque Ente pubblico essi appartengano, vengono emanati dal Ministro della sanità, nell'ambito delle disposizioni di legge e su parere di apposito Comitato nazionale nominato con decreto del Presidente della Re-

pubblica su proposta del Ministro della sanità e composto:

- a) dai direttori generali del Ministero della sanità;
- b) da tre rappresentanti dei comuni nominati dalle Associazioni di categoria;
- c) dagli assessori regionali di sanità;
- d) da cinque rappresentanti dei sindacati nazionali dei lavoratori;
- e) da tre rappresentanti degli Enti nazionali di assistenza e previdenza;
- f) da cinque rappresentanti delle categorie dei sanitari designati dalle Federazioni degli Ordini professionali;
- g) da tre rappresentanti degli istituti ospedalieri nominati dalle Associazioni di categoria.

TITOLO II.

PERSONALE SANITARIO ED AUSILIARIO

CAPO I.

DISPOSIZIONI GENERALI

ART. 13.

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

Il personale medico si distingue in sovrintendenti sanitari, direttori sanitari, vice direttori sanitari, ispettori sanitari, primari, aiuti, assistenti e medici interni.

Il personale ausiliario è costituito dalle assistenti sociali, dal cappellano, dagli infermieri generici e dai tecnici specializzati dei laboratori di indagine e terapie speciali e da tutti gli altri addetti ai servizi interni.

ART. 14.

In conformità agli effettivi bisogni degli istituti ospedalieri, le Amministrazioni deliberano la pianta organica del personale.

La pianta organica deve essere allegata al regolamento del personale e deve essere sottoposta all'approvazione del medico provinciale, sentito il Consiglio provinciale di sanità, e, per gli enti a carattere interprovinciale o nazionale, all'approvazione del Ministro della sanità.

ART. 15.

Il personale di cui all'articolo 13 acquista la stabilità dopo il periodo di prova, trascorso

il quale l'Amministrazione ospedaliera entro il termine massimo di due mesi provvede alla nomina definitiva o alla dimissione.

La deliberazione di dimissione deve essere motivata.

Il periodo di prova ha la durata di due anni e può essere prorogato di sei mesi quando l'Amministrazione ospedaliera non sia ancora in grado di esprimere un giudizio definitivo. Per gli assistenti e le ostetriche il periodo di prova è di tre anni.

Il personale che abbia acquistato la stabilità, fatta eccezione del sovrintendente sanitario e del direttore sanitario, dei primari, degli aiuti, degli assistenti, dei farmacisti e delle ostetriche viene mantenuto in servizio fino al raggiungimento dei limiti di età, che sono stabiliti dalle amministrazioni ospedaliere nei propri regolamenti, nei limiti fissati dalle vigenti leggi.

Il personale di cui all'articolo 13 può essere dimesso prima della scadenza prevista per constatata invalidità, per provata incapacità professionale, per persistente insufficiente rendimento o per soppressione di posti o per altra causa prevista negli ordinamenti dell'ente ospedaliero.

È ammesso il trasferimento da uno ad altro reparto della stessa materia nello stesso ospedale o in ospedali dipendenti dalla stessa amministrazione.

ART. 16.

Le amministrazioni ospedaliere sono tenute ad assicurare a loro spese il personale di cui all'articolo 13 contro gli infortuni riportati in servizio e per cause di servizio, nonché contro i rischi inerenti l'esercizio professionale svolto in ospedale.

L'assicurazione sarà estesa ai rischi di malattia derivanti dalle radiazioni ionizzanti per il personale esposto alle radiazioni stesse per necessità di servizio.

ART. 17.

Il personale sanitario di ruolo non può occupare altri posti di ruolo presso istituti ospedalieri, né assumere incarichi professionali che interferiscono o, comunque, implicano limitazioni nell'adempimento dei suoi doveri e nell'osservanza degli orari di servizio.

L'amministrazione dell'istituto ospedaliero può autorizzare il personale medico alla assunzione di non più di un incarico purché sia compatibile con gli interessi dell'istituto da cui dipende.

Il personale medico di ruolo ha l'obbligo di fissare la propria residenza nel comune ove ha sede l'istituto ospedaliero da cui dipende e può svolgere fuori dalle ore di servizio la libera professione garantendo la sua facile reperibilità.

Il personale sanitario non può istituire, neppure fuori delle ore di servizio, rapporti professionali né a carattere continuativo né saltuario con le case di cura private quando l'istituto da cui dipende sia dotato delle sale speciali previste dall'articolo 87, comma secondo.

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

ART. 18.

Le amministrazioni ospedaliere hanno facoltà di proporre al dipendente personale medico di una divisione o di un servizio speciale un diverso stato giuridico, in forza del quale i medici riservano esclusivamente all'istituto ospedaliero le proprie prestazioni professionali con rinuncia all'esercizio della libera professione fuori dell'ospedale e ricevono un particolare trattamento economico che assorbe i compensi di cui al successivo articolo 82.

Tale rapporto d'impiego sarà regolato da accordi speciali fra l'amministrazione e i medici interessati, mediante apposita convenzione che sarà deliberata, sentito il parere del consiglio dei sanitari e del sovrintendente sanitario o, dove esso manchi, del direttore sanitario, e sarà sottoposta a ratifica del medico provinciale.

CAPO II.

PERSONALE MEDICO.

ART. 19.

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

Per gli istituti ospedalieri dipendenti da enti a carattere nazionale o a carattere scientifico, il sovrintendente sanitario è il direttore del Servizio sanitario centrale.

ART. 20.

Il sovrintendente sanitario dipende direttamente dal consiglio di amministrazione ed è gerarchicamente superiore ai direttori sanitari.

Al sovrintendente sanitario non è consentito l'esercizio professionale.

Egli interviene alle deliberazioni dell'amministrazione dell'istituto ospedaliero con voto consultivo del quale deve tenersi nota nel verbale delle adunanze, dirige l'ufficio sanitario centrale, coadiuva l'amministrazione nell'organizzazione e nel coordinamento dei servizi ospedalieri, vigila sul funzionamento degli istituti dipendenti.

ART. 21.

Gli ospedali centrali e principali, generali o specializzati con più di tre primari in organico o reparti di degenza destinati a più specialità, debbono avere un direttore sanitario, al quale è fatto divieto del libero esercizio professionale.

Negli altri istituti ospedalieri le funzioni di direttore sanitario possono essere affidate, con deliberazione dell'amministrazione approvata dal medico provinciale, ad uno dei primari di ruolo.

ART. 22.

Il direttore sanitario cura il buon governo igienico dell'istituto ospedaliero, propone all'amministrazione le norme per l'ordinamento dei servizi tecnico-sanitari, ha la sorveglianza sul personale sanitario ed ausiliario, presiede il consiglio dei sanitari, vigila sull'andamento di tutti i servizi ospedalieri, informa il medico provinciale e l'ufficiale sanitario di tutto ciò che può interessare la tutela della salute pubblica.

Egli interviene alle deliberazioni dell'amministrazione, quando non esiste il sovrintendente, con voto consultivo, del quale deve tenersi nota nel verbale dell'adunanza.

ART. 23.

Il direttore sanitario, quando lo richiedono le esigenze di funzionamento dell'ospedale, può valersi della collaborazione di uno o più vice direttori o ispettori sanitari.

Le attribuzioni dei vice direttori o ispettori sanitari, quando tali posti siano previsti in organico, sono determinate nel regolamento del personale.

ART. 24.

Il primario ha la direzione di una divisione o di un servizio speciale ed è responsabile del suo funzionamento anche per le eventuali sezioni distaccate di sua competenza.

ART. 25.

Presso ogni istituto ospedaliero è costituito, quale organo di consulenza tecnica dell'amministrazione e della direzione sanitaria, il consiglio dei sanitari, di cui fanno parte i primari ed il direttore di farmacia in servizio presso l'istituto, nonché un rappresentante degli aiuti ed uno degli assistenti.

Il consiglio dei sanitari è presieduto dal direttore sanitario ed esprime il parere:

a) sulle conferme e sugli incarichi del personale sanitario;

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

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

Esprime, inoltre, parere su ogni altra questione che il consiglio di amministrazione o la direzione sanitaria intendano sottoporgli e formula proposte per il miglioramento dell'efficienza del servizio.

È in facoltà del presidente dell'amministrazione e del sovrintendente sanitario di intervenire alle adunanze del consiglio dei sanitari.

ART. 26.

Per gli enti da cui dipendano due o più ospedali, è costituito il consiglio centrale dei sanitari del quale fanno parte, unitamente ai primari, ai direttori di farmacia e ai direttori sanitari, un rappresentante degli aiuti e uno degli assistenti dei singoli istituti ospedalieri.

Il consiglio centrale è presieduto dal sovrintendente sanitario ed è l'organo di consulenza tecnica dell'amministrazione e del sovrintendente sanitario. Sono ad esso devolute le mansioni di cui al precedente articolo, restando di competenza dei consigli dei sanitari di ciascun istituto, ove esistano, le questioni strettamente limitate all'ambito del rispettivo ospedale.

ART. 27.

Gli aiuti sono distinti in aiuti medici, aiuti chirurgi, aiuti di specialità ed aiuti dei servizi speciali.

L'aiuto dipende dal primario, lo coadiuva nel disimpegno delle sue mansioni e lo sostituisce in caso di assenza.

Osserva i turni di orario, che l'amministrazione stabilisce in conformità dei bisogni del reparto.

ART. 28.

Gli assistenti sono distinti in assistenti medici, assistenti chirurgi, assistenti di specialità e assistenti di servizi speciali.

Gli assistenti eseguono le incombenze che sono loro demandate dal primario e dall'aiuto e osservano i turni di orario che l'amministrazione stabilisce in modo da assicurarne la presenza in conformità dei bisogni del reparto.

ART. 29.

L'amministrazione ospedaliera, su proposta del primario, sentito il sovrintendente o, in mancanza, il direttore sanitario, può autorizzare il primario che ne faccia domanda ad avvalersi della collaborazione di assistenti volontari.

Gli assistenti volontari non vengono computati ai fini della determinazione dell'organico del personale sanitario.

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

Possono essere autorizzati a svolgere attività di assistente volontario i medici che non abbiano superato il trentacinquesimo anno di età ed abbiano compiuto il biennio di internato di cui all'articolo 31 o abbiano ricoperto posti di assistente di ruolo o volontario presso ospedali o istituti universitari o siano in possesso di un diploma di specialità.

ART. 30.

I laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio professionale, possono accedere, previo superamento di una prova di ammissione, ai posti di medico interno che gli istituti per acuti hanno l'obbligo di istituire entro sei mesi dalla entrata in vigore della presente legge in ragione del doppio dei posti di assistenti previsti dalla pianta organica dell'istituto.

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

ART. 31.

L'internato di cui al precedente articolo ha la durata di un biennio e viene espletato con avvicendamento nelle varie divisioni e nei servizi speciali, oltre che nei servizi sussidiari di cui all'articolo 7, lettera b), in modo che il medico interno acquisti pratica delle fondamentali funzioni ospedaliere.

ART. 32.

I medici interni non hanno alcun rapporto di impiego con l'ente ospedaliero, compiono la loro preparazione sotto la responsabilità del primario, espletando eventuali mansioni particolari loro affidate e seguendo gli orari fissati per gli assistenti.

L'esito favorevole del tirocinio è certificato dall'amministrazione ospedaliera, sentito il parere del direttore sanitario e del consiglio dei sanitari.

CAPO III.

PERSONALE SANITARIO NON MEDICO.

ART. 33.

Il direttore di farmacia è responsabile dei servizi farmaceutici e può avvalersi della collaborazione di uno o più farmacisti.

Il cappellano, che è il responsabile dei servizi religiosi, può avvalersi della collaborazione di altri cappellani in rapporto al numero dei posti letto.

ART. 34.

Allo scopo di assicurare l'assistenza immediata, ad ogni divisione devono essere assegnate una infermiera professionale abilitata alle funzioni direttive con mansioni di capo sala ed almeno una infermiera professionale ogni 20 malati.

Presso i centri ospedalieri e gli ospedali principali, deve essere istituito il posto di direttrice dei servizi di assistenza immediata, da assegnare ad una infermiera professionale abilitata alle funzioni direttive, che rimane alle dirette dipendenze del direttore sanitario e collabora con lui per l'organizzazione e la vigilanza dei servizi stessi.

ART. 35.

I sanitari addetti al reparto ostetrico-ginecologico si avvalgono della collaborazione dell'ostetrica.

Quando vi siano più ostetriche, dovrà essere nominata una ostetrica capo.

TITOLO III.

CONCORSI A POSTI DI SANITARI

CAPO I.

DISPOSIZIONI GENERALI.

ART. 36.

I sanitari vengono nominati in base a concorso pubblico per titoli ed esami, tranne quanto disposto per il sovrintendente sanitario ed il direttore sanitario dei centri ospedalieri.

I requisiti per ottenere l'ammissione al concorso debbono essere posseduti prima della scadenza del termine utile per la presentazione delle domande.

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

ART. 37.

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

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

ART. 38.

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

In tal caso la commissione giudicatrice è nominata, d'intesa con le amministrazioni interessate, dal medico provinciale che de-

termina, altresì, le modalità per l'unitario svolgimento dei concorsi.

Il presidente della commissione giudicatrice è designato dalle amministrazioni interessate.

ART. 39.

Non può essere dichiarato idoneo il concorrente che non abbia ottenuto almeno sette decimi sul totale dei punti di cui dispone la commissione giudicatrice per le prove di esame ed almeno sei decimi dei punti in ciascuna delle prove stesse. La graduatoria dei concorrenti dichiarati idonei viene formulata secondo l'ordine della votazione risultante dalla somma dei punti conseguiti nel giudizio dei titoli e dei punti ottenuti nelle prove di esame.

ART. 40.

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

a) nei centri ospedalieri, per gli ospedali militari con un numero di posti-letto non inferiore a 500;

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

c) negli ospedali circoscrizionali, per gli altri ospedali militari.

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

ART. 41.

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

Le amministrazioni ospedaliere, per le vacanze che si verifichino entro sei mesi dalla pubblicazione delle graduatorie, possono nominare i candidati dichiarati idonei secondo l'ordine della graduatoria.

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

ART. 42.

I concorsi a posti di sanitario ospedaliero hanno luogo di norma presso gli ospedali che li hanno banditi.

ART. 43.

La commissione giudicatrice stabilisce la durata delle prove, propone i temi da svolgere e cura la scelta dei malati o dei preparati da esaminare, secondo modalità che saranno stabilite nel regolamento di esecuzione della presente legge, rispettando, in quanto applicabili, le disposizioni di cui al titolo primo del decreto del Presidente della Repubblica 3 maggio 1957, n. 686.

ART. 44.

I professori universitari di ruolo e fuori ruolo e i primari, chiamati a far parte di commissioni giudicatrici, debbono essere della materia messa a concorso.

Nel caso che in campo nazionale non esistano professori universitari e primari ospedalieri della materia messa a concorso, essi potranno essere scelti tra quelli di materia strettamente affine.

CAPO II.

PERSONALE MEDICO.

ART. 45.

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

1°) i sovrintendenti e i direttori sanitari di ruolo di centri ospedalieri ed ospedali principali con nomina definitiva;

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

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

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

ART. 46.

Il direttore sanitario è nominato in base a concorso per titoli ed esami.

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

Possono partecipare al concorso sopraindicato i sanitari di cui ai nn. 2,3 e 4 dell'arti-

45, nonché i direttori, i vice direttori e gli ispettori sanitari che occupano posti di ruolo con nomina definitiva alla data del bando del concorso.

Possono partecipare al concorso per direttore sanitario anche i primari ospedalieri e gli aiuti ospedalieri ed universitari che occupano posti di ruolo da almeno dieci anni.

Possono partecipare, inoltre, i laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione da almeno quindici anni che non abbiano oltrepassato i 40 anni di età e che siano in possesso dei titoli previsti alla lettera *m*) dell'articolo 6 del sopraindicato decreto 19 dicembre 1940.

ART. 47.

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

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

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

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

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

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

ART. 48.

Gli ispettori sanitari sono nominati in base a concorso per titoli ed esami.

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

Possono partecipare al concorso:

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

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

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

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

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

ART. 49.

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

Ai concorsi a posti di primario presso centri ospedalieri ed ospedali principali possono partecipare:

a) i primari ospedalieri, gli aiuti e gli assistenti universitari e ospedalieri, di ruolo o incaricati, che abbiano prestato otto anni di effettivo servizio, di cui almeno due nella posizione di ruolo, presso pubblici ospedali o presso istituti o cliniche universitarie di discipline attinenti al posto messo a concorso;

b) gli assistenti straordinari o volontari degli istituti o cliniche universitarie e gli assistenti volontari ospedalieri, di discipline attinenti al posto messo a concorso, con almeno dieci anni di effettivo servizio come sopra.

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

ART. 50.

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

a) dal Presidente dell'amministrazione ospedaliera o, per sua delega, da un componente del consiglio di amministrazione o dal

sovrintendente o direttore sanitario di ruolo dell'ospedale, presidente;

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

c) da un professore universitario di ruolo o fuori ruolo della materia del posto messo a concorso, fatto salvo il disposto di cui all'articolo 44;

d) da due primari ospedalieri di ruolo della materia del posto messo a concorso, salvo il disposto dell'articolo 44, dei quali uno designato dal competente ordine provinciale dei medici chirurghi.

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

ART. 51.

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

a) svolgimento scritto di un tema;

b) esame clinico di un infermo con relazione scritta e discussione orale del caso, con indicazione delle relative indagini ed accertamenti da praticarsi;

c) una prova teorico-pratica;

d) un esame orale su argomenti di igiene e di organizzazione sanitaria e ospedaliera.

Le prove di cui alle lettere a), b) e c), devono essere strettamente relative alla materia del posto messo a concorso e saranno stabilite dalla commissione esaminatrice secondo le modalità che saranno indicate nel regolamento di esecuzione della presente legge.

ART. 52.

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

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

b) incarico di primario ospedaliero o di insegnante universitario;

c) servizio di aiuto di ruolo ospedaliero od universitario;

d) servizio di aiuto incaricato presso istituti ospedalieri;

e) servizio di assistente di ruolo presso istituti ospedalieri, cliniche ed istituti universitari;

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

g) servizio di assistente straordinario presso cliniche o istituti universitari e di assistente volontario in istituti ospedalieri, cliniche o istituti universitari;

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

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

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

ART. 53.

Nei concorsi al posto di primario ogni componente della commissione dispone per i titoli di 90 punti, che sono ripartiti come segue:

1°) punti 50 per i titoli di carriera;

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

3°) punti 15 per le pubblicazioni.

I punti di cui al n. 1) sono assegnati per i titoli di carriera, indicati nel precedente articolo 52:

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

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

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

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

punti 1 per ogni anno di servizio di cui alla categoria e);

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

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

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

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

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

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

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

I punteggi relativi alle categorie a), b), c), d), e), f), g), vengono ridotti nella misura del

25 per cento per il servizio prestato nella stessa categoria oltre il quinto anno, del 50 per cento per il servizio oltre il decimo anno e del 75 per cento per il servizio oltre il quindicesimo anno.

I punteggi relativi alle categorie *a)*, *b)*, *c)*, *d)*, *e)*, *f)*, *g)*, vengono assegnati nella misura sopra indicata se il servizio è stato prestato in centri ospedalieri o cliniche universitarie e vengono ridotti del 10 per cento per il servizio prestato in ospedali principali e del 20 per cento per il servizio prestato negli altri ospedali.

Qualora il punteggio totalizzato da un candidato nei titoli di carriera superi il massimo dei punti previsti per tali titoli, la Commissione lo ridurrà entro i limiti del punteggio disponibile e provvederà a ridurre in egual proporzione anche il punteggio degli altri concorrenti.

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

ART. 54.

Nei concorsi al posto di primario ogni componente della commissione dispone per gli esami di 90 punti, che sono ripartiti come segue:

- 1°) punti 30 per la prova scritta;
- 2°) punti 40 per la prova clinica sul malato;
- 3°) punti 15 per la prova teorico-pratica;
- 4°) punti 5 per la prova orale.

ART. 55.

Le amministrazioni di ospedali classificati come centri ospedalieri o ospedali principali, possono per i posti di primario, resisi vacanti oppure di nuova istituzione, provvedere alla copertura con trasferimento per chiamata di altri primari, purché essi siano di ruolo ed in servizio da almeno cinque anni, nella stessa disciplina ed in ospedali di categoria pari o superiore a quella dell'ente che effettua la chiamata. Tale chiamata avverrà con delibera del consiglio di amministrazione da adottarsi a maggioranza di due terzi, sentito il consiglio dei sanitari.

ART. 56.

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

Possono partecipare ai concorsi di aiuto, indipendentemente dal limite di età, gli aiuti di ruolo ospedalieri, gli assistenti ordinari

universitari, con la qualifica di aiuto ai sensi della legge 18 marzo 1958, n. 349, presso istituti e cliniche di discipline attinenti al posto messo a concorso, in servizio alla data del bando di concorso o che abbiano lasciato il servizio da non oltre un biennio, nonché gli assistenti di ruolo, che prestino servizio da almeno due anni in istituti ospedalieri o in cliniche e istituti universitari.

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

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

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

ART. 57.

Per la nomina delle commissioni giudicatrici dei concorsi a posti di aiuto e per lo svolgimento delle prove di esame valgono le stesse norme stabilite per i concorsi a posti di primario negli articoli 50 e 51 della presente legge.

ART. 58.

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

a) servizio di aiuto ospedaliero o universitario di ruolo;

b) servizio di aiuto incaricato prestato presso istituti ospedalieri;

c) servizio di assistente di ruolo prestato presso istituti ospedalieri o cliniche ed istituti universitari;

d) servizio di assistente incaricato prestato come sopra;

e) servizio di assistente straordinario o volontario prestato come sopra;

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

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

h) idoneità conseguita in concorso per assistente ospedaliero o universitario, da valutarsi in base alla natura del concorso o,

ove trattasi di istituto ospedaliero, alla categoria dello stesso;

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

ART. 59.

Nei concorsi di aiuto ogni componente della commissione dispone per i titoli di 40 punti, che sono ripartiti come segue:

1°) punti 25 per i titoli di carriera;

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

3°) punti 5 per le pubblicazioni.

I punti di cui al n. 1°) sono così assegnati per i titoli di carriera, indicati nel precedente articolo 58:

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

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

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

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

punti 1 per ogni anno di servizio di cui alla categoria *e*);

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

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

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

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

Nella valutazione dei periodi di servizio e nelle riduzioni di punteggi per i motivi indicati nell'articolo 53, si seguiranno le stesse norme ivi stabilite.

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

ART. 60.

Nei concorsi a posti di aiuto ogni componente della commissione dispone per le prove di esame di 60 punti, che sono ripartiti come segue:

1°) punti 20 per la prova scritta;

2°) punti 25 per la prova clinica sul malato;

3°) punti 10 per la prova teorico-pratica;

4°) punti 5 per la prova orale.

ART. 61.

Possono partecipare al concorso di assistente i laureati in medicina e chirurgia, abi-

litati all'esercizio della professione, che non abbiano oltrepassato il 35° anno di età e che abbiano regolarmente compiuto il periodo biennale di internato.

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

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

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

ART. 62.

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

a) dal presidente dell'amministrazione o, per sua delega, da un componente del consiglio di amministrazione o dal sovrintendente o direttore sanitario di ruolo, presidente;

b) da un professore universitario di ruolo o fuori ruolo della materia messa a concorso, salvo il disposto dell'articolo 44;

c) da un primario ospedaliero di ruolo della materia messa a concorso, salvo il disposto dell'articolo 44, da designarsi dal competente Ordine provinciale dei medici chirurghi.

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

ART. 63.

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

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

b) esame di un malato con eventuali ricerche di laboratorio inerenti al caso e lettura di preparati di istologia normale; oppure una prova pratica nella materia relativa al posto messo a concorso, per i concorsi a posti di assistente presso gli istituti e laboratori di indagini e di terapie speciali;

c) colloquio di cultura generale su elementi di patologia medica e di patologia chirurgica.

ART. 64.

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

ART. 65.

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

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

ART. 66.

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

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

CAPO III.

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

ART. 67.

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

ART. 68.

Della commissione giudicatrice del concorso di direttore sanitario degli istituti ospedalieri dipendenti da enti a carattere interprovinciale o nazionale, oltre ai componenti previsti dall'articolo 47, fanno parte il dirigente del servizio sanitario centrale o, su sua designazione, un funzionario medico dell'ente da cui l'istituto ospedaliero dipende

ed un professore universitario di ruolo o fuori ruolo di medicina legale e delle assicurazioni.

ART. 69.

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

Le commissioni giudicatrici sono nominate con deliberazione dell'amministrazione interessata, e sono costituite:

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

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

c) da un professore universitario di ruolo o fuori ruolo della materia del posto messo a concorso, fatto salvo il disposto dell'articolo 44;

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

e) da due primari ospedalieri di ruolo della materia del posto messo a concorso, fatto salvo il disposto dell'articolo 44, dei quali uno designato dal competente Ordine provinciale dei medici-chirurghi;

f) da un professore universitario di ruolo o fuori ruolo di medicina legale e delle assicurazioni.

Per le mansioni di segretario il Ministro della sanità designa un proprio funzionario della carriera direttiva-amministrativa.

ART. 70.

Per l'ammissione ai concorsi di cui all'articolo precedente, per le prove di esame e per la valutazione dei titoli valgono le stesse norme stabilite nella presente legge per i corrispondenti concorsi a posti di primario, aiuto e assistente ospedalieri.

Le materie relative alla prova orale possono comprendere argomenti concernenti le finalità, le attribuzioni ed il funzionamento degli istituti che bandiscono il concorso.

Detti argomenti dovranno essere indicati nel bando di concorso.

CAPO IV.

PERSONALE SANITARIO NON MEDICO.

ART. 71.

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

Il direttore della farmacia ha la direzione della farmacia interna e dell'eventuale annesso laboratorio.

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) coadiuva il direttore sanitario nella vigilanza sulle scorte dei medicinali delle divisioni degli ospedali;

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

d) cura l'osservanza di 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 dell'andamento del servizio, nonché del materiale in deposito.

Il limite di età per concorrere al posto di direttore di farmacia in ospedali di prima categoria è di anni 50, salvi i benefici di legge.

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.

La nomina di vice direttore di farmacia viene conferita dal consiglio di amministrazione per concorso pubblico per titoli ed esami.

Il limite di età per concorrere al posto di vice direttore di farmacia o di farmacista è di anni 45, salvi i benefici di legge.

ART. 72.

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

1°) per posti di farmacista-direttore:

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

b) almeno cinque anni di servizio pratico, di cui almeno due in farmacia ospedaliera;

2°) per i posti di farmacisti:

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

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

ART. 73.

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

a) dal presidente dell'amministrazione ospedaliera o, per sua delega, da un componente del consiglio d'amministrazione o dal sovrintendente o direttore sanitario di ruolo, presidente;

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

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

d) da un farmacista direttore di farmacia di ospedale;

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

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

ART. 74.

Gli esami per il posto di direttore di farmacia e di vice direttore comprendono le seguenti prove:

a) una preparazione galenica con illustrazione scritta;

b) un saggio analitico, qualitativo e quantitativo, di un preparato medicinale e un saggio bromotologico;

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

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

a) una preparazione galenica ed una svedizione farmaceutica;

- b) una prova pratica di farmacognosia e saggi di purezza;
- c) un colloquio sulla legislazione farmaceutica.

ART. 75.

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

- 10 punti per ciascuna prova di esame;
- 10 punti per i titoli di studio e l'attività scientifica;
- 20 punti per la valutazione dei titoli di carriera, con maggiore rilievo per il servizio ospedaliero.

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

- 20 punti per ciascuna prova di esame;
- 10 punti per i titoli di studio e l'attività scientifica;
- 5 punti per la valutazione dei titoli di carriera, con maggiore rilievo per il servizio ospedaliero.

ART. 76.

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

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 ostetriche-ginecologiche e scuole ostetriche, nominate in seguito a pubblico concorso, per le quali non è stabilito alcun limite di età.

ART. 77.

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

- a) dal presidente dell'amministrazione ospedaliera o, per sua delega, da un componente del consiglio d'amministrazione o dal sovrintendente o direttore sanitario di ruolo, presidente;
- b) dal medico provinciale o da altro funzionario medico, da lui designato, con qualifica non inferiore a medico provinciale superiore;

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

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

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

Disimpegna le mansioni di segretario unanzionario della carriera direttivo-amministrativa del Ministero della sanità, designato al medico provinciale.

ART. 78.

Gli esami per i concorsi a posti di ostetrica-capo e di ostetrica comprendono le seguenti prove:

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

b) esame di una gestante o partoriente;

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

TITOLO IV

FUNZIONAMENTO INTERNO
DEGLI ISTITUTI OSPEDALIERI

ART. 79.

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 all'autorità sanitaria provinciale nei riguardi tecnici.

Le amministrazioni comunali e tutti gli altri enti che sostengono spese di degenza hanno diritto di assumere notizie degli infermi per i quali sostengono le spese predette.

ART. 80.

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

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

Se la dimissione avviene per richiesta del malato o del suo rappresentante legale, quando l'ammalato non sia guarito, il pri-

mario deve ammonire gli interessati del pericolo che il malato corre, redigendone apposito verbale ed esigendo che sia firmato dal dimissionario o dal suo rappresentante.

ART. 81.

Le diarie per i malati non paganti in proprio devono comprendere tutte le voci che si riferiscono alle spese sopportate dalle amministrazioni ospedaliere per assicurare agli infermi il ricovero e l'assistenza adeguati e le appropriate prestazioni di indagine e di cura, nonché le voci che si riferiscono alle spese necessarie per assolvere agli altri compiti previsti dall'articolo 3 della presente legge.

ART. 82.

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

Tale compenso sarà devoluto dall'amministrazione ospedaliera al personale sanitario secondo i criteri che verranno determinati dal consiglio di amministrazione, sentito il consiglio dei sanitari.

Dei compensi mutualistici sarà devoluta all'amministrazione ospedaliera una quota da destinarsi integralmente ai miglioramenti del trattamento economico del personale sanitario.

ART. 83.

L'amministrazione di ciascun ospedale determina le rette giornaliere per i malati non paganti in proprio con apposita deliberazione che deve adottarsi entro il 30 novembre di ogni anno e che avrà efficacia per l'anno successivo.

La deliberazione è sottoposta all'approvazione del comitato provinciale di assistenza e beneficenza pubblica della provincia nella quale ha sede l'amministrazione dell'istituto ospedaliero anche se questo dipende da un ente a carattere interprovinciale o nazionale.

Il comitato provinciale di assistenza e beneficenza pubblica provvede, sentita la commissione di cui all'articolo 86.

ART. 84.

Le diarie deliberate dai consigli di amministrazione ed approvazione dagli organi di controllo sono immediatamente esecutive ed esigibili.

Qualora gli enti rifiutino o ritardino il pagamento oltre i trenta giorni, il Governo, a richiesta delle amministrazioni ospedaliere interessate, vi provvede avvalendosi dei poteri del controllo sostitutivo.

ART. 85.

È istituito un comitato interministeriale presieduto dal Presidente del Consiglio dei ministri e composto dai Ministri della sanità, dell'interno, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale, con il compito di stabilire, in relazione alla qualifica ed alla distribuzione territoriale dei diversi istituti ospedalieri, i criteri e le direttive per la determinazione, l'aggiornamento ed il coordinamento delle rette per i malati non paganti in proprio.

Il Presidente del Consiglio dei ministri può delegare le funzioni di presidenza del comitato stesso al Ministro della sanità.

Per l'assolvimento dei suoi compiti il comitato si avvale di una commissione nominata dal Ministro della sanità e composta:

a) da un rappresentante per ciascuno dei Ministeri dell'interno, del lavoro e della previdenza sociale, del tesoro e della sanità;

b) da due rappresentanti degli enti locali, designati dalle associazioni delle provincie e dei comuni;

c) da due rappresentanti degli enti mutualistici, designati dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale;

d) da due rappresentanti degli Ordini dei medici, scelti tra i medici ospedalieri, da due rappresentanti dei lavoratori ospedalieri, da un rappresentante del personale amministrativo ospedaliero, e da quattro amministratori di istituti ospedalieri designati dalle rispettive associazioni di categoria.

La commissione è presieduta dal rappresentante del Ministero della sanità, compie le istruttorie che siano ad essa deferite dal comitato interministeriale e può, anche di sua iniziativa, fare proposte al comitato stesso nella materia di cui al primo comma del presente articolo.

ART. 86.

In ogni provincia è istituita una commissione composta dal medico provinciale, che la presiede, da un rappresentante del Mini-

stero dell'interno, dal capo della Ragioneria provinciale dello Stato, da due rappresentanti degli enti mutualistici, designati dal capo dell'Ispettorato del lavoro, da un rappresentante degli enti locali designato dal Consiglio provinciale, da tre amministratori degli istituti ospedalieri designati dall'organizzazione competente.

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

ART. 87.

Gli istituti ospedalieri devono accogliere malati paganti in proprio sia in camere speciali sia in corsia comune, stabilendo diarie e tariffe di cura e di interventi medico-chirurgici o d'altra natura, tali da realizzare entrate destinate a far fronte agli oneri derivanti dai compiti istituzionali dell'ente.

Le sale speciali per paganti possono comprendere due categorie:

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

Le tariffe per i ricoverati nelle sale speciali ed in corsie comuni devono essere determinate dall'amministrazione ospedaliera, d'intesa con il consiglio dei sanitari, ed approvate dal medico provinciale, prendendo a base la tariffa minima per le prestazioni medico-chirurgiche determinate dall'Ordine provinciale dei medici chirurghi.

I proventi derivanti dalle prestazioni medico-chirurgiche sono devoluti al personale medico secondo criteri stabiliti d'intesa col consiglio dei sanitari, salvo una quota non superiore al 25 per cento che sarà trattenuta dalle amministrazioni ospedaliere.

ART. 88.

Con gli stessi criteri e modalità di cui al terzo e quarto comma dell'articolo precedente, saranno determinate le tariffe per le prestazioni a pagamento eseguite negli ambulatori, negli istituti di cura speciali e nei laboratori e servizi ospedalieri, e saranno devoluti ai medici i relativi proventi, salvo la quota che sarà trattenuta dalle amministrazioni ospedaliere.

ART. 89.

Entro il termine di un anno dall'entrata in vigore della presente legge le amministrazioni dei centri ospedalieri anche specializ-

zati e degli ospedali principali possono predisporre locali idonei per la istituzione della scuola-convitto per infermiere professionali.

Il Ministro della sanità concede contributi per l'istituzione di dette scuole.

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

ART. 90.

Le amministrazioni dei centri ospedalieri, degli ospedali principali e degli ospedali specializzati possono istituire corsi tecnico-pratici per aspiranti ai posti di assistenti tecnici o di preparatori.

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

ART. 91.

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

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

ART. 92.

Qualora un istituto ospedaliero non risponda ai requisiti di legge, il medico provinciale determina le prescrizioni alle quali l'amministrazione deve attenersi entro il termine allo scopo stabilito.

Decorso tale termine, il Ministro della sanità o il medico provinciale, adotteranno i

provvedimenti che, a norma degli ordinamenti vigenti, rientrano nelle loro attribuzioni.

Nei casi di eccezionale gravità il Ministro della sanità può promuovere lo scioglimento dell'amministrazione dell'istituto ospedaliero.

ART. 93.

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

ART. 94.

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, il medico provinciale o il Ministro della sanità, a seconda che trattasi di enti locali o di enti a carattere interprovinciale o nazionale, provvederanno alla classificazione degli istituti ospedalieri esistenti nella provincia, ai sensi dell'articolo 9.

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

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

ART. 95.

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

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

ART. 96.

Ai primari, ai direttori sanitari e ai sovrintendenti sanitari si applicano, in quanto compatibili con la presente legge, le norme sullo stato giuridico dei professori universitari, escluse quelle sul trattamento economico.

DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

ART. 97.

Gli ospedali clinicizzati e gli ospedali convenzionati con le Università sono regolati dalle relative convenzioni approvate dal Ministero della sanità e dal Ministero della pubblica istruzione.

ART. 98.

Per l'ammissione ai concorsi banditi prima dell'entrata in vigore della presente legge e per il primo concorso che verrà bandito successivamente, valgono i requisiti richiesti dalle norme vigenti prima dell'entrata in vigore della presente legge.

ART. 99.

Il regolamento di esecuzione della presente legge sarà emanato con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge.