

# CAMERA DEI DEPUTATI

N. 2908

## PROPOSTA DI LEGGE

**d'iniziativa dei Deputati ROMANO e NICOLAZZI**

*Presentata il 4 gennaio 1966*

### Norme generali per l'ordinamento del servizio ospedaliero nazionale

ONOREVOLI COLLEGHI! — Il problema della revisione dello attuale ordinamento ospedaliero, che trae origine in via fondamentale dalla legge 17 luglio 1890, è da tempo ben presente alla sensibile attenzione della classe politica e dei tecnici qualificati del settore. Si tratta infatti di un problema che investe direttamente la salute pubblica, e quindi il benessere economico e sociale, oltre che fisico, dei singoli cittadini e dell'intera collettività nazionale.

Nella passata e nell'attuale Legislatura il Parlamento ha dedicato ampio lavoro alla disamina dei complessi aspetti del problema ospedaliero, attraverso l'approfondita discussione di provvedimenti d'iniziativa governativa e parlamentare. Sul finire della passata Legislatura, infatti, la XIV Commissione Igiene e sanità della Camera elaborò ed approvò in sede legislativa, una legge recante norme generali di riforma del settore: ma quella legge, per la brevità del tempo a disposizione, non potette essere discussa dal Senato. Allo inizio di questa Legislatura, invece, un importante provvedimento, considerato da ogni parte come preliminare ad una riforma vera e propria, e cioè quello relativo alla stabilità di carriera fino al 65° anno di età degli aiuti e degli assistenti ospedalieri, è stato approvato da entrambi i rami del Parlamento, ed è pertanto già operante.

Negli ultimi mesi un deciso contributo alla maturazione del problema in sede legislativa è stato dato dal Ministro della sanità, che ha inoltrato al Consiglio dei Ministri,

per un parere preliminare, uno schema di disegno di legge che, se per taluni aspetti incompleto e forse non del tutto adeguato alla realtà ambientale, che pure esige una certa gradualità di intervento, traccia tuttavia con apprezzabile vigore le linee fondamentali cui deve ispirarsi una responsabile concezione di riforma dell'ordinamento ospedaliero.

Traendo pertanto dallo schema in questione tutti i motivi validi, sottoposti al vaglio di convegni, dibattiti, dichiarazioni e commenti diversi; ritenendo opportuno contribuire con l'iniziativa parlamentare allo sviluppo della iniziativa governativa, nella convinzione che la riforma dell'ordinamento ospedaliero costituisca l'elemento fondamentale e preliminare della indispensabile riforma dell'intero sistema sanitario del Paese; senza, infine, indugiare nel riproporre all'attenzione degli onorevoli colleghi valutazioni già abbondantemente note in ordine ai molteplici aspetti della grave crisi in atto e, soprattutto, della urgenza di dare corso al dibattito ed ai provvedimenti definitivi: è stata presentata la presente proposta di legge, nella fiducia che gli onorevoli colleghi vorranno accingersi ad un sollecito esame della materia.

La proposta reca le seguenti, fondamentali innovazioni:

a) il trasferimento al Ministero della sanità di tutte le competenze in materia di ospedali;

b) l'istituzione dell'Ente regionale ospedaliero, inteso come organo definitivo della Regione;

c) la creazione, pertanto, di un vero e proprio servizio ospedaliero nazionale, alle dipendenze del Ministero della sanità e sotto il coordinamento dell'Ente regionale ospedaliero, qualunque sia la destinazione dell'ospedale;

d) la istituzione di una programmazione quinquennale, regionale e nazionale, in materia di organizzazione e di edilizia ospedaliera;

e) la salvezza, nel nuovo sistema, dell'autonomia amministrativa e patrimoniale di ciascun istituto ospedaliero;

f) la piena democratizzazione delle amministrazioni ospedaliere;

g) l'abolizione di ogni ostacolo procedurale in ordine all'immediato ricovero di qualsiasi cittadino infermo, per qualsiasi forma morbosa;

h) l'istituzione di un fondo nazionale ospedaliero, fondato anche sulla contribuzione dei cittadini in ragione delle loro possibilità economiche, secondo i principi costituzionali e le indicazioni del piano di programmazione economica, valido ad accentrare il movimento finanziario in favore degli ospedali e ad assicurare la massima rapidità nei pagamenti di quanto dovuto alle amministrazioni ospedaliere da enti locali ed enti mutualistici;

i) la revisione delle strutture ospedaliere e della organizzazione dei servizi;

l) l'istituzione dell'internato medico retribuito, inteso come periodo di effettivo tirocinio pratico e condizione indispensabile per essere ammessi alla carriera ospedaliera ed all'esercizio professionale per gli Enti mutualistici;

m) la definizione dello stato giuridico e del trattamento economico di base del personale medico e dei farmacisti ospedaliere;

n) l'introduzione del tempo definito e del tempo pieno di servizio per i medici ospedaliere;

o) la modifica radicale del sistema dei concorsi ospedaliere.

La proposta non contempla le norme per l'apertura e l'esercizio di case di cura private, in quanto la materia, che necessita di apposita regolamentazione, va disciplinata con provvedimento a parte ispirato alla esigenza di tutelare in modo rigoroso la salute del cittadino e di salvaguardare i fini sociali del servizio ospedaliero nazionale.

Con questi chiarimenti introduttivi, che offrono una sintesi dei principi cui si ispira la proposta di legge, si confida nella positiva valutazione degli onorevoli colleghi, cui è affidata la decisione in materia tanto delicata ed importante per gli interessi sanitari, sociali ed economici del Paese.

## PROPOSTA DI LEGGE

### TITOLO I NORME GENERALI

#### ART. 1.

Gli Istituti ospedalieri sono Enti pubblici che provvedono alla cura degli infermi, sia attraverso ricovero che ambulatoriamente. Essi inoltre contribuiscono alla preparazione professionale ed allo aggiornamento culturale dei medici; alla ricerca scientifica; provvedono all'addestramento tecnico del personale di assistenza ausiliaria; promuovono, avvalendosi del proprio personale, l'educazione igienica sanitaria del malato e del suo nucleo familiare; partecipano alle iniziative dirette alla profilassi e alla difesa attiva della salute pubblica, nonché a quelle interessanti la riabilitazione al lavoro.

Ciascun istituto ospedaliero può comprendere uno o più ospedali funzionalmente autonomi.

#### ART. 2.

Sono istituiti gli Enti ospedalieri regionali, cui spettano funzioni di coordinamento di tutti gli istituti ospedalieri della Regione, nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato.

Gli Enti ospedalieri regionali sono organi della Regione. Essi sono diretti ed amministrati da un Consiglio direttivo che elegge nel suo seno un Presidente ed un Vice Presidente. I componenti del Consiglio direttivo sono eletti dal Consiglio regionale competente per territorio.

Il Governo della Repubblica è autorizzato ad emanare entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge un decreto avente forza di legge ordinaria per precisare i compiti e le modalità di costituzione e di funzionamento degli Enti regionali ospedalieri. Con lo stesso decreto saranno previste le modalità di costituzione degli Enti regionali fino a quando non saranno istituite le Regioni a statuto ordinario.

#### ART. 3.

Tutti gli Istituti ospedalieri, comunque denominati, che all'entrata in vigore della presente legge dipendano dalle istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza di cui alla legge 17 luglio 1890, o da altri Enti pubblici locali

o nazionali, compresi gli istituti di ricovero dell'I.N.P.S. e dell'I.N.A.I.L., passano alle dipendenze del Ministero della sanità, che ne assicura il coordinamento attraverso gli Enti regionali ospedalieri.

Ciascun Istituto ospedaliero mantiene od acquista, nel nuovo ordinamento, la propria autonomia amministrativa ed il complesso dei beni patrimoniali.

Il personale di ruolo sanitario, ausiliario ed amministrativo operante negli attuali istituti ospedalieri, mantiene *ad personam* nel nuovo ordinamento i diritti acquisiti di carriera e l'eventuale miglior trattamento.

#### ART. 4.

Gli Enti regionali ospedalieri, avvalendosi, della collaborazione delle amministrazioni ospedaliere e degli altri enti pubblici interessati, elaborano piani regionali ospedalieri in rapporto al fabbisogno di posti letto distinti per infermi di forme acute, per infermi di forme comprese in una sola specialità, per infermi lungodegenti; alla dislocazione delle unità ospedaliere ed alla efficienza delle attrezzature e dei presidi sanitari già esistenti; alle condizioni geo-morfologiche ed igienico-sanitarie della popolazione.

Il piano regionale ospedaliero dispone, ove occorra, gli ampliamenti, trasformazioni, fusioni e soppressioni di ospedali esistenti ritenute necessarie, e dovrà inoltre comprendere le previsioni di impianto di nuovi ospedali, determinando se debbano essere costruiti da uno degli istituti ospedalieri esistenti o dallo stesso Ente regionale ospedaliero.

Nessun Ente pubblico, ad eccezione degli istituti universitari relativamente alla costruzione di proprie cliniche, potrà istituire nuovi ospedali che non siano previsti nel piano. Parimenti nessuna operazione di ampliamento o trasformazione potrà essere realizzata se non sia prevista nel piano e, comunque, autorizzata dall'Ente regionale ospedaliero.

Il piano regionale ospedaliero ha validità quinquennale.

#### ART. 5.

Il Ministero della sanità esamina i singoli piani regionali apportandovi le eventuali modifiche ed integrazioni ed elabora il piano nazionale ospedaliero.

Nei piani regionali e nel piano nazionale ospedaliero dovranno essere indicati i mezzi finanziari preordinati alla realizzazione delle opere in essi contemplate nell'ambito degli stanziamenti previsti dalle leggi vigenti ed in

armonia con le norme del piano nazionale di programmazione economica.

Il piano nazionale ospedaliero è approvato con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri dei lavori pubblici, tesoro e bilancio.

#### ART. 6.

Nel bilancio di previsione dello Stato è istituito, in apposito capitolo, il fondo nazionale ospedaliero:

Il fondo è costituito:

a) dalle somme dovute dai Comuni, dalle Province e dallo Stato agli istituti ospedalieri per l'assistenza ospedaliera ed ambulatoriale ai cittadini aventi diritto a norma delle vigenti disposizioni;

b) dalle somme iscritte nel bilancio di previsione dello Stato nelle tabelle della spesa del Ministero della sanità e di altri Ministeri, destinate a norma di legge al finanziamento delle costruzioni, ampliamenti, trasformazioni e completamenti di ospedali, oltre che al rinnovo e potenziamento delle loro attrezzature e allo sviluppo di attività didattica, di studio, di ricerca scientifica e di educazione sanitaria;

c) dalle somme da iscriverne nel bilancio di previsione dello Stato per gli interventi finanziari diretti a favorire la assunzione di mutui da parte degli istituti ospedalieri per il ripiano delle attività di bilancio;

d) dalle somme derivanti da una addizionale dal 3 per cento a carico delle imposte sul patrimonio e sul reddito.

Il fondo nazionale ospedaliero è destinato:

1) al pagamento immediato a favore degli istituti ospedalieri delle rette di degenza e delle prestazioni ambulatoriali a carico dei Comuni, delle Province e dello Stato;

2) al pagamento immediato, salvo rivalsa, a favore degli istituti ospedalieri delle rette dovute dagli enti mutualistici ed assicurativi, sotto forma di anticipazione e con meccanismo da stabilirsi con decreto interministeriale emanato di concerto dai Ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e previdenza sociale;

3) agli interventi dello Stato per i finanziamenti e per i contributi di cui alle lettere b) e c) del presente articolo;

4) alle spese sostenute per l'internato medico di cui all'articolo 25 della presente legge.

L'Ente regionale ospedaliero provvede ai pagamenti di cui ai n. 1), 2) e 4) del presente articolo.

## ART. 7.

Il fondo nazionale ospedaliero è amministrato da un apposito Comitato di Ministri composto dal Ministro della sanità, che lo presiede, e dai Ministri dell'interno, del tesoro, dei lavori pubblici, del lavoro e previdenza sociale.

La gestione del fondo, in conformità delle decisioni adottate dal Comitato dei Ministri, è affidata al Ministero della sanità.

Il Governo della Repubblica entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge è autorizzato ad emanare un decreto avente forza di legge ordinaria per adeguare la legislazione vigente alle funzioni del fondo nazionale ospedaliero, stabilendo le norme di acquisizione delle entrate e quelle di erogazione delle uscite, precisando le forme e le modalità per il funzionamento del fondo, determinando l'inizio della sua attività, assicurando semplicità e speditezza nelle procedure amministrative.

## ART. 8.

Gli istituti ospedalieri sono parificati, ai fini del trattamento tributario, alle amministrazioni dello Stato.

La Cassa depositi e prestiti e gli enti pubblici autorizzati a contrarre mutui garantiti da delegazioni con i Comuni e le Province possono concedere mutui agli istituti ospedalieri garantiti da delegazioni sui proventi delle rette ospedaliere per un importo non superiore a 1/10 di tali proventi. Tali mutui devono essere destinati dagli istituti ospedalieri allo acquisto di attrezzature tecnico-scientifiche o al rinnovamento di impianti ed attrezzature generali.

## ART. 9.

Tutti gli istituti ospedalieri, salvo i limiti derivanti dalla specializzazione dell'ospedale o dalle particolari esigenze tecniche legate alla forma morbosa che si presenta, hanno l'obbligo di ricoverare, senza particolare convenzione o richiesta di alcuna documentazione, i cittadini che necessitano di cure ospedaliere per qualsiasi malattia, o per infortunio, o per maternità, siano o meno assistiti da enti mutualistici ed assicurativi, o da altri enti pubblici e privati. Sulla necessità del ricovero decide il medico di guardia. Gli accertamenti in ordine alla rivalsa delle spese per l'assistenza sono consecutivi al ricovero.

## ART. 10.

Le spese sostenute dagli istituti ospedalieri per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, qualora non vi provvedano enti obbligati per

legge o non siano sostenute dagli interessati o dai loro familiari, sono poste a carico del bilancio del Comune dove il cittadino assistito ha eletto legale domicilio.

La retta giornaliera di degenza è determinata con apposita deliberazione del Consiglio di amministrazione di ciascun istituto ospedaliero ed è unica per tutti i ricoverati in corsia comune. Essa deve comprendere tutte le spese sostenute dall'ospedale per la diagnosi, la cura ed il mantenimento degli infermi, quelle per la retribuzione del personale dipendente, nonché ogni altra spesa che concorra a formare il costo complessivo dell'assistenza ospedaliera.

Nella retta devono essere comprese altresì le spese a carico dell'istituto ospedaliero iscritte nel bilancio dell'anno cui si riferiscono le spedalità, per la costruzione, la trasformazione o l'ampliamento degli edifici, nonché le spese di ammortamento, rinnovo ed ammodernamento delle attrezzature ospedaliere per una quota non superiore complessivamente al 10 per cento della retta determinata a norma del presente articolo. Le spese di gestione dei centri per le malattie sociali non possono gravare sulla retta di degenza in misura superiore al 20 per cento del loro importo.

Il Consiglio di amministrazione di ciascun istituto ospedaliero stabilisce inoltre la retta giornaliera per i paganti in proprio in camere separate, nonché le tariffe per le prestazioni ambulatoriali.

Il medico provinciale approva le rette e le tariffe in via definitiva.

## TITOLO II

### DELLA ORGANIZZAZIONE DEGLI OSPEDALI

#### ART. 11.

Gli ospedali si distinguono in:

- a) ospedali generali per la cura degli infermi di forme acute;
- b) ospedali specializzati per la cura di infermi di forma comprese in una sola specialità;
- c) ospedali per lungodegenti.

Tra gli ospedali specializzati rientrano i sanatori e gli ospedali sanatoriali per tubercolotici, gli ospedali psichiatrici, gli ospedali per la cura dei tumori, gli ospedali per malattie infettive, i lebbrosari.

## ART. 12.

Gli ospedali si classificano come segue.

- a) ospedali centrali regionali;
- b) ospedali principali;
- c) ospedali di base.

La classificazione degli ospedali è effettuata dall'Ente regionale ospedaliero e resa esecutiva con decreto del medico provinciale competente per territorio.

## ART. 13.

Sono ospedali centrali regionali quelli dotati dei seguenti servizi:

1) non meno di una divisione per ciascuna delle seguenti specialità: medicina generale, ematologia, chirurgia generale, cardiocirurgia, neurochirurgia, chirurgia plastica, ostetricia e ginecologia, urologia, ortopedia, traumatologia, otorinolaringoiatria, oculistica, odontoiatria e stomatologia, pediatria, dermosifilopatia, neurologia;

2) una divisione di pronto soccorso ed osservazione, con annessi servizi autonomi di radiologia e laboratorio;

3) un servizio di accettazione e smistamento;

4) distinti reparti o servizi di radiologia e fisioterapia, laboratorio di analisi e ricerche cliniche microbiologiche e virologiche, anatomia ed istologia patologica, emoteca e servizi trasfusionali, anestesia e rianimazione, osservazione ed isolamento di malati contagiosi o sospetti, poliambulatorio, recupero ed educazione funzionale;

5) servizi di farmacia, di dietetica, di assistenza sociale.

## ART. 14.

Sono ospedali principali quelli dotati dei seguenti servizi:

1) non meno di una divisione per ciascuna delle seguenti specialità: medicina, chirurgia, ostetricia e ginecologia, ortopedia e traumatologia, urologia, otorinolaringoiatria, oculistica, odontoiatria e stomatologia, pediatria;

2) una divisione di pronto soccorso ed osservazione, con annessi servizi autonomi di radiologia e laboratorio;

3) un servizio di accettazione e smistamento;

4) distinti reparti o servizi di radiologia e fisioterapia, laboratorio di analisi e ricerche cliniche microbiologiche e virologiche, anatomia ed istologia patologica, emoteca e servizi trasfusionali, anestesia e rianimazione.



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

osservazione ed isolamento di malati contagiosi o sospetti, poliambulatorio;

5) servizi di farmacia, di dietetica, di assistenza sociale.

## ART. 15.

Sono ospedali di base quelli dotati dei seguenti servizi:

1) una divisione di medicina, una di chirurgia, una di ostetricia e ginecologia;

2) un servizio di pronto soccorso e accettazione;

3) servizi di radiologia, laboratorio di analisi cliniche, anestesia e rianimazione, farmacia.

## ART. 16.

Gli ospedali centrali regionali e gli ospedali principali devono istituire scuole per infermiere professionali, per infermieri ed infermiere generici, per tecnici di radiologia e terapia fisica, per tecnici di laboratorio, per dietisti, secondo le disposizioni dell'Ente regionale ospedaliero cui compete il giudizio circa la necessità delle scuole stesse, il tipo di scuola da istituirsi, l'ospedale che può e deve istituirla.

Tutti gli ospedali specializzati di cui alla lettera b) dell'articolo 11 sono classificati ospedali principali.

## ART. 17.

Gli ospedali per lungodegenti sono classificati ospedali principali e devono disporre di almeno 300 posti letto, di servizio di accettazione e smistamento, radiologia e fisioterapia, laboratorio di analisi cliniche, anatomia patologica, osservazione ed isolamento per malati contagiosi o sospetti, farmacia.

Devono inoltre disporre di un servizio chirurgico e di un servizio di anestesia e rianimazione.

## ART. 18.

Gli ospedali centrali regionali e gli ospedali principali, ove previsto dal piano regionale ospedaliero, possono istituire reparti per lungodegenti, reparti geriatrici, convalescenti, centri per malattie sociali. Possono anche istituire sezioni speciali a sé stanti per malati paganti in proprio.

## ART. 19.

Una divisione ospedaliera è costituita da non meno di tre e non più di sei sezioni da 20 letti ciascuna.

La divisione è diretta da un primario, coadiuvato da un aiuto ogni tre sezioni.

Una o più divisioni dove si eseguono cure rientranti in una stessa specializzazione costituiscono un reparto dell'ospedale.

I servizi di radiologia e fisioterapia, quelli di laboratorio di analisi e ricerche cliniche e quelli di anatomia ed istologia patologica sono diretti da un primario, coadiuvato da un aiuto ogni 400 posti letto ed un assistente ogni 200 posti letto, fino a un massimo di due aiuti e quattro assistenti.

Quando l'ospedale supera gli 800 posti letto, i servizi di radiologia e fisioterapia, e quelli di laboratorio di analisi cliniche devono essere in pianta organica raddoppiati.

Negli ospedali centrali ed in quelli principali il servizio di anestesia e rianimazione è diretto da un primario ogni quattro divisioni di specialità chirurgiche, coadiuvato da un aiuto e quattro assistenti. Il numero di quattro divisioni di specialità chirurgiche, valido per dare luogo alla previsione di un primario in pianta organica, deve essere raggiunto in ciascun ospedale, anche se facente parte di un istituto ospedaliero che comprenda più ospedali. Nei casi in cui tale numero di divisioni di specialità chirurgiche non sia raggiunto nell'ospedale, il servizio di anestesia e rianimazione è diretto da un aiuto, coadiuvato da un assistente per ogni divisione di specialità chirurgica.

Negli ospedali di base il servizio di anestesia e rianimazione è affidato ad un aiuto coadiuvato da un assistente.

#### ART. 20.

Sono organi dell'istituto ospedaliero il Presidente, il Consiglio di amministrazione ed il Consiglio dei sanitari.

Il Consiglio di amministrazione dell'Istituto ospedaliero è composto:

1) da tre membri eletti dal Consiglio comunale del Comune in cui ha sede l'istituto ospedaliero;

2) da due membri eletti dal Consiglio provinciale.

I componenti del Consiglio di amministrazione degli istituti ospedalieri non possono essere membri delle assemblee che li eleggono.

Il Consiglio di amministrazione elegge nel suo seno il Presidente. Le sedute del Consiglio non sono valide se non vi partecipano almeno tre consiglieri, tra cui il Presidente. Alle sedute del Consiglio di amministrazione partecipa con voto consultivo, di cui deve tenersi nota a verbale, il direttore sanitario del-

l'ospedale, o il sovrintendente sanitario nel caso di istituto ospedaliero comprendente più ospedali.

Segretario del Consiglio di amministrazione è nominato un funzionario dell'ospedale.

Il Consiglio di amministrazione dura in carica cinque anni.

ART. 21.

Il Consiglio di amministrazione dell'istituto ospedaliero:

a) propone il regolamento e la pianta organica del personale ed assume e licenzia il personale secondo le norme di legge;

b) predispone il bilancio di previsione ed approva il bilancio consuntivo;

c) provvede alla gestione dei fondi e del patrimonio;

d) redige entro il 30 settembre di ogni anno, ove occorra, i programmi di intervento straordinario per l'adeguamento delle attrezzature, dei locali, della organizzazione e del funzionamento dell'istituto ospedaliero;

e) autorizza il Presidente alla firma dei contratti e a stare in giudizio nell'interesse dell'ente;

f) promuove la classificazione dell'ospedale e propone i provvedimenti per adeguarne le caratteristiche a quelle volute dalla legge.

ART. 22.

La vigilanza ed il controllo sugli atti delle Amministrazioni ospedaliere è esercitata dal medico provinciale.

In caso di mancata ottemperanza agli ordinamenti vigenti, o di palesi arbitrii ed irregolarità, o di mancata funzionalità del Consiglio di amministrazione, il medico provinciale provvede con suo decreto allo scioglimento del consiglio stesso ed alla nomina di un commissario. Entro sei mesi, salvo i casi in cui i Consigli comunale e provinciale competenti siano non funzionanti in attesa di rinnovo, la gestione commissariale deve essere sostituita da una nuova Amministrazione ordinaria.

ART. 23.

In ogni ospedale è istituito il Consiglio dei sanitari. Esso è composto:

a) dai primari dell'ospedale;

b) da un numero di aiuti e di assistenti di ruolo, eletti dalla assemblea di categoria, complessivamente pari al numero dei primari;

c) dal direttore sanitario;

d) dal direttore di farmacia.

I rappresentanti degli ajuti e degli assistenti vengono rinnovati ogni due anni.

Il Consiglio dei sanitari elegge nel suo seno il Presidente per un biennio.

Il Presidente del Consiglio dei sanitari ha il diritto di essere ascoltato, a sua richiesta, dal Consiglio di amministrazione.

Il Presidente dell'Amministrazione ha facoltà di intervenire alle riunioni del Consiglio dei sanitari.

Negli istituti ospedalieri dai quali dipendono più ospedali è istituito un Consiglio centrale dei sanitari, composto:

a) dal presidente e da due componenti del Consiglio dei sanitari di ciascun ospedale dipendente;

b) dal sovrintendente sanitario.

Il Consiglio centrale dei sanitari elegge nel suo seno il Presidente centrale per un biennio. Il Presidente centrale rappresenta nei confronti dell'Amministrazione anche i presidenti dei Consigli dei sanitari dei singoli ospedali dell'istituto ospedaliero.

#### ART. 24.

Il Consiglio dei sanitari è l'organo di consulenza dell'Amministrazione ospedaliera.

Esso è convocato dal Presidente; può convocarsi con deliberazione firmata da un terzo dei suoi componenti e recante l'ordine del giorno della seduta. Nel caso di assenza del Presidente, il Consiglio può per quella seduta eleggere un presidente dell'assemblea tra i suoi componenti.

Il Consiglio dei sanitari ha i seguenti compiti:

a) avanzare proposte sulla organizzazione dei servizi sanitari e sulle innovazioni da introdurre nell'acquisto di materiale ed attrezzature tecniche e scientifiche;

b) esprimere parere sulle tariffe delle prestazioni sanitarie e sulle convenzioni che l'istituto ospedaliero contrae con i vari enti;

c) esprimere parere su ogni altra questione, anche sottoposta dall'amministrazione o dalla sovrintendenza o direzione sanitaria.

#### ART. 25.

Tutti i laureati in medicina e chirurgia possono frequentare gli ospedali per un periodo di due anni con la qualifica di medici interni. Per essere ammessi all'internato occorre avere assolto gli obblighi militari e non

aver superato il 32° anno di età. Il servizio di internato viene retribuito con un assegno mensile a carico del fondo nazionale ospedaliero, la cui misura viene stabilita con decreto del Ministro della sanità.

I medici interni non contraggono alcun rapporto di impiego con l'Istituto ospedaliero.

I candidati al biennio di internato devono presentare domanda all'Ente regionale ospedaliero non oltre il 30 novembre di ogni anno, indicando un elenco degli ospedali della regione in ordine preferenziale. Una graduatoria basata sul voto finale di laurea e su altri eventuali titoli già acquisiti determinerà l'assegnazione dei candidati ai diversi ospedali, tenendo conto per quanto possibile delle preferenze espresse. A parità di condizione saranno preferiti i più anziani di età.

L'Ente regionale ospedaliero assegnerà i medici interni in forza a ciascun ospedale. Il tirocinio avrà inizio il 2 gennaio di ogni anno. Coloro che entro tale giorno, salvo casi dimostrati di forza maggiore, non si presentano ad assumere servizio, si intendono rinunciatori.

#### ART. 26.

I medici interni compiono la loro preparazione sotto la responsabilità del primario, sono alle dipendenze degli aiuti e degli assistenti ed hanno un obbligo di presenza in ospedale di sei ore giornaliere, eventualmente suddivise dal primario in due turni. Oltre tale orario di servizio, essi possono essere aggregati a turni di guardia interna o di pronto soccorso.

Il tirocinio deve essere svolto per almeno sei mesi in medicina, sei mesi in chirurgia, sei mesi in ostetricia e ginecologia. Per il restante periodo la Direzione sanitaria dell'ospedale curerà la preparazione dei medici interni con turni di frequenza presso laboratori, gabinetti e servizi speciali, tenendo anche conto ove possibile delle tendenze manifestate dagli allievi e delle loro aspirazioni.

I medici interni hanno diritto a venti giorni di licenza annuale, secondo i turni stabiliti dalla Direzione sanitaria.

#### ART. 27.

Al termine del periodo di tirocinio presso ogni divisione o servizio, il primario cui è stato affidato il medico interno deve redigere per la Direzione sanitaria le note caratteristiche individuali. Al termine del biennio di in-

ternato il sovrintendente sanitario, o il direttore sanitario, accompagnerà le qualifiche date da ciascun primario con un verbale personale di giudizio complessivo. La intera documentazione sarà trasmessa dal Presidente dell'Istituto ospedaliero all'Ente regionale ospedaliero, che rilascerà il certificato di compiuto tirocinio.

Il certificato di compiuto tirocinio costituisce titolo indispensabile per ottenere l'iscrizione in tutti gli albi mutualistici e per essere ammessi ai concorsi per assistente ospedaliero.

I medici interni che durante il periodo di tirocinio incorrano in assenze ingiustificate dal servizio, o commettano infrazioni disciplinari, o che a giudizio dei primari responsabili manifestino scarsa volontà di profitto e di applicazione, possono essere dimessi dal Presidente dell'Istituto ospedaliero prima di aver compiuto il biennio di preparazione.

La dimissione è definitiva. Essa viene notificata all'Ente regionale ospedaliero ed inibisce al candidato dimesso di compiere il tirocinio di medico interno in qualsiasi altro ospedale della Repubblica.

#### ART. 28.

Ogni ospedale è diretto da un direttore sanitario. Gli istituti ospedalieri che comprendono più ospedali, oltre ai direttori dei singoli ospedali, hanno anche un sovrintendente sanitario.

Ogni ospedale ha un direttore amministrativo. Gli istituti ospedalieri che comprendono più ospedali, oltre ai direttori amministrativi dei singoli ospedali, hanno anche un segretario generale amministrativo.

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge il Governo della Repubblica è autorizzato ad emanare un decreto avente forza di legge ordinaria contenente norme fondamentali sull'assunzione, sullo stato giuridico, sul trattamento economico, di liquidazione e di quiescenza del personale dipendente dagli istituti ospedalieri, ad eccezione dei medici e dei farmacisti per i quali provvede la presente legge.

Le assunzioni, a tutti i livelli devono aver luogo esclusivamente per pubblico concorso, nei limiti previsti dalle piante organiche.

Con lo stesso decreto verranno altresì definiti i compiti e le responsabilità del sovrintendente sanitario e del direttore sanitario, del segretario generale amministrativo e del direttore amministrativo.

TITOLO III  
DEL PERSONALE SANITARIO  
ED AUSILIARIO DI ASSISTENZA

ART. 29.

Il personale sanitario degli istituti ospedalieri è costituito da medici, farmacisti e ostetriche.

Il personale medico si distingue in due gruppi:

uno con funzioni igienistico-direttivo, composto da sovrintendenti sanitari, direttori sanitari, vice direttori sanitari ed ispettori sanitari;

l'altro con funzioni diagnostico-terapeutiche, composto da primari, aiuti e assistenti.

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

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

ART. 30.

Il personale ausiliario dei servizi di assistenza è costituito da assistenti sanitarie, assistenti sociali, infermiere professionali, infermieri generici di ambo i sessi, tecnici di laboratorio, tecnici di radiologia e terapia fisica, inservienti.

ART. 31.

Le Amministrazioni ospedaliere deliberano la pianta organica del personale sanitario e del personale ausiliario. La pianta organica è sottoposta all'approvazione del medico provinciale.

ART. 32.

Il personale sanitario degli istituti ospedalieri, salvo le ostetriche per le quali si provvede a norma del precedente articolo 28, è classificato in due ruoli distinti: quello diagnostico-curativo e quello igienistico-direttivo. A questo secondo ruolo sono aggregati i farmacisti.

Il ruolo diagnostico-curativo è così costituito:

Primario, grado 1°;

Aiuto, grado 2°;

Assistente, grado 3°

Il ruolo igienistico-direttivo è così costituito:

Sovrintendente sanitario, direttore sanitario e direttore di farmacia, grado 1°;

Vice direttore sanitario e vice direttore farmacia grado 2°;

Ispettore sanitario e farmacista, grado 3°.

Il personale sanitario viene assunto per pubblico concorso secondo le norme stabilite dalla presente legge. Esso acquista la stabilità dopo un anno di prova, trascorso il quale l'Amministrazione, entro un termine massimo di tre mesi, provvede alla nomina definitiva e alla dimissione. La deliberazione di dimissione deve essere motivata.

Il personale sanitario che ha acquistata la stabilità rimane in servizio fino al raggiungimento del 65° anno di età.

#### ART. 33.

Le Amministrazioni ospedaliere sono tenute ad assicurare a loro spese il personale sanitario ed ausiliario, nonché i medici interni, contro gli infortuni riportati in servizio e per causa di servizio, nonché contro i rischi nei confronti di terzi per l'esercizio professionale svolto in ospedale.

L'assicurazione viene estesa ai rischi derivanti dalle radiazioni per il personale addetto ai servizi radiologici e di terapia fisica.

#### ART. 34.

I medici ospedalieri sono tenuti a svolgere servizio in ospedale, anche in due turni giornalieri, per un tempo definito massimo di 36 ore settimanali, secondo le disposizioni impartite dall'Amministrazione.

Essi non possono occupare altri posti, anche non di ruolo, presso Enti pubblici né assumere incarichi professionali a tempo definito con Enti mutualistici ed assicurativi. Non possono inoltre essere proprietari o comproprietari di case di cura private, gestirle o dirigerle, o svolgere comunque forme di attività direttamente concorrenziali e dannose per l'interesse economico dell'istituto ospedaliero da cui dipendono. I medici, i farmacisti e le ostetriche ospedalieri possono svolgere fuori dalle ore di servizio in ospedale la libera professione, garantendo in ogni caso la loro facile reperibilità.

#### ART. 35.

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 riserveranno esclusivamente all'istituto ospedaliero il tempo pieno della loro attività professionale, rinunciando pertanto al-



l'esercizio della libera professione fuori dello ospedale e prestando servizio oltre i limiti stabiliti dal primo comma dell'articolo 34 della presente legge.

La proposta dell'Amministrazione deve essere motivata da chiaro interesse del servizio ospedaliero.

I medici ospedalieri che accettano la proposta dell'Amministrazione per il tempo pieno ricevono uno stipendio doppio di quello stabilito per gli altri medici che prestano servizio a tempo definito.

Tale particolare rapporto d'impiego viene regolato con apposita convenzione tra l'Amministrazione e i medici interessati, sentito il parere del Consiglio dei sanitari e quello del sovrintendente o del direttore sanitario. La convenzione è sottoposta a ratifica del medico provinciale.

Ai fini del trattamento di liquidazione e di quiescenza il secondo stipendio viene considerato come indennità aggiuntiva allo stipendio base.

#### ART. 36.

I sanitari ospedalieri ricevono uno stipendio base minimo mensile così stabilito:

1° grado . . . . .	L. 500.000
2° grado . . . . .	» 400.000
3° grado . . . . .	» 300.000

Ad essi spettano quattordici mensilità annue di stipendio, nonché speciali indennità per i servizi di guardia in pronto soccorso ed in reparto espletati oltre il normale orario di lavoro, secondo le disposizioni dell'Amministrazione. Un'indennità di rischio straordinario viene inoltre assegnata ai medici radiologi ed a quelli che prestano servizio in ospedali specializzati o in reparti per malattie infettive o contagiose. La misura di tali indennità viene stabilita con decreto del Ministro della sanità.

I sanitari ospedalieri, all'atto della dimissione per raggiungimento dei limiti di età, o in caso di licenziamento, ricevono una liquidazione pari a due mensilità dell'ultimo stipendio percepito per ogni anno di servizio prestato, o frazione di un anno superiore a quattro mesi. In caso di morte, la liquidazione è versata agli eredi.

Il trattamento di quiescenza dei sanitari ospedalieri è dovuto dopo un minimo di 19 anni, sei mesi e un giorno di servizio continuativo.

La pensione minima non può essere inferiore al 75 per cento dell'ultimo stipendio percepito, esclusa ogni indennità aggiuntiva.

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge il Governo della Repubblica è autorizzato ad emanare un decreto avente forza di legge ordinaria contenente le norme per il trattamento di quiescenza e previdenziale ai sanitari ospedalieri.

Il trattamento di liquidazione e di quiescenza è erogato dall'Ente regionale ospedaliero.

#### ART. 37.

Oltre allo stipendio i medici ospedalieri hanno diritto a percepire un onorario professionale fisso da parte degli Enti mutualistici ed assicurativi per ciascun infermo assistito.

La misura di tale onorario, in rapporto alla qualità del lavoro svolto, viene stabilita con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, sentita la Federazione nazionale dell'ordine dei medici. L'onorario deve comprendere anche una quota addizionale per i servizi speciali, ed altra quota addizionale per i sanitari del ruolo igienistico-direttivo.

Gli Enti mutualistici ed assicurativi versano questi onorari alle Amministrazioni ospedaliere separatamente dalle rette di degenza. Le Amministrazioni tengono contabilità speciale di questi fondi, di cui incamerano il cinquanta per cento e versano ogni tre mesi il restante cinquanta per cento ai medici dipendenti.

La ripartizione degli onorari è fatta per ciascun reparto o servizio, e per ciascun ospedale nel caso di istituti ospedalieri comprendenti più ospedali. Ai medici del 1° grado spetta una quota quadrupla di quelli del 3° grado e doppia di quelli del 2° grado. Tali criteri di ripartizione, limitatamente alla quota addizionale di loro spettanza di cui al comma secondo del presente articolo, vanno applicati anche ai sanitari del ruolo igienistico-direttivo, senza tuttavia che le quote attribuite superino per ciascun mese la metà dello stipendio base mensile. L'eventuale eccedenza viene incamerata dall'Amministrazione dell'istituto ospedaliero.

Il Presidente del Consiglio dei sanitari ha il diritto di controllare la contabilità speciale presso gli Uffici amministrativi, facendosi anche assistere da un esperto di fiducia.

L'Amministrazione ospedaliera non può in alcun caso, sotto personale responsabilità del Presidente, distogliere nemmeno provvisoriamente per altre spese i fondi degli onorari professionali dovuti ai medici dipendenti.

## ART. 38.

I medici ed i farmacisti ospedalieri hanno diritto a fruire di 45 giorni all'anno di licenza ordinaria. Per i sanitari addetti ai servizi radiologici e per quelli addetti ai reparti di malattie infettive e contagiose, il periodo di licenza è di 60 giorni, eventualmente suddiviso in due turni.

Ogni sanitario ha diritto ad un giorno libero alla settimana, da stabilirsi con l'Amministrazione compatibilmente con le esigenze del servizio.

Una licenza straordinaria di venti giorni è concessa ai sanitari che contraggono matrimonio.

Il sanitario ha diritto all'intero trattamento economico per i primi sei mesi di malattia, ed al solo stipendio per i secondi sei mesi, salvo migliore trattamento stabilito dalla legge per determinate categorie.

Può essere posto in aspettativa per giustificati motivi fino al termine di un anno. Termini superiori possono essere concessi per motivi di studio e a chi ricopra cariche pubbliche elettive per tutta la durata del mandato.

## TITOLO IV

## DEI CONCORSI OSPEDALIERI

## ART. 39.

I sanitari ospedalieri sono assunti in seguito a pubblico concorso, che si articola in due gradi: un primo grado è costituito da un concorso pubblico per soli esami, valido per conseguire l'idoneità al posto cui il candidato aspira; un secondo grado è costituito da un concorso pubblico per soli titoli, valido per conseguire l'assunzione da parte dell'Amministrazione ospedaliera.

Il concorso pubblico di primo grado è a livello nazionale per sovrintendenti sanitari, direttori sanitari, primari e direttori di farmacia; è a livello regionale per tutti gli altri sanitari ospedalieri. Questo concorso è bandito, rispettivamente, dal Ministero della sanità e dagli Enti regionali ospedalieri, ed ha luogo ogni anno. Il concorso pubblico di secondo grado, per soli titoli, è bandito dall'Amministrazione degli istituti ospedalieri ed è riservato a coloro che hanno conseguito l'idoneità nel concorso di primo grado.

ART. 40.

Le commissioni esaminatrici per i concorsi nazionali e regionali di primo grado sono nominate con decreto del Ministro della sanità.

Le commissioni esaminatrici per i concorsi di secondo grado sono nominate dalle Amministrazioni ospedaliere.

ART. 41.

Le commissioni esaminatrici per i concorsi nazionali e regionali di primo grado sono composte di sette membri. Essi sono:

1) il Presidente del Consiglio superiore di sanità o un suo delegato che sia componente del Consiglio stesso per i concorsi nazionali; o il Presidente dell'Ente regionale ospedaliero o un suo delegato che sia componente del Consiglio direttivo dell'Ente, per i concorsi regionali, che è il Presidente della commissione;

2) un professore universitario di ruolo della materia messa a concorso o, in mancanza, di materia strettamente attinente;

3) due sanitari del grado primo della carriera ospedaliera, designati dal Ministero della sanità o dall'Ente regionale ospedaliero, della materia messa a concorso o, in mancanza, di materia strettamente attinente;

4) due sanitari del grado primo della carriera ospedaliera, designati dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici, della materia messa a concorso o, in mancanza, di materia strettamente attinente; oppure, per i concorsi di farmacia, due farmacisti del grado primo della carriera ospedaliera designati dalla Federazione nazionale degli ordini dei farmacisti;

5) un rappresentante del Ministero della sanità di grado non inferiore a medico provinciale.

Disimpegna le mansioni di segretario un funzionario della carriera direttiva amministrativa del Ministero della sanità.

La graduatoria finale degli idonei è compilata in ordine alfabetico.

ART. 42.

Le Commissioni esaminatrici per i concorsi di secondo grado sono composte di cinque membri. Essi sono:

1) il Presidente dell'Amministrazione, o per sua delega il sovrintendente sanitario, o il direttore sanitario, che presiede la Commissione;

2) un professore universitario di ruolo della materia messa a concorso o, in mancanza, di materia strettamente attinente;

3) un sanitario del grado primo della carriera ospedaliera, appartenenti all'istituto ospedaliero che bandisce il concorso;

4) un sanitario del grado primo della carriera ospedaliera designato dall'ordine dei medici, o dall'Ordine dei farmacisti se trattasi di concorso di farmacia;

5) il medico provinciale, o un suo delegato della carriera sanitaria dello Stato.

Disimpegna le funzioni di segretario della Commissione il segretario generale amministrativo dell'istituto ospedaliero che bandisce il concorso.

ART. 43.

Il Governo della Repubblica è autorizzato entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge ad emanare un decreto avente forza di legge per stabilire le modalità di svolgimento e le prove di esame relative ai concorsi nazionali e regionali, nonché le tabelle di punteggio da assegnare ai titoli per i concorsi di secondo grado.

Per i concorsi di secondo grado banditi dalle Amministrazioni degli istituti ospedalieri non vi è limite di punteggio per i commissari, essendo il punteggio stesso determinato dalla somma dei punti assegnati a ciascun titolo dalla tabella di cui al primo comma del presente articolo.

La predetta tabella attribuirà il massimo valore di punteggio ai titoli di carriera ospedaliera, il minimo sarà attribuito alle pubblicazioni.

Le commissioni non potranno attribuire alcun punteggio a titoli non previsti dalla tabella.

Il decreto di cui al primo comma del presente articolo stabilirà i requisiti di cui i candidati devono essere in possesso per essere ammessi ai concorsi di idoneità a livello nazionale e regionale.

I concorsi sono banditi per ciascun settore specialistico, sia per i primari che per gli aiuti e gli assistenti.

ART. 44.

Nel caso in cui si determinino vacanze in posti di ruolo, le Amministrazioni degli istituti ospedalieri devono attribuire l'incarico ai sanitari che seguono nella graduatoria dell'ultimo concorso da esse bandito per il posto in oggetto.

Contemporaneamente al conferimento dell'incarico l'Amministrazione è tenuta a bandire il relativo concorso, che deve essere espletato nel termine massimo di quattro mesi dalla data in cui la deliberazione è stata adottata.

#### DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

##### ART. 45.

Le cliniche e gli istituti universitari di ricovero e cura, nonché gli istituti riconosciuti a carattere scientifico con decreto del Ministro della sanità di concerto con quello della pubblica istruzione, non rientrano nella categoria di enti pubblici ospedalieri, salvo quanto espressamente disposto dalla legge per i compiti di natura assistenziale.

##### ART. 46.

Le idoneità conseguite nei concorsi ospedalieri fino all'entrata in vigore della presente legge conservano piena validità ai fini della partecipazione ai concorsi di secondo grado banditi dalle Amministrazioni ospedaliere.

##### ART. 47.

Gli Enti mutualistici ed assicurativi possono stipulare particolari convenzioni con le Amministrazioni ospedaliere, per realizzare il proprio servizio ambulatoriale nell'ospedale, affidandolo ai medici ospedalieri.

##### ART. 48.

Le Amministrazioni degli istituti ospedalieri devono prevedere un adeguato servizio di assistenza religiosa ai degenti di religione cattolica.

Per i degenti di confessioni diverse, le Amministrazioni provvederanno per l'assistenza a richiesta degli infermi.

##### ART. 49.

Il Ministro della sanità provvede con suo decreto, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, ad emanare il regolamento generale per il funzionamento interno degli ospedali della Repubblica.

##### ART. 50.

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

E abrogata ogni disposizione contraria o incompatibile con le norme in essa contenute.