

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 3251

## DISEGNO DI LEGGE

PRESENTATO DAL MINISTRO DELLA SANITÀ  
(MARIOTTI)

DI CONCERTO COL MINISTRO DELL'INTERNO  
(TAVIANI)

COL MINISTRO DEL BILANCIO  
(PIERACCINI)

COL MINISTRO DEL TESORO  
(COLOMBO EMILIO)

COL MINISTRO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE  
(GUI)

COL MINISTRO DEI LAVORI PUBBLICI  
(MANCINI GIACOMO)

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

Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera

*Seduta del 22 giugno 1966*

ONOREVOLI COLLEGHI! — I punti fondamentali sui quali si articola lo schema di disegno di legge sugli enti ospedalieri e sull'assistenza ospedaliera e ambulatoriale sono i seguenti:

1) *Enti ospedalieri* — Titolo I, II, III.

Attualmente l'assistenza pubblica ospedaliera viene per la massima parte erogata dagli ospedali dipendenti dalle istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza ai quali si aggiungono quelli dipendenti dai vari enti pubblici, quali C.R.I., I.N.A.M., I.N.P.S., I.N.A.

I.L., i comuni, le province, i consorzi provinciali antitubercolari, ecc.

Ciascuno dei predetti enti ha un proprio e diverso ordinamento giuridico-amministrativo; ha organi di amministrazione composti eterogeneamente; è sottoposto a controlli di legittimità e di merito diversi, sia per gli organi che li esercitano, che per le forme in cui vengono esercitati; eroga un'assistenza ospedaliera differenziata rispetto ai soggetti assistiti ed alcune volte limitata a determinati gruppi di lavoratori, senza dire, poi, che gli enti stessi sono, alcune volte, preposti prevalentemente

al perseguimento di fini del tutto estranei alla assistenza ospedaliera.

Tale diversità di struttura è palese anche per le stesse istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza che — pur essendo tutte disciplinate dalla ormai remota legge del 1890 — sono variamente ordinate secondo i loro rispettivi statuti e regolamenti nei quali si riflette ancor oggi, la volontà dei fondatori, il fine caritatevole della istituzione e della conseguente assistenza ospedaliera erogata; elementi questi che sono espressione di interessi settoriali che mal si conciliano col principio dell'articolo 32 della Costituzione che garantisce il diritto dei cittadini alla tutela della salute, e quindi, soprattutto, alla assistenza ospedaliera, uguale e completa per tutti.

Ne discende che è esigenza fondamentale, al fine di una adeguata soluzione dei problemi del settore, affidare, innanzitutto, l'assistenza ospedaliera ad enti preposti esclusivamente ad essa, che abbiano una identica struttura e disciplina amministrativa; e cioè, siano amministrati da organi democraticamente formati, composti uniformemente, che siano espressione rappresentativa delle collettività cui prestano l'assistenza; siano sottoposti a identici controlli e direttive da ricondurre nell'esclusivo ambito dell'amministrazione sanitaria e delle istituende regioni a statuto ordinario ed erogino l'assistenza a diversi livelli funzionali secondo una intelligente programmazione a favore indistintamente di tutti i cittadini.

Poiché il disegno di legge non si propone lo scopo di trasformare in enti pubblici tutte le istituzioni, sia laiche che religiose, che svolgono senza fini di lucro attività di ricovero e di cura degli infermi, in quanto esso si limita alla riorganizzazione delle istituzioni pubbliche che operano in questo settore, l'articolo 1, dopo la definizione dell'ente ospedaliero, ha cura di affermare che nulla è innovato nella disciplina giuridico-amministrativa delle persone giuridiche riconosciute dal diritto italiano, siano esse laiche o religiose. Ovviamente questi enti di diritto privato sono sottoposti ai controlli generali di carattere igienico e sanitario che spettano allo Stato per la tutela degli interessi generali della salute pubblica. Ma oltre questa vigilanza, essi non sono assoggettati né alle norme relative alla organizzazione degli enti ospedalieri, né a quella dei controlli; e non vengono toccati dalla disciplina della programmazione.

Per raggiungere tali obiettivi sono stati distinti gli enti pubblici da cui attualmente dipendono gli istituti di cura in due categorie:

quelli che provvedono esclusivamente o prevalentemente al ricovero ed alla cura degli infermi (articolo 3, primo comma) — che oltre ad essere la maggior parte sono quasi tutti enti aventi natura di istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza — e quelli che svolgono un'attività prevalente diversa da quella ospedaliera (articolo 3, secondo comma), come C.R.I., comuni, province e istituzioni di assistenza e beneficenza.

I primi, sulla base di un decreto dichiarativo del Presidente della Repubblica vengono trasformati in enti ospedalieri. Tale trasformazione, per altro, incide in minima parte sulla struttura dell'ente, che, mentre continua a svolgere anche le attività diverse da quelle ospedaliere e, quindi, a perseguire i propri scopi statutari, seppure con separata gestione (articolo 48), è tenuto ad erogare la assistenza ospedaliera indistintamente a tutti gli infermi, ha organi di amministrazione formati democraticamente ed è sottoposto a identiche forme di controllo.

Per i secondi, viceversa, il procedimento per conseguire gli obiettivi sopra indicati è più complesso anche se, in pratica, non dovrebbe incontrare difficoltà per il non rilevante numero degli ospedali dipendenti da tali enti.

A tal fine gli ospedali dipendenti dagli enti pubblici che non svolgono esclusivamente o prevalentemente attività ospedaliera sono staccati dagli enti di origine ed eretti in enti ospedalieri con decreto del Presidente della Repubblica. Ad evitare una eccessiva proliferazione di enti, per altro, viene disposto che gli ospedali di una stessa provincia o regione dipendenti da uno stesso ente possono essere eretti in un unico ente ospedaliero.

Da tale disciplina sono esclusi gli ospedali dipendenti da enti mutualistici e assicurativi. In attesa della riorganizzazione completa di questo settore, in vista del raggiungimento dell'obiettivo, indicato dal piano quinquennale di programmazione economica, della sicurezza sociale, si è dato a questi ospedali uno speciale ordinamento che, pur conservando la loro appartenenza agli enti presso i quali sono costituiti, li rende autonomi amministrativamente, con la creazione di aziende speciali rette da un proprio consiglio di amministrazione. La materia è disciplinata dagli articoli 43 e seguenti, sui quali si tornerà nel corso di questa relazione.

Viene poi devoluta alla autonomia regionale la possibilità di soppressione e concentrazione degli enti ospedalieri sulla base delle in-

dicazioni contenute nel piano regionale ospedaliero: potere questo che oggi è previsto, per le istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza, dalla stessa legge del 1890.

La struttura degli enti ospedalieri si ispira al principio della rappresentanza diretta delle collettività assistite. I consigli di amministrazione sono costituiti, infatti, da persone elette dai componenti dei consigli comunali, provinciali e regionali, con schede limitate a due nomi, in modo da far partecipare al governo degli enti le forze politiche che operano nell'ambito del territorio su cui svolge la sua azione l'istituzione ospedaliera.

Questa fondamentale innovazione della legge darà alle stesse popolazioni interessate la possibilità di un controllo diretto ed efficace sull'opera degli amministratori.

Viene poi prevista la istituzione di un collegio di revisori, operante *a latere* dei consigli di amministrazione, per assicurare che la gestione dei consigli di amministrazione avvenga col rispetto delle regole tecniche della buona amministrazione, tenuto anche conto degli interventi finanziari che la legge pone a carico dello Stato (articolo 31).

La vigilanza e la tutela sugli enti ospedalieri viene demandata alla regione secondo le norme previste dalla legge 10 febbraio 1953, n. 62, mentre il controllo sugli organi di amministrazione, a carattere elettivo, se pure di secondo grado, viene demandato, in armonia con le norme vigenti per i consigli comunali e provinciali, al Presidente della Repubblica, salvo il potere di sospensione del medico provinciale nei casi di urgente necessità.

In via transitoria il controllo sugli atti degli enti ospedalieri viene esercitato secondo le norme in vigore salvo alcune marginali modifiche.

Le principali innovazioni proposte sono state oggetto di esame al fine di verificare la loro rispondenza ai principi della Costituzione, specie in relazione: 1) alla possibilità di operare con legge il trasferimento di beni, nella specie di ospedali, da enti pubblici (comuni, istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza), ad altri enti pubblici di nuova istituzione, senza ricorrere all'istituto della espropriazione di proprietà garantita da indennizzo; 2) circa la possibilità di operare con legge la modifica e la ristrutturazione statutaria e organizzativa degli enti pubblici attualmente preposti, in via esclusiva o prevalente, all'assistenza ospedaliera.

Sul primo punto è da rilevare che si tratta di un intervento del legislatore per la rior-

ganizzazione di un servizio pubblico (gestito al di fuori degli schemi imprenditoriali), servizio che non può essere considerato meramente eventuale e facoltativo, ma imposto dalla Costituzione come strumento ineliminabile, allo stato attuale delle iniziative nel settore, per la tutela della salute intesa come diritto dell'individuo e interesse della collettività (articolo 32 della Costituzione).

In altri termini i beni costituenti i complessi ospedalieri degli enti pubblici non possono certamente essere considerati come proprietà privata, cioè come proprietà che gli enti hanno come un qualsiasi privato, con mere finalità di reddito e di sfruttamento economico *iure privatorum*; detti beni fanno parte del patrimonio indisponibile dell'ente, in quanto destinati ad un pubblico servizio (articolo 826, ultimo comma, in relazione all'articolo 830 del Codice civile).

Di modo che, anche ad ammettere che l'espressione proprietà privata del secondo e terzo comma dell'articolo 42 della Costituzione possa in talune ipotesi, peraltro molto dubbie, riferirsi anche a beni che appartengono ad enti pubblici, certamente non si può andare oltre l'interpretazione di beni per i quali, per la mancanza di qualsiasi vincolo e destinazione pubblicistica immediata, la titolarità sia configurabile solo *iure privatorum*.

Invece, si è al di fuori della ipotesi di protezione costituzionale attraverso la procedura della espropriazione e la previsione di indennizzo, quando, come nella specie, i beni (ospedali) si pongono in diretta correlazione con lo svolgimento di pubblici servizi e, proprio in riferimento al servizio cui sono destinati, sono qualificabili come beni di interesse pubblico, aventi la caratteristica della destinazione alla soddisfazione diretta di interessi pubblici e di appartenenza ad enti pubblici, cioè come beni che l'articolo 42 della Costituzione fa rientrare nella proprietà pubblica.

D'altronde, è da rilevare come il problema del trasferimento di un bene da un ente pubblico ad un altro è stato già portato all'esame della Corte Costituzionale proprio per una legge (legge 9 novembre 1955, n. 1070) che non prevedeva alcun indennizzo. La Corte Costituzionale con la sentenza 29 dicembre 1959, n. 68 riteneva infondata la questione sia in riferimento all'articolo 42 che all'articolo 43 della Costituzione: la fattispecie riguardava la attribuzione al Patronato scolastico del comune di Padova della pro-

prietà della colonia alpina già denominata Regina Margherita in Calalzo appartenente alla Gioventù italiana.

La Corte Costituzionale ha ritenuto che detta legge non disponesse una espropriazione, bensì « un mutamento per un singolo bene della destinazione originariamente prevista per i beni già appartenenti alla G.I.L. e l'immediata attribuzione del bene all'ente beneficiario della nuova destinazione ». Sempre secondo la Corte Costituzionale « si tratta cioè di una legge di organizzazione amministrativa, in un campo — quello della distribuzione dei beni tra i vari organismi in cui la pubblica amministrazione si articola — nel quale non può essere disconosciuta al legislatore — salvo il rispetto delle autonomie garantite dalla Costituzione — ampia libertà. La legge, appunto per ciò, non ricade sotto la disciplina dell'articolo 42, comma terzo, della Costituzione ed ancor meno sotto quello dell'articolo 43 ».

Quanto al secondo punto sulla possibilità di operare con legge la modifica e la ristrutturazione statutaria ed organizzativa delle istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza e degli altri enti pubblici esistenti deve, senz'altro, ammettersi la legittimità sul piano costituzionale di un intervento legislativo, in quanto il settore, nel campo pubblicistico, non è tutelato da alcuna delle autonomie previste in Costituzione.

Del resto lo schema di provvedimento esclude gli istituti clinici universitari e gli istituti a carattere scientifico, eliminandosi così in radice ogni questione sul diritto per tali enti, contemplati dall'articolo 33 ultimo comma della Costituzione « di darsi ordinamento autonomo nei limiti stabiliti dalle leggi dello Stato ».

La legittimità dell'intervento legislativo nel settore degli statuti, dell'organizzazione e della struttura degli enti pubblici è confermata dalla prassi legislativa, come ad esempio la legge 7 marzo 1957, n. 93, sull'E.N. A.M.; la legge 6 giugno 1952, n. 678, riguardante l'ente autonomo per la valorizzazione dell'isola d'Ischia; la legge 10 febbraio 1961, n. 66, con riorganizzazione giuridica dell'istituto di medicina sociale (si noti che trattavasi di istituto riconosciuto con atto del Capo dello

Stato e non con legge) e molteplici altri provvedimenti legislativi.

Il titolo III del provvedimento prevede i requisiti igienico-sanitari ed i servizi fondamentali di cui devono essere provvisti gli ospedali per l'erogazione di una moderna ed efficiente assistenza ospedaliera, ed, inoltre, i nuovi criteri per la loro classificazione.

A tal fine gli ospedali sono distinti in generali, specializzati e per lungodegenti e convalescenti secondo la diversa natura dell'assistenza ospedaliera prestata agli infermi, ed, inoltre, in regionali, provinciali e di zona in relazione alla capacità ricettiva ed alla qualificazione dei servizi di cui sono dotati.

Il provvedimento di classificazione, che viene lasciato alla competenza del medico provinciale, è di base per la determinazione della composizione del consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero per la considerazione che al livello più elevato delle prestazioni sanitarie che sono in grado di erogare gli ospedali provinciali e regionali, rispetto a quelli di zona, sono interessati, in linea di massima, gruppi più ampi di popolazione che trovano la loro preminente rappresentanza negli organi elettivi di amministrazione della regione e della provincia.

I criteri per la classificazione degli ospedali costituiscono, d'altronde, il punto di partenza della programmazione ospedaliera, preordinata ad una razionale distribuzione degli ospedali in relazione delle esigenze dell'assistenza ospedaliera.

## 2) Programmazione ospedaliera — Titolo IV.

Sono noti gli squilibri e i dislivelli che esistono tra regione e regione e provincia e provincia, nelle strutture ed attrezzature ospedaliere. Basti pensare alla ripartizione dei posti-letto tra le regioni dell'Italia settentrionale, centrale e meridionale (rispettivamente, posti-letto disponibili per mille abitanti il 5,46 - 4,94 - 2,50) quasi esclusivamente destinati alle malattie acute mentre vi è carenza assoluta di posti-letto per malati cronici e lungodegenti e per la riabilitazione medico-sociale.

La tabella seguente prospetta chiaramente tali dislivelli:

QUOZIENTI STANDARD E QUOZIENTI ATTUALI DI POSTI-LETTO DISPONIBILI  
(per 1.000 abitanti)

	QUOZIENTE STANDARD	QUOZIENTE NAZIONALE	ITALIA SETTENTRIONALE	ITALIA CENTRALE	ITALIA MERIDION.
Per malati acuti . . . . .	4-5 posti-letto	4,28	5,46	4,98	2,50
Per lungodegenti, cronici, ecc. . . . .	2 posti-letto	0,50	0,82	0,59	0,07
Per convalescenti . . . . .	2 posti-letto	0,04	0,07	0,03	0,003
Per malati mentali . . . . .	3 posti-letto	1,72	2,02	1,85	1,28

Per pervenire ad una adeguata distribuzione territoriale e funzionale degli ospedali esistenti e di quelli da costruire occorrerà determinare attraverso un piano nazionale e piani regionali l'ambito territoriale in cui deve operare ciascun ospedale e la popolazione che, in linea di massima, esso deve servire in relazione alle diverse esigenze sanitarie.

Il provvedimento prevede, quindi, l'elaborazione da parte del Ministero della sanità di un piano nazionale ospedaliero nel quale saranno stabiliti il fabbisogno dei posti-letto per tutto il territorio nazionale, la loro ripartizione nelle varie regioni e secondo le varie categorie di ospedali e i mezzi finanziari occorrenti.

Il piano viene elaborato in armonia con il programma economico nazionale, su conforme parere di un particolare comitato, espressione delle autonomie locali e delle categorie interessate; è sottoposto alla approvazione del Comitato interministeriale di programmazione economica.

Il piano regionale elaborato da ogni regione — ed in via transitoria da un apposito comitato previsto all'articolo 52 — prevede sulla base delle indicazioni contenute nel piano nazionale ospedaliero la costituzione di nuovi ospedali, la trasformazione e l'ampliamento di quelli esistenti, alla cui realizzazione provvede la stessa regione con fondi iscritti nel proprio bilancio, ed una più particolare distribuzione degli stessi in relazione al fabbisogno di posti-letto distinti in acuti, cronici e convalescenti ed in relazione agli istituti universitari e alle case di cura private attualmente esistenti.

Viene demandata, altresì, al piano regionale la possibilità di procedere a fusione o

concentrazione degli enti ospedalieri che operano nella regione in modo da pervenire alla loro graduale unificazione in relazione ai bisogni della popolazione servita ed alle necessarie esigenze di economicità di gestione.

La funzione di coordinare l'attività degli enti ospedalieri è demandata ad un apposito comitato composto dei rappresentanti degli enti stessi.

3) *Mezzi finanziari* — Titolo V.

La retta di degenza — la cui determinazione viene effettuata sulla base delle spese sostenute dall'ente per l'erogazione della assistenza ospedaliera, comprese quelle di ammortamento e rinnovo degli impianti in misura non superiore ad un 4 per cento della retta stessa — rappresenta il mezzo mediante il quale gli enti provvedono all'espletamento dei loro compiti.

Negli articoli 30 e 32 viene altresì disposto, per scongiurare il ricorso onerosissimo ai crediti delle banche, che gli enti ospedalieri possono delegare una parte, non superiore a un ventesimo, delle rette a garanzia dei mutui che intendono contrarre con la cassa depositi e prestiti e gli altri enti o istituti pubblici di credito a ciò abilitati; e inoltre che gli istituti previdenziali possono concedere mutui agli ospedali nel limite del 10 per cento delle disponibilità investibili in beni patrimoniali.

L'articolo 31 prevede un fondo nazionale ospedaliero destinato a favorire il rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie degli ospedali ed il miglioramento e adeguamento di esse, nonché a contribuire al pagamento dell'assegno a favore dei neo-laureati che compiono il tirocinio in ospedale. Con apposito

provvedimento si provvederà al relativo finanziamento che, per il 1967, è previsto in lire 10 miliardi.

Il fondo nazionale ospedaliero dovrebbe costituire in tal modo il primo strumento di intervento statale per l'attuazione di quel sistema di sicurezza sociale cui tende il programma quinquennale di sviluppo economico.

L'articolo 38 introduce una interessante innovazione, in quanto impone agli enti ospedalieri, alle cliniche universitarie e agli ospedali degli enti mutualistici e assicurativi l'obbligo di ammettere i medici neo-laureati, non ancora in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, all'internato di un anno. Circa l'obbligatorietà di detto internato, non prevista da questa legge, il Governo intende provvedervi con apposita norma che si riserva di inserire nel provvedimento legislativo riguardante l'insegnamento universitario.

L'istituto dell'internato è già previsto nelle legislazioni degli altri Paesi europei aderenti al M.E.C. e risponde alla necessità di addestramento formativo del medico che si affaccia all'esercizio professionale.

La norma prevede che i medici interni avranno diritto al vitto gratuito e a un assegno che sarà successivamente determinato, a carico in parte dell'ente ospedaliero o dell'ospedale dipendente dagli enti mutualistici o assicurativi.

L'integrazione a carico dello Stato sarà corrisposta con i mezzi forniti dal fondo nazionale ospedaliero; mentre per il trattamento dei medici interni nelle cliniche universitarie si provvederà con apposita legge relativa all'ordinamento universitario.

#### 4) *Ordinamento dei servizi e stato giuridico del personale* — Titolo VI.

Altro punto fondamentale del provvedimento è l'ordinamento dei servizi. Lo schema in esame stabilisce con poche norme l'articolazione interna delle unità funzionali ospedaliere in relazione alle categorie e tipi di ospedali fissati al titolo III e al criterio di ridurre il numero dei posti-letto per ogni divisione o sezione allo scopo di rendere più pronta ed efficiente l'assistenza. Si rinvia, poi, a norme delegate la disciplina più particolare del funzionamento interno per quanto riguarda l'accettazione e dimissione degli infermi, le attribuzioni del personale preposto all'assistenza sulla base di ben chiari principi direttivi.

Analogamente è prevista una legge delega per lo stato giuridico del personale.

In particolare per il personale medico il decreto delegato deve ispirarsi al principio dell'assistenza per pubblico concorso per soli titoli, previo superamento di un esame di idoneità a base nazionale, per eliminare gli attuali inconvenienti del sistema.

Lo stato giuridico deve prevedere il cosiddetto tempo definito con determinazione del numero di ore di servizio obbligatorio non solo per i medici con funzioni igienico-organizzative, ma anche per i medici addetti alla assistenza sanitaria, cioè primari, aiuti ed assistenti.

Tale innovazione, largamente auspicata dalla classe medica, si ricollega alla stabilità di impiego introdotta dalla legge 10 maggio 1964, n. 336, che ha legato più intensamente il medico all'ospedale e comporterà una più accurata assistenza ai degenti.

Viene consentito, altresì, ai medici il libero esercizio professionale anche nell'ambito dell'ospedale entro limiti, peraltro, che saranno rigorosamente determinati nel decreto delegato.

Il trattamento economico dei medici ospedalieri deve essere costituito dallo stipendio e dal compenso per lavoro straordinario, uguali a parità di funzioni. È prevista poi la corresponsione di un assegno integrativo, da stabilirsi con decreto del Presidente della Repubblica proporzionale alla qualità e quantità di lavoro svolto.

#### 5) *Ospedali degli Enti mutualistici e assicurativi* — Titolo VII.

La speciale disciplina di questi ospedali consiste nella loro autonomia amministrativa e contabile, ferma rimanendo la loro giuridica appartenenza agli enti dai quali ora dipendono.

Verrà costituito per ciascuno di essi (o per ciascun gruppo di ospedali dipendente da un medesimo ente e operante nella stessa provincia) un consiglio di amministrazione composto da rappresentanti dei Ministeri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, che nomineranno tre membri ciascuno, e da un rappresentante del Ministero del tesoro.

Gli ospedali verranno ad assumere così una caratteristica simile a quella delle aziende speciali; ma la loro organizzazione, le attribuzioni del consiglio di amministrazione, data la complessità della materia e le implicazioni inerenti ai rapporti tra gli ospedali e gli enti ai quali appartengono, anche per quanto riguarda il finanziamento, hanno sug-

gerito il rinvio di questa normativa ad apposito regolamento interministeriale.

A simiglianza degli enti ospedalieri, sul cui prototipo dovrà essere regolata la vita di questi ospedali, è previsto che i consigli di amministrazione sono affiancati da un collegio sindacale e sono altresì contemplati i casi in cui il consiglio di amministrazione può essere sciolto.

Molto importante è la norma contenuta nell'articolo 48 che demanda all'approvazione dei due ministri del lavoro e della previdenza sociale e della sanità l'approvazione delle delibere degli enti riguardanti la costruzione di nuovi ospedali, l'ampliamento e la trasformazione di quelli esistenti e la istituzione di nuovi ambulatori.

Questa norma si ricollega con le norme sul piano, nel senso che nessuna istituzione ospedaliera pubblica e anche nessun ambulatorio potranno essere creati se non siano inquadrati in una visione globale delle necessità dell'assistenza e se non rispondano ad effettive esigenze, tenuto conto dei bisogni della generalità dei cittadini.

#### 6) *Casi di cura private* - Titolo VIII.

Le case di cura private continuano a sussistere e ne possono essere istituite di nuove, poiché ancora la rete pubblica non è in grado di soddisfare i crescenti bisogni dell'assistenza ospedaliera.

Esse però vengono sottoposte ad un regime di controllo da parte dello Stato che deve rilasciare l'autorizzazione al loro esercizio e che può intervenire fino a disporre la chiusura in caso di inadempienze gravi.

Il controllo dello Stato si estende ai progetti per la costruzione, l'ampliamento e la trasformazione delle case di cura private. Il Ministero della sanità, inoltre, deve stabilire le norme tecniche e costruttive, i requisiti, le attrezzature e i servizi di cui esse devono essere dotate e le norme sull'ordinamento dei servizi del personale. È anche previsto che ogni casa di cura privata debba avere un direttore responsabile e ne sono stabiliti i compiti.

L'articolo 52 consente alle case di cura private di stipulare speciali convenzioni per il ricovero degli iscritti con gli enti mutualistici e assicurativi, convenzioni che devono però essere approvate dal medico provinciale.

#### 7) *Disposizioni finali e transitorie* - Titolo IX.

Un complesso di norme finali e transitorie assicurano il trapasso dalla attuale alla nuova

disciplina legislativa del settore e prevedono specialmente organi transitori che sopperiscano alla mancanza dell'ordinamento regionale.

Tra le norme transitorie va segnalato l'articolo 58 che dispone il trasferimento del personale degli enti pubblici, addetto al funzionamento e alla amministrazione dell'ospedale o degli ospedali da essi dipendenti, al nuovo ente ospedaliero. Detto personale, agevolmente identificabile sulla base dei ruoli organici dell'ente presso cui presta servizio, conserva lo stato giuridico ed il trattamento economico acquisito e viene inquadrato nei ruoli organici del nuovo ente con decreto del medico provinciale di intesa con l'ente da cui dipendeva.

Da ultimo l'articolo 53 dispone che gli ospedali e gli altri istituti di ricovero e cura (quali ad esempio le infermerie), che non posseggono i requisiti minimi per essere classificati in una delle categorie di ospedali previsti dallo schema di provvedimento in esame, devono trasformarsi secondo le direttive contenute nel piano regionale ospedaliero.

Al fine di rendere possibile, immediatamente, la costituzione del consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero da cui dipendono tali istituti è sancita la loro equiparazione agli ospedali di zona.

Il disegno di legge espressamente esclude dalla sua applicazione le cliniche universitarie, le quali pur sono dotate di posti-letto per il ricovero e la cura degli infermi e prestano assistenza ospedaliera. Fermo restando che tale attività è prestata dalle cliniche a scopi didattici, il Governo intende che anche questi istituti non siano sottratti del tutto alla vigilanza dell'autorità sanitaria per quanto riguarda sia l'osservanza delle norme igieniche, sia i limiti del campo sperimentale in relazione alle esigenze di tutela della salute pubblica, sia la determinazione del numero dei posti-letto che in ogni clinica possono essere assegnati.

È chiaro che il Ministero della sanità, che è per legge responsabile della tutela della salute pubblica, non può rimanere estraneo alla disciplina di interessi sanitari di tanta importanza.

Il Governo peraltro ha deciso di prevedere la normativa di questa materia in successivo disegno di legge, che sarà approvato su proposta del Ministro della pubblica istruzione, riguardante l'insegnamento universitario.

SOMMARIO

TITOLO I. — ENTE OSPEDALIERO.

- Art. 1. — Assistenza ospedaliera pubblica.
- Art. 2. — Concetti e compiti dell'ente ospedaliero.
- Art. 3. — Costituzione degli enti ospedalieri.
- Art. 4. — Riconoscimento degli enti ospedalieri esistenti.
- Art. 5. — Costituzione di enti ospedalieri mediante distacco di ospedali da enti pubblici.
- Art. 6. — Costituzione, fusione e concentrazione di nuovi enti ospedalieri da parte delle regioni.

TITOLO II. — STRUTTURA ED AMMINISTRAZIONE DEGLI ENTI OSPEDALIERI.

- Art. 7. — Struttura dell'ente ospedaliero.
- Art. 8. — Organi dell'ente ospedaliero.
- Art. 9. — Consiglio di amministrazione.
- Art. 10. — Funzioni del consiglio di amministrazione.
- Art. 11. — Nomina e funzioni del presidente.
- Art. 12. — Collegio dei revisori.
- Art. 13. — Il consiglio dei sanitari e il consiglio sanitario centrale.
- Art. 14. — Funzioni del consiglio dei sanitari e del consiglio sanitario centrale.
- Art. 15. — Alta sorveglianza.
- Art. 16. — Vigilanza e tutela.
- Art. 17. — Sospensione e scioglimento del consiglio di amministrazione.

TITOLO III. — REQUISITI E CLASSIFICAZIONE DEGLI OSPEDALI.

- Art. 18. — Requisiti degli ospedali.
- Art. 19. — Categorie di ospedali.
- Art. 20. — Ospedali generali di zona.
- Art. 21. — Ospedali generali provinciali.
- Art. 22. — Ospedali generali regionali.
- Art. 23. — Ospedali specializzati di zona, provinciali e regionali.
- Art. 24. — Ospedali per geriatrici, per lungodegenti e per convalescenti.

TITOLO IV — PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA.

- Art. 25. — Piano nazionale ospedaliero.
- Art. 26. — Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera.

- Art. 27. — Piano regionale ospedaliero.
- Art. 28. — Piano provinciale di coordinamento.
- Art. 29. — Finanziamento del piano regionale ospedaliero.

TITOLO V. — DISPOSIZIONI FINANZIARIE PER GLI ENTI OSPEDALIERI.

- Art. 30. — Retta di degenza.
- Art. 31. — Fondo nazionale ospedaliero.
- Art. 32. — Garanzia per l'assunzione dei mutui.

TITOLO VI. — ORDINAMENTO DEI SERVIZI E DEL PERSONALE.

- Art. 33. — Struttura interna degli ospedali.
- Art. 34. — Struttura degli ospedali regionali.
- Art. 35. — Struttura interna degli ospedali specializzati.
- Art. 36. — Struttura interna degli ospedali geriatrici, per lungodegenti e convalescenti.
- Art. 37. — Personale degli enti ospedalieri.
- Art. 38. — Internato per neolaureati.
- Art. 39. — Norme delegate sull'ordinamento dei servizi e sullo stato giuridico del personale.
- Art. 40. — Principi e criteri direttivi per l'ordinamento dei servizi ospedalieri.
- Art. 41. — Principi direttivi per lo stato giuridico e il trattamento economico del personale degli enti ospedalieri.
- Art. 42. — Principi e criteri direttivi per lo stato giuridico ed il trattamento economico del personale sanitario medico dipendente dagli enti.

TITOLO VII. — OSPEDALI DEGLI ENTI MUTUALISTICI E ASSICURATIVI.

- Art. 43. — Ordinamento degli ospedali.
- Art. 44. — Composizione del consiglio di amministrazione.
- Art. 45. — Funzioni del consiglio di amministrazione e del presidente - Vigilanza e tutela.
- Art. 46. — Collegio dei revisori.
- Art. 47. — Scioglimento del consiglio di amministrazione.
- Art. 48. — Programmazione di nuovi ospedali e ambulatori.
- Art. 49. — Rinvio.



IV LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

TITOLO VIII. — CASE DI CURA PRIVATE.

- Art. 50. — Requisiti da determinarsi con decreto del Ministro per la sanità.
- Art. 51. — Autorizzazione all'apertura di case di cura private - Infrazioni.
- Art. 52. — Direttore sanitario responsabile - Convenzioni.

TITOLO IX. — DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE.

- Art. 53. — Costituzione, fusione e concentrazione di enti ospedalieri nelle regioni non ancora costituite.
- Art. 54. — Norme sull'amministrazione degli enti ospedalieri.
- Art. 55. — Amministrazione dell'ente ospedaliero.

- Art. 56. — Gestione finanziaria delle attività diverse da quella ospedaliera.
- Art. 57. — Finanziamento per le costruzioni ed attrezzature ospedaliere.
- Art. 58. — Trasferimento del personale dipendente dagli enti pubblici al nuovo ente ospedaliero.
- Art. 59. — Composizione transitoria del comitato nazionale di programmazione ospedaliera.
- Art. 60. — Comitato regionale per la programmazione ospedaliera.
- Art. 61. — Trasformazione degli istituti pubblici di ricovero e cura.
- Art. 62. — Regioni a statuto speciale.
- Art. 63. — Disposizione finale.

## DISEGNO DI LEGGE

### TITOLO I

#### L'ENTE OSPEDALIERO

##### ART. 1.

*(Assistenza ospedaliera pubblica).*

L'assistenza ospedaliera pubblica è svolta a favore di tutti gli individui esclusivamente dagli enti ospedalieri, salvo quanto previsto da disposizioni particolari per gli istituti di cura per malattie mentali, per le cliniche e gli istituti universitari di ricovero e di cura, per gli istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico con decreto del Ministro per la sanità di concerto con il Ministro per la pubblica istruzione, nonché per gli ospedali degli enti mutualistici e assicurativi previsti dalla presente legge.

Inoltre, le fondazioni e le associazioni disciplinate dagli articoli 14 e seguenti del codice civile che provvedono istituzionalmente al ricovero ed alla cura degli infermi, ove posseggano i requisiti prescritti dalla legge, possono ottenere, a domanda, il riconoscimento come enti pubblici ospedalieri.

Salva la vigilanza tecnico-sanitaria spettante al Ministero della sanità, nulla è innovato alle disposizioni vigenti per quanto concerne il regime giuridico-amministrativo degli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera.

##### ART. 2.

*(Concetto e compiti dell'ente ospedaliero).*

Sono enti ospedalieri gli enti pubblici che istituzionalmente provvedono al ricovero ed alla cura degli infermi.

Essi prestano le cure mediche, chirurgiche e specialistiche; partecipano alla difesa attiva della salute in coordinamento con le attività delle altre istituzioni sanitarie locali; contribuiscono alla preparazione professionale del personale sanitario e tecnico; promuovono la educazione igienico-sanitaria del malato e del suo nucleo familiare.

Possono, inoltre, istituire, anche fuori della sede dell'ospedale, ambulatori, dispensari, consultori, centri per la cura e la prevenzione di malattie sociali e compiere ricerche e indagini scientifiche e medico-sociali, in ordine al conseguimento degli scopi istituzionali.

## ART. 3.

*(Costituzione degli enti ospedalieri).*

Le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e gli altri enti pubblici che, al momento di entrata in vigore della presente legge, provvedono esclusivamente o prevalentemente al ricovero ed alla cura degli infermi, sono riconosciuti di diritto enti ospedalieri.

Sono costituiti in enti ospedalieri tutti gli ospedali appartenenti ad enti pubblici che abbiano come scopo prevalente finalità diverse dalla assistenza ospedaliera, ad eccezione degli ospedali degli enti mutualistici ed assicurativi per cui provvede il titolo settimo della presente legge.

## ART. 4.

*(Riconoscimento di enti ospedalieri esistenti).*

Con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro per la sanità, sentito il consiglio provinciale di sanità, gli enti pubblici di cui al primo comma dell'articolo precedente sono dichiarati enti ospedalieri.

Con lo stesso decreto è indicata la composizione del consiglio di amministrazione secondo il disposto del successivo articolo 9.

Il decreto del Presidente della Repubblica deve essere emanato entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

## ART. 5.

*(Costituzione di enti ospedalieri mediante distacco di ospedali da enti pubblici).*

Gli ospedali di cui al secondo comma dell'articolo 3 sono costituiti in enti ospedalieri con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro per la sanità di concerto con il Ministro che sovrintende all'attività dell'ente. Qualora gli ospedali dipendenti dall'ente pubblico siano due o più, è costituito un ente ospedaliero unico per ogni gruppo di ospedali ubicati o nella stessa provincia ovvero nella stessa regione, secondo le esigenze dell'assistenza ospedaliera locale.

Il decreto del Presidente della Repubblica determina il patrimonio del nuovo ente.

In ogni provincia è costituita una commissione composta dal presidente del tribunale del capoluogo di provincia o da un giudice da lui delegato, che la presiede, dal medico provinciale, dall'intendente di finanza, dall'ingegnere capo dell'ufficio del genio civile e

da due rappresentanti dell'ente pubblico da cui dipendeva l'ospedale, col compito di procedere alla individuazione e all'inventario dei beni che sono trasferiti all'ente ospedaliero. Alla nomina della commissione provvede il medico provinciale con proprio decreto.

Il patrimonio del nuovo ente è costituito dagli edifici adibiti al ricovero ed alla cura degli infermi, da tutte le attrezzature che in atto sono destinate al funzionamento dello ospedale o degli ospedali e dagli altri beni in atto destinati istituzionalmente a beneficio dell'ospedale o degli ospedali.

I rapporti giuridici relativi all'attività ospedaliera passano al nuovo ente.

Nel termine di due mesi dall'emanazione del decreto indicato nel primo comma il medico provinciale nomina un commissario per la provvisoria gestione dell'ente, indica la composizione del consiglio di amministrazione secondo il disposto del successivo articolo 9 e ne promuove la costituzione, da effettuarsi entro sei mesi dalla data di nomina del commissario.

#### ART. 6.

*(Costituzione, fusione e concentrazione di nuovi enti ospedalieri da parte delle regioni).*

La regione promuove e attua la istituzione di nuovi enti ospedalieri e la fusione o la concentrazione di enti ospedalieri esistenti, secondo le previsioni del piano regionale ospedaliero.

L'ente ospedaliero è costituito con decreto del presidente della giunta regionale su conforme deliberazione del consiglio regionale.

### TITOLO II

#### STRUTTURA E AMMINISTRAZIONE DEGLI ENTI OSPEDALIERI

#### ART. 7.

*(Struttura dell'ente ospedaliero).*

Ciascun ente ospedaliero comprende uno o più ospedali, quali stabilimenti dotati di servizi sanitari funzionalmente autonomi.

Gli ospedali si distinguono secondo la classificazione contenuta nel titolo terzo della presente legge.

## ART. 8.

(Organi dell'ente ospedaliero).

Sono organi dell'ente ospedaliero il consiglio di amministrazione, il presidente, il collegio dei revisori ed il consiglio dei sanitari oppure il consiglio sanitario centrale.

## ART. 9.

(Consiglio di amministrazione).

Il consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero, che comprende almeno un ospedale regionale, è composto:

- 1) da tre membri eletti dal consiglio regionale, con schede limitate a due nomi;
- 2) da tre membri eletti dal consiglio comunale del comune ove ha sede l'ente ospedaliero, con schede limitate a due nomi;
- 3) da un membro eletto da ciascuno dei consigli provinciali delle province della regione in cui sono situati ospedali dipendenti dall'ente;
- 4) per gli enti ospedalieri dichiarati tali ai sensi dell'articolo 4 della presente legge, da un membro in rappresentanza degli originari interessi dell'ente designato nei modi previsti dai rispettivi statuti e, per gli enti ospedalieri costituiti ai sensi dell'articolo 5, da un membro designato dall'ente pubblico cui appartenevano originariamente l'ospedale o gli ospedali;
- 5) da un funzionario della carriera direttiva amministrativa del Ministero della sanità appartenente all'ufficio del medico provinciale.

Il consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero, che comprende almeno un ospedale provinciale, è composto:

- 1) da tre membri eletti dal consiglio provinciale della provincia ove ha sede l'ente ospedaliero, con schede limitate a due nomi;
- 2) da tre membri eletti dal consiglio comunale del comune ove ha sede l'ente ospedaliero, con schede limitate a due nomi;
- 3) da un membro eletto da ciascuno dei consigli comunali dei comuni della provincia, nei quali sono situati gli ospedali dipendenti dall'ente;
- 4) per gli enti ospedalieri dichiarati tali ai sensi dell'articolo 4 della presente legge, da un membro in rappresentanza degli originari interessi dell'ente, designato nei modi previsti dai rispettivi statuti e per gli enti ospedalieri costituiti ai sensi dell'articolo 5 da un membro designato dall'ente pubblico cui appartenevano originariamente l'ospedale o gli ospedali;

5) da un funzionario della carriera direttiva amministrativa del Ministero della sanità appartenente all'ufficio del medico provinciale.

Il consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero, che comprende uno o più ospedali di zona, è composto:

1) da un membro eletto dal consiglio provinciale della provincia in cui ha sede l'ente ospedaliero;

2) da tre membri eletti dal consiglio comunale del comune ove ha sede l'ente ospedaliero, con schede limitate a due nomi;

3) da un membro eletto da ciascuno dei consigli comunali dei comuni nei quali sono situati ospedali dipendenti dall'ente;

4) per gli enti ospedalieri dichiarati tali ai sensi dell'articolo 4 della presente legge, da un membro in rappresentanza degli originari interessi dell'ente designato nei modi previsti dai rispettivi statuti e per gli enti ospedalieri costituiti ai sensi dell'articolo 5 da un membro designato dall'ente pubblico cui appartenevano originariamente l'ospedale o gli ospedali;

5) da un funzionario della carriera direttiva amministrativa del Ministero della sanità appartenente all'ufficio del medico provinciale.

I componenti dei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri devono essere scelti tra persone estranee ai consigli che li eleggono.

Partecipano alle sedute del consiglio di amministrazione con voto consultivo il sovrintendente sanitario e, in mancanza, il direttore sanitario, un rappresentante dei sanitari designato dal consiglio dei sanitari o dal consiglio sanitario centrale e il direttore amministrativo, che ha anche funzioni di segretario.

Il consiglio di amministrazione dura in carica cinque anni.

#### ART. 10.

*(Funzioni del consiglio di amministrazione).*

Il consiglio di amministrazione delibera lo statuto e tutti i provvedimenti relativi al governo dell'ente ospedaliero.

Lo statuto deve prevedere che spetta al consiglio di amministrazione:

- a) deliberare le modifiche dello statuto;
- b) deliberare sugli adempimenti prescritti dal piano regionale ospedaliero;
- c) deliberare il regolamento organico del personale e la relativa pianta organica;

d) deliberare i regolamenti relativi al servizio sanitario interno ed esterno, al servizio amministrativo, ai servizi generali e gli altri regolamenti similari;

e) deliberare il bilancio preventivo ed approvare il conto consuntivo, nonché deliberare la destinazione delle nuove e maggiori entrate e lo storno di fondi da capitolo a capitolo;

f) deliberare la nomina e le assunzioni del personale dell'ente ospedaliero;

g) deliberare l'alienazione e l'acquisto di immobili, di titoli del debito pubblico, di titoli di credito, di azioni industriali, l'accettazione di donazioni, eredità e legati, nonché i contratti che importano un onere per l'ente superiore a lire trenta milioni, quindici milioni e cinque milioni per gli enti da cui dipendono rispettivamente ospedali regionali, provinciali e di zona;

h) deliberare sui ricorsi e sulle azioni giudiziarie, sulle liti attive e passive, nonché sulle relative transazioni;

i) deliberare la misura della retta di degenza in conformità al disposto del successivo articolo 30;

l) deliberare la nomina del tesoriere, nonché le convenzioni da stipularsi con gli enti mutualistici ed assicurativi;

m) deliberare i contratti di locazione e conduzione di immobili di durata superiore a nove anni;

n) deliberare tutti i provvedimenti demandati al consiglio di amministrazione dalle leggi, dai regolamenti e dallo statuto.

Per la validità delle adunanze del consiglio di amministrazione occorre la presenza della maggioranza dei componenti.

Il consiglio di amministrazione delibera validamente a maggioranza dei componenti presenti. In caso di parità di voti, prevale il voto del presidente. Nei verbali dovrà darsi atto del voto consultivo espresso dai membri di cui all'articolo 9, penultimo comma.

#### ART. 11.

*(Nomina e funzioni del presidente).*

Il consiglio di amministrazione elegge nel proprio seno il presidente.

Il presidente ha la legale rappresentanza dell'ente ospedaliero, convoca e presiede il consiglio di amministrazione, dà esecuzione alle relative deliberazioni, firma gli atti che comportano impegni per l'ente, sovrintende al buon funzionamento dell'ente ospedaliero ed esercita le altre attribuzioni devolutesi dalle leggi, dai regolamenti e dallo statuto.

ART. 12.

*(Collegio dei revisori).*

Il collegio dei revisori, con funzioni di vigilanza sull'attività amministrativa dell'ente ospedaliero, è composto da un rappresentante del Ministero del tesoro con funzioni di presidente e da un rappresentante per ciascuno dei Ministeri della sanità e del lavoro e della previdenza sociale, nominati dai rispettivi ministri.

ART. 13.

*(Il consiglio dei sanitari  
e il consiglio sanitario centrale).*

Negli enti ospedalieri dai quali dipende un solo ospedale è istituito il consiglio dei sanitari, presieduto dal direttore sanitario e così composto:

1) dai primari in servizio di ruolo presso l'ente ospedaliero;

2) da aiuti e da assistenti in numero uguale e non superiore complessivamente ai due quinti dei componenti del consiglio, eletti in separate assemblee dagli aiuti e dagli assistenti di ruolo dell'ente ospedaliero. Ove il numero complessivo degli aiuti e degli assistenti da eleggere risulti dispari, la differenza è attribuita agli aiuti;

3) dal direttore di farmacia in servizio di ruolo presso l'ente ospedaliero, ove esista.

Negli enti ospedalieri da cui dipendono due o più ospedali è istituito invece il consiglio sanitario centrale, che è presieduto dal sovrintendente sanitario ed è composto, oltre che dai primari, aiuti ed assistenti e dai direttori di farmacia in servizio di ruolo presso l'ente, ove esistano, secondo le norme previste dal precedente comma, anche dai direttori sanitari di ciascun ospedale.

Il consiglio dei sanitari e il consiglio sanitario centrale durano in carica cinque anni.

ART. 14.

*(Funzioni del consiglio dei sanitari  
e del consiglio sanitario centrale).*

Il consiglio dei sanitari o il consiglio sanitario centrale è l'organo di consulenza tecnica del consiglio di amministrazione ed esprime parere:

a) sulla nomina in ruolo dei sanitari ospedalieri, decorso il periodo di prova;

b) sull'acquisto di attrezzature scientifiche che rivestono particolare importanza diagnostica e terapeutica;



c) sulle deliberazioni da adottarsi dal consiglio di amministrazione riguardanti lo statuto, il regolamento del personale e la relativa pianta organica e sui regolamenti relativi alla organizzazione dei servizi sanitari dell'ente.

Esprime, inoltre, parere su ogni altra questione che gli viene sottoposta dal presidente dell'ente, dal sovrintendente o dal direttore sanitario ovvero da un quinto dei componenti, e può formulare proposte per il miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari.

È in facoltà del presidente dell'ente ospedaliero di intervenire alle adunanze del consiglio dei sanitari o del consiglio sanitario centrale.

#### ART. 15.

*(Alta sorveglianza).*

Il Ministero della sanità esercita l'alta sorveglianza sugli enti ospedalieri e sugli ospedali dipendenti da enti mutualistici e assicurativi per la tutela degli interessi sanitari generali dello Stato.

A tali fini il Ministero della sanità ha il potere di vigilanza sulla piena rispondenza dell'attività sanitaria svolta dagli enti ospedalieri e dagli ospedali indicati nel primo comma ai generali interessi della salute pubblica.

Il Ministero della sanità esercita l'alta sorveglianza sugli istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico per quanto attiene al loro funzionamento igienico-sanitario ed a tal fine può acquisire tutte le informazioni e svolgere le opportune indagini ed ispezioni anche attraverso i medici provinciali.

#### ART. 16.

*(Vigilanza e tutela).*

La vigilanza e la tutela sugli enti ospedalieri è esercitata dalla regione a norma delle disposizioni contenute nel capo terzo del titolo quinto della legge 10 febbraio 1953, n. 62, intendendosi sostituiti al prefetto o prefettura il medico provinciale.

Il comitato previsto dall'articolo 55 e le speciali sezioni di esso previste all'articolo 56 della citata legge sono integrati dal medico provinciale, rispettivamente, del capoluogo di regione e della provincia.

Sono sottoposti al controllo di merito del comitato le deliberazioni dello statuto e quelle previste alle lettere a), b), c), d), e), g) ed i) del precedente articolo 10.

ART. 17.

*(Sospensione e scioglimento  
del consiglio di amministrazione).*

Il consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero può essere sciolto con decreto motivato dal Presidente della Repubblica su proposta del Ministro per la sanità nei casi in cui non sia in grado di poter regolarmente funzionare o quando violi persistentemente, nonostante diffida, lo statuto, le norme di legge, di regolamento o le prescrizioni del piano ospedaliero nazionale o regionale, pregiudicando gli interessi dell'ente.

Con lo stesso decreto viene nominato un commissario straordinario per la provvisoria gestione dell'ente.

Il consiglio di amministrazione deve essere ricostituito nel termine di sei mesi dalla data di notifica del decreto di scioglimento al consiglio disciolto.

Nei casi di urgente necessità, il medico provinciale, in attesa dell'emanazione del decreto di scioglimento di cui al primo comma, proposto dal Ministro per la sanità, può con atto motivato sospendere il consiglio di amministrazione, affidando la reggenza dell'ente ospedaliero a un commissario provvisorio, le cui deliberazioni, adottate con i poteri del consiglio, possono essere revocate dal commissario straordinario previsto dal secondo comma entro due mesi dalla data del decreto di nomina.

TITOLO III

REQUISITI E CLASSIFICAZIONE  
DEGLI OSPEDALI

ART. 18.

*(Requisiti degli ospedali).*

Gli ospedali, oltre a soddisfare le esigenze dell'igiene e della tecnica ospedaliera, devono avere almeno:

- a) un servizio di accettazione, fornito di necessari apprestamenti per l'igiene personale dei malati e di locali adeguati per l'osservazione dei ricoverati, divisi per sesso;
- b) idonei locali di degenza distinti a seconda della natura delle prestazioni, del sesso ed età dei malati;
- c) locali separati per l'isolamento e la cura degli ammalati di forme diffuse;
- d) adeguati servizi speciali di radiologia e di analisi;

e) servizi speciali di trasfusione e di anestesia;

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

g) servizio di pronto soccorso con adeguati mezzi di trasporto;

h) poliambulatori da utilizzarsi anche per la cura post-ospedaliera dei dimessi, per le attività di medicina preventiva e di educazione sanitaria in collegamento con le altre istituzioni sanitarie della zona;

i) servizio di assistenza religiosa;

l) sala mortuaria e di autopsia secondo le prescrizioni del regolamento di polizia mortuaria e di quella locale.

L'accertamento della sussistenza di tali requisiti è riservato al medico provinciale competente per territorio che, riscontrata la rispondenza alle esigenze indicate, classifica l'ospedale attribuendogli la relativa qualifica, sentito il consiglio provinciale di sanità, ed osservate le norme degli articoli da 19 a 24.

#### ART. 19.

##### *(Categorie di ospedali).*

Gli ospedali sono generali e specializzati, geriatrici, per lungodegenti e per convalescenti e si classicano nelle seguenti categorie:

a) ospedali di zona;

b) ospedali provinciali;

c) ospedali regionali.

Gli ospedali generali provvedono al ricovero ed alla cura degli infermi in reparti di medicina generale, chirurgia generale e di specialità.

Gli ospedali specializzati provvedono al ricovero e alla cura degli infermi di malattie che rientrano in una o più specialità ufficialmente riconosciute.

Per le specialità non ufficialmente riconosciute la qualifica di ospedale specializzato è determinata con decreto del Ministro per la sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità.

#### ART. 20.

##### *(Ospedali generali di zona).*

Sono ospedali generali di zona quelli dotati di almeno 130 posti-letto.

Gli ospedali generali di zona devono essere dotati di distinte divisioni di medicina generale e di chirurgia generale ed almeno di una sezione di pediatria e di una sezione di ostetricia e ginecologia.

ART. 21.

*(Ospedali generali provinciali).*

Sono ospedali generali provinciali quelli dotati di almeno 400 posti-letto.

Essi devono essere dotati di distinte divisioni di medicina generale, chirurgia generale, ostetricia e ginecologia, pediatria e malattie infettive e di distinte divisioni o almeno sezioni di oculistica, otorinolaringoiatria, urologia, ortopedia e traumatologia, neurologia, dermosifilopatia, odontoiatria e stomatologia e di sezioni per ammalati lungodegenti, salvo che ad alcune delle specialità stesse non provvedano ospedali specializzati vicini.

Gli ospedali generali provinciali devono inoltre essere dotati di distinti servizi di: radiologia e fisioterapia; anatomia e istologia patologica; analisi chimico-cliniche e microbiologiche; anestesia e rianimazione con letti di degenza; emotrasfusione.

Devono inoltre avere: servizi di recupero e rieducazione funzionale; servizi di dietetica; servizi di assistenza sanitaria e sociale; farmacia interna; scuole convitto per infermieri professionali e scuole per infermieri generici.

Devono, altresì, provvedere all'assistenza dei convalescenti che può essere affidata anche ad ospedali vicini.

ART. 22.

*(Ospedali generali regionali).*

Sono ospedali generali regionali gli ospedali clinicizzati e quelli dotati di almeno 800 posti-letto.

Gli ospedali generali regionali devono essere dotati di distinte divisioni di medicina generale e chirurgia generale e di distinte divisioni per ciascuna delle specialità previste del secondo comma dell'articolo precedente, salvo che ad alcune delle specialità stesse non provvedano ospedali specializzati vicini.

Essi debbono disporre di divisioni o sezioni di geriatria, salvo che a tale assistenza non provvedano ospedali vicini.

Gli ospedali generali regionali, oltre i servizi e le scuole di cui ai commi terzo e quarto dell'articolo 21 adeguati al loro carattere di alta specializzazione, devono possedere distinti servizi di virologia, di prelevamento e conservazione di parti di cadaveri, nonché scuole per l'addestramento del personale ausiliario tecnico.

Gli ospedali generali regionali devono altresì provvedere all'assistenza dei convalescenti a norma dell'ultimo comma dell'articolo precedente e, inoltre, sono tenuti ad istituire ogni altro presidio di alta specializzazione secondo le indicazioni contenute nel piano regionale ospedaliero.

## ART. 23.

*(Ospedali specializzati di zona, provinciali e regionali).*

Sono ospedali specializzati di zona quelli dotati di almeno 75 posti-letto.

Sono ospedali specializzati provinciali quelli dotati di almeno 125 posti-letto.

Sono ospedali specializzati regionali quelli clinicizzati e gli altri ospedali dotati di almeno 300 posti-letto.

Gli ospedali specializzati devono inoltre possedere ogni altro servizio previsto per le corrispondenti categorie degli ospedali generali, in quanto necessari alla particolare natura dell'ospedale specializzato.

## ART. 24.

*(Ospedali geriatrici, per lungodegenti e per convalescenti).*

Gli ospedali di zona geriatrici, per lungodegenti e per convalescenti devono essere dotati, rispettivamente, di almeno 50, 50 e 80 posti-letto.

Gli ospedali provinciali geriatrici, per lungodegenti e per convalescenti devono essere dotati, rispettivamente, di almeno 300, 300 e 400 posti-letto.

Gli ospedali regionali geriatrici, per lungodegenti e per convalescenti devono essere dotati, rispettivamente, di almeno 500, 500 e 800 posti-letto.

## TITOLO IV

## PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA

## ART. 25.

*(Piano nazionale ospedaliero).*

Il Ministro della sanità, in armonia con il programma economico nazionale e, limitatamente ai territori meridionali, con le direttive dei piani di coordinamento e con la riserva di investimenti di cui alla legge 26 giugno 1965, n. 717, elabora, di intesa con i Ministri per il bilancio, il tesoro e i lavori pubblici, il piano nazionale ospedaliero per cinque anni.

su conforme parere del comitato nazionale per la programmazione ospedaliera previsto dal successivo articolo 26 e lo sottopone alla approvazione del comitato interministeriale di programmazione economica.

Il piano nazionale:

a) definisce il fabbisogno quinquennale dei posti-letto;

b) ripartisce i posti-letto tra i vari settori della attività ospedaliera ed ai diversi livelli organizzativo-funzionali della rete ospedaliera nazionale;

c) indica la ripartizione regionale quanti-qualitativa del fabbisogno di cui al punto a);

d) stabilisce i quozienti da applicare per ottenere sul piano nazionale e regionale, sulla base delle risultanze del quadro nosologico nazionale e di tutte le componenti igienico-sanitarie, geomorfologiche e socio-economico culturali, il rapporto tra numero di posti-letto e popolazione interessata, nonché la distribuzione dei posti-letto secondo le esigenze definite al punto b), e tenuto conto delle previsioni dei piani urbanistici;

e) indica ogni altro elemento ritenuto utile a definire una sempre più precisa tipologia ospedaliera;

f) precisa i criteri organizzativi e funzionali mediante i quali realizzare un attivo coordinamento tra i diversi presidi che concorrono a costituire il sistema sanitario nazionale;

g) indica i mezzi finanziari resi disponibili per la costruzione di nuovi ospedali, per l'ampliamento, la trasformazione e l'ammmodernamento di quelli esistenti e per l'acquisto delle relative attrezzature di primo impianto, e la loro ripartizione in relazione agli obiettivi cui il piano è preordinato.

ART. 26 .

(Comitato nazionale  
per la programmazione ospedaliera).

È istituito il Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera, nominato dal Ministro per la sanità, che lo presiede, e composto:

a) dagli assessori regionali della sanità;

b) da tre esperti nominati dal Ministro per la sanità;

c) da tre rappresentanti designati dalle confederazioni generali dei lavoratori più rappresentative;

d) da tre rappresentanti delle amministrazioni ospedaliere designati dalle associazioni di categoria;

e) da quattro rappresentanti dei medici ospedalieri, di cui tre designati dalle organizzazioni sindacali più rappresentative ed uno designato dalla federazione degli ordini dei medici;

f) da quattordici rappresentanti delle amministrazioni statali interessate, di cui tre in rappresentanza rispettivamente dei Ministeri della sanità e del lavoro e della previdenza sociale, due rispettivamente dei Ministeri dei lavori pubblici e della pubblica istruzione, e uno rispettivamente dei Ministeri dell'interno, del bilancio, del tesoro e del Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno.

Disimpegna le funzioni di segretario un funzionario della carriera direttiva amministrativa del Ministero della sanità con qualifica non inferiore a ispettore generale.

Il comitato dura in carica cinque anni.

#### ART. 27.

*(Piano regionale ospedaliero).*

Ogni regione, previa consultazione degli enti ospedalieri e degli enti pubblici territoriali, elabora il piano regionale ospedaliero per la durata di cinque anni.

Il piano regionale ospedaliero è approvato con legge regionale.

Il piano regionale ospedaliero deve essere conforme ai principi ed alle previsioni contenute nel piano nazionale ospedaliero e deve indicare la previsione di impianto di nuovi ospedali, di ampliamento, trasformazione, ammodernamento o soppressione degli ospedali esistenti in relazione al fabbisogno dei posti-letto distinti per acuti, cronici e convalescenti, alla efficienza delle attrezzature, alla rete viabile ed alle condizioni geomorfologiche e igienico-sanitarie della popolazione.

Il piano determina, inoltre, la sfera di azione di ciascun ospedale in coordinazione con gli altri operanti nella regione e con la rete dei presidi sanitari locali.

Il piano prevede l'esistenza di almeno un ospedale generale di zona che sia in grado di servire una popolazione da venticinquemila fino a cinquantamila abitanti; di almeno un ospedale generale provinciale in grado di servire una popolazione fino a quattrocentomila abitanti e di almeno un ospedale regionale per ogni regione.

Il piano prevede la costituzione di nuovi enti ospedalieri, la fusione e la concentrazione di quelli esistenti in relazione alle esigenze di cui ai precedenti commi e tenuto conto anche dei criteri di economicità di gestione.

Nessun ente pubblico, ad eccezione degli istituti universitari relativamente alle costruzioni di proprie cliniche, potrà istituire nuovi ospedali che non siano previsti nel piano.

Parimenti, nessuna opera di costruzione, ampliamento, trasformazione o ammodernamento potrà essere realizzata se non sia prevista nel piano.

Nel piano devono essere indicati i mezzi finanziari resi disponibili per la costruzione di nuovi ospedali, l'ampliamento, la trasformazione o l'ammodernamento di quelli esistenti e per l'acquisto delle relative attrezzature di primo impianto, e la loro ripartizione in relazione agli obiettivi cui il piano è preordinato.

## ART. 28.

*(Comitato provinciale di coordinamento).*

In ogni provincia è istituito un comitato provinciale di coordinamento nominato e presieduto dal medico provinciale e composto dai presidenti dei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri e degli ospedali dipendenti da enti mutualistici e assicurativi operanti nella provincia, oltretutto, ove esista, dal preside della facoltà di medicina dell'università degli studi.

Il comitato ha il compito di coordinare la attività ospedaliera nell'ambito della provincia in relazione anche alle attività in essa esercitate dagli altri presidi sanitari.

## ART. 29.

*(Finanziamento del piano regionale ospedaliero).*

Nei bilanci delle singole regioni devono essere stanziati, in relazione ai mezzi finanziari resi disponibili dal piano regionale ospedaliero, le somme necessarie per la costruzione di nuovi ospedali, l'ampliamento, la trasformazione e l'ammodernamento degli ospedali esistenti nonché per l'acquisto delle relative attrezzature di primo impianto.

La realizzazione delle opere indicate nel precedente comma sarà effettuata secondo le norme che saranno emanate dalla regione.

## TITOLO V

DISPOSIZIONI FINANZIARIE  
PER GLI ENTI OSPEDALIERI

## ART. 30.

*(Retta di degenza)*

Le rette giornaliere di degenza è determinata con apposita deliberazione del consiglio



di amministrazione di ciascun ente ospedaliero.

Le retta giornaliera di degenza è determinata sulla base del costo complessivo dell'assistenza sanitaria ospedaliera prestata agli infermi.

La retta deve comprendere tutte le spese sostenute dall'ente per la retribuzione del dipendente personale, per la diagnosi, la cura ed il mantenimento degli infermi, quelle necessarie per assolvere i compiti previsti dagli articoli 2, primo e secondo comma, e 38 della presente legge, 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'ente ospedaliero iscritte nel bilancio dell'anno cui si riferiscono le spedalità, per l'ammortamento, il rinnovo e l'ammodernamento delle attrezzature ospedaliere per una quota non superiore complessivamente al quattro per cento della retta determinata a norma dei precedenti commi.

Le spese di gestione dei centri per le malattie sociali non possono determinare aggravii sulla retta di degenza in misura superiore al venti per cento del loro importo e, comunque, in misura non eccedente l'uno per cento dell'ammontare della retta.

I proventi delle rette ospedaliere possono, solo e fino ad un ventesimo del loro ammontare, essere ceduti in delegazione per la stipulazione di mutui destinati al finanziamento delle opere previste al successivo articolo 32.

#### ART. 31.

*(Fondo nazionale ospedaliero).*

Nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità sarà iscritto in apposito capitolo il fondo nazionale ospedaliero.

Il fondo è destinato alla concessione da parte del Ministero della sanità di contributi e sussidi agli enti ospedalieri per il rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie degli ospedali e per il miglioramento e adeguamento di esse nei casi in cui la quota della retta di degenza prevista nel quarto comma dell'articolo 30 non riesca a coprire le spese occorrenti, osservando le norme dell'articolo 5 della legge 26 giugno 1965, n. 717; nonché al pagamento dell'integrazione a carico dello Stato degli assegni ai medici interni secondo le norme di cui al successivo articolo 38.

Con apposito provvedimento si provvederà al relativo stanziamento.

Al fondo previsto dal presente articolo affluiscono altresì i proventi di donazioni, eredità e legati che pervengano allo Stato con destinazione all'assistenza ospedaliera.

ART. 32.

*(Garanzia per l'assunzione dei mutui).*

La Cassa depositi e prestiti e gli enti ed istituti pubblici autorizzati a concedere mutui garantiti da delegazioni con i comuni e le province possono concedere mutui agli enti ospedalieri per la costruzione di nuovi ospedali, l'ampliamento, la trasformazione e l'ammodernamento degli ospedali esistenti, nonché per l'acquisto delle relative attrezzature di primo impianto.

Con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro per il tesoro, saranno definite le modalità relative al conferimento delle delegazioni.

Gli enti di previdenza sono autorizzati nei limiti del dieci per cento delle disponibilità investibili in beni patrimoniali a concedere mutui agli enti ospedalieri.

TITOLO VI

ORDINAMENTO DEI SERVIZI  
E DEL PERSONALE

ART. 33.

*(Struttura interna degli ospedali).*

Gli ospedali sono costituiti da sezioni, divisioni, reparti, servizi speciali per diagnosi e cura e servizi generali.

ART. 34.

*(Struttura interna degli ospedali generali).*

Negli ospedali generali la sezione è l'unità funzionale che deve comprendere non meno di venti posti-letto e non più di venticinque.

Negli stessi ospedali le sezioni di specialità possono comprendere anche un numero minore di posti-letto che in ogni caso non può essere inferiore a quindici. Queste sezioni, ove non esista la relativa divisione, sono di regola aggregate ad una divisione affine oppure per eccezionali esigenze possono essere autonome.

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

Negli ospedali generali la divisione deve comprendere non meno di cinquanta posti-letto e non più di cento.

Negli stessi ospedali le divisioni di specialità possono comprendere anche un numero inferiore di posti-letto che in ogni caso non può essere inferiore a trenta.

Due o più divisioni che svolgono una attività uguale o strettamente affine costituiscono un reparto.

I servizi speciali di diagnosi e cura forniscono prestazioni specializzate e di norma non dispongono di letti di degenza o ne hanno in numero limitato.

ART. 35.

*(Struttura interna degli ospedali specializzati).*

Negli ospedali specializzati le sezioni devono comprendere non meno di quindici posti-letto e non più di venti.

Negli stessi ospedali le divisioni devono comprendere non meno di trenta posti-letto e non più di ottanta.

ART. 36.

*(Struttura interna per gli ospedali geriatrici, per lungodegenti e convalescenti).*

Negli ospedali geriatrici, per lungodegenti e per convalescenti le sezioni devono comprendere non meno di venticinque posti-letto e non più di trenta.

Negli stessi ospedali le divisioni devono comprendere non meno di ottanta posti-letto e non più di centoventi.

ART. 37.

*(Personale degli enti ospedalieri).*

Il personale degli enti ospedalieri è costituito dal personale sanitario, tecnico, amministrativo, esecutivo e di assistenza religiosa.

Il personale sanitario è costituito dai medici, farmacisti, ostetriche, assistenti sanitarie visitatrici, infermieri professionali, vigiliatrici dell'infanzia, assistenti sociali, fisiochinesiterapisti, dietisti, infermieri generici, puericultrici.

Il personale tecnico è costituito da tecnici specializzati dei laboratori di indagine e diagnosi e di terapie speciali.

Il personale amministrativo è costituito dal direttore amministrativo e dal personale addetto ai servizi amministrativi e tecnico-amministrativi.

Il personale esecutivo è costituito dai portanti, dal personale di cucina, pulizia, cu-

stodia e di altri servizi similari. Possono essere istituiti altri ruoli speciali di personale sanitario e tecnico con compiti direttivi e ausiliari in relazione alle reali esigenze dell'ente ospedaliero.

Il personale di assistenza religiosa è costituito da ministri del culto cattolico, per l'assistenza religiosa agli infermi di confessione cattolica. Gli infermi di altre confessioni potranno chiedere l'assistenza dei ministri dei rispettivi culti.

## ART. 38.

*(Internato per neolaureati).*

I laureati in medicina e chirurgia non abilitati all'esercizio professionale sono ammessi a compiere un tirocinio di un anno in qualità di medico interno presso le cliniche e gli istituti clinici universitari, gli ospedali regionali e gli altri ospedali dipendenti da enti ospedalieri riconosciuti idonei all'insegnamento con decreto del Ministro per la sanità, di concerto con quello della pubblica istruzione e presso gli ospedali dipendenti da enti mutualistici e assicurativi riconosciuti idonei all'insegnamento con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale di concerto con quelli della sanità e della pubblica istruzione.

Il numero dei posti di medico interno deve essere determinato dal consiglio di amministrazione per ciascuno degli ospedali di cui al precedente comma e non deve essere superiore al doppio dei posti di assistente. Per l'istituzione di posti di medico interno nelle cliniche si applicano le disposizioni previste nei rispettivi ordinamenti.

I medici interni non hanno alcun rapporto di impiego e compiono la loro preparazione sotto la responsabilità del direttore della clinica o del primario, osservando gli orari fissati per gli assistenti. Il tirocinio deve essere svolto per almeno quattro mesi in medicina e tre mesi rispettivamente in chirurgia e ostetricia.

Il certificato di compiuto tirocinio è rilasciato dal rettore dell'università sentiti i direttori di clinica o dal presidente del consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero o dell'ospedale in cui viene compiuto il tirocinio, sentito il direttore sanitario.

I medici che compiono il tirocinio negli ospedali indicati nel primo comma hanno diritto al vitto gratuito a carico dell'ente ospedaliero o dell'ospedale ed a un assegno mensile corrisposto dall'ente ospedaliero o

dall'ospedale, che sarà fissato nel decreto delegato previsto dall'articolo 39 e che non potrà superare un terzo dello stipendio minimo attribuito all'assistente di ruolo.

Le spese per il pagamento degli assegni possono essere sostenute fino ad un massimo del 65 per cento, e comunque per un importo complessivo annuo non superiore ad un miliardo di lire, dallo Stato, che vi provvede con il fondo nazionale ospedaliero previsto dall'articolo 31, restando la rimanente parte a carico dell'ente ospedaliero o dell'ospedale presso il quale viene compiuto il tirocinio. Non hanno diritto all'assegno i medici che godano di borse di studio d'importo pari o superiore. Se la borsa di studio è d'importo inferiore, si fa luogo soltanto al pagamento della differenza.

## ART. 39.

*(Norme delegate sull'ordinamento dei servizi e sullo stato giuridico del personale degli enti ospedalieri).*

Il Governo della Repubblica, sentita una Commissione parlamentare di dieci senatori e di dieci deputati, nominati rispettivamente dal Presidente del Senato della Repubblica e dal Presidente della Camera dei deputati, è autorizzato ad emanare, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro per la sanità, di concerto con il Ministro per il tesoro, previa consultazione delle associazioni sindacali delle categorie interessate, uno o più decreti aventi forza di legge ordinaria nelle seguenti materie:

- 1) ordinamento interno dei servizi ospedalieri;
- 2) stato giuridico e trattamento economico del personale dipendente da enti ospedalieri.

## ART. 40.

*(Principi e criteri direttivi per l'ordinamento dei servizi ospedalieri).*

Le norme delegate di cui all'articolo 39 concernenti l'ordinamento interno dei servizi dovranno disciplinare:

- a) l'ammissione e dimissione degli infermi ispirandosi al principio della obbligatorietà del ricovero nel caso in cui ne sia accertata la necessità e della possibilità di ricorso da parte dell'infermo;
- b) il rapporto numerico tra il personale sanitario e i posti-letto ispirandosi al principio che sia assicurata una adeguata e con-

tinua assistenza in relazione alla categoria ed al tipo di ospedale;

c) l'organizzazione e ripartizione dei servizi ospedalieri, ispirandosi al principio del migliore soddisfacimento delle esigenze della cura e delle nuove funzioni medico-sociali attribuite agli ospedali ed alle necessità di assicurare la direzione, il coordinamento ed il controllo dei servizi e di ogni altra attività ospedaliera.

ART. 41.

*(Principi direttivi per lo stato giuridico ed il trattamento economico del personale).*

Le norme delegate di cui all'articolo 39 concernenti l'assunzione, lo stato giuridico e il trattamento economico del personale dipendente dagli enti ospedalieri dovranno stabilire la disciplina fondamentale del rapporto d'impiego, aspirandosi ai seguenti principi:

1) che le assunzioni devono aver luogo esclusivamente per pubblico concorso, nei limiti delle piante organiche; deroghe all'assunzione per pubblico concorso potranno essere previste solo per speciali categorie del personale esecutivo;

2) che lo stato giuridico, le attribuzioni e il trattamento economico siano regolati con criteri di uniformità e in conformità dei principi delle leggi vigenti che regolano il rapporto di pubblico impiego; ad esse dovrà adeguarsi il regolamento del personale di ciascun ente ospedaliero.

In ogni caso dovranno essere riconosciute le posizioni giuridiche ed economiche acquisite dal personale già in servizio.

ART. 42.

*(Principi e criteri direttivi per lo stato giuridico ed il trattamento economico del personale sanitario medico dipendente dagli enti).*

Le norme delegate di cui all'articolo 39 dovranno altresì disciplinare l'assunzione, lo stato giuridico, il trattamento economico dei medici distinti in due categorie: medici con funzioni igieniche e organizzative e cioè ispettori sanitari, vice direttori sanitari, direttori e sovrintendenti sanitari, e medici con funzioni di diagnosi e cura e cioè assistenti, aiuti e primari, ispirandosi ai seguenti principi:

1) l'assunzione in ogni singolo ente ospedaliero deve aver luogo esclusivamente per pubblico concorso per titoli e previo superamento di esami di idoneità su base nazionale per ogni singola qualifica e specialità; le commissioni di concorso per l'assunzione

nell'ente ospedaliero devono essere costituite da medici ospedalieri ovvero da un professore universitario di ruolo o fuori ruolo della materia messa a concorso e da rappresentanti degli enti ospedalieri e dell'amministrazione della sanità; le commissioni di concorso per l'esame di idoneità su base nazionale devono essere costituite da medici ospedalieri, da un professore universitario di ruolo o fuori ruolo della materia messa a concorso o strettamente affine, da rappresentanti degli enti ospedalieri e dell'amministrazione della sanità; per la valutazione dei titoli dei candidati ai singoli concorsi deve essere specificato per ciascuna categoria di titoli il punteggio massimo e minimo da attribuire dalle commissioni giudicatrici;

2) lo stato giuridico deve prevedere il « tempo definito », con determinazione degli obblighi relativi, anche per i medici con funzioni di diagnosi e cura, e l'incompatibilità con l'assunzione di altri rapporti di impiego presso enti pubblici e con l'esercizio professionale in case di cura private, consentendo però nelle ore libere l'esercizio professionale anche nell'ambito dell'ospedale, entro limiti rigorosamente determinati e con previsione che una parte del compenso dovuto al sanitario — compenso da stabilirsi dal consiglio di amministrazione dell'ente, su proposta del consiglio dei sanitari o del consiglio sanitario centrale — sia devoluto all'ente;

3) il trattamento economico deve essere costituito dallo stipendio e dai compensi per lavoro straordinario, fissati su base nazionale, per categoria, con lo stesso decreto delegato, e da un assegno integrativo da stabilire seguendo il principio che esso sia proporzionato alla quantità e qualità di lavoro prestato. L'entità di tale assegno è stabilita con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro per la sanità di concerto col Ministro del tesoro.

A parità di funzioni lo stipendio ed i compensi per il lavoro straordinario non devono essere differenziati.

## TITOLO VII

### OSPEDALI DEGLI ENTI MUTUALISTICI E ASSICURATIVI

#### ART. 43.

*(Ordinamento degli ospedali).*

Gli ospedali dipendenti dagli enti mutualistici e assicurativi, costituiti in singole unità o in gruppo, se ubicati nella stessa provincia,

sono amministrati da consigli di amministrazione con bilanci e contabilità separati da quelli degli enti dai quali dipendono.

Gli enti indicati nel comma precedente emaneranno un regolamento tipo per l'amministrazione dei singoli ospedali o gruppi di ospedali, che sarà approvato con decreto del Ministro per il lavoro e la previdenza sociale di concerto con quelli per la sanità e il tesoro. Con il regolamento saranno determinate anche le norme per il finanziamento degli ospedali.

#### ART. 44.

Il consiglio di amministrazione di ogni ospedale o gruppo di ospedali di cui al precedente articolo è nominato con decreto del Ministro per il lavoro e la previdenza sociale di concerto con quello per la sanità ed è composto da tre rappresentanti del Ministero del lavoro e della previdenza sociale, da tre rappresentanti del Ministero della sanità e da un rappresentante del Ministero del tesoro, designati dai rispettivi ministri.

Il consiglio elegge nel suo seno il presidente.

Le funzioni di segretario sono svolte dal capo dei servizi amministrativi dell'ospedale.

#### ART. 45.

*(Funzioni dei consigli di amministrazione e dei presidenti - Vigilanza e tutela).*

I compiti e le funzioni del consiglio di amministrazione e del suo presidente saranno determinati con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale di concerto coi ministri della sanità e del tesoro, che dovrà essere emanato entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge e che sarà pubblicato nella *Gazzetta ufficiale* della Repubblica.

Con lo stesso decreto saranno stabilite le norme relative alla vigilanza e tutela sugli atti del consiglio di amministrazione e del presidente.

#### ART. 46.

*(Collegio dei revisori).*

Presso ogni ospedale o gruppo di ospedali operante nella stessa provincia dipendente da enti mutualistici o assicurativi è costituito un collegio dei revisori, composto da un rappresentante del Ministero del tesoro, che lo presiede, e da un rappresentante per ciascuno dei Ministeri della sanità e del lavoro, nominati dai rispettivi ministri.



## ART. 47.

*(Scioglimento del consiglio  
di amministrazione).*

Il consiglio di amministrazione può essere sciolto con decreto motivato del Ministro del lavoro e della previdenza sociale di concerto con quello della sanità nei casi in cui non sia in grado di funzionare regolarmente o quando violi persistentemente, nonostante diffida, le norme di legge e di regolamento, pregiudicando gli interessi dell'ospedale o degli ospedali, o per gravi irregolarità amministrative.

Si applicano il secondo e il terzo comma dell'articolo 17, per la nomina del commissario straordinario e per la ricostituzione del consiglio.

## ART. 48.

*(Programmazione di nuovi ospedali  
e ambulatori).*

La costruzione di nuovi ospedali, l'ampliamento, la trasformazione di quelli esistenti e la istituzione di nuovi ambulatori sono deliberati dal consiglio di amministrazione dell'ente da cui l'ospedale o gli ospedali dipendono.

Le relative deliberazioni sono sottoposte all'approvazione del Ministro del lavoro e della previdenza sociale di concerto con il Ministro per la sanità.

## ART. 49.

*(Rinvio).*

Le disposizioni del titolo terzo e quelle contenute negli articoli da 33 a 36 sono estese, in quanto applicabili, agli ospedali contemplati in questo titolo.

## TITOLO VIII

## CASE DI CURA PRIVATE

## ART. 50.

*(Requisiti da determinarsi con decreto  
del Ministro per la sanità).*

Le case di cura private sono sottoposte alla vigilanza del Ministero della sanità.

Il Ministro per la sanità, con proprio decreto, sentito il Consiglio superiore di sanità, stabilisce:

a) le norme tecniche costruttive, i requisiti, le attrezzature ed i servizi di cui

devono essere dotate le case di cura private in relazione al tipo di attività in esse esercitate;

b) le norme sull'ordinamento dei servizi e del personale;

c) i requisiti necessari per l'esercizio della funzione di « direttore sanitario responsabile ».

La denominazione delle case di cura private deve essere sempre preceduta o seguita dalla indicazione « casa di cura privata »: non possono essere usate frasi o denominazioni atte a ingenerare confusione con gli ospedali o istituti pubblici di cura o cliniche universitarie.

#### ART. 51.

*(Autorizzazione all'apertura  
di case di cura private - Infrazioni).*

Chiunque intende aprire una casa di cura privata o ampliare o trasformare una casa di cura preesistente, deve inoltrare domanda al medico provinciale, indicando la speciale natura dell'attività sanitaria che in essa dovrà essere svolta, le sue attrezzature igienico-sanitarie e la dotazione dei posti-letto che si intendono istituire.

Alla domanda devono essere allegati una planimetria dei locali ed un regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della istituenda casa di cura, in cui deve essere previsto, tra l'altro, un servizio continuativo di guardia medica.

Il medico provinciale rilascia l'autorizzazione all'esercizio della casa di cura privata in base alle esigenze igienico-sanitarie ed alle altre condizioni previste dalla legge.

I progetti per la costruzione, l'ampliamento e la trasformazione di case di cura private debbono essere approvati dal medico provinciale, sentito il Consiglio provinciale di sanità.

Il medico provinciale, in caso di inadempienze alle disposizioni della presente legge e alle condizioni inserite nell'atto di autorizzazione, può diffidare la casa di cura ad eliminarle entro un congruo termine da stabilire nell'atto di diffida, trascorso il quale ordina la chiusura della casa stessa, fino ad un periodo di tre mesi.

Nel caso di ripetute infrazioni alle norme della presente legge, il medico provinciale, salvo quanto disposto dal precedente comma, può, sentito il Consiglio provinciale di sanità, revocare l'autorizzazione di apertura.

## ART. 52.

*(Direttore sanitario responsabile —  
Convenzioni).*

Ogni casa di cura privata deve avere un direttore sanitario responsabile, il quale risponde personalmente al medico provinciale dell'organizzazione tecnico-funzionale e del buon andamento dei servizi igienico-sanitari.

In particolare il direttore stabilisce i turni del servizio di guardia medica e adotta le necessarie misure in caso di manifestazioni di malattie infettive, informandone immediatamente il medico provinciale e l'ufficiale sanitario competente.

Ogni convenzione tra le case di cura private e gli enti pubblici o istituti mutualistici ed assicurativi per il ricovero dei propri iscritti, deve essere approvata dal medico provinciale sentito il Consiglio provinciale di sanità, dopo aver accertato che la convenzione risponde all'interesse pubblico e che la casa di cura privata possiede i requisiti igienico-sanitari per assicurare una adeguata assistenza sanitaria in regime mutualistico-assicurativo e l'idoneità ad assolvere soddisfacentemente gli impegni della convenzione.

Gli enti pubblici e gli istituti mutualistici e assicurativi possono stipulare convenzioni per il ricovero dei propri iscritti con le fondazioni e le associazioni di cui al secondo comma dell'articolo 1 non riconosciute come enti pubblici ospedalieri, nonché con gli istituti ed enti indicati nel terzo comma dell'articolo 1, previo parere del medico provinciale sull'esistenza dei requisiti richiesti dal precedente comma.

## TITOLO IX

## DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE

## ART. 53.

Nelle regioni non ancora costituite, la istituzione dei nuovi enti ospedalieri previsti dall'articolo 6, la fusione e la concentrazione di essi sono attuate con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro per la sanità sulla base delle indicazioni contenute nei piani regionali.

## ART. 54.

*(Norme sull'amministrazione  
degli enti ospedalieri).*

Entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Governo della

Repubblica, sentita una apposita Commissione parlamentare composta di dieci deputati e dieci senatori, è autorizzato a emanare con decreto avente valore di legge formale le norme fondamentali sull'amministrazione dell'ente ospedaliero integrando e coordinando le disposizioni contenute nella legge 17 luglio 1890, n. 6972, e nel relativo regolamento di esecuzione di cui al regio decreto 5 febbraio 1891, n. 99, e successive modificazioni, e quelle contenute nel regio decreto 3 marzo 1934, n. 383, con le norme contenute nella presente legge, avendo di mira il conseguimento di un'effettiva autonomia alla luce delle disposizioni contenute al capo III del titolo V della legge 10 febbraio 1953, n. 62.

## ART. 55.

*(Amministrazione dell'ente ospedaliero).*

Fino a quando non sarà diversamente stabilito si applicano agli enti ospedalieri le norme contenute nella legge 17 luglio 1890, n. 6972, e successive modificazioni, nel regio decreto 5 febbraio 1891, n. 99 e nel regio decreto 3 marzo 1934, n. 383, in quanto compatibili con le norme contenute nella presente legge, intendendosi sostituiti al prefetto, vice prefetto o prefettura il medico provinciale.

Fino a quando non saranno entrati in funzione gli organi di controllo previsti al capo terzo del titolo quinto della legge 10 febbraio 1953, n. 62, la vigilanza sugli enti ospedalieri è esercitata dal medico provinciale nelle forme e con le modalità previste dalla legge 17 luglio 1890, n. 6972, e dal regio decreto 5 febbraio 1891, n. 99, e la tutela è esercitata a norma del precedente articolo 15, ultimo comma, dal comitato di assistenza e beneficenza pubblica previsto dal decreto luogotenenziale 22 marzo 1945, n. 173, integrato da un funzionario della carriera direttiva amministrativa del Ministero della sanità, nelle forme e con le modalità previste dalle disposizioni in vigore. Fino alla stessa data rimangono ferme le attribuzioni del medico provinciale previste dall'articolo 50 della legge 17 luglio 1890, n. 6972, e successive modificazioni.

## ART. 56.

*(Gestione finanziaria delle attività diverse da quella ospedaliera).*

Gli enti ospedalieri di cui al primo comma dell'articolo 3 per le attività diverse da quella ospedaliera debbono tenere una di-

stinta gestione alla quale non possono destinare i mezzi finanziari previsti nel titolo quinto della presente legge.

## ART. 57.

*(Finanziamento per le costruzioni ed attrezzature ospedaliere).*

Fino a quando non saranno istituite le regioni a statuto ordinario, il Ministro per i lavori pubblici di concerto con il Ministro per la sanità, sulla base delle previsioni contenute nel piano nazionale ospedaliero e nel piano regionale ospedaliero, concede agli enti ospedalieri i contributi previsti dalla legge 3 agosto 1949, n. 589, e dalla legge 30 maggio 1965, n. 574, nei limiti da questa stabiliti.

## ART. 58.

*(Trasferimento del personale dipendente dagli enti pubblici al nuovo ente ospedaliero).*

Il personale sanitario, di assistenza immediata ed ausiliaria, il personale amministrativo, di ragioneria, di dattilografia, di archivio, d'ordine, subalterno, in servizio presso gli ospedali di cui al secondo comma dell'articolo 3, passa alle dipendenze dell'ente ospedaliero e viene inquadrato nei rispettivi ruoli, conservando in ogni caso le posizioni giuridiche ed economiche acquisite al momento del trasferimento.

Il passaggio viene disposto con decreto del medico provinciale di intesa con le rispettive amministrazioni.

## ART. 59.

*(Composizione transitoria del comitato nazionale di programmazione ospedaliera).*

Per le regioni non ancora costituite i membri di cui alla lettera a) dell'articolo 26 sono sostituiti dai presidenti dei comitati regionali per la programmazione ospedaliera di cui all'articolo 60.

## ART. 60.

*(Comitato regionale per la programmazione ospedaliera).*

Per le regioni non ancora costituite, il piano regionale ospedaliero è elaborato e approvato dal comitato regionale per la programmazione ospedaliera istituito presso ogni capoluogo di regione, sentito il comitato regionale per la programmazione economica.

Il comitato di cui sopra è composto:

a) da tre consiglieri di ciascuna amministrazione provinciale della regione, due in

rappresentanza della maggioranza ed uno in rappresentanza della minoranza, eletti dal rispettivo consiglio provinciale;

b) da un rappresentante dell'amministrazione comunale dei capoluoghi di provincia, eletto dal consiglio comunale;

c) da tre rappresentanti delle amministrazioni ospedaliere designati dalle associazioni di categoria;

d) da tre rappresentanti designati dalle organizzazioni sindacali dei lavoratori più rappresentative della regione;

e) da quattro rappresentanti dei medici ospedalieri, di cui tre designati dalle organizzazioni sindacali più rappresentative ed uno designato dalla federazione degli ordini dei medici;

f) dai medici provinciali della regione;

g) dal provveditore regionale alle opere pubbliche;

h) da un ispettore medico dell'ispettorato regionale del lavoro;

i) da tre rappresentanti degli enti mutualistici;

l) da due rappresentanti delle facoltà di medicina e chirurgia delle università esistenti nella regione.

Il comitato elegge nel proprio seno il presidente.

Il comitato viene nominato con decreto del ministro per la sanità e dura in carica quattro anni.

#### ART. 61.

*(Trasformazione degli istituti pubblici di ricovero e cura).*

Gli enti ospedalieri riconosciuti e costituiti ai sensi della presente legge alle cui dipendenze siano istituti di ricovero e cura, ivi comprese le infermerie, che non posseggano i requisiti per essere classificati tra gli ospedali previsti dal titolo III, sono tenuti, nel termine di cinque anni dalla loro costituzione, a trasformarli in uno dei tipi di ospedali previsti dalla presente legge in conformità delle previsioni contenute nel piano regionale ospedaliero.

Nella prima attuazione della presente legge, ai fini della costituzione del consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero, i predetti istituti sono parificati agli ospedali di zona.

#### ART. 62.

*(Regioni a statuto speciale).*

Le regioni a statuto speciale, ad eccezione di quelle che hanno competenza in materia

sanitaria, devono adeguare la propria legislazione ai principi stabiliti dalla presente legge.

ART. 63.

È abrogata ogni disposizione incompatibile con le norme contenute nella presente legge.

Fino a quando non verrà emanato il decreto delegato previsto dall'articolo 39, continueranno ad aver vigore, per la parte non in contrasto con la presente legge, le disposizioni contenute nel regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, e successive modificazioni.