

N. 3251-444-1483-2908-A

CAMERA DEI DEPUTATI

RELAZIONE DELLA XIV COMMISSIONE PERMANENTE

(IGIENE E SANITÀ PUBBLICA)

(RELATORE **LATTANZIO**)

SUL

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**)

nella seduta del 22 giugno 1966

—

Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera

E SULLE

PROPOSTE DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

LONGO, SCARPA, MESSINETTI, TOGNONI, ALBONI, BALCONI MARCELLA, BIAGINI, DI MAURO ADO GUIDO, FANALES, GIORGI, MONASTERIO, PASQUALICCHIO, SACCHI GIUSEPPE, ZANTI TONDI CARMEN, RAFFAELLI

Presentata il 19 settembre 1963

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

d'iniziativa dei Deputati DE MARIA e DE PASCALIS

Presentata il 19 giugno 1964

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

d'iniziativa dei Deputati ROMANO e NICOLAZZI

Presentata il 4 gennaio 1966

Norme generali per l'ordinamento del servizio ospedaliero nazionale

Presentata alla Presidenza il 31 marzo 1967

ONOREVOLI COLLEGHI! — È noto che gli ospedali hanno sempre tenuto il passo con l'evolversi della società che sono chiamati a servire! Oggi l'aggiornamento e la riorga-

nizzazione di queste preziose istituzioni non può non partire dalla volontà di dare — come più volte è stato auspicato — piena attuazione alla Costituzione sia nella parte riguardante

il diritto dei cittadini alla tutela della loro salute sia per quanto si riferisce ai compiti propri delle regioni.

D'altronde, anche al di là di tale preciso dovere, non è da dimenticare che l'evoluzione della scienza medica e lo sviluppo sociale sono stati talmente rapidi mentre la legislazione ospedaliera italiana è rimasta così arretrata che, da più tempo, non solo in Parlamento ma in tutta l'opinione pubblica, si vanno approfondendo i termini di tale situazione e si sollecitano interventi organici capaci di portare tutti gli ospedali all'altezza dei tempi e di renderli rispondenti alle giuste attese della nostra società.

Di qui l'assoluta urgenza di procedere alla formulazione di una regolamentazione legislativa che, nello spirito della Costituzione, tenga conto di tutte le esigenze che si presentano nel vasto e complesso campo della difesa della salute e, ponendo gli ospedali al centro della politica sanitaria del Paese, faccia di questi dei servizi pubblici « di tutti ed aperti a tutti », con le implicazioni di natura istituzionale, assistenziale ed economico-finanziaria che ciò comporta.

Con ciò non si intende né disconoscere l'apporto prezioso dato in passato, anche in campo ospedaliero, dall'assistenza privata, né sottovalutare l'importanza che questa può e deve avere, anche per il futuro, nel nostro Paese. D'altronde, se anche qualcuno intendesse ignorare o sottovalutare questo apporto è proprio la Costituzione (che noi vogliamo interpretare ed applicare correttamente e interamente) a fissarne i principi ispiratori nell'ultimo comma dell'articolo 38.

L'assistenza privata infatti oltre che opportunamente integrare il sistema di intervento pubblico servirà sempre a ravvivare manifestazioni di responsabilità sociali che — dando al cittadino la certezza di sentirsi compreso ed amato — contribuiscono all'edificazione di una società più umana e più fraterna.

Indubbiamente sarebbe stato auspicabile che la riforma ospedaliera, così come si è andata configurando in questi anni, si fosse venuta ad inserire nel quadro del pur urgente problema della riforma previdenziale allo stesso modo di come è chiaro che essa potrà trovare piena e corretta applicazione solo dopo l'attuazione dell'ordinamento regionale al quale, come è noto, sono riservati compiti e poteri rilevanti in capo di assistenza sanitaria ed ospedaliera in particolare.

Ma la soluzione congiunta di tali complessi problemi ci porterebbe lontani nel tempo e noi non dobbiamo dimenticare che il nostro Paese

arriva, anche se non ultimo, certo non primo a riordinare e sviluppare, secondo le esigenze di oggi, questo delicato settore assistenziale. D'altronde, con il piano di sviluppo quinquennale, già si delinea il sistema entro il quale gli ospedali dovranno svolgere la loro alta funzione sociale. È in questo contesto infatti che si intende dare attuazione all'articolo 32 della nostra Costituzione.

In base al rilievo d'ordine costituzionale che il diritto alla tutela della salute individuale ha nel nostro Paese, si è andata delineando la necessità di un ampio adeguamento delle strutture ospedaliere alle moderne necessità di una società che assume su di sé tanto gravoso impegno per la sua salvaguardia di oggi e di domani. Siamo ora perciò impegnati ad uscire dalle affermazioni generiche ed a trasfondere tali principi in una riforma che sia soprattutto aderente alla comunità in cui l'istituto ospedaliero è chiamato oggi ad operare.

All'assolvimento di un tale difficile compito ci sono di guida i dibattiti svoltisi in Parlamento specie dopo l'istituzione del Ministero della sanità e la considerazione che, con tale istituzione, si è inteso aprire un interessante periodo nel quale la dottrina e la pratica della medicina pubblica passano dalla elementarità della polizia sanitaria di ieri al dinamismo della medicina preventiva e riabilitativa di oggi.

Si tratta cioè di una rivalutazione « positiva » dello stato di salute e non solo di una pura e semplice sua difesa. D'altronde — come più volte si è avuto modo di affermare — la riammissione rapida e completa dell'individuo nel ciclo produttivo del Paese è una esigenza che, già di per se stessa, non può non essere soddisfatta poiché il lavoro è alla base della nostra organizzazione politica ed economica e lo Stato ha pertanto il dovere di promuovere tutte le misure necessarie per assicurare alla collettività degli interventi idonei a consentire a tutti i bisognosi di cure — indigenti e no — i mezzi necessari per riacquistare il bene supremo della salute.

A ciò si aggiunga la necessità di non preoccuparci soltanto di lottare contro le cause patologiche che minacciano l'individuo e la società ma di porre in atto una serie di provvedimenti capaci di promuovere una vita più sana ed un'esigenza più tranquilla e più produttiva. Ora, è evidente che la pratica della medicina preventiva non può non trovare proprio nell'ospedale la sua sede più idonea poiché è qui che l'intervento medico può trovare « unitaria » attuazione in quanto può avvalersi di

prestazioni diverse ma capaci di integrarsi tutte a vicenda al servizio completo della salute del cittadino.

Sotto questo punto di vista l'ospedale moderno non deve perciò concepirsi solo come un semplice luogo di cura bensì come un proprio e vero « centro sanitario » posto a disposizione della comunità nella quale è chiamato ad operare ed è in tal senso che esso deve essere « sentito » da « tutta » la popolazione e deve riscuotere quella fiducia « nuova » di cui giustamente ha bisogno.

Né diversamente è la concezione — tanto spesso ricordata — che l'Organizzazione mondiale della sanità ha dato dell'ospedale che deve « rappresentare l'elemento fondamentale di una organizzazione medico-sociale che ha il compito di assicurare alla popolazione una assistenza medico-sociale completa, sia curativa che preventiva, i cui servizi esterni si irradiano fino alla cellula familiare considerata nel suo ambiente naturale ».

Questa concezione deve ora essere trasfusa in conseguenti modificazioni evolutive dei compiti e delle funzioni dell'ospedale per cui è indispensabile che tale istituto venga strutturato, giuridicamente e istituzionalmente, in modo più rispondente alle nuove ed accresciute esigenze.

In tal senso — pur nella loro naturale divergenza — tutte le proposte di legge presentate in questi anni nei due rami del Parlamento e e gli stessi due disegni di legge governativi (quello attuale e quello presentato nella passata legislatura dal Ministro Giardina e che il suo successore senatore Jervolino ebbe il merito di far approvare, sia pure con notevoli emendamenti, dalla Camera) sono stati concordi su di un punto e cioè che l'ospedale come « opera pia » è concettualmente superato e perciò deve farsi luogo ad una configurazione giuridica ed istituzionale più consona alle necessità sanitarie e sociali di oggi.

L'evoluzione storica degli ospedali. — È doveroso infatti, sia pur brevemente, ricordare che il primo motivo per cui sorse e si sviluppò l'assistenza ospedaliera fu quello di andare incontro all'ammalato indigente e trovò la sua prima e generosa ispirazione in quella parabola evangelica del samaritano che, incontrato un uomo ferito lungo la strada, lo conduce al più vicino ostello e dopo averlo medicato dà mandato all'oste di « aver cura » di lui.

È stata questa parabola a dar vita alla generosa realtà di oggi! A pochi anni dalla

morte del Signore, infatti, l'istituzione dei diaconi costituì la prima forma di assistenza organizzata in quanto gli Apostoli, mettendo in pratica l'insegnamento del Maestro, ritennero di dover alternare la predicazione e la preghiera con il servizio ai bisognosi.

Il cristianesimo si pose così ben presto al servizio dell'uomo nella sua pienezza ed interezza. È sintomatico infatti che, poco dopo la pace di Costantino, Giuliano l'Apostata si preoccupi di controbilanciare le opere assistenziali dei cristiani poiché dice: « è deplorabile che gli empi galilei... assistano non soltanto i loro amici ma anche i nostri seguaci che purtroppo noi lasciamo senza aiuto alcuno!.. ».

Ma passerranno ancora lunghi secoli finché lo Stato cominci ad interessarsi dei malati! Lo stesso feudalesimo lasciò solo alle forze vive della Chiesa la responsabilità dell'assistenza e fu questa che, utilizzando il suo peso morale e spirituale, trasformò i cavalieri del feudalesimo, spregiudicati cultori della forza bruta, in strumenti di giustizia per i deboli e di servizio per gli infermi. Sorsero così Ordini militari ed insieme religiosi i cui membri furono trasformati dalla carità cristiana in infermieri dei malati, prima in Terra Santa e poi nella patria di origine.

Sono i Comuni a segnare i primi preludi dell'intervento statale in materia di assistenza ospedaliera. Le ben note organizzazioni comunali di arti e mestieri, compagnie e corporazioni, animate sempre da spirito cristiano, perseguono volentieri finalità assistenziali e diverse di esse trovano riscontro ancor oggi in molte organizzazioni ospedaliera. Non si trattò comunque di sostituire, con iniziative laiche, le forze della Chiesa ma di affiancarle, liberandole da pesi economici e da responsabilità civili.

Nel periodo delle signorie e delle repubbliche, con il sentimento della carità ancora profondo anche se affievolito, entrò in gioco un altro elemento: la magnificenza del principe. Questi vuole infatti imporsi ai sudditi con la grandiosità delle opere, anche negli ospedali. Il malato, che avrebbe dovuto essere però il vero ed unico scopo dell'ospedale, non è che un pretesto per l'estrinsecazione della potenza del principe mentre le strade rimangono affollate di poveri mentecatti che si trascinano di paese in paese per il ludibrio dei ragazzi e gli stessi affetti da lui — la malattia dell'epoca — vengono obbligati a vivere nelle strade, coperti di piaghe purulente, perché essi sono ritenuti incurabili e pertanto non accettati... negli ospedali.

Anche a tale inumanità dell'umanesimo rinascimentale... (che costruiva ospedali monumentali ma ne escludeva i più bisognosi!) tentò di porre rimedio la Chiesa con la costruzione di ospedali per incurabili, di lazzaretti per appestati e di convalescenziari per i dimessi dall'ospedale non ancora reintegrati nella vita civile.

Iniziative del genere sono i « ridotti » di Santa Caterina da Genova e le provvide istituzioni di San Camillo de Lellis, di San Vincenzo de' Paoli e di San Giovanni di Dio, il quale ultimo può essere ritenuto il vero ideatore dell'ospedale moderno non solo perché volle che tutti gli infermi venissero trattati con la massima dolcezza e carità e non più — soprattutto i malati di mente ritenuti invasi dal demonio — curati con la frusta come rei di delitti, ma perché organizzò igienicamente gli ospedali, in reparti e padiglioni, secondo la malattia e la possibilità di più rapida guarigione.

Il massiccio intervento statale del secolo XVI portò ad un regime di assistenza legale. L'affermazione di un diritto dell'infermo ad essere assistito è un dato positivo ed ha trovato largo sviluppo in seguito, soprattutto quando cominciò timidamente ad emergere la concezione che la malattia non è più solo un episodio che si esaurisce nell'ambito familiare né il ricovero ospedaliero è sinonimo di carenza affettiva da parte dei propri congiunti; la separazione comunque tra assistenza religiosa ed assistenza civile non è che non abbia portato, nei tempi, a dannosi contrasti, favoriti quasi sempre dal crescente affievolimento della carità.

In nome infatti di aberranti principi di inconciliabilità fra spirito di carità cristiana e diritto al ricovero ospedaliero, si combatté la assistenza religiosa e, con essa, la stessa attività ospedaliera giungendo perfino a definirla inutile e dannosa, essendo preferibile — si diceva — essere assistiti a domicilio piuttosto che dalla beneficenza pubblica degli ospedali. Sotto la spinta di convinzioni del genere tali istituzioni furono private dei fondi necessari e si vennero ben presto a trovare in preda alla più grande disorganizzazione.

L'assistenza ospedaliera decadde e non sappiamo se, sotto l'incalzare dei principi illuministici, tale situazione sarebbe stata sanabile senza una nuova contemporanea fioritura di ospedali religiosi per il provvidenziale moltiplicarsi di congregazioni caritative adette all'assistenza ospedaliera completa. Forse fu anche lo sviluppo di tali ospedali reli-

giosi ad indurre ad un ripensamento l'autorità statale per cui l'organizzazione ospedaliera venne promossa, successivamente, con idonei mezzi e con rinnovati criteri di igiene e di tecnica sanitaria anche se, non in tutti i tempi, fu possibile superare l'eredità illuministica che non sempre riuscì a rendersi conto che la carità cristiana, che spinge ad assistere i malati come fratelli, non distrugge il diritto all'assistenza ma lo completa e lo perfeziona.

La carità infatti suppone sempre la giustizia poiché l'amore comporta, innanzitutto, che si dia agli altri ciò che è loro ed in più che si conceda qualcosa di nostro. Non ha infatti senso parlare di carità fin quando la giustizia non è perfettamente soddisfatta. Se, da tal punto di vista, si può perciò concettualmente capire la giustizia senza la carità non si potrà mai capire la carità senza la giustizia.

Certo, dal punto di vista storico, è giusto che vi sia un passaggio dalla carità alla giustizia: che cioè alcune forme di assistenza fatte prima in nome della carità vengano successivamente attuate per giustizia poiché è sempre auspicabile che la società cresca e si metta in grado di dare delle prestazioni che prima non poteva corrispondere ma bisogna sempre fare in modo che, in tale passaggio, non vada perduto quel tesoro di sentimento e di amore che costituisce il tessuto più profondo della carità; diversamente, la pura giustizia può portare, tra l'altro, a divisioni, a contrasti, a lotte insanabili psicologicamente e socialmente.

Comunque, è in questa non sempre chiara visione di rapporti che si giunge, in Italia, alla famosa legge del 1862 (la prima legge organica ospedaliera della nuova nazione unita) che rappresentò la base naturale della tuttora vigente, (nonostante le modifiche del 1923 e del 1938) legge 17 luglio 1890, n. 6972, quella delle « Opere Pie », che da tempo, concordemente, si ritiene superata dai tempi e dalla evoluzione della scienza medica.

I principi moderni di una assistenza ospedaliera. — Al concetto di un ente legato alla beneficenza ed all'assistenza pubblica non può infatti non subentrare quello di un ente delegato ad un pubblico servizio poiché pare quantomeno indubbio che nei confronti delle decine di milioni di cittadini assicurati dagli Enti di previdenza non si possa certo configurare l'attività di beneficenza ma quella più realistica di un servizio previsto da una precisa ed ampia assicurazione di malattia. È questo il primo dei motivi per cui l'equilibrio

creato dalla legge del 1890 si è ormai spostato — e da tempo! — verso una più attuale concezione dell'istituto ospedaliero!

Ma, al di là di questi aspetti pure importanti — e già di per se stessi qualificanti per una riforma del settore — non va dimenticato che il passaggio di ogni potere ed ingerenza sugli ospedali da parte del Ministero dell'interno al Ministero della sanità vuole e deve avere un preciso significato che trae origine ed ispirazione dal dettato dell'articolo 32 della Costituzione che eleva il diritto alla tutela della salute da bene individuale ad interesse collettivo.

Intendiamo cioè affermare il principio che negli ospedali la prestazione è di carattere sanitario nel suo contenuto, nella sua immediata destinazione e nel suo fine essenziale e non rappresenta più un mezzo per assicurare una generica assistenza medica ai cittadini od alle categorie economicamente deboli. Si tratta, cioè, di dare concreta attuazione al principio per cui nell'ospedale non si fa dell'assistenza genericamente intesa ma si assolve al dettato costituzionale della tutela della salute.

In questo, soprattutto, la legge del 1890 è superata ed è questa la riforma di cui il Paese abbisogna! Che valore infatti oggi hanno gli elementi che regolano il ricovero secondo la suddetta legge? Cosa significano i requisiti di malattia acuta, di urgenza e di stato di necessità quando, in armonia con il progresso medico, la necessità o meno del ricovero deve essere valutata, solo ed esclusivamente, in relazione ad un efficace recupero della salute.

Non parliamo poi del requisito della povertà in un momento in cui esso è stato largamente assorbito, quale termine giuridico in tema di prestazione sanitaria, dalla vasta e pressoché completa gamma di assicurazioni sociali di malattia mentre già si intravedono i lineamenti di una più ampia sicurezza sociale. Insieme cioè alle esigenze connesse allo sviluppo delle istanze sociali non può non darsi spazio, negli ospedali di oggi, a quella completa assistenza scientificamente intesa che fa di questi luoghi di cura la sede più idonea e migliore dove la tecnica medica moderna è posta, tutta e per intero, al servizio della salute dei cittadini. Deve cambiare cioè la fisionomia e la strutturazione dell'ospedale: da luogo di assistenza esso deve diventare il punto di convergenza ove la salute trova la sua piena e completa tutela; e, tutto questo, senza mai dimenticare che esso deve pur sempre rappresentare la risposta concreta del mondo di oggi alla esaltante parabola evangelica del buon samaritano!

Naturalmente una simile impostazione comporta già oggi (ed ancora di più comporterà in avvenire una volta che i criteri di questa riforma saranno attuati) una serie di provvedimenti indispensabili per facilitare e completare tali indirizzi. Così come già ora, infatti, non si concepisce più che gli ospedali generali possano essere classificati in base alla media giornaliera di degenze o all'importanza di singole prestazioni ma in relazione alla gamma di attività medico-chirurgiche e sociali che possono assicurare, egualmente, poiché la medicina moderna, ispirata al recupero attivo e rapido, tende a limitare al massimo il periodo di riposo a letto, bisognerà consentire la dimissione precoce del malato ed il suo invio, per consolidare la guarigione, in istituti che, senza essere dotati di tutte le costose risorse di un ospedale per acuti, siano però in grado di assicurare una assistenza sufficiente e confortevole.

All'estero già oggi sono numerose le Case di convalescenza, alcune delle quali limitano la loro attività alle ore del giorno (a favore dei malati ancora bisognosi di cure per una inattività temporanea residua) o alle ore della notte (per i soggetti, cardiaci o nevrotici, che trovano difficoltà ad adattarsi al loro ambiente familiare o alle condizioni del loro domicilio e pertanto, alla fine della loro giornata lavorativa, chiedono ospitalità in questi « asili di notte » ove personale specializzato li aiuta ad emergere dalla loro dolorosa situazione).

Altro problema, che l'invecchiamento della popolazione non mancherà di accentuare, è quello del prevalere, nella popolazione ospedaliera, di malati anziani, con i problemi che ciò comporta sia sul piano sociale che sanitario. Le recenti acquisizioni scientifiche relative alla fisiopatologia della vecchiaia, alle malattie del vecchio ed all'igiene dell'età avanzata, tendono infatti a conferire alla geriatria dignità di branca autonoma della medicina generale. Di qui, oltre a suggestivi interventi diretti già oggi a fermare o almeno a rallentare la marcia del tempo fisiologico, si pone il problema del tutto particolare di questo tipo di assistenza che esclude, comunque, ogni possibile promiscuità fra cronici e malati di età avanzata.

In ultimo, fra gli indirizzi che già oggi si affacciano alla problematica dell'assistenza ospedaliera moderna vi è quello del cosiddetto « Home Care » cioè del metodo proposto ed attuato dal Bluestone che, al fine di utilizzare il più razionalmente possibile i posti letto disponibili in ospedali, proietta, all'esterno di

questi, i mezzi di cui questi dispongono in modo da moltiplicare le possibilità di cura a domicilio.

Il sistema dell'*Home Care* è estremamente interessante e va seguito con la massima attenzione poiché, a parte che potrebbe costituire un rimedio di emergenza per migliorare la deficitaria situazione ospedaliera, ha aspetti di natura umana e sociale che, in una comunità in sviluppo economico, sono da considerarsi validi al fine di attuare un piano di difesa della salute che tenga conto di tutti gli interessi e di tutte le esigenze di una complessa e spesso diversa società come la nostra.

Ma, fra i problemi che già oggi maggiormente interessano l'ospedale moderno è quello relativo all'azione profilattica che, in questi ambienti, può essere posta in atto soprattutto nei riguardi delle malattie degenerative, la cui lotta oggi si presenta ancor più irta di difficoltà di quella condotta felicemente ieri contro le malattie infettive.

La lotta contro le malattie degenerative richiede infatti una collaborazione attiva dei soggetti che vi sono esposti e tale collaborazione deve essere data con intelligenza, con continuità e con notevole capacità di autodisciplina. È indubbio perciò che solo in seno agli ospedali alcune esigenze possono essere soddisfatte nel migliore dei modi sia sotto il riguardo tecnico che nel più economico regime di esercizio.

Questo, per non parlare della importante funzione profilattica, che in molti ospedali già oggi si svolge, nei confronti della diagnosi precoce del cancro, della lotta alle malattie reumatiche e delle stesse malattie infettive in genere (tbc., lue, ecc.). In tal modo, d'altronde, l'ospedale rafforza il suo buon diritto ad inserirsi nel vivo dell'organizzazione igienico-sanitaria del Paese e supera quell'anacronistica soluzione di continuo, purtroppo ancora oggi sempre esistente, tra medicina preventiva e medicina curativa.

Mi sia concesso, per ultimo, ricordare quanto l'ospedale moderno può e deve fare (solo che lo si aiuti moralmente e materialmente!) per quell'educazione sanitaria la cui coscienza è tuttora assente non solo presso alcuni strati sociali della popolazione ma anche — è doloroso il constatarlo — presso tanti ambienti qualificati. È bene infatti rilevare a tal proposito — sia pure di sfuggita — che lo ospedale non ha ancora dato, in questo settore, tutto quanto esso — ed esso solo — è in grado di dare, sia per il prestigio di cui meritatamente gode il suo corpo sanitario sia per la funzione che esso — nonostante tutto — svol-

ge nell'ambiente nel quale è chiamato ad operare.

Nei contatti che l'ospedale, nel suo insieme, ha col cittadino vi sono infinite possibilità per insegnare come si possono migliorare le abitudini di vita individuale e familiare, per sradicare inveterati pregiudizi, per sollecitare il senso della cooperazione e della corretta attuazione dei provvedimenti di igiene pubblica. Se, poi, a tutto questo si aggiunge un'azione organizzata e preordinata, non è chi non veda come, proprio attraverso gli ospedali, si possano attuare quei programmi di politica sanitaria che possono trovare applicazione pratica e concreta solo se si formerà nelle masse la coscienza dell'utilità e indispensabilità delle misure di igiene individuale e collettiva sancite dalle leggi.

Sono queste alcune delle tante istanze che non solo sono state formulate nella lunga disamina che ha preceduto il dibattito parlamentare sulla riforma ospedaliera ma che, ancor più, sono divenute sempre più vive nella coscienza della pubblica opinione che chiede di poter essere tranquillizzata sulla vita e sull'attività dei maggiori presidi sanitari del nostro Paese. È, comunque, in questo complesso quadro di problemi e di aspirazioni, succintamente ricordate, che si colloca la nuova legge di riforma predisposta dal Ministro della sanità senatore Mariotti a cui va il merito di aver saputo porre all'attenzione di tutta l'opinione pubblica gli aspetti più urgenti e scottanti del problema.

I principi informativi della legge di riforma. — Ho già detto che, indubbiamente, due grosse difficoltà sarebbe stato auspicabile veder prima affrontate e risolte: l'attuazione delle Regioni e quelle riforme di natura previdenziale ed assistenziale previste dal Capitolo VII del Programma quinquennale di sviluppo. Il primo merito perciò del disegno di legge in esame è stato quello di non fermarsi dinanzi a questi ostacoli ma di essere riuscito, con apposite norme transitorie, a superare tali pesanti pregiudiziali senza rinnegare la validità né delle Regioni né della Riforma previdenziale.

Gli articoli 117 e 118 della nostra Costituzione affidano infatti l'assistenza sanitaria ed ospedaliera alla Regione che « emana norme legislative nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, sempreché le norme stesse non siano in contrasto con l'interesse nazionale e con quello di altre Regioni ». Inoltre la Regione ha anche « funzione amministrativa » che « esercita normal-

mente delegandola alle province, ai comuni o ad altri enti locali o valendosi dei loro uffici ». Tale competenza è di natura « primaria » per la regione Trentino-Alto Adige, di natura « concorrente » per tutte le altre.

Ora, anche se tale problema è, in questo momento, attuale solo per le Regioni già costituite ed è invece solo potenziale per quelle ordinarie, esso non poteva sfuggire al legislatore non solo per l'importanza di natura politica che tale attuazione costituzionale ha in sé ma anche per poter dare un'idonea sistemazione legislativa ad un settore che si intende riformare tenendo conto non solo delle esigenze assistenziali attuali ma anche, e soprattutto, del preciso dettato costituzionale.

La legge non poteva cioè non riconoscere ed affermare, nel momento stesso della sua formulazione, la competenza degli enti autonomi regionali prevedendo, naturalmente, che finché le Regioni ordinarie non saranno costituite i loro poteri saranno esercitati dagli Organi centrali dello Stato. Tale criterio, come si vedrà nel corso dell'esame dettagliato degli articoli, è stato largamente tenuto presente dal disegno di legge del senatore Mariotti così come la stessa I Commissione Affari costituzionali della Camera, per relazione dell'onorevole Mattarella, ha posto in evidenza pur dovendovi apportare vari emendamenti resi indispensabili dal timore di una « eccessiva circoscrizione delle potestà decisionali delle Regioni e quindi di una limitazione della loro autonomia in contrasto con le norme costituzionali che regolano la materia ».

Il problema della riforma previdenziale, di cui con vario impegno si parla nel nostro Paese da oltre venti anni, rappresentava anche esso un problema in un certo senso pregiudiziale al provvedimento legislativo oggi in esame. Come per esempio non rendersi conto che diversa sarebbe la configurazione delle entrate ospedaliere se si passasse dall'attuale sistema assicurativo a quello della sicurezza sociale che prevede un finanziamento da attuarsi in forma fiscale in proporzione ai redditi rispettivi dei singoli cittadini ?

Ora, non è chi non veda che, per affrontare e risolvere tali complessi problemi si sarebbe finiti col non poter dare attuazione, neanche in questa legislatura, a quella riforma ospedaliera che ormai è più che matura nella coscienza dell'opinione pubblica oltre che essere da tutti i settori politici, tecnici ed amministrativi, ritenuta indilazionabile al fine di non deteriorare ulteriormente un prezioso patrimonio di energie e di opere. L'importante era non pregiudicare nulla delle solu-

zioni che si andranno a prendere in questa materia e predisporre una legge di riforma che non precludesse ogni possibile sviluppo della situazione. Questo è stato l'impegno del Ministro della sanità e della stessa Commissione Igiene e sanità della Camera che, in sede primaria, ha esaminato il testo.

Superato perciò queste indispensabili premesse, il disegno di legge in esame presenta alcuni punti fondamentali che è bene subito identificare. Innanzi tutto esso riafferma la piena volontà di attuare per mezzo del Ministero della sanità una effettiva unità di indirizzo di tutta la politica sanitaria del Paese; in secondo luogo persegue una riorganizzazione e ristrutturazione degli ospedali che, pur acquisendo un uniforme modulo istituzionale (l'ente ospedaliero), conservano la loro autonomia arricchendosi, nel loro consiglio di amministrazione, delle rappresentanze elettive delle collettività interessate all'assistenza ospedaliera.

Il problema relativo all'autonomia o meno degli ospedali è stato uno dei più dibattuti in questi anni ma, come ebbe ad affermarsi nel convegno organizzato dalla FIARO all'Eur, alla presenza del Ministro della sanità, il 20 e 21 febbraio 1965, « anche chi non aveva preconcetti sulla capacità dello Stato a gestire direttamente servizi di pubblico interesse, si è reso ben presto conto che la gestione centralizzata e burocratizzata degli ospedali avrebbe finito con il costituire una grave remora al loro sviluppo... Sicché si può affermare che oggi l'orientamento largamente prevalente, sia in campo tecnico che in quello politico, sta nel senso di assicurare all'ente ospedaliero l'autonomia ».

Tale significativa affermazione, frutto indubbio di larga esperienza ospedaliera ma anche di lunghi ed interessanti dibattiti, non poteva non avere le sue implicazioni di ordine pratico ed è questo il motivo per cui, sul piano della gestione, non è stato difficile riportare il « fondo nazionale » nei limiti che non contraddicessero con l'autonomia propria degli enti, mentre, sul piano istituzionale, l'ente ospedaliero ha assunto quel carattere squisitamente ed essenzialmente sanitario di cui si è parlato nelle premesse e che gli consente di non restare in posizione statica ma di potersi creare una propria dinamica adeguando, modificando ed adattando i propri servizi alle diverse esigenze che si determinano in momenti diversi ed in zone diverse.

Aggiungerò che l'indispensabile autonomia ospedaliera non poteva esser vista però come un qualcosa di chiuso e di non comunicante

con una più vasta organizzazione che, tutta insieme, deve essere rivolta alla protezione della salute pubblica. Si trattava cioè di vedere l'ospedale come un cuore che funziona in modo autonomo ma non indipendente e né estraneo all'organismo!

La rete ospedaliera, provinciale, regionale e nazionale, con gli interventi propri che la programmazione inserisce in questo campo, rappresenta un primo, importante elemento di « coordinamento » che, con le riforme che si andranno successivamente attuando in campo sanitario, dovrà estendersi all'assistenza generica, specialistica ed ambulatoriale. È evidente cioè che l'ospedale, per quanto organizzato, non può funzionare in modo soddisfacente se preso a se stante poiché esso rappresenta un organo vitale che deve però operare nel quadro generale di tutti gli altri servizi sanitari.

È questo il motivo per cui alle funzioni curativa e riabilitativa (che sono proprie e tradizionali di ogni forma di assistenza ospedaliera) vengono oggi aggiunte le non meno importanti funzioni preventiva e profilattica, didattica e scientifica che integrano e completano l'attività stessa di tali istituzioni dando non solo agli ammalati un motivo di sicurezza ma a tutti i cittadini un senso di protezione ben diversamente raggiungibile.

Per realizzare, in forma coordinata ed unitaria, tali importanti finalità, era però indispensabile dare un'uniforme configurazione giuridica agli ospedali italiani. Come è noto infatti, in base alla legge del 1390, oggi esistono nel nostro Paese, oltre agli ospedali senza scopo di lucro ed alle case di cura private, ospedali dipendenti da istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza ai quali si aggiungono quelli dipendenti da vari enti pubblici (CRI, INAM, INPS, INAIL, comuni, province, università, ecc.).

Ciascuno dei predetti enti — come si legge nella relazione ministeriale — « 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 ».

È indispensabile perciò dare un'identica struttura giuridica ed una unitaria disciplina

amministrativa, sottoponendo tutte le istituzioni che svolgono assistenza ospedaliera pubblica ad identici controlli e direttive da ricondurre nell'unico ambito dell'amministrazione sanitaria sia pure attraverso le attribuzioni proprie delle Regioni. Anche a questo compito (tutt'altro che facile data la molteplicità di istituzioni e la complessità delle tavole statutarie che oggi reggono molte di queste istituzioni) ha dato idonea risposta la legge in esame.

Per raggiungere tali obiettivi sono stati infatti distinti gli enti pubblici, da cui attualmente dipendono gli istituti di cura, in due categorie: quelli che provvedono « esclusivamente » al ricovero ed alla cura degli infermi, da quelli che svolgono anche attività « diversa » da quella ospedaliera. I primi vengono trasformati, in base a decreto dichiarativo del Presidente della Regione, in enti ospedalieri; i secondi sono staccati dagli enti di origine ed eretti in enti ospedalieri dopo che una apposita commissione provinciale avrà proceduto alla individuazione ed all'inventario dei beni che dovranno essere trasferiti all'ente ospedaliero qualora siano « istituzionalmente ed in atto » destinati a beneficio dell'attività ospedaliera.

Sul problema dello scorporo dell'attività ospedaliera da tali enti e del fatto che, anche in riferimento all'articolo 42 della Costituzione, non si ponga obbligo a compenso, ha dettagliatamente discusso la I Commissione Affari costituzionali concludendo unanimemente, che in questo caso, « non si possa parlare di esproprio ma di successione nel nuovo ente dell'*universum jus* dell'ente esistente che, per la parte ospedaliera, viene assorbito, evidentemente con tutti gli oneri propri e con tutte le disponibilità patrimoniali. Tali beni — ha soggiunto la Commissione Affari costituzionali — non solo continuerebbero a servire pubblici interessi ma manterrebbero inalterata la loro stessa destinazione, che rimarrebbe invariata, come invariata resterebbe la finalità dell'istituzione ».

Si aggiunga che se gli enti scorporandi ottenessero un compenso, sotto qualsiasi forma, si arricchirebbero senza causa poiché essi si spoglierebbero dell'onere dell'attività ospedaliera continuando ad avere il godimento dei beni o del corrispettivo destinato a far fronte alla stessa. Si tratta, in concreto, del trasferimento di un bene da un ente pubblico ad altro che continua a perseguire gli stessi scopi e pertanto — secondo anche quanto statuisce la Corte costituzionale con la sentenza 29 dicembre 1959, n. 68 ricordata dalla relazione mini-

steriale — si tratta di una legge di organizzazione amministrativa in un campo nel quale non può essere disconosciuta al legislatore la più ampia libertà.

Per quanto invece riguarda la possibilità di operare con legge la modifica e la ristrutturazione statutaria ed organizzativa delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, in sede di dibattito in I, II e XIV Commissione è stata concordemente ammessa la legittimità, sul piano costituzionale, di un intervento legislativo in quanto il settore non è tutelato da alcuna delle autonomie previste dalla Costituzione.

Tanto si è voluto ricordare, non per addentrarci già nell'esame dei singoli articoli del disegno di legge quanto per sottolineare lo spirito della riforma che vuol rappresentare, essenzialmente, una razionalizzazione di strutture e giammai un provvedimento coercitivo per le iniziative esistenti né tanto meno punitivo per chi ha invece il grande ed indiscusso merito di aver provveduto all'assistenza ospedaliera pur nella pressoché completa assenza di idonee iniziative da parte dell'autorità statale.

D'altronde, le stesse case di cura private e gli istituti ospedalieri che non hanno fine di lucro vengono rispettati, nello spirito dell'articolo 38 della Costituzione, anche se vengono sottoposte ad idoneo controllo che, molto opportunamente si estende ai progetti per la costruzione, l'ampliamento e la trasformazione nonché a tutto quanto riguarda l'espletamento del servizio medico e le stesse responsabilità che gravano sul direttore sanitario.

Questo stesso spirito di pieno e sostanziale rispetto delle funzioni che sono proprie dei sanitari ospedalieri è a base dell'ampia materia, in parte già definita in parte specificatamente delegata, che riguarda il personale chiamato direttamente ad operare nell'ospedale al sollecito e completo servizio del malato. L'introduzione del « tempo definito » vuol essere infatti un aiuto che viene offerto al medico giammai per burocratizzare la sua opera ma per rendergli maggiormente possibile quel « senso del servizio » senza del quale il ricoverato non si sentirà al centro della attenzione dell'ospedale ma il numero di un postolletto momentaneamente occupato da lui.

L'istituzione dell'« internato » rappresenta anch'esso un aiuto che viene offerto al malato di oggi e di domani perché esso possa disporre, sempre ed in ogni occasione, di un'assistenza qualificata, tecnicamente e spiritualmente, e anche questo non poteva non essere offerto dall'ospedale nel cui ambiente (forse

più che negli istituti universitari ove l'interesse per la scienza si somma allo spirito di ricerca) l'ammalato è più « sentito » per quello che è: un « uomo » cioè che tenta di essere reinserito il più sollecitamente ed il più efficacemente possibile nella sua dignità e nella sua ragion di vita.

In questo spirito è da porsi la stessa assistenza religiosa che, con la presente legge di riforma viene specificata ed assicurata. L'ospedale rappresenta sempre, infatti, il momento in cui l'uomo si raccoglie in sé per ritrovare le forze vive del suo spirito e per riscoprire valori ed ideali che forse erano rimasti un po' sommersi dall'incalzante ritmo quotidiano della vita moderna. Anche questo aiuto a saper guardare alla meta finale, è un punto importante dell'assistenza ospedaliera che va sempre vista, nel suo insieme, come servizio ai malati, come difesa dei sani, come sviluppo integrale dell'uomo.

L'esame che la Commissione igiene e sanità della Camera ha condotto sui singoli articoli e che il Relatore si è sforzato di riportare puntualmente è stato improntato appunto al desiderio vivissimo di forgiare gli ospedali italiani su questi valori. È stato in questo impegno comune che sono stati superati positivamente interessi non sempre convergenti, situazioni abnormi determinatesi durante la quasi ottantennale applicazione della legge del 1890, questioni di ordine tecnico, economico e morale estremamente importanti per l'avvenire della professione medica e per l'autonomia e lo sviluppo delle istituzioni ospedaliere. Il traguardo che si intendeva raggiungere era perciò molto alto perché non si dovesse contare — come si è contato — sul concorso della buona volontà di quanti hanno mostrato di « sentire » queste esigenze.

L'ente ospedaliero. — La definizione del nuovo ente non poteva perciò — per quanto innanzi detto — non essere di natura squisitamente sanitaria e prescindere perciò da altri aspetti di natura assistenziale che hanno, nonostante tutto, finora caratterizzato le cosiddette « opere pie ». L'ente ospedaliero infatti non solo, istituzionalmente, provvede (articolo 2) al ricovero ed alla cura degli infermi ma « partecipa alla difesa attiva della salute in coordinamento con le attività delle altre istituzioni sanitarie locali ».

Il concetto cioè di natura sanitaria non può fermarsi all'antica concezione, sia pure sempre valida, di diagnosi e cura delle forme morbose ma va oltre ed abbraccia aspetti di medicina preventiva secondo una felice im-

postazione di Newman che amava ripetere che « chi cura vede che il suo esercizio professionale volge sempre più verso la prevenzione e chi è incaricato della prevenzione si accorge che le sue funzioni hanno sempre più un aspetto curativo. Gli uni e gli altri possono incontrarsi nell'ambito dell'attività ospedaliera ».

Lo sforzo pertanto che si intende perseguire — nonostante le difficoltà che non sfuggono al legislatore — è quello che tende a fare dell'ospedale, oltre il luogo ed il mezzo più idoneo per assicurare il recupero della salute, anche l'elemento fondamentale della tutela esercitata dallo Stato sulla salute singola e collettiva e quindi, in un certo senso, l'espressione stessa della politica sanitaria del Paese.

In tal senso si inquadrano le attività di preparazione professionale, di educazione igienico sanitaria, di istituzione di centri per la cura e la prevenzione di malattie sociali e del lavoro nonché la stessa ricerca scientifica e le indagini medico sociali che l'ospedale potrà andare a compiere se in esse si ravviserà lo strumento valido per evitare la malattia, per curarla e per ridurne le conseguenze di ordine morale, sociale ed economico.

Si giustifica anche così l'obbligo che l'ente ospedaliero ha di ricoverare, « senza particolare convenzione o richiesta di alcuna documentazione », i cittadini italiani e stranieri che necessitano di urgenti cure per qualsiasi malattia, infortunio o maternità. È sembrato cioè alla Commissione che il diritto alla tutela della salute potesse cominciare a trovare una sua prima concreta attuazione proprio nell'ospedale sia pure limitatamente alle cure urgenti.

Tale concezione è quindi alla base di quanto chiaramente viene sancito dall'articolo 1 per cui « l'assistenza ospedaliera pubblica è svolta a favore di tutti i cittadini italiani e stranieri esclusivamente dagli enti ospedalieri », né poteva essere diversamente se si pensa che solo un ente pubblico aperto a tutti può assolvere a tanto importante servizio a cui è legata la sorte e l'avvenire di tutta una popolazione.

Né vale sottolineare le eccezioni che, per motivi diversi e tutti più che validi, si è ritenuto di dover ammettere, anche perché al fine di allargare la rete ospedaliera la Commissione si è preoccupata di fare in modo che anche gli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera potessero, ove possedevano i requisiti prescritti dalla presente legge, essere classificati e quindi inseriti nella rete ospedalie-

ra che la programmazione andrà a determinare.

Ed è stato proprio per attuare la più larga difesa attiva della salute che, unanimemente, si è ritenuto di dover configurare quali enti ospedalieri anche gli ospedali degli enti mutualistici ed assicurativi. È sembrato infatti che non solo motivi di organicità e di coordinamento consigliavano una tale presa di posizione ma anche l'apporto che proprio tali istituzioni particolarmente qualificate possono e debbono dare allo sviluppo di una assistenza ospedaliera che si prefigge dei traguardi tanto alti ed importanti.

D'altronde, la problematica di una organizzazione capace di rendere efficiente e razionale la tutela della salute non può realizzarsi se non attraverso quei servizi che rispondono a due caratteristiche fondamentali: servire una alta aliquota di popolazione e disporre di un'attrezzatura adeguata per un metodico lavoro di accertamento diagnostico. È evidente che, almeno per ora, i servizi che corrispondono a tali requisiti sono principalmente quelli ospedalieri ed è perciò naturale che il nuovo « ente ospedaliero » dovesse poter contare sull'apporto di tutte quelle strutture ed esperienze rivelatesi, nel tempo, le più idonee per l'assolvimento di tale scopo.

Sulla costituzione di tali enti e sulle modalità (articoli 4 e 5) per giungere al loro riconoscimento giuridico è stato già accennato nel capitolo riguardante i principi informativi di questa legge. Si deve solo aggiungere che è sembrato opportuno, per motivi di chiarezza applicativa, che solo le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza che provvedono (articolo 3) « esclusivamente » al ricovero ed alla cura degli infermi venissero riconosciuti di diritto enti ospedalieri, mentre tutte le altre istituzioni che, oltre all'assistenza ospedaliera, assolvono ad altre finalità, siano costituite in enti ospedalieri con la procedura prevista dall'articolo 5 le cui modalità — come è stato riferito — sono state ritenute pienamente costituzionali dalla I Commissione della Camera chiamata ad esprimere il proprio parere.

Si è ritenuto invece di dover affidare, secondo il dettato degli articoli 117 e 118 della Costituzione, alla Regione ed ai suoi organi il compito di provvedere, con apposito decreto, al riconoscimento o alla costituzione dei nuovi enti mediante distacco di ospedali da enti pubblici, nonché ad indicare la composizione del nuovo consiglio di amministrazione secondo il disposto dell'articolo 9 della presente legge.

Egualemente l'articolo 6 ha consacrato il principio che sia la Regione, con decreto del suo Presidente su conforme deliberazione della Giunta regionale, a promuovere ed attuare l'istituzione di nuovi enti ospedalieri e la fusione o la concentrazione di enti già esistenti secondo le previsioni del piano regionale ospedaliero.

Struttura ed amministrazione degli enti ospedalieri. — Un lungo, particolareggiato esame — anche per specifica indicazione di varie Commissioni parlamentari che hanno provveduto a formulare i loro pareri — è stato compiuto, a proposito dell'articolo 9, sull'argomento relativo alla costituzione dei consigli di amministrazione. È prevalso comunque il principio di una larga democraticità di tali consigli che trarranno la loro elezione rispettivamente, secondo la loro classificazione, dalle Regioni, dalle Province e dai Comuni; si è ritenuto però che gli enti ospedalieri dichiarati tali ai sensi degli articoli 4 e 5 dovessero conservare nel loro consiglio due membri designati dall'ente pubblico cui apparteneva originariamente l'ospedale. Si è ritenuto con ciò non solo di rendere doveroso omaggio alla volontà dei testatori ma anche di incentivare a favore degli ospedali lasciti e donazioni da parte di privati e di fondazioni.

Secondo quanto suggerito dalle Commissioni I e II si è ritenuto — anche per motivi di opportunità — di poter escludere dalla composizione dei consigli di amministrazione il funzionario della carriera direttiva amministrativa del Ministero della sanità così come è prevalso il principio che alle sedute del consiglio partecipino solo il sovrintendente sanitario (o il direttore sanitario) ed il segretario generale dell'ente.

Il Collegio dei sanitari sarà invece sentito obbligatoriamente su tutte le questioni di natura sanitaria che dovranno essere trattate in seno al consiglio in modo da attuare quella collaborazione da tutti ritenuta auspicabile ed indispensabile.

Nell'affermare la incompatibilità fra consigliere regionale e componente dei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri la Commissione ha ritenuto di sancire il principio che il Presidente e i componenti i Consigli abbiano diritto ad una indennità di carica superando così differenti interpretazioni ed applicazioni delle norme vigenti.

Per l'Ospedale « Galliera » di Genova si è ritenuto infine che — ad evitare trasferimenti di patrimonio all'estero, così come pre-

visto dalla Donatrice, in caso di diversa composizione del consiglio di amministrazione — si dovesse accettare che la presente legge contemplasse apposita eccezione.

Gli articoli 10 e 11 presentano, in idonea sistematica, la precisazione legislativa delle funzioni del Consiglio di amministrazione e del Presidente. Pur se è fin troppo evidente che si tratta di materia che non è possibile regolamentare in tutti i suoi aspetti e per tutte le prevedibili situazioni in cui verranno a trovarsi gli enti ospedalieri, è da considerare lodevole lo sforzo già contenuto nel disegno di legge ed in parte rivisto dalla Commissione.

Fra l'altro, mi pare importante sottolineare, per quanto riguarda la validità delle delibere del Consiglio di amministrazione, che questo possa compiutamente assolvere alle sue funzioni con la maggioranza dei presenti tranne che per le deliberazioni riguardanti le modifiche dello Statuto per le quali è richiesta la maggioranza dei componenti il consiglio.

Per quanto riguarda invece la nomina e le funzioni del presidente (articolo 11), si è ritenuto di attribuire a tale importante organo dell'ente ogni funzione che non sia di competenza del consiglio, aggiungendo che egli possa altresì assumere i provvedimenti d'urgenza, ordinari e straordinari, necessari per garantire il funzionamento dell'attività ospedaliera, salvo naturalmente la successiva ratifica del Consiglio.

In tale attività, come in ogni atto dell'ente, egli sarà assistito dal Segretario generale o Direttore amministrativo che si è ritenuto di far partecipare alle responsabilità degli Amministratori a norma dell'articolo 32, ultimo comma, della legge 17 luglio 1890, n. 6972. Da tale responsabilità egli potrà intendersi esonerato nei casi in cui abbia fatto constare espressamente il suo motivato dissenso o possa dimostrare di aver contribuito agli atti medesimi soltanto in seguito ad esplicito invito.

Tale riferimento tende non solo a responsabilizzare, in modo formale e sostanziale, il massimo dirigente amministrativo dell'ente ma, poiché questo rappresenta, in pratica, la continuità dell'amministrazione, il richiamo a quanto già disposto dalla legge del '90 è sembrato, in questo caso, molto opportuno allo scopo di garantire la piena regolarità amministrativa dei nuovi enti ospedalieri.

Tra gli Organi dell'ente ospedaliero, per la prima volta nella legislazione italiana, figura il Collegio dei Revisori (articolo 12) con funzioni di vigilanza tecnica su tutta l'attività

amministrativa dell'ospedale. A parte la necessità di assicurare che fra i suoi componenti figurasse anche un rappresentante della Regione per le specifiche ed importanti competenze che questa ha nella materia ospedaliera, non vi è dubbio che, tenuto conto degli interventi finanziari che già oggi lo Stato pone a suo carico per il soddisfacimento di tale fondamentale assistenza, l'attività del Collegio (che da un lato non vincola le decisioni del Consiglio e dall'altra lo assicura che la gestione avviene nel rispetto delle regole tecniche della buona amministrazione) rappresenta un concreto aiuto per dei Consigli chiamati ad assolvere a funzioni sempre maggiori e sempre più impegnative.

Con l'articolo 13 invece si definisce per legge quanto già in questi anni si è andato lodevolmente consolidando. Il Consiglio dei sanitari ed il Consiglio sanitario centrale rappresenteranno infatti d'ora innanzi un importante organo di consulenza tecnica del Consiglio di amministrazione e, in ragione anche della loro rappresentanza democratica interna, non vi è dubbio che potranno indirizzare non solo il Direttore sanitario od il Sovrintendente che li presiedono ma — sia con i loro pareri e sia con la presenza del Presidente dell'ente alle adunanze — potranno determinare una piena sintonia di sforzi e di attività fra amministratori e sanitari.

Tale nuovo tipo di rapporto tra Consiglio di amministrazione e sanitari non snatura la figura del Direttore sanitario che, quale presidente del Consiglio dei sanitari ed unico rappresentante di tali interessi nel Consiglio di amministrazione, resta l'organo consultivo « nato e congeniale » dell'Amministrazione. La preziosa collaborazione del personale sanitario dirigente ed il contributo che esso può e deve dare, per la sua specifica competenza, alla soluzione di importantissimi problemi interni della vita ospedaliera rappresentano infatti un elemento che, da più parti, è stato ritenuto indispensabile per le nuove dimensioni che l'ospedale deve assumere per la più idonea e completa tutela della salute del singolo e della collettività.

L'articolo 15 del disegno di legge conferisce al Ministero della sanità poteri di alta sorveglianza sugli enti ospedalieri e sull'assistenza in genere; ciò allo scopo di vigilare sulla piena rispondenza dell'attività di detti enti ai generali interessi sanitari della nazione. La disposizione sottolinea la funzione insopprimibile del Ministero della sanità nei confronti delle Regioni in quanto non sarebbe comprensibile che allo Stato non fosse riser-

vata la piena competenza in quelle materie riconosciute di interesse nazionale.

La dottrina del diritto pubblico ha infatti da tempo assodato che la materia sanitaria — sia pur nel rispetto delle competenze proprie devolute dalla Costituzione alle Regioni — non può non avere rilievo nazionale non foss'altro perché le malattie non hanno frontiere regionali e pertanto la lotta contro di esse deve essere condotta con indirizzo unitario. L'articolo 15 quindi consolida il potere statale di dirigere e di sorvegliare l'attività ospedaliera in funzione dell'interesse sanitario nazionale rispetto al quale anche l'interesse regionale non può non essere subordinato.

La vigilanza e la tutela sugli enti ospedalieri (articolo 16) è invece devoluta alla Regione a norma delle disposizioni del capo terzo, titolo quinto della legge 10 febbraio 1953, n. 62. Unico elemento nuovo che la Commissione ha inteso mantenere a maggioranza, sia pur dopo approfondito dibattito, è che il comitato previsto dall'articolo 55 e le sezioni speciali previste dall'articolo 56 della predetta legge siano integrati dal Medico provinciale quale organo tecnico indispensabile per l'adempimento di tanto importanti e delicate funzioni e quale elemento di utile coordinamento con l'interesse sanitario nazionale che, come organo periferico del Ministero della Sanità, egli rappresenta.

Le deliberazioni sottoposte al controllo di merito del Comitato sono piuttosto limitate e riguardano materia (modifica di statuto, adempimenti previsti dal piano regionale ospedaliero, regolamento organico del personale, bilanci preventivi e conti consuntivi, retta di degenza, ecc.) che già era soggetta a speciale approvazione da parte del Comitato provinciale di assistenza e beneficenza pubblica secondo quanto previsto dall'articolo 19 del regio decreto 30 dicembre 1923, n. 2841.

Importante è invece l'innovazione relativa al sistema di approvazione in quanto le deliberazioni di cui sopra non essendo più soggette all'esame di merito (tutela) da parte del Comitato provinciale di assistenza e beneficenza ma da parte del Comitato previsto dall'articolo 55 della legge 62 del 1953 o dalle Sezioni speciali previste dall'articolo 56 della stessa legge saranno esaminate secondo lo spirito dell'articolo 130 della Costituzione che, nell'intento di preservare quanto più è possibile la autonomia degli Enti locali, instaura un procedimento nel quale l'atto finale, che deve compendiare l'esercizio del controllo, è rimesso allo stesso Organo dell'ente autore dell'atto.

Qualora cioè l'Autorità di controllo (Comitato o Sezioni speciali) ravvisi un vizio di merito in una deliberazione di cui sopra invita l'Ente ospedaliero, con richiesta motivata, a riprenderla in esame. Se, a maggioranza assoluta dei componenti il Consiglio di amministrazione, la delibera viene confermata, la stessa diventa esecutiva dopo la sua pubblicazione per la durata di quindici giorni e l'invio entro otto giorni all'Organo di controllo; manca cioè nella fattispecie la possibilità della non approvazione.

Per quanto attiene al potere di scioglimento dei Consigli di amministrazione (articolo 17), sia la prima che la seconda Commissione avevano espresso il parere che (in ossequio al disposto costituzionale che in materia sanitaria ed ospedaliera riconosce il potere legislativo ed amministrativo alle Regioni e sulla base di quanto già disposto per la costituzione, fusione e concentrazione degli enti ospedalieri) fosse il Presidente della Regione, su delibera della Giunta regionale, che dovesse assolvere a detto esercizio.

Per la verità era stato fatto osservare da vari componenti della Commissione di merito che il potere di sospensione e di scioglimento del consiglio di amministrazione prospetta una forma di controllo che esula dal concetto di vigilanza e di tutela e che costituisce la espressione di un potere sanzionatorio spettante istituzionalmente allo Stato in quanto trova la sua *ratio* nella tutela degli interessi generali coordinati con la stessa funzionalità dell'ordinamento statale; d'altronde lo stesso articolo 130 della Costituzione devolve alle Regioni il controllo « sugli atti » degli enti locali ma non « sugli organi » che evidentemente è riservato allo Stato.

A tal proposito era stato fatto anche osservare che nel decreto del Presidente della Repubblica 26 gennaio 1959, n. 97, relativo alla attuazione dello Statuto del Trentino Alto Adige, è previsto che i provvedimenti di sospensione e di scioglimento delle amministrazioni delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza venissero adottati con decreto del Commissario del Governo in via esclusiva per motivi di ordine pubblico e, nei casi di persistente violazione di legge, quando gli organi regionali non provvedano entro tre mesi dalla richiesta del Commissario del Governo.

Si era aggiunto che, con sentenza n. 14 del 1960, la Corte costituzionale ha rigettato per infondatezza la questione di legittimità costituzionale proposta nei riguardi di tale disposizione ritenendo che, in sede di norma di attuazione o in occasione dell'adeguamento

della legislazione statale alle esigenze delle autonomie locali e alla competenza legislativa attribuita alle Regioni, l'Organo statale può riservarsi « poteri decisivi » allorché si tratti di interessi generali dello Stato.

In ossequio, comunque, al voto unanime espresso dalle predette Commissioni parlamentari, a maggioranza, la Commissione di merito ha accolto l'istanza aggiungendo però che, a parte il caso di dimissioni da parte della maggioranza dei componenti il consiglio di amministrazione, questo possa essere sciolto solo 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 ».

Demandato così al Presidente della Regione, su delibera della Giunta regionale e su parere del Consiglio provinciale di sanità, il potere di scioglimento dei consigli di amministrazione è sembrato superfluo, data l'immediatezza decisoria con cui detto provvedimento può essere assunto, prevedere la « sospensione » dei Consigli di amministrazione in quanto che anche nei casi di urgente necessità la Giunta regionale può porre il suo Presidente nelle condizioni di adottare un sollecito e motivato decreto di scioglimento.

Requisiti e classificazione degli ospedali.

— Una più idonea impostazione e strutturazione la Commissione Igiene e sanità ha inteso dare a questa delicata materia per cui sono evidenti le modificazioni che sono state apportate al testo presentato dal Governo.

In particolare si è ritenuto di dover ancora di più accentuare il principio che gli ospedali non possano essere classificati in base alla media giornaliera delle degenze ma in relazione alla gamma ed alla importanza delle singole prestazioni sia medico chirurgiche (generiche e specializzate) che sociali, degli impianti tecnologici, delle attrezzature tecniche e scientifiche. In una parola, partendo dalla affermazione che, per la prima volta, sarà la programmazione ospedaliera che dovrà definire le esigenze delle popolazioni servite, mentre si è ribadito il concetto che la prestazione medico chirurgica, deve essere fornita ovunque, sia presso l'ospedale di zona che quello regionale, con la stessa proprietà e circondata dalle stesse garanzie, si è statuito che sarà la completezza delle cure erogate e le iniziative realizzate per una piena tutela della salute a dover distinguere i vari tipi di ospedali.

Per quanto riguarda gli ospedali generali si è ritenuto che i criteri distintivi di fondo che devono presiedere alla loro classificazione devono essere, per gli ospedali zionali (articolo 20), quelli di assicurare, in ogni parte del territorio, un tempestivo ed efficace servizio di medicina generale, chirurgia generale ed ostetricia e ginecologia, nonché, per zone particolarmente interessate, di sezioni di ortopedia-traumatologia. Tali ospedali dovranno essere dotati inoltre di poliambulatori per le più comuni specialità medico chirurgiche.

L'insediamento o il riconoscimento degli ospedali zionali richiederà naturalmente una approfondita analisi territoriale, demografica e nosologica per determinare, all'interno di ogni provincia, l'entità delle zone e degli ospedali relativi. Ciò dovrà avvenire mediante le esigenze della popolazione con quelle di ampiezza minima di un ospedale al fine di renderlo funzionale e non antieconomico.

Gli ospedali provinciali (articolo 21) devono invece rispondere all'esigenza di assicurare la presenza dei fondamentali reparti di normale specializzazione. Essi infatti accanto alle divisioni di medicina generale, chirurgia, ostetricia e ginecologia, pediatria, ortopedia-traumatologia, devono essere dotati di divisioni, o almeno di sezioni, di oculistica, otorinolaringoiatria, urologia, neurologia, dermosifilopatia, odontoiatria e stomatologia, malattie infettive, geriatria e lungodegenza salvo che per alcune di dette specialità non vi provvedano ospedali specializzati vicini.

Detti ospedali devono inoltre essere dotati di distinti servizi di radiologia e fisioterapia, anatomia ed istologia patologica, analisi chimico-cliniche e microbiologiche, anestesia, rianimazione con letti di degenza, emotrasfusione e farmacia interna. Possono invece avere anche servizi di recupero e rieducazione funzionale, di dietetica, di assistenza sanitaria e sociale, di medicina legale e delle assicurazioni, nonché scuole-convitto per infermieri professionali, scuole per infermieri generici ed altri servizi e scuole per l'addestramento del personale ausiliario e tecnico.

Di tale categoria fanno parte gli ospedali clinicizzati o comunque convenzionati con le Università (articolo 22) i quali devono però disporre di reparti e servizi qualificati per attrezzature didattico-scientifiche in ragione delle loro finalità istituzionali. Si è ritenuto cioè di precisare che i predetti reparti e servizi qualificati non sono di per se stessi elementi tali da far classificare, in via di principio, tali ospedali fra quelli regionali che

hanno invece caratteristiche del tutto peculiari.

Gli ospedali provinciali dovranno coprire il vasto e vario spazio operativo intercorrente tra le funzioni delle strutture ospedaliere zionali e regionali. In tal senso essi potranno essere, in ogni provincia, anche più di uno mentre potranno, non solo per alcune specialità, usufruire dell'opera dei limitrofi ospedali specializzati ma provvedere altresì all'assistenza dei convalescenti affidandola ad ospedali vicini.

Gli ospedali regionali (articolo 23) sono infine quelli che — per l'organizzazione tecnica, per la dotazione strumentale diagnostica e terapeutica e per il tipo di prestazioni che sono in grado di assicurare — operano con caratteristiche di alta specializzazione. Essi infatti, oltre a possedere le unità di ricovero e cura e tutti i servizi previsti per gli ospedali provinciali dovranno disporre di almeno tre divisioni di alta specializzazione medica o chirurgica e possedere distinti servizi di virologia, prelevamento e conservazione di parti di cadavere nonché di attrezzature idonee a consentire di collaborare alla ricerca scientifica e di contribuire alla preparazione professionale ed all'aggiornamento del personale medico.

Quanto alla loro dimensione territoriale, il riferimento alla regione non deve essere inteso in senso meccanicistico poiché, se è vero che ad ognuna di queste deve corrispondere almeno un ospedale regionale, è anche da notare che essi devono servire una popolazione di almeno un milione di abitanti. D'altronde, in sede di programmazione si dovrà tener conto non solo della situazione preesistente ma delle caratteristiche topografiche della regione e delle necessità che si andranno prefigurando in rapporto all'incidenza di malattie che richiedono un'alta specializzazione di cure e profilassi.

In ogni caso, è bene ancora precisare che tra i tre ordini di ospedali generali esiste certamente una differenziazione sul piano dei reparti di cui dispongono nonché del livello del personale e delle dotazioni di attrezzature tecnico-scientifiche ma ciò non dovrà mai sussistere sul grado di funzionalità delle varie strutture che devono poter comunque assicurare, quale che sia l'ordine dell'ente ospedaliero, il massimo di assistenza possibile nell'ambito delle competenze loro assegnate. Non quindi il livello di fiducia che l'ospedale ispira ma il tipo di diagnosi che è stata formulata deve essere il motivo determinante della confluenza dell'ammalato verso l'ospedale zo-

nale, provinciale o regionale; solo così d'altronde sarà possibile responsabilizzare pienamente gli ospedali ed il personale che è chiamato a svolgere la propria opera.

Per quanto riguarda gli ospedali specializzati (articolo 24) si è ritenuto di doverli solo prevedere sul piano provinciale e regionale non potendo pensare che essi possano assolvere, nell'ambito di una zona, alla loro specifica funzione. Essi — a differenza di quelli generali — hanno come punto di riferimento, per la loro classificazione, il numero dei posti letto e l'*hinterland* di servizio nonché l'organizzazione tecnica, la dotazione strumentale diagnostica e terapeutica e la peculiare caratteristica della specializzazione.

Gli ospedali per lungodegenti e per convalescenti (articolo 25) sono invece soltanto zonal o provinciali poiché non è sembrato che tale tipo di ammalati possa allontanarsi dal luogo ove ha avuto inizio la cura fondamentale o dove è costretto a ritornare per controllare la terapia ed aggiornare le prestazioni richieste per la sua malattia. Anche per questi sarà il numero dei posti letto, l'*hinterland* di servizio, l'organizzazione tecnica e la dotazione strumentale e diagnostica posseduta a determinarne la classificazione.

Per gli sviluppi che ha avuto la geriatria e per la necessità che tutte le forme morbose collegate all'invecchiamento vengano trattate sul piano dell'assistenza ospedaliera generale, non sono più previsti ospedali geriatrici autonomi mentre, molto più opportunamente, saranno gli ospedali generali provinciali a dover provvedere, fra le loro divisioni o sezioni, quelle destinate a questo specifico campo di assistenza.

Programmazione ospedaliera. — I capisaldi della nuova strutturazione ospedaliera — come già si è indicato nella parte generale — restano da un lato l'autonomia e dall'altro il coordinamento che, nell'ambito della rete ospedaliera, la moderna assistenza sanitaria richiede. Nessun coordinamento potrà mai realizzarsi se innanzitutto non si attua una programmazione che, democraticamente, cioè nel rispetto degli interessi e delle attese locali, trova concrete possibilità di realizzarsi attraverso il concorso economico della comunità regionale e nazionale.

La programmazione ospedaliera trova, naturalmente, slancio e possibilità di attuazione attraverso il piano di sviluppo economico, ma essa rappresenta, già di per se stessa, una esigenza sempre più sentita e sempre più richiesta da alcuni anni a questa parte anche

al fine di determinare un ambiente di rispetto per ciascun ospedale ed una conseguente e naturale possibilità di coordinamento anche con tutti gli altri presidi sanitari che costituiscono il sistema di sicurezza sanitaria del Paese.

Ovviamente il piano deve indicare obiettivi di livelli ottimali e di livelli giudicati necessari ed ha come oggetto sia le necessità future di personale sanitario sia quelle relative alle attrezzature tecniche e di costruzioni; è bene aggiungere che qualsiasi *standard* e parametro dinamico non significa l'ottimo in astratto ma una scelta compiuta per una zona nell'ambito di una regione e per le condizioni del tempo cui si riferisce il piano. Appare evidente perciò che in successivi piani tali parametri possono essere modificati anche in rapporto ad una componente di sviluppo giudicata di grado superiore.

La determinazione degli *standards* e dei parametri dinamici certamente richiede una osservazione della situazione in atto e, per una corretta assistenza ospedaliera, di possibilità differenti offerte dalla scienza medica. Tuttavia una volta fissati gli *standards* e i parametri dinamici, la messa a punto della struttura ospedaliera utile per una determinata zona e quindi per una regione impone una documentazione sulla situazione in atto di non pochi fenomeni propri di quella zona; tra l'altro, non basta fissare il numero dei posti-letto da costruire ma è indispensabile conoscere la diversa incidenza di malattie e quindi la durata media di degenza che spesso varia anche per motivi d'ordine sociale e lavorativo.

Aggiungerò che un'indagine di base per una corretta impostazione dinamica delle componenti che possono influenzare il sistema degli ospedali pubblici ha per necessario contenuto anche le altre forme di assistenza sanitaria che, secondo la loro struttura, possono variamente influire sul grado di utilizzazione dei posti-letto; ricordo fra queste la assistenza agli anziani, l'assistenza sanitaria a domicilio, l'attività ambulatoria interna o esterna, i convalescenti, i cronicari, ecc.

Tutto questo è sembrato opportuno ricordare, sia pur molto sommariamente, per sottolineare alcune difficoltà che, sul piano pratico, si sono incontrate in Commissione al fine di precisare un *iter* legislativo ed amministrativo che, senza nulla togliere ai compiti propri delle Regioni ed a quanto la Costituzione affida, in tema di programmazione, alla legge dello Stato, consentisse però di poter attuare una programmazione che partisse da

dati certi di rilevanza e fosse in grado di conseguire sicuri obiettivi di sviluppo nel campo della assistenza ospedaliera.

Non vi è dubbio, infatti, che sono le Regioni a dover operare delle scelte precise ed oculate in materia sanitaria ed ospedaliera, ma è anche da ricordare che l'articolo 41 della Costituzione afferma nel terzo comma che « la legge determina i programmi... perché l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali ». Ora, a parte quanto è stato da settori opposti sostenuto in seno alla Commissione affari costituzionali non è da dimenticare che la V Commissione bilancio, in base anche alla impostazione data alla « legge delle procedure » per l'attuazione del piano quinquennale di sviluppo, ha indicato un iter di programmazione ospedaliera a cui la Commissione sanità ha ritenuto di doversi, sostanzialmente, attenere.

Con legge dello Stato (articolo 26) quindi verranno stabiliti: il fabbisogno dei nuovi posti-letto; la ripartizione di questi tra i vari settori dell'attività ospedaliera ed i diversi livelli organizzativo-funzionali della rete ospedaliera nazionale; i quozienti da applicare per ottenere (sulla base delle risultanze del quadro nosologico nazionale e di tutte le componenti igienico-sanitarie e socio-economico-culturali) il rapporto tra numero di posti-letto e popolazione interessata; i criteri organizzativi e funzionali mediante i quali realizzare un attivo coordinamento tra i diversi presidi che concorrono a costituire il sistema sanitario nazionale.

Con la stessa legge verranno indicati i mezzi finanziari dello Stato destinati ad integrare gli interventi della Regione per la costruzione di nuovi ospedali, l'ampliamento, la trasformazione e l'ammodernamento di quelli esistenti e per l'acquisto delle relative attrezzature di primo impianto.

La Relazione (articolo 29) provvede a programmare i propri interventi uniformandoli alle scelte del programma economico nazionale nonché ai principi della legge di cui sopra e determina la sfera di azione di ciascun ospedale in coordinazione con gli altri operanti nel proprio territorio e con la rete dei presidi sanitari locali. Inoltre provvede ad individuare la necessità della costituzione di nuovi enti ospedalieri, nonché la fusione e la concentrazione di quelli esistenti in relazione alle esigenze locali ed ai criteri di economicità di gestione.

In tal senso, nessun ente pubblico (ad eccezione degli istituti universitari relativa-

mente alle costruzioni di proprie cliniche) potrà istituire nuovi ospedali né potrà essere realizzata nessuna opera di costruzione, ampliamento, trasformazione o ammodernamento se non prevista nel piano; in particolare, questo deve prevedere l'esistenza di almeno un ospedale di zona capace di servire una popolazione di venticinquemila fino a cinquantamila abitanti, di un ospedale provinciale in grado di servire una popolazione fino a quattrocentomila abitanti e di almeno un ospedale regionale per ogni Regione.

Tale piano regionale sarà recepito dal Ministro della sanità che, attenendosi alle direttive di tutte le leggi operanti in questo settore, elabora (articolo 27) il piano nazionale ospedaliero e, dopo averlo sottoposto all'approvazione del Comitato interministeriale per la programmazione economica provvede che, con decreto del Presidente della Repubblica, esso sia emanato.

L'articolo 28, nell'istituire il Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera (che sarà nominato dal Ministro della sanità che lo presiede) ne fissa la composizione che si articola innanzi tutto in rappresentanze di enti locali quali gli assessori regionali della sanità, quattro rappresentanti dell'Unione delle province d'Italia e otto rappresentanti dell'Associazione nazionale dei comuni e quindi le rappresentanze delle amministrazioni e dei medici ospedalieri, delle confederazioni generali dei lavoratori nonché delle amministrazioni statali interessate.

Le somme necessarie per la costruzione, l'ampliamento, la trasformazione e l'ammodernamento delle strutture ospedaliere verranno stanziare, così come previsto dall'articolo 31, nei bilanci delle singole Regioni in relazione ai mezzi finanziari resi disponibili per il settore ospedaliero, dal piano quinquennale degli interventi regionali.

Non è chi non veda che con questo importante capitolo della legge, nell'affrontare, per la prima volta, il complesso e delicato sforzo di una programmazione ospedaliera si è dovuto seguire una via che portasse ad utilizzare stanziamenti nazionali e regionali, competenze diverse affidate dalla Costituzione allo Stato e alle Regioni nonché la collaborazione di appositi comitati, che per la loro esperienza e per l'autorità dei membri che li compongono, fossero in grado di determinare una programmazione efficiente e consona alle aspettative di quanti giustamente chiedono non solo una rete ospedaliera moderna e funzionante ma in continuo miglioramento secondo le cre-

scenti esigenze di uno Stato che ha assunto su di sé il gravoso compito di provvedere alla tutela della salute singola e collettiva.

Disposizioni finanziarie per gli enti ospedalieri. — Non vi è dubbio che il problema finanziario dei nostri ospedali attraversi oggi uno dei periodi più acuti e preoccupanti. È noto che le amministrazioni ospedaliere si trovano non solo nell'impossibilità di venire rapidamente in possesso di quanto loro dovuto per il pagamento delle rette di degenza ma spesso anche in frequente contestazione per il riconoscimento del loro ammontare. Ciò comporta, tra l'altro, un annuale ritardo sulla compilazione dei bilanci di previsione che, se pur compilati ed approvati dai Consigli, non possono ottenere la definitiva approvazione dell'autorità tutoria se l'ammontare della retta — cioè, in pratica, l'unica o comunque la più importante voce di entrata — non viene definita.

Tale preoccupante stato di cose si risolve spesso con rilevanti anticipazioni di cassa da parte degli istituti di credito che gestiscono le tesorerie ospedaliere con relativo pagamento di interessi che finiscono col gravare, ancora ulteriormente, la retta dell'anno successivo e quindi col pesare, indirettamente, sugli stessi bilanci degli enti mutuo-assistenziali che, nella maggior parte dei casi, finiscono con l'essere, sul piano finanziario, i veri clienti degli ospedali.

Ma il problema più grosso resta comunque quello relativo alla inclusione o meno, nella retta ospedaliera, di tutte le spese sostenute dall'ente. Non è di oggi infatti la richiesta di « scorporare » dalla retta tutte quelle spese non direttamente collegate con la degenza, la diagnosi e la cura dell'assistito; è evidente però che, in questo caso, ben altri interventi dovrebbero essere previsti per l'assolvimento degli onerosi compiti che gravano su un ospedale moderno.

Varie proposte sono state affacciate e discusse in Commissione secondo anche una chiara ispirazione d'ordine politico che guidava i suoi proponenti. Si è tornato a prospettare la necessità di un fondo nazionale che, di fatto, presiedesse alla vita economico-finanziaria dell'ente anche se, in tal modo, non è sfuggito ad alcuno la constatazione che si finirebbe con lo svuotare quella autonomia che invece si è ritenuto di dover garantire proprio per assicurare la maggiore aderenza alle necessità di una piena assistenza ospedaliera e ad un costante sviluppo delle sue strutture.

Eguale è stata rilevata la necessità di prevedere l'istituzione di un fondo di pura anticipazione che, attraverso le Regioni o lo Stato, potesse assicurare agli enti ospedalieri la riscossione dei crediti di ospedalità, e non vi è dubbio che — potendosi disporre di un idoneo fondo di rotazione — si alleggerirebbe non di poco la vita amministrativa di molti ospedali e le stesse ansie di chi è chiamato a presiedere alla sua attività.

Questi ed altri problemi che, in altri momenti, avrebbero certamente assunto un rilievo ben diverso non possono però non trovare la loro naturale soluzione, sia pure nel tempo, attraverso l'attuazione della sicurezza sociale che fonderà il suo naturale finanziamento attraverso il contributo di tutti i cittadini in proporzione alle rispettive capacità contributive. Sarà allora che il problema dello scorporo o meno della retta non avrà più senso, anzi la stessa fissazione della retta servirà solo a definire il costo di degenza di ogni singolo ricoverato dovendo l'ente ospedaliero trarre il proprio finanziamento, in via diretta, dallo stesso erario pubblico.

In questa prospettiva si è ritenuto di poter accettare l'impostazione del disegno di legge governativo che d'altronde, ha il merito di definire in forma chiara la composizione della retta che dovrà comprendere (articolo 32) « tutte le spese sostenute per la retribuzione del dipendente personale, per la diagnosi, la cura ed il mantenimento degli infermi, quelle necessarie per partecipare alla difesa attiva della salute, alla preparazione professionale del personale sanitario e tecnico ed alla promozione della educazione igienico-sanitaria del malato e del suo nucleo familiare, nonché ad ogni altra spesa che concorra a formare il costo complessivo dell'assistenza ospedaliera ».

Solo le spese di gestione dei centri per le malattie sociali non possono determinare aggravii in misura superiore al venti per cento del loro importo e, comunque, in misura non eccedente l'uno per cento dell'ammontare della retta, che deve invece comprendere le spese che si riferiscono all'ammortamento per il rinnovo e l'ammodernamento delle attrezzature ospedaliere sia pure per una quota non superiore al quattro per cento del suo ammontare.

Viene anche consentita agli enti ospedalieri la possibilità di cedere in delegazione, fino ad un ventesimo del loro ammontare, i proventi delle rette al fine di stipulare mutui destinati al finanziamento delle opere relative alla costruzione, all'ampliamento ed alla tra-

sformazione degli ospedali esistenti nonché all'acquisto di edifici già costruiti purché rispondenti ai requisiti richiesti per gli ospedali.

A tal fine la Cassa depositi e prestiti è autorizzata (articolo 34) a concedere, secondo modalità che saranno definite con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro del tesoro, mutui garantiti da delegazioni. Gli enti di previdenza potranno invece concorrervi nei limiti del dieci per cento delle disponibilità investibili in beni patrimoniali.

Viene invece istituito (articolo 33) un Fondo nazionale ospedaliero, che, per l'anno 1967, è fissato nella somma di dieci miliardi ed è destinato alla concessione da parte del Ministero della sanità di contributi e sussidi per il rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie e per il miglioramento e adeguamento di esse nei casi in cui la quota della retta di degenza non riesca a coprirne le spese occorrenti. Tale fondo servirà anche al pagamento dell'integrazione a carico dello Stato degli assegni ai medici interni.

Ordinamento dei servizi e del personale. — Questo importante titolo della legge non ha valore solo per il riordinamento che determina in materia di strutture interne di ospedali ma anche per le innovazioni, alcune di particolare interesse, che apporta in merito al trattamento del personale, ai concorsi dei sanitari ed all'istituzione dell'internato dei neo-laureati in medicina.

Per quanto riguarda la struttura interna degli ospedali generali (articolo 36), è precisato che la « sezione » resta l'unità funzionale ed essa deve comprendere non meno di venticinque e non più di trenta posti-letto; in caso di sezioni di specialità queste possono comprendere anche un numero minore comunque non inferiore a quindici. Queste sezioni però, ove non esista la relativa divisione, sono di regola aggregate ad una divisione affine salvo che, per esigenze organizzative, non se ne ravvisi una specifica autonomia.

La « divisione » invece è composta da due o più sezioni e costituisce, per attrezzature e servizi, l'unità ospedaliera capace di funzionare autonomamente. Essa deve comprendere non meno di cinquanta posti-letto e non più di cento; per le divisioni di specialità si può prevedere anche un numero minore, comunque non inferiore a trenta posti-letto.

Negli ospedali specializzati (articolo 37) le sezioni devono comprendere non meno di quindici posti-letto, e non più di venti, men-

tre le divisioni devono essere determinate fra i trenta e gli ottanta letti. Egualmente per gli ospedali per lungodegenti e per convalescenti (articolo 38), le sezioni devono comprendere non meno di venticinque e non più di trenta posti-letto, mentre le divisioni vanno da un minimo di ottanta ad un massimo di centoventi.

Ma, come dinanzi accennato, gli aspetti più importanti sono quelli riguardanti il personale che nell'articolo 39 trova una sua precisa sistemazione sul piano delle qualifiche e delle funzioni sia di natura sanitaria che amministrativa e nell'ambito di questi due fondamentali settori viene determinata una idonea configurazione per attività e mansioni. Data anche la nuova configurazione giuridica che l'ente ospedaliero assume con questa legge è sembrato doveroso precisare che il personale di assistenza religiosa è costituito da ministri di culto cattolico, mentre gli infermi di altre confessioni hanno diritto all'assistenza dei ministri dei rispettivi culti.

Con l'articolo 40 si introduce invece un'interessante innovazione che, già prevista nelle legislazioni degli altri Paesi aderenti al MEC, risponde alla necessità di una migliore formazione professionale del laureato in medicina non ancora in possesso del diploma di abilitazione professionale. Con tale articolo cioè si fa obbligo agli enti ospedalieri di istituire un « internato » della durata di un anno per i neo laureati in medicina e chirurgia.

Si tratta di un'affermazione di principio, articolata in precise norme, che ovviamente troverà una definitiva ed idonea configurazione nell'ambito di un disegno di legge che il Ministro della pubblica istruzione si riserva di inserire nel provvedimento legislativo riguardante l'insegnamento universitario; in questa sede troverà idonea affermazione l'obbligatorietà di detto internato che tutti i settori politici della Commissione Igiene e sanità hanno ritenuto di dover auspicare senza per altro codificarla in una legge che ha un oggetto ben diverso e preciso.

Il tirocinio deve essere svolto per almeno quattro mesi in medicina e per tre mesi, rispettivamente, in chirurgia ed ostetricia. Durante tale periodo, i laureati in medicina e chirurgia non abilitati all'esercizio sono autorizzati ad esercitare l'attività sotto il diretto controllo del personale di ruolo delle cliniche e dei reparti ospedalieri.

Il numero dei posti di interno viene determinato dal consiglio di amministrazione degli enti ospedalieri riconosciuti idonei all'insegnamento e non deve comunque essere su-

periore al triplo dei posti di assistenti. In tal modo si ha motivo di ritenere che, senza giungere ad un eccessivo affollamento dei reparti, possono essere soddisfatte, almeno per un lungo arco di tempo, le istanze di tutti i neo laureati in medicina.

Gli interni che compiono tale tirocinio, mentre non hanno nessun rapporto di impiego con l'ente, hanno però diritto al vitto gratuito e ad un assegno mensile che non potrà superare un terzo dello stipendio minimo attribuito all'assistente di ruolo. Per il pagamento di tale assegno si provvederà, fino ad un massimo del sessantacinque per cento, dal Fondo nazionale ospedaliero e per la rimanente parte dall'ente presso il quale viene compiuto il tirocinio e che ovviamente si avvantaggia delle prestazioni del neo-laureato.

Per l'ordinamento interno dei servizi ospedalieri e per lo stato giuridico del personale è prevista (articolo 41) apposita delega con la quale il Governo, sentita una Commissione parlamentare di dieci deputati e dieci senatori, è autorizzato, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, ad emanare uno o più decreti aventi forza di legge ordinaria previa consultazione delle associazioni sindacali delle categorie interessate e dei rappresentanti delle Amministrazioni ospedaliere designati dalla relativa associazione.

In realtà — su conforme parere della XIII Commissione Lavoro della Camera — si è ritenuto di dover stralciare da detta delega la parte riguardante il trattamento economico che, così come previsto dall'articolo 43, sarà costituito dallo stipendio e dai compensi per lavoro straordinario e sarà fissato su base nazionale, per categoria, attraverso contratti collettivi rinnovabili, di norma, ogni tre anni. Si è ritenuto cioè che il rapporto di impiego pubblico, almeno per quanto riguarda il trattamento economico, non potesse sottrarsi alla normale contrattazione sindacale in enti ospedalieri che hanno conservato la loro autonomia.

Per quanto invece riguarda lo stato giuridico, la delega deve ispirarsi al principio per cui le assunzioni devono aver luogo esclusivamente per pubblico concorso nei limiti delle piante organiche e qualsiasi deroga dovrà essere consentita solo per speciali categorie del personale esecutivo. Resta comunque sempre in facoltà dei Consigli di amministrazione di stipulare convenzioni con gli Ordini religiosi per coprire posti di ruolo di particolari categorie di personale infermieristico ed esecutivo.

Mentre la delega dovrà espressamente prevedere il riconoscimento delle posizioni giuridiche ed economiche acquisite dal personale già in servizio, lo stato giuridico e le attribuzioni saranno determinate con criteri di uniformità secondo i principi delle leggi vigenti che regolano il rapporto di pubblico impiego. Ciò perché, data l'importanza e la delicatezza del servizio ospedaliero, si è ritenuto che mentre si poteva accogliere a base del trattamento economico il principio della normale contrattazione sindacale, lo stato giuridico e le attribuzioni non dovessero invece prescindere da quanto previsto per il personale del pubblico impiego.

Se questi sono i principi generali a cui dovranno ispirarsi le norme delegate per tutto il personale dipendente dagli enti ospedalieri sia amministrativo che sanitario, sia tecnico che esecutivo, una legge di riforma ospedaliera non poteva non dettare principi e criteri più precisi e vincolanti per quanto riguarda i concorsi dei medici nonché lo stato giuridico di questi con gli obblighi relativi al « tempo definito » anche per quanto riguarda i medici con funzioni di diagnosi e cura.

Il problema del concorso dei medici ospedalieri è uno dei più discussi non solo negli ultimi anni ma anche nel lungo periodo in cui ha trovato applicazione la legge del 1890. Non si può infatti non ricordare che diversi sono stati i criteri seguiti nel tempo e ciò anche al di là delle molte e ripetute « leggi di sanatoria » attraverso le quali sono state, di fatto, rese inoperanti nel tempo le stesse norme sancite dalle leggi vigenti. Anche in questo momento, d'altronde, il Parlamento ha in discussione una nuova legge in favore dei medici interni con la quale però non solo si intende chiudere definitivamente un sistema non certo raccomandabile anche se non attribuibile a colpe dei sanitari ma predisporre proprio una idonea base perché, superate situazioni particolari e contingenti, possa definitivamente trovare piena applicazione quanto sancito dalla legge di riforma.

Il relatore non intende su materia tanto delicata e complessa ricordare i termini del lungo dibattito ma solo sottolineare che, al di là di alcuni elementi particolari sui quali la Commissione ha deciso a maggioranza, lo spirito del testo sottoposto all'Assemblea è stato largamente condiviso da tutti i settori politici anche nelle sue precise implicazioni d'ordine applicativo.

Si è partiti concordemente dalla riaffermata volontà di assicurare la migliore assistenza ospedaliera possibile e quindi di garantire,

attraverso le forme più idonee di concorsi pubblici, che i più preparati accedessero ai posti di ruolo. Proprio per realizzare questo intento si è voluto assicurare ai medici ospedalieri una carriera che, attraverso la già conseguita stabilità e le precise norme di concorso, potesse dare ogni sicurezza e tranquillità a quanti intraprendono questa dura e sacrificata attività.

D'altro lato, non si poteva prescindere, proprio per le finalità superiori precedentemente riaffermate, dal tener conto che i concorsi ospedalieri non potevano essere esclusivamente chiusi al personale già in carriera ma dovessero rimanere aperti a quanti, prestando la loro opera nelle cliniche universitarie e negli istituti di ricerca, volessero, attraverso la idoneità conseguita a livello nazionale o regionale, iniziare un'attività squisitamente di assistenza ospedaliera. Si è auspicato anzi che, con successivi strumenti legislativi di non difficile identificazione, si potesse raggiungere una osmosi completa (e quindi a doppio senso) fra i medici universitari e quelli ospedalieri.

In tale spirito, le norme delegate dovranno prevedere (articolo 44) che titolo fondamentale ed indispensabile per adire alla carriera ospedaliera è il superamento di un esame di idoneità, uguale per tutte le categorie di ospedali e per ciascuna qualifica e specialità, che annualmente avrà luogo su base nazionale per i primari e i direttori sanitari e su base regionale per tutti gli altri sanitari sia con funzioni igienico-organizzative che di diagnosi e cura. Per poter partecipare all'esame di idoneità al grado superiore bisognerà aver superato, attraverso regolari esami, la idoneità al grado inferiore e ricoperto il posto di assistente nelle cliniche universitarie o negli ospedali.

L'assunzione invece presso ogni singolo ente ospedaliero deve aver luogo per pubblico concorso fra gli idonei alla qualifica ed ha luogo per titoli (stabiliti con criteri uniformi e rigorosamente determinati) nonché mediante colloquio e prove pratiche; il punteggio a disposizione della Commissione esaminatrice sarà assegnato per tre quinti per i titoli e due quinti per il colloquio e prove pratiche. Solo l'assunzione dei sovrintendenti ha luogo esclusivamente per concorso per titoli tra i direttori sanitari.

Le commissioni per gli esami di idoneità sono nominate annualmente dal Ministro della sanità e sono costituite, sia per quelle a base nazionale che regionale per i medici con funzioni igienico-organizzative da tre sovrin-

tendenti o direttori sanitari, da un professore universitario di igiene e da un funzionario medico del Ministero della sanità. Per i medici con funzioni di diagnosi e cura le commissioni sono costituite da tre primari della materia o, in mancanza, di materia affine appartenenti a ospedali regionali o provinciali, da un professore universitario di ruolo o fuori ruolo della materia o, in mancanza, della materia affine.

Le commissioni di concorso per l'assunzione di sovrintendenti, direttori, vice direttori ed ispettori sanitari sono nominate dai rispettivi consigli di amministrazione come quelle per i medici di diagnosi e cura e sono composte, per i primi dal presidente dell'ente ospedaliero o da un suo delegato, da tre sovrintendenti o direttori sanitari uno dei quali, su delibera del Consiglio di amministrazione, può essere sostituito da un professore ordinario di igiene, nonché da un funzionario del Ministero della sanità, e, per i secondi, oltre che dal presidente o da un suo delegato e dal funzionario della sanità, da tre primari appartenenti ad ospedali provinciali o regionali uno dei quali può essere sostituito, su delibera sempre del Consiglio, da un professore universitario di ruolo o fuori ruolo della materia o, in mancanza, della materia affine.

Si è ritenuto di dover assicurare la presenza di un professore universitario negli esami di idoneità per assicurare alle prove una compiuta competenza scientifica ed assistenziale; si è ritenuto invece che per i concorsi di assunzione, trattandosi in prevalenza di valutazione di titoli, ciò non fosse indispensabile salvo che i Consigli di amministrazione non lo ritenessero utile al fine soprattutto di consentire che, nell'ambito dello stesso ambiente ospedaliero, dei primari diventassero, da soli, giudici di altri primari.

Per quanto riguarda lo stato giuridico, le norme delegate dovranno prevedere il « tempo definito » con determinazione degli obblighi relativi anche per tutti i medici con funzioni di diagnosi e cura che operano nell'ambito degli enti ospedalieri, viene sancita l'incompatibilità con l'assunzione di altri rapporti di impiego presso enti pubblici e con l'esercizio professionale in case di cura private anche se, poiché viene consentito nelle ore libere l'esercizio professionale, sarà ancora da approfondire le modalità con cui soprattutto i sanitari con attività chirurgiche dovranno esercitare tale diritto.

È prevista la possibilità dell'esercizio professionale, sempre nelle sole ore libere, anche nell'ambito dell'ospedale entro limiti però ri-

gorosamente determinati e con previsione che una parte del compenso dovuto al sanitario sia devoluto all'ente. Il Consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero può, comunque, su richiesta del medico, consentire il « tempo pieno », e penso che, soprattutto per alcuni servizi, si tratterà di un'esperienza meritevole di ogni attenzione.

Ultimo elemento innovativo di un certo interesse è quello per cui, nel passaggio da un ospedale all'altro, il servizio di ruolo precedentemente prestato dal personale ospedaliero deve essere valutato per intero ai fini degli aumenti periodici di stipendio e del trattamento di quiescenza.

Case di cura private. — La necessità di un riordinamento delle norme che regolano i requisiti delle case di cura private è stato avvertito da parecchio tempo anche da quanti si dedicano a questa attività. D'altronde, l'affermazione contenuta nella programmazione economica che, ispirandosi al principio costituzionale della libertà dell'assistenza privata, prevede la coesistenza della rete ospedaliera pubblica con quella privata pone, già di per se stessa, le basi per un reale riordinamento del settore.

Non si tratta perciò di scoraggiare o di disincentivare simili iniziative ma di assegnare loro dei limiti precisi in modo che esse possano concorrere, nel modo più idoneo, al miglioramento ed al potenziamento dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera e tutelare ad un tempo le buone case di cura da altre iniziative che, con l'incremento del fenomeno della specializzazione, si sono affacciate alla ribalta utilizzando le attuali situazioni carenziali della rete ospedaliera pubblica.

Per questo, con l'articolo 45, il Ministro della sanità, a cui compete la vigilanza del settore, è incaricato di provvedere, con proprio decreto a stabilire le norme tecniche, i requisiti, le attrezzature ed i servizi di cui devono essere dotate le case di cura private nonché le norme sull'ordinamento dei servizi e del personale ed i requisiti necessari per l'esercizio della funzione di direttore sanitario responsabile.

L'autorizzazione pertanto (articolo 46) all'apertura o alla trasformazione di una casa di cura privata sarà rilasciata dal Medico provinciale, sentito il Consiglio provinciale di sanità, dopo l'accertamento della sussistenza di tali requisiti tenendo anche presente che ogni nuova iniziativa non può comunque violare le finalità e le statuizioni del piano di pro-

grammazione regionale. È evidente con ciò che l'apertura di una nuova casa di cura o l'ampliamento di una preesistente non deve determinare, innanzitutto, motivi di concorrenza con la rete ospedaliera pubblica che resta il presidio sanitario di base di tutto il Paese.

Sulla necessità che ogni casa di cura privata abbia un direttore sanitario responsabile, il quale risponde personalmente al medico provinciale dell'organizzazione tecnico-funzionale e del buon andamento dei servizi igienico-sanitari, è stata unanime la Commissione Sanità che ha invece accettato solo a maggioranza il divieto che allo stesso gli si impone di esercitare attività di diagnosi e cura nello stesso presidio sanitario privato. È sembrato cioè inopportuno a diversi Commissari che, come molto spesso accade, il sanitario che abbia dato vita ad una tale iniziativa non possa dirigere e rispondere personalmente al medico provinciale del buon andamento della sua istituzione.

Per quanto riguarda le convenzioni con enti pubblici o istituti mutualistici (articolo 47) essendo sembrato eccessivo (così come aveva notato la stessa I Commissione affari costituzionali) il potere discrezionale che inizialmente il disegno di legge affidava al medico provinciale, molto più correttamente la Commissione sanità ha rettificato l'impostazione nel senso che ogni convenzione deve essere approvata dal medico provinciale, sentito il Consiglio provinciale di sanità, dopo aver accertato che, nell'interesse pubblico, la Casa di cura privata possiede i requisiti igienico-sanitari per assicurare un'adeguata assistenza sanitaria in regime mutualistico-assicurativo e l'idoneità ad assolvere soddisfacentemente gli impegni della convenzione.

Eguali requisiti devono essere — al fine della stipula delle predette convenzioni — riconosciuti dal medico provinciale anche nei presidi ospedalieri delle fondazioni ed associazioni disciplinate dagli articoli 12 e seguenti del codice civile e negli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano la assistenza ospedaliera.

Con tali norme si ritiene che non solo al fine dell'apertura o dell'ampliamento ma, in forma più continuativa, all'atto della stipula di ogni convenzione tra case di cura private ed enti pubblici o istituti mutualistici, vi possa essere la garanzia che i requisiti igienico-sanitari e l'idoneità ad assolvere gli impegni della convenzione siano sempre esistenti e rispondenti all'interesse pubblico.

Disposizioni finali e transitorie. — Come si è detto all'inizio della nostra relazione e si è notato nel corso dell'esame dei singoli articoli, il presente disegno di legge si fonda sull'esistenza delle Regioni a cui la Costituzione affida precisi compiti in campo di assistenza ospedaliera. Fino alla loro costituzione, con una serie di norme transitorie, si affida al Ministero della sanità il compito di provvedere a svolgere funzioni e compiti ad esse riservate.

Con l'articolo 48 si demanda ad un decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità il compito di provvedere nelle regioni non ancora costituite alla istituzione, alla fusione ed alla concentrazione dei nuovi enti ospedalieri secondo quanto previsto dall'articolo 6 della presente legge. Naturalmente si terrà dovuto conto delle indicazioni contenute nei piani regionali che saranno recepiti dal piano nazionale.

Fino alla costituzione delle Regioni, cioè, saranno i Comitati regionali per la programmazione ospedaliera a predisporre, sulla base delle indicazioni della legge di programma, tale delicato ed impegnativo lavoro che sarà recepito dal piano nazionale in modo che, con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità, si possa procedere all'istituzione di nuovi enti o alla fusione, o concentrazione di quelli preesistenti.

Le norme sull'amministrazione e sulla contabilità dell'ente ospedaliero (articolo 49) saranno invece emanate, entro due anni dalla entrata in vigore della presente legge, dal Governo, sentita una apposita Commissione parlamentare, con decreto avente valore di legge formale. Naturalmente saranno fatte salve sia l'effettiva autonomia degli enti ospedalieri sia le competenze proprie delle Regioni e degli altri enti locali.

Fino a quando non saranno entrati in funzione gli organi di controllo previsti dalla legge 10 febbraio 1953, n. 62, la vigilanza sugli enti ospedalieri (articolo 50) 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, mentre — su espressa richiesta della Commissione interni della Camera — la tutela è esercitata da un Comitato provinciale per l'assistenza ospedaliera presieduta dal medico provinciale e composto da cinque rappresentanti della provincia e da un rappresentante del comune capoluogo (eletti nei modi previsti per i rappresentanti degli stessi enti nel Comitato provinciale di assistenza e benefi-

cenza) e da un rappresentante dell'Amministrazione dell'interno e dei lavori pubblici designati, rispettivamente dal Prefetto e dall'ingegnere capo del Genio civile.

La Commissione interni della Camera, infatti, nell'esprimere il proprio parere al disegno di legge « non ha ritenuto accettabile che, in carenza dell'ente regione, la tutela sull'ente ospedaliero venisse esercitata dal Comitato assistenza e beneficenza pubblica poiché non appare coerente con la trasformazione dell'ente di assistenza in ente ospedaliero il regime transitorio che ne lasci la tutela al predetto Comitato. È opportuno invece prevedere un regime transitorio *ad hoc* che, ispirandosi alla legge 10 febbraio 1953, n. 62, valorizzi gli organi elettivi locali attualmente esistenti i quali ricevono dalla Costituzione legittimazione ad occuparsi dei problemi sanitari ».

Una volta pertanto affermato tale indirizzo, si è ritenuto che, sia pure per lo stretto periodo transitorio, si dovesse dar vita alla costituzione di un apposito Comitato per la assistenza ospedaliera che, facendo perno sugli enti locali, tenesse nel dovuto conto l'aspetto squisitamente sanitario del nuovo ente ospedaliero e quindi le competenze che sono proprie del medico provinciale quale organo periferico del Ministero della sanità.

Lo stesso articolo sancisce che, per le Regioni non ancora costituite, i sei membri di cui al primo comma dell'articolo 9 e cioè i rappresentanti della Regione in seno al Consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero regionale venissero eletti dal Consiglio provinciale della provincia ove ha sede l'ente ospedaliero regionale.

Per quanto riguarda il finanziamento delle costruzioni ed attrezzature ospedaliere, l'articolo 52 stabilisce che, fin quando non saranno istituite le regioni a statuto ordinario, il Ministro dei lavori pubblici di concerto con quello della sanità concede agli enti ospedalieri, sulla base delle previsioni contenute nel piano nazionale ospedaliero e nei piani regionali, i contributi previsti dalla legge 3 agosto 1949, n. 589, e dalla legge 30 maggio 1965, n. 574, nei limiti da questa stabiliti.

Per tutto il personale in servizio presso gli ospedali appartenenti ad enti pubblici che abbiano, oltre l'assistenza ospedaliera, altre finalità diverse da questa, l'articolo 53 stabilisce che il passaggio al nuovo ente venga disposto con decreto del medico provinciale, di intesa con le rispettive amministrazioni, conservando in ogni caso le posizioni giuridiche ed economiche acquisite al momento del trasferimento. Con l'articolo 58 restano salvi i

diritti acquisiti dai sanitari per il loro mantenimento in servizio fino al compimento del 70° anno di età.

Gli istituti di ricovero e cura riconosciuti in base alla presente legge come infermerie possono ottenere, a domanda, e sempreché il piano regionale ospedaliero ne ravvisi la opportunità e la possibilità dal punto di vista tecnico-sanitario, l'autorizzazione del medico provinciale a trasformarsi, nel periodo di otto anni, in uno dei tipi di ospedali previsti dalla presente legge. Gli enti invece (articolo 57) per i quali non venga ravvisata tale opportunità e possibilità di trasformazione non potranno esercitare l'attività ospedaliera a partire da un anno dall'entrata in vigore del piano regionale.

Sempre in via transitoria sino alla costituzione delle regioni a statuto ordinario, il piano nazionale ospedaliero (articolo 55) è elaborato, nel quadro della legge di programma e sulla base dei singoli piani regionali ospedalieri, dal Ministro della sanità, di intesa con i Ministri del tesoro, del bilancio e dei lavori pubblici e su parere del Comitato nazionale della programmazione. Lo stesso piano ospedaliero transitorio stabilirà i criteri per la ripartizione nel territorio delle regioni a statuto speciale dei mezzi finanziari dello Stato, ad integrazione di quelli regionali, da destinare agli interventi per la costruzione di nuovi ospedali e per l'ampliamento, la trasformazione, l'ammodernamento di quelli esistenti e per l'acquisto delle attrezzature di primo impianto.

L'articolo 56 definisce i criteri per la formulazione del piano regionale ospedaliero provvisorio e fissa le modalità per la costituzione dei Comitati regionali per la programmazione ospedaliera. Le indicazioni contenute in tale articolo sono state fornite dalle Commissioni bilancio ed interno e tengono conto della necessità di una larga rappresentanza degli enti locali oltre che di ogni categoria che possa dare un contributo alla formazione dei primi piani regionali ospedalieri.

Con l'articolo 59 si fa obbligo alle Regioni a statuto speciale, ad eccezione di quelle che hanno in materia sanitaria potestà legislativa primaria, di adeguare la propria legislazione ai principi della presente legge ed a quella di programma; con l'ultimo articolo 60 si abroga invece ogni disposizione incompatibile con le norme della presente legge.

Conclusione. — Il paziente e responsabile lavoro compiuto dalla Commissione sanità della Camera sulla base anche dei « pareri »

espressi dalle Commissioni affari costituzionali, interni, bilancio, pubblica istruzione e lavoro e previdenza sociale ha indubbiamente apportato un ulteriore approfondimento ai principi ispiratori del disegno di legge di riforma ospedaliera presentato dal Governo il 22 giugno 1966 per merito indiscusso del Ministro della sanità senatore Mariotti che, sulla scorta anche del precedente disegno di legge approvato dalla Camera nella passata legislatura, aveva avuto modo in questi anni di far dibattere l'argomento non solo dall'apposita Commissione studi presieduta dal compianto professor Dogliotti ma anche presso tutta la opinione pubblica vivamente interessata ai problemi della riforma.

Ne è emersa la concezione di un ospedale destinato a divenire sempre più parte integrante della comunità che ad esso intende rivolgersi, in un'atmosfera di crescente fiducia, come ad un indispensabile strumento di tutela della salute e ad un propulsore di orientamenti verso cure preventive e riabilitative sempre più avanzate. Si è cercato cioè di far perdere la concezione dell'ospedale come luogo di ricovero dei malati senza speranza di guarigione e dove, per di più, il paziente finisce col perdere la sua personalità per diventare... solo il numero di una corsia.

È stato sostanzialmente questo il motivo per cui se ne è affidata la gestione, in parte preminente, ad espressioni democratiche degli enti locali. In tal modo, tutti i cittadini potranno essere sempre a contatto con tali benefiche istituzioni, conoscerne meglio le strutture e sentirle, come cosa propria, uno strumento di benessere verso il quale si può andare con fiducia. La stessa maggiore caratterizzazione in senso regionalistico non è stato solo un doveroso omaggio al dettato costituzionale ma un voler avvicinare, ogni giorno di più, tali presidi alle popolazioni, a tutte indistintamente le popolazioni di una regione.

Per contro, si è voluto valorizzare la rappresentanza degli enti fondatori non solo per un giusto rispetto alla volontà dei benefattori ma proprio perché si avesse la consapevolezza che la democrazia, che è rapporto di forze nella giustizia e nella libertà, non disdegna il contributo della beneficenza anzi la sollecita e la esalta assegnandole un posto pari, sul piano morale, a quello delle rappresentanze democraticamente elette.

Se, egualmente, vuole avere un valore la considerazione che si è avuta per gli ospedali privati, civili e religiosi, questo è da ricercarsi non solo nella volontà di non privare le co-

munità locali dell'opera di tali benemerite istituzioni ma, in particolare, quello di ricordare a tutti che, insieme all'intervento pubblico, statale o regionale, si fa appello, in tema di assistenza sanitaria, a tutte le risorse morali e ad ogni forma di contributo che, nella pluralità della nostra società, si può registrare.

La stessa autonomia che si è voluto conservare ed in un certo senso accentuare è anch'essa espressione di una precisa volontà che lascia spazio ad ogni iniziativa capace di porsi dei traguardi e di realizzare delle concrete possibilità operative. Si intende cioè porre il cittadino nella posizione migliore non solo per seguire da vicino il proprio « centro di salute » ma, una volta chiamato ad operarvi dal di dentro, per strutturarne e potenziarlo secondo le esigenze della comunità locale e le possibilità di iniziative di ogni amministrazione.

Tutto questo nell'ambito di un reale coordinamento che lungi dal venire imposto dall'alto si realizza invece attraverso forme democratiche di programmazione regionale e nazionale le quali non solo assegnano una sfera di azione a ciascun ospedale ma ne coordinano gli sforzi con tutti gli altri presidi sanitari ed ospedalieri operanti nella Regione e nel Paese. È questo un modo nuovo — ma ad un tempo altamente rispettoso delle libere autonomie — di strutturare modernamente gli ospedali secondo le esigenze della società odierna.

D'altronde, lo stesso medico ospedaliero chiamato a compiere non una prestazione saltuaria ma un « tempo definito » di lavoro è l'espressione di un maggiore impegno che però non giunge né a burocratizzarne la figura né a pubblicizzare in modo sconveniente il proprio rapporto d'impiego. Egli è infatti lasciato libero, fuori delle ore di lavoro, di svolgere la propria attività purché questa non risulti in contrasto con gli interessi dell'ente

ospedaliero presso il quale svolge, in modo precipuo, la propria opera.

Tale concezione non è solo espressa chiaramente nei principi che debbono ispirare la legge delegata a proposito dello stato giuridico del personale ma è alla base della decisione di affidare alla libera contrattazione sindacale il trattamento economico di tutti indistintamente i dipendenti ospedalieri. Si è voluto dare con ciò una piena responsabilizzazione agli amministratori ed agli amministrati e determinare così presso gli ospedali l'ambiente più idoneo per una reciproca comprensione e collaborazione.

Il relatore, che ringrazia tutta la Commissione sanità ed in particolare il suo presidente onorevole De Maria per l'ampia fiducia accordatagli durante il lungo esame del disegno di legge, nel chiederne ora l'approvazione fa appello soprattutto alla comune volontà di vedere superata, nell'ospedale moderno, la vecchia concezione della « politica dei posti-letto » ed affermato invece, finalmente, il principio per cui esso deve al più presto diventare il centro di medicina curativa, preventiva, riabilitativa e formativa.

Si chiede cioè di consentire che l'ospedale di oggi esca dalle sue pur gloriose corsie ed assicuri, insieme alle cure, la formazione di una larga coscienza igienica del Paese allo stesso modo di come, con un'intelligente e lungimirante azione profilattica, ci si augura che esso sia posto in grado di prevenire l'insorgenza delle malattie e di evitare il diffondersi di preoccupanti malattie sociali.

Insieme all'opera delicata di riordinamento e di ammodernamento, sia sul piano giuridico che tecnico, di tutta la complessa materia ospedaliera, il presente disegno di legge si propone infatti un nobile programma di evoluzione morale, sociale e sanitaria che, certamente, il Parlamento saprà assecondare e promuovere !

LATTANZIO, *Relatore.*

DISEGNO DI LEGGE
DEL MINISTERO

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; contri-

TESTO

DELLA COMMISSIONE

TITOLO I

L'ENTE OSPEDALIERO

ART. 1.

(Assistenza ospedaliera pubblica).

L'assistenza ospedaliera pubblica è svolta a favore di tutti i cittadini italiani e stranieri esclusivamente dagli enti ospedalieri, salvo quanto previsto da disposizioni particolari per gli ospedali psichiatrici e gli altri istituti di cura per malattie mentali, per le cliniche e gli istituti universitari di ricovero e di cura attualmente esistenti, 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 le case di cura private previste dal Titolo VII della presente legge.

Inoltre, le fondazioni e le associazioni disciplinate dagli articoli 12 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.

Identico.

Gli istituti e gli enti di cui al terzo comma, ove posseggano i requisiti prescritti dalla presente legge, possono ottenere, a domanda, che i loro ospedali siano classificati in una delle categorie di cui agli articoli 19 e seguenti anche ai fini dell'applicazione delle disposizioni contenute nel Titolo IV della presente legge.

ART. 2.

(Concetto e compiti dell'ente ospedaliero).

Identico.

Essi prestano le cure mediche, chirurgiche generali e specialistiche; partecipano alla difesa attiva della salute in coordinamento con le attività delle altre istituzioni sanitarie lo-

buiscono 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.

cali; contribuiscono alla preparazione professionale del personale sanitario e tecnico; promuovono la educazione igienico-sanitaria del malato e del suo nucleo familiare, avvalendosi del proprio personale sanitario.

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

Possono, inoltre, istituire, anche fuori della sede dell'ospedale, ambulatori, dispensari, consultori, centri per la cura e la prevenzione di malattie sociali e del lavoro 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 al ricovero ed alla cura degli infermi, sono riconosciuti di diritto enti ospedalieri.

Sono pure costituiti in enti ospedalieri tutti gli ospedali appartenenti ad enti pubblici che abbiano come scopo oltre l'assistenza ospedaliera anche finalità diverse.

Ai fini del trattamento tributario gli enti ospedalieri sono equiparati all'amministrazione dello Stato.

ART. 4.

(Riconoscimento di enti ospedalieri esistenti).

Con decreto del Presidente della Regione su delibera della Giunta regionale 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.

Identico.

Il decreto del Presidente della Regione 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 Regione su delibera della Giunta regionale. 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, e secondo le linee del piano ospedaliero nazionale.

Soppresso.

Identico.

Identico.

Identico.

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

Identico.

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 origi-

ART. 6.

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

Identico.

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

TITOLO II

STRUTTURA E AMMINISTRAZIONE
DEGLI ENTI OSPEDALIERI

ART. 7.

(Struttura dell'ente ospedaliero).

Identico.

ART. 8.

(Organi dell'ente ospedaliero).

Identico.

ART. 9.

(Consiglio di amministrazione).

Identico.

- 1) da sei membri eletti dal consiglio regionale con schede limitate a quattro nomi;
- 2) da un membro eletto dal consiglio comunale del comune ove ha sede l'ente ospedaliero;
- 3) *Soppresso.*

3) per gli enti ospedalieri dichiarati tali ai sensi dell'articolo 4 della presente legge da due membri in rappresentanza degli origina-

nari 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 mem-

ri interessi dell'ente designati e nominati nei modi previsti dai rispettivi statuti e dalle tavole di fondazione e, per gli enti ospedalieri costituiti ai sensi dell'articolo 5, da due membri designati dall'ente pubblico cui appartenevano originariamente l'ospedale o gli ospedali.

5) *Soppresso.*

Identico.

1) da cinque membri eletti dal consiglio provinciale della provincia ove ha sede l'ente ospedaliero, con schede limitate a tre nomi;

2) da due membri eletti dal consiglio comunale del comune ove ha sede l'ente ospedaliero;

3) *Soppresso.*

3) per gli enti ospedalieri dichiarati tali ai sensi dell'articolo 4 della presente legge da due membri in rappresentanza degli originari interessi dell'ente designati e nominati nei modi previsti dai rispettivi statuti e dalle tavole di fondazione e per gli enti ospedalieri costituiti ai sensi dell'articolo 5 da due membri designati dall'ente pubblico cui appartenevano originariamente l'ospedale o gli ospedali.

Soppresso.

Identico.

Identico.

Identico.

Identico.

4) per gli enti ospedalieri dichiarati tali ai sensi dell'articolo 4 della presente legge da due membri in rappresentanza degli originari interessi dell'ente designati e nominati nei modi previsti dai rispettivi statuti e dalle tavole di fondazione e, per gli enti ospeda-

bro 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;

lieri costituiti ai sensi dell'articolo 5 da due membri designati dall'ente pubblico cui appartenevano originariamente l'ospedale o gli ospedali.

5) *soppresso.*

I componenti dei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri di cui al primo comma devono essere scelti tra persone estranee ai consigli regionali.

Partecipa alle sedute del Consiglio di amministrazione, con voto consultivo, il sovrintendente sanitario o, in mancanza, il direttore sanitario.

Il direttore amministrativo svolge le funzioni di segretario.

Il collegio dei sanitari è sentito obbligatoriamente in tutti i casi in cui occorra decidere su questioni che interessano la vita interna degli ospedali, esclusivamente per gli aspetti sanitari, la regolamentazione dei servizi sanitari, il trattamento del malato.

Identico.

Nulla è innovato in rapporto allo statuto ed alle tavole di fondazione per quanto riguarda la composizione del consiglio di amministrazione dell'ospedale Galliera di Genova.

Al Presidente ed ai componenti del Consiglio di amministrazione con voto deliberativo è corrisposta una indennità di funzione nella misura stabilita dal Consiglio di amministrazione, tenuto conto anche della classificazione e dell'importanza dell'ente ospedaliero.

ART. 10.

(Funzioni del consiglio di amministrazione).

Identico.

Identico.

- a) *identico;*
- b) *identico;*
- c) *identico;*
- d) *identico;*

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

e) *identico*;

f) *identico*;

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 la stipulazione dei contratti;

h) *identico*;

i) deliberare la misura della retta di degenza in conformità al disposto del successivo articolo 30, nonché le tariffe per le prestazioni sanitarie per i paganti in proprio;

l) deliberare la nomina del tesoriere nonché tutte le convenzioni attinenti all'attività dell'ente ospedaliero;

m) *identico*;

n) *identico*.

Identico.

Il Consiglio di amministrazione delibera validamente a maggioranza dei presenti tranne che per le deliberazioni di cui al punto a) del secondo comma del presente articolo, per le quali è richiesta la maggioranza dei componenti del Consiglio.

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, quinto 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 devolutesgli 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 il consiglio sanitario centrale, che è presieduto dal

ed esercita le altre attribuzioni devolutesgli dalle leggi, dai regolamenti e dallo statuto, che non siano di competenza del consiglio di amministrazione. Assume altresì i provvedimenti ordinari e straordinari di urgenza nelle materie di competenza del consiglio di amministrazione, necessari per garantire il funzionamento dell'ente e li sottopone alla ratifica del consiglio stesso nella prima riunione.

Ogni atto dell'ente ospedaliero deve essere controfirmato dal segretario generale o direttore amministrativo che partecipa alle responsabilità degli amministratori a norma dell'articolo 32, ultimo comma, della legge 17 luglio 1890, n. 6972. Da tale responsabilità deve intendersi esonerato nei casi in cui egli abbia fatto constare espressamente il suo motivato dissenso e possa dimostrare di aver contribuito agli atti medesimi soltanto in seguito ad esplicito invito.

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, nonché da un rappresentante della regione nominato dalla giunta regionale.

ART. 13.

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

Identico.

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 ospe-

ART. 14.

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

Identico.

a) *soppresso.*

a) *identico.*

b) sulle deliberazioni da adottarsi, per quanto riguarda esclusivamente gli aspetti sanitari, 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;

c) sulla valutazione, istituzione, soppressione o modificazione dei reparti, la fissazione delle tariffe per le prestazioni medico-chirurgiche.

Identico.

È in facoltà del presidente dell'ente ospedaliero di intervenire alle adunanze del consiglio dei sanitari o del consiglio sanitario centrale delle cui convocazioni deve essergli data preventiva comunicazione.

ART. 15.

(Alta sorveglianza).

Il Ministero della sanità nel rispetto delle competenze proprie delle regioni, esercita l'alta sorveglianza ed il controllo sugli enti ospedalieri per la tutela degli interessi sanitari generali dello Stato.

Identico.

dalieri 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

Il Ministero della sanità esercita l'alta sorveglianza sugli istituti di ricovero e cura e su quelli 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).

Identico.

ART. 17.

(Sospensione e scioglimento del consiglio di amministrazione).

Il Consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero può essere sciolto con decreto motivato del Presidente della regione su deliberazione della giunta regionale, sentito il medico provinciale in caso di dimissioni della maggioranza del consiglio o quando questo 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.

Identico.

Identico.

Soppresso.

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 osserva le norme degli articoli da 19 a 25.

TITOLO III

REQUISITI E CLASSIFICAZIONE
DEGLI OSPEDALI

ART. 18.

(*Requisiti degli ospedali*).

Identico.

a) *identico*;

b) *identico*;

c) *identico*;

d) *identico*;

e) *identico*;

f) biblioteca e sala di riunione per i sanitari;

g) *identico*;

h) *identico*;

i) *identico*;

l) *identico*;

m) *identico*.

Identico.

ART. 19.

(Categorie di ospedali).

Gli ospedali sono generali e specializzati, geriatrici, per lungodegenti e per convalescenti e si classificano 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:

ART. 19.

(Categorie di ospedali).

Gli ospedali sono generali e specializzati, per lungodegenti e per convalescenti.

Gli ospedali generali si classificano nelle seguenti categorie:

- a) ospedali di zona;
- b) ospedali provinciali;
- c) ospedali regionali.

Identico.

Identico.

Identico.

ART. 20.

(Ospedali generali di zona).

Sono ospedali generali di zona quelli dotati di distinte divisioni di medicina e chirurgia, ed almeno di una sezione di pediatria e di una sezione di ostetricia e ginecologia e relativi servizi speciali, nonché di poliambulatori anche per altre più comuni specialità medico-chirurgiche.

Il piano regionale ospedaliero può prevedere in questi ospedali, in relazione alle esigenze particolari di alcune zone, sezioni di ortopedia-traumatologia.

ART. 21.

(Ospedali generali provinciali).

Sono ospedali generali provinciali quelli dotati di distinte divisioni di medicina generale, chirurgia generale, ostetricia e ginecologia, pediatria, ortopedia-traumatologia; di distinte divisioni o almeno sezioni di oculistica, otorinolaringoiatria, urologia, neurologia, dermosifilopatia, odontoiatria e stomatologia, malattie infettive, geriatria e per ammalati lungodegenti, salvo che ad alcune di dette specialità 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; ria-

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.

nimazione con letti di degenza; emotrasfusione, farmacia interna.

Possono inoltre avere: servizi di recupero e rieducazione funzionale, servizi di dietetica, servizi di assistenza sanitaria e sociale, servizio di medicina legale e delle assicurazioni sociali; scuole convitto per infermieri professionali e scuole per infermieri generici ed altri centri e scuole per l'addestramento del personale ausiliario e tecnico. Ciascun ospedale generale provinciale dovrà provvedere in ogni caso ad istituire uno o più di tali od altri servizi o scuole ritenuti necessari secondo le prescrizioni del piano regionale.

Identico.

ART. 22.

(Ospedali clinicizzati).

Gli ospedali clinicizzati o comunque convenzionati con le Università comprendono reparti di cura e ricovero per tutte le malattie medico-chirurgiche, analogamente a quanto disposto dall'articolo precedente. Essi possono, altresì, disporre di reparti e servizi qualificati per attrezzature didattico-scientifiche in ragione delle finalità istituzionali.

ART. 23.

(Ospedali generali regionali).

Gli ospedali regionali, che devono servire una popolazione di almeno un milione di abitanti, sono quelli che, per l'organizzazione tecnica, per la dotazione strumentale diagnostica e terapeutica e per le prestazioni che sono in grado di assicurare, operano prevalentemente con caratteristiche di alta specializzazione.

Essi, oltre a possedere le unità di ricovero e cura e i servizi previsti per gli ospedali provinciali, dovranno anche disporre di almeno tre divisioni di alta specializzazione medica o chirurgica, quali cardiologia, ematologia, cardiocirurgia, neurochirurgia, chirurgia plastica, chirurgia toracica o altre specializzazioni riconosciute dal Ministero della sanità, secondo le indicazioni contenute nel piano regionale ospedaliero.

Inoltre gli ospedali regionali devono possedere distinti servizi di virologia, di prelevamento e conservazione di parti di cadavere, attrezzature idonee a consentire di colla-

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

borare alla ricerca scientifica e di contribuire alla preparazione professionale e all'aggiornamento del personale medico nonché scuole per l'addestramento del personale ausiliario e tecnico.

Ogni regione deve avere almeno un ospedale regionale.

ART. 24.

(Ospedali specializzati provinciali e regionali).

Gli ospedali specializzati sono classificati come ospedali provinciali o regionali, in base alle indicazioni del piano regionale ospedaliero, sulla base del numero dei posti-letto di cui l'ospedale dispone, dell'*hinterland* di servizio, dell'organizzazione tecnica, della dotazione strumentale diagnostica e terapeutica e delle caratteristiche della specializzazione.

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

ART. 25.

(Ospedali per lungodegenti e per convalescenti).

Gli ospedali per lungo-degenti e per convalescenti sono classificati come ospedali di zona o provinciali in relazione alle indicazioni del piano regionale ospedaliero sulla base del numero dei posti letto di cui l'ospedale dispone, dell'*hinterland* di servizio, nonché dell'organizzazione tecnica e della dotazione strumentale e diagnostica posseduta.

Gli ospedali per lungo-degenti e per convalescenti devono, inoltre, possedere ogni altro servizio previsto per le corrispondenti categorie degli ospedali generali, in quanto necessari alla specifica natura dell'ospedale.

TITOLO IV

PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA

ART. 26.

(Legge di programma ospedaliero).

Con legge dello Stato, avente durata non superiore a quella del programma economico nazionale, verranno stabiliti, anche ai

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 quantitativa 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.

fini della programmazione ospedaliera regionale:

a) il fabbisogno dei nuovi posti-letto per il periodo di durata della legge;

b) la ripartizione dei posti-letto tra i vari settori dell'attività ospedaliera ed ai diversi livelli organizzativo-funzionali della rete ospedaliera nazionale;

c) la ripartizione regionale quantitativa e qualitativa del fabbisogno di cui al punto a);

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

Con la predetta legge verranno altresì indicati i mezzi finanziari dello Stato da destinare agli interventi 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, ad integrazione degli interventi delle regioni nelle medesime attività.

Il disegno della legge di programma di cui ai precedenti commi è presentato al Parlamento dal Ministro per la sanità di concerto con i Ministri per il bilancio e la programmazione economica e del tesoro. Sul relativo schema di disegno di legge è sentito il Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera di cui al successivo articolo 28.

ART. 27.

(Piano nazionale ospedaliero).

Il Ministro per la sanità, attenendosi alle direttive del programma economico nazionale, della presente legge, della legge di programma di cui al precedente articolo 26, nonché, limitatamente ai territori meridionali, alle di-

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 previ-

rettive del piano di coordinamento di cui alla legge 26 giugno 1965, n. 717, recepisce i programmi regionali ospedalieri ed elabora di intesa con i Ministri del bilancio e la programmazione economica, del tesoro e dei lavori pubblici, il piano nazionale ospedaliero, previo parere del Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera di cui al successivo articolo 28, e lo sottopone all'approvazione del Comitato interministeriale per la programmazione economica. Il predetto piano è emanato con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro per la sanità.

Il piano nazionale ospedaliero, con riferimento al periodo di durata della legge di programma di cui al precedente articolo 26, stabilisce i criteri per l'impiego dei mezzi finanziari statali di cui al secondo comma dell'articolo precedente e dei mezzi di cui dispongono gli enti ospedalieri a norma del successivo articolo 34.

A tal fine il piano:

- a) determina la ripartizione regionale quantitativa e qualitativa dei posti-letto da istituire a spese dello Stato;
- b) definisce i criteri territoriali e qualitativi per la utilizzazione del fondo nazionale ospedaliero di cui al successivo articolo 33.

ART. 28.

*(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 cinque rappresentanti delle amministrazioni ospedaliere designati dalle rispettive federazioni nazionali delle associazioni;
- 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 quattro rappresentanti dell'unione delle province d'Italia e da otto rappresentanti dell'associazione nazionale dei comuni d'Italia;

denza 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.

g) da 14 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.

Identico.

ART. 29.

(Piano regionale ospedaliero).

Ciascuna Regione provvede a programmare i propri interventi nel settore ospedaliero con la legge di approvazione del piano quinquennale degli interventi relativi alle materie in cui la Regione stessa ha potestà legislativa.

La predetta legge si uniforma alle scelte del programma economico nazionale nonché ai principi della presente legge e della legge di programma di cui al precedente articolo 26 e indica la previsione degli interventi regionali relativi all'impianto di nuovi ospedali, all'impianto, trasformazione, ammodernamento o soppressione degli ospedali esistenti in relazione al fabbisogno dei posti-letto distinti per acuti, cronici, convalescenti e lungodegenti, alla efficienza delle attrezzature, alla rete viabile ed alle condizioni geomorfologiche ed igienico-sanitarie della popolazione.

La legge regionale determina inoltre la sfera d'azione di ciascuno 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 di zona che sia in grado di servire una popolazione da venticinquemila fino a cinquantamila abitanti; di almeno un ospedale provinciale che sia in grado di servire una popolazione fino a quattrocentomila abitanti o di almeno un ospedale regionale per ogni Regione.

La legge regionale 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

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.

anche conto 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 nella legge di cui ai commi precedenti.

Parimenti, nessuna opera di costruzione, ampliamento, trasformazione o ammodernamento potrà essere realizzata se non sia prevista nella predetta legge.

Nella legge regionale devono essere indicati i mezzi finanziari 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 indicati dalla legge stessa per il settore ospedaliero.

Qualora la Regione non provveda a quanto disposto dal presente articolo il Ministro della sanità invia un suo commissario per la convocazione d'ufficio del Consiglio regionale.

ART. 30.

(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 operanti nella provincia, oltre che, ove esista, da un rappresentante della facoltà di medicina dell'Università degli studi.

Identico.

ART. 31.

*(Finanziamento
del piano regionale ospedaliero).*

Nei bilanci delle singole Regioni devono essere stanziati in relazione ai mezzi finanziari resi disponibili per il settore ospedaliero dal piano quinquennale degli interventi regionali di cui al precedente articolo 29, 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 retta giornaliera 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'ammmodernamento 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.

Identico.

TITOLO V
DISPOSIZIONI FINANZIARIE
PER GLI ENTI OSPEDALIERI

ART. 32.
(*Retta di degenza*).

Identico.

Identico.

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 40 della presente legge, nonché ogni altra spesa che concorra a formare il costo complessivo dell'assistenza ospedaliera.

Identico.

Le spese di gestione dei centri per le malattie sociali e del lavoro non possono determinare aggravii sulla retta di degenza in misura superiore al venti per cento del loro importo e, comunque, in misura 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 34.

Per i ricoverati in camere speciali il Consiglio di amministrazione di ciascun ente ospedaliero determina una retta differenziata riferita al ricovero e al mantenimento dei pazienti.

Le tariffe per le prestazioni professionali nei riguardi dei ricoverati in sale speciali sono quelle previste dalla tariffa minima nazionale per le prestazioni medico-chirurgiche.

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.

ART. 33.

*(Fondo nazionale ospedaliero).**Identico.*

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 32 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 40.

All'onere derivante dall'applicazione della presente norma, calcolato per l'anno 1967 in lire 10 miliardi, si farà fronte mediante riduzione di una somma di pari importo dal capitolo n. 3523 iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per i provvedimenti legislativi in corso.

Identico.

ART. 34.

(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, lo acquisto di edifici già costruiti, purché rispondenti ai requisiti richiesti per gli ospedali, nonché per l'acquisto delle relative attrezzature di primo impianto.

*Identico.**Identico.*

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 e non più di cento posti-letto.

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.

TITOLO VI

ORDINAMENTO DEI SERVIZI
E DEL PERSONALE

ART. 35.

(Struttura interna degli ospedali).

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

ART. 36.

(Struttura interna degli ospedali generali).

Negli ospedali generali la sezione è l'unità funzionale che deve comprendere non meno di 25 e non più di 30 posti-letto.

Negli stessi ospedali le sezioni di specialità possono comprendere anche un numero di posti-letto che in ogni caso non può essere inferiore a 15. Queste sezioni ove non esista la relativa divisione sono di regola aggregate ad una divisione affine oppure per eccezionali esigenze organizzative e funzionali possono essere autonome.

Identico.

Identico.

Identico.

Soppresso.

Identico.

ART. 37.

(Struttura interna degli ospedali specializzati).

Identico.

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, vigilatrici 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 portantini, dal personale di cucina, pulizia, custodia 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

ART. 38.

(Struttura interna per gli ospedali per lungodegenti e convalescenti).

Negli ospedali per lungodegenti e per convalescenti le sezioni devono comprendere non meno di 25 e non più di 30 posti-letto.

Negli stessi ospedali le divisioni devono comprendere non meno di 80 e non più di 120 posti-letto.

ART. 39.

(Personale degli enti ospedalieri).

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

Il personale sanitario è costituito dai medici e dai farmacisti.

Il personale amministrativo è costituito dal segretario generale o direttore amministrativo, dal personale dirigente, di concetto e d'ordine.

Il personale ausiliario è costituito dalle ostetriche, dalle assistenti sanitarie visitatrici, dagli infermieri professionali, dalle vigilatrici dell'infanzia, dalle assistenti sociali, dai fisiochinesiterapisti, dai dietisti, dagli infermieri generici e dalle puericultrici.

Il personale tecnico è costituito dai tecnici specializzati per i laboratori di indagine e diagnosi e di terapie speciali.

Il personale esecutivo è costituito dai portantini, dal personale di cucina, pulizia, custodia e degli 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 hanno diritto all'assistenza dei ministri dei rispettivi culti.

ART. 40.

(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 interno presso le cliniche e gli isti-

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.

tuti 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 per la pubblica istruzione.

Durante il tirocinio i laureati in medicina e chirurgia non abilitati sono autorizzati ad esercitare le attività medico-chirurgiche necessarie per il conseguimento di un'adeguata preparazione tecnico professionale sotto il diretto controllo del personale di ruolo delle cliniche o dei primari ospedalieri.

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

Gli interni non hanno alcun rapporto di impiego e osservano gli orari fissati per gli assistenti. Il tirocinio deve essere svolto per almeno quattro mesi in medicina a tre mesi rispettivamente in chirurgia e ostetricia.

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

Gli interni che compiono il tirocinio negli ospedali indicati nel primo comma hanno diritto al vitto gratuito a carico dell'ente ospedaliero e ad un assegno mensile corrisposto dall'ente ospedaliero che sarà fissato nel decreto delegato previsto dall'articolo 41 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 dallo Stato che vi provvede con il fondo nazionale ospedaliero previsto dall'articolo 33, restando la rimanente parte a carico dell'ente ospedaliero presso il quale viene compiuto il tirocinio.

Non hanno diritto all'assegno gli interni che godano di borse di studio di importo pari o superiore. Se la borsa di studio è di 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 continua 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 dipen-

ART. 41.

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

Il Governo della Repubblica, sentita una Commissione parlamentare di 10 senatori e di 10 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 e dei rappresentanti delle amministrazioni ospedaliere designati dalla relativa associazione, uno o più decreti aventi forza di legge ordinaria nelle seguenti materie:

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

ART. 42.

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

Le norme delegate di cui all'articolo 41 concernenti l'ordinamento interno dei servizi dovranno disciplinare:

- a) *identico.*
- b) *identico.*
- c) *identico.*

ART. 43.

(Principi direttivi per lo stato giuridico del personale).

Le norme delegate di cui all'articolo 41 concernenti l'assunzione e lo stato giuridico del personale dipendenti degli enti ospedalieri

dente dagli enti ospedalieri dovranno stabilire la disciplina fondamentale del rapporto d'impiego, ispirandosi 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

dovranno stabilire la disciplina fondamentale del rapporto di impiego, ispirandosi ai seguenti principi:

1) che le assunzioni devono aver luogo esclusivamente per pubblico concorso nel limite delle piante organiche; deroghe alle assunzioni per pubblico concorso possono essere consentite solo per speciali categorie del personale esecutivo. Resta la facoltà dei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri di stipulare convenzioni con gli ordini religiosi per coprire temporaneamente i posti di ruolo di particolari categorie di personale infermieristico ed esecutivo;

2) che lo stato giuridico e le attribuzioni 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.

Identico.

ART. 44.

(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 41 dovranno altresì disciplinare l'assunzione e lo stato giuridico dei medici distinti in due categorie: medici con funzioni igienico-organizzative e cioè ispettori sanitari, vicedirettori sanitari, direttori e sovrintendenti sanitari, e medici con funzioni di diagnosi e cura e cioè assistenti, aiuti e primari, ispirandosi ai seguenti principi:

a) l'assunzione in ogni singolo ente ospedaliero deve aver luogo esclusivamente per pubblico concorso per titoli, stabiliti con criteri uniformi e rigorosamente determinati, nonché mediante colloquio e prove pratiche. Il punteggio a disposizione della commissione esaminatrice sarà assegnato per tre quinti ai titoli e per i rimanenti due quinti al colloquio e alle prove pratiche. A tale concorso sono ammessi coloro che abbiano superato una prova di idoneità per esami, uguali per tutte le categorie di ospedali e per ciascuna qualifica e specialità, su base nazionale per i primari e i direttori sanitari, e su base regionale per gli altri sanitari. L'assunzione dei sovrintendenti ha luogo esclusivamente per concorso per titoli tra i direttori sanitari;

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.

b) agli esami di idoneità per direttore e vice-direttore sanitario sono ammessi i medici, dopo un determinato numero di anni di laurea e di carriera come medici negli ospedali o nelle cliniche universitarie ovvero in talune amministrazioni dello Stato o di enti pubblici espressamente determinate, e, solo per gli esami per direttore sanitario, i medici che abbiano anche conseguito l'idoneità come ispettori; agli esami di idoneità ad ispettore sono ammessi i medici abilitati all'esercizio professionale. Agli esami di idoneità per primario sono ammessi i medici dopo un determinato numero di anni di laurea e di carriera in qualità di aiuto o assistente negli ospedali o nelle cliniche universitarie e che abbiano anche conseguito l'idoneità come aiuto; agli esami di idoneità per aiuto sono ammessi i medici dopo un determinato numero di anni di laurea e di carriera in qualità di assistente negli ospedali o nelle cliniche universitarie; agli esami di idoneità per assistente sono ammessi i medici abilitati all'esercizio professionale;

c) le commissioni per gli esami di idoneità annuali a direttore, vicedirettore e ispettore sanitario sono nominate annualmente dal Ministro per la sanità e sono costituite da tre sovrintendenti o direttori sanitari, da un professore universitario di ruolo o fuori ruolo di igiene e da un funzionario medico del Ministero della sanità; le commissioni per gli esami di idoneità annuali a primario, aiuto e assistenti sono nominate annualmente dal Ministro per la sanità e sono costituite da tre primari della materia appartenenti ad ospedali provinciali e regionali, da un professore universitario della materia o, in mancanza, di materia affine di ruolo o fuori ruolo e da un funzionario medico del Ministero della sanità. Le commissioni di concorso per l'assunzione dei sovrintendenti, direttori, vicedirettori ed ispettori sanitari sono nominate dal Consiglio di amministrazione e costituite dal presidente dell'ente ospedaliero o da un suo delegato, da tre sovrintendenti o direttori sanitari ovvero, su delibera del consiglio di amministrazione, da due sovrintendenti o direttori sanitari e da un professore universitario di ruolo o fuori ruolo di igiene, nonché da un funzionario medico del Ministero della sanità; le commissioni di concorso per l'assunzione dei primari, aiuti ed assistenti sono nominate dal Consiglio di amministrazione e costituite dal presidente dell'ente ospedaliero o da un suo delegato, da tre primari appartenenti a ospedali provinciali e regionali della materia messa a concorso o, su delibera del consiglio di amministrazione, da due primari

e da un professore universitario di ruolo o fuori ruolo della materia stessa, o in mancanza di materia affine, nonché da un funzionario medico del Ministero della sanità;

d) 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 e del consiglio sanitario centrale — sia devoluta all'ente. L'amministrazione dell'ente può, su richiesta del medico, consentire il « tempo pieno ». Le stesse norme valgono per il personale sanitario dipendente dagli ospedali clinicizzati;

e) nel passaggio da un ospedale ad un altro, il servizio di ruolo precedentemente prestato dal personale ospedaliero deve essere valutato per intero ai fini degli aumenti periodici di stipendio, nonché ai fini del trattamento di quiescenza.

Il trattamento economico deve essere costituito dallo stipendio e dai compensi per lavoro straordinario, fissati su base nazionale, per categoria e per contratto nazionale 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.

Soppresso.

Soppresso.

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.

Soppresso.

Soppresso.

Soppresso.

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

Soppresso.

Soppresso.

Soppresso.

TITOLO VII

CASE DI CURA PRIVATE

ART. 45.

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

Identico.

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

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.

ART. 46.

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

Identico.

Identico.

Il medico provinciale sentito il Consiglio provinciale di sanità rilascia l'autorizzazione all'esercizio della casa di cura privata in base alle esigenze igienico-sanitarie ed alle altre condizioni previste dalla legge, ove non violi le finalità e le statuizioni del piano di programmazione regionale.

Identico.

Il medico provinciale sentito il Consiglio provinciale di sanità, 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

Identico.

ART. 47.

(Direttore sanitario responsabile - Convenzioni).

Ogni casa di cura privata deve avere un direttore sanitario responsabile al quale è vietata ogni attività di diagnosi e cura nella casa di cura privata stessa, e che 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 soggette a denuncia informandone immediatamente il medico provinciale e l'ufficiale sanitario competente.

Ogni convenzione tra le case di cura private e gli enti 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, nell'interesse pubblico, 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 il riconoscimento da parte del medico provinciale dell'esistenza dei requisiti richiesti dal precedente comma.

TITOLO VIII

DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE

ART. 48.

Nelle regioni non ancora costituite, la istituzione di 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

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

la sanità sulla base delle indicazioni contenute nei piani regionali recepiti dal piano nazionale.

ART. 49.

(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 e contabilità 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 nonché la salvaguardia delle competenze conseguenti e dei rapporti tra gli istituendi enti ospedalieri e lo Stato, le Regioni, le province e i comuni, lasciando, comunque, impregiudicata la competenza legislativa dell'ente regione.

ART. 50.

(Amministrazione dell'ente ospedaliero).

Per quanto non disposto nella presente legge 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 dal capo terzo del titolo V 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 il controllo di merito è esercitato, a norma del precedente articolo 16, ultimo comma, da un Comitato provinciale per l'assistenza ospedaliera, presieduto dal medico provinciale e composto da cinque rappresentanti della provincia e da un rappresentante del comune capoluogo del-

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 distinta 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.

la provincia eletti nei modi previsti per i rappresentanti degli stessi enti nel Comitato provinciale di assistenza e beneficenza, ed inoltre da un rappresentante dell'amministrazione dell'interno e dei lavori pubblici della provincia designati, rispettivamente, dal prefetto e dall'ingegnere capo del genio civile.

Per le Regioni non ancora costituite i sei membri di cui al punto 1) del primo comma dell'articolo 9 sono designati dal Consiglio provinciale della provincia dove ha sede l'ente ospedaliero.

ART. 51.

(Gestione finanziaria delle attività diverse da quella ospedaliera).

Identico.

ART. 52.

(Finanziamento per le costruzioni ed attrezzature ospedaliere).

Identico.

ART. 53.

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

Identico.

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

ART. 54.

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

Per le regioni non ancora costituite i membri di cui alla lettera a) dell'articolo 28 sono sostituiti dai presidenti dei comitati regionali per la programmazione ospedaliera di cui all'articolo 56.

ART. 55.

(*Piano nazionale ospedaliero transitorio*).

Sino alla costituzione delle regioni a statuto ordinario e limitatamente ai territori delle Regioni medesime, gli obiettivi e i criteri di cui ai precedenti articoli 26 e 27 sono stabiliti con decreto del Ministro per la sanità.

Il piano nazionale ospedaliero transitorio è elaborato, nel quadro della legge di programma e sulla base dei singoli piani regionali ospedalieri, dal Ministro per la sanità, di intesa con i Ministri per il bilancio e la programmazione economica, del tesoro e dei lavori pubblici, su parere del Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera, conformemente alle direttive del programma economico nazionale ed ai principi della presente legge, nonché, limitatamente ai territori meridionali, alle direttive del piano di coordinamento e con la riserva di investimenti di cui alla legge 26 giugno 1965, n. 717. Il piano è sottoposto all'approvazione del Comitato interministeriale per la programmazione economica.

Il piano nazionale ospedaliero transitorio stabilisce altresì i criteri per la ripartizione nel territorio delle regioni a statuto speciale dei mezzi finanziari dello Stato da destinare agli interventi per la costruzione di nuovi ospedali, per l'ampliamento, la trasformazione e l'ammodernamento di quelli esistenti e per l'acquisto delle relative attrezzature di primo impianto, ad integrazione degli interventi delle Regioni nelle medesime attività.

ART. 56.

(*Comitato regionale per la programmazione ospedaliera*).

Per i territori delle Regioni non ancora costituite, il comitato regionale per la programmazione ospedaliera, da istituire presso ogni capoluogo di Regione a norma dei successivi commi del presente articolo, elabora, entro sei mesi dalla sua costituzione, un piano regionale ospedaliero avente durata non superiore a quella del programma economico nazionale, sentito il Comitato Regionale per

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.

la programmazione economica. Il predetto piano è approvato con decreto del Ministro per la sanità di concerto con il Ministro per il bilancio e la programmazione economica.

Il piano previsto dal precedente comma, sulla base degli obiettivi e dei criteri stabiliti nel piano nazionale ospedaliero transitorio, indica, per il territorio regionale, le previsioni di impianto di nuovi ospedali, di ampliamento, trasformazione, ammodernamento e 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 ed 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.

Il Comitato regionale per la programmazione ospedaliera 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;

m) da un rappresentante delle Case di cura private eletto dalle rispettive associazioni di categoria.

Il Comitato elegge nel proprio seno il Presidente.

Il Comitato viene nominato, entro 40 giorni dalla entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della sanità e dura in carica 4 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. 57.

(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 e le infermerie che non posseggano i requisiti per essere classificati fra gli ospedali previsti dal titolo III, possono ottenere, a domanda, e sempreché il piano regionale ospedaliero ne ravvisi la opportunità e la possibilità dal punto di vista tecnico-sanitario, logistico e territoriale, l'autorizzazione del medico provinciale a trasformarsi entro otto anni in uno dei tipi di ospedale previsti dalla presente legge.

Gli enti, per i quali non venga ravvisata tale opportunità e possibilità di trasformazione non potranno esercitare l'attività ospedaliera a partire da un anno dall'entrata in vigore del piano regionale.

ART. 58.

Le disposizioni di cui all'articolo 6 della legge 10 maggio 1964, n. 336, relative al mantenimento in servizio fino al compimento del 70° anno di età dei sovrintendenti e direttori sanitari, dei direttori di farmacia e dei primari ospedalieri, si applicano anche

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.

nei confronti del predetto personale che sia stato successivamente trasferito da un ospedale ad altro di pari o superiore categoria.

ART. 59.

(Regioni a statuto speciale).

Le regioni a statuto speciale ad eccezione di quelle che hanno in materia sanitaria potestà legislativa primaria, devono adeguare la propria legislazione nella materia predetta, ai principi stabiliti dalla presente legge e dalla legge di programma di cui al precedente articolo 26.

ART. 60.

Identico.

Fino a quando non verrà emanato il decreto delegato previsto dall'articolo 41 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.

PROPOSTE DI LEGGE**N. 444****TITOLO I.****NORME GENERALI****ART. 1.**

L'assistenza ospedaliera è esercitata nell'ambito di ciascuna regione secondo le norme emanate dai Consigli Regionali nel quadro della presente legge.

Tutti i cittadini italiani hanno diritto di essere ammessi, curati e assistiti negli ospedali della Repubblica.

Le spese sostenute per l'assistenza ospedaliera, qualora non vi provvedano altri Enti obbligati per legge o non vi provvedano gli interessati o i loro familiari sono poste a carico del bilancio della Regione ove il cittadino ha eletto legale domicilio negli ultimi due anni precedenti la data del ricovero ospedaliero.

Tutti gli istituti di cura, dipendenti da Enti pubblici di qualsiasi natura, qualunque sia l'ordinamento di detti enti e l'ambito territoriale nel quale essi operano, passano alle dipendenze della amministrazione della Regione nella cui circoscrizione sono compresi.

ART. 2.

L'assistenza agli ammalati di mente nonché l'azione preventiva, curativa e di recupero sociale nel campo delle malattie mentali è compito delle Regioni. Gli istituti psichiatrici e i centri specializzati per le malattie mentali sono classificati secondo le norme della presente legge come ospedali specializzati. Apposite norme saranno emanate per regolare l'assistenza psichiatrica e il coordinamento nazionale di essa. Tali norme dovranno in ogni caso rispettare la competenza esclusiva della Regione in materia di assistenza sanitaria.

ART. 3.

L'alta sorveglianza e il coordinamento nazionale nonché ogni altra attribuzione concernente la disciplina, le norme e gli indirizzi generali in materia di igiene e tecnica ospedaliera, sviluppo scientifico, organizzazione, distribuzione territoriale e disciplina nazionale degli ospedali e quanto altro contribuisce al potenziamento del servizio ospedaliero per i fini di cui all'articolo 35 della Costituzione

spettano al Ministro della sanità e sono esercitati con l'ausilio del Consiglio superiore di sanità nel rispetto delle competenze della Regione in materia di assistenza ospedaliera.

ART. 4.

In seno al Consiglio superiore di sanità è istituita una apposita sezione per il servizio ospedaliero della quale fanno parte:

- gli assessori regionali alla Sanità;
- dieci rappresentanti delle Confederazioni sindacali più rappresentative dei lavoratori;
- cinque rappresentanti dei medici designati dalle organizzazioni professionali e sindacali;
- un rappresentante per ciascun Ministero dell'interno, dei lavori pubblici, del lavoro e previdenza sociale, del tesoro e delle finanze;
- cinque rappresentanti degli Enti di previdenza designati dal Ministro del lavoro e la previdenza sociale;
- il direttore generale del servizio ospedaliero del Ministero della sanità.

ART. 5.

Sono compiti della Sezione per il servizio ospedaliero:

- a) la predisposizione dei regolamenti relativi al proprio funzionamento e alla amministrazione dei fondi;
- b) l'indicazione del fabbisogno minimo nazionale dei posti letto negli ospedali pubblici;
- c) il parere sui programmi ospedalieri presentati dalle singole regioni e sui piani finanziari per la loro attuazione nonché l'attribuzione dei fondi occorrenti alle singole Regioni;
- d) la definizione delle norme tecniche e delle direttive di carattere generale in materia di edilizia ospedaliera, conduzione tecnico-sanitaria degli istituti ospedalieri, unificazione dei presidi ospedalieri, gestione amministrativa e patrimoniale;
- e) la definizione dei regolamenti di attuazione della presente legge e ogni altro atto del Ministero della sanità o del Governo che interessi il servizio ospedaliero.

Gli atti della Sezione sono approvati dal Ministro della sanità con proprio decreto.

TITOLO II.

IL SERVIZIO OSPEDALIERO REGIONALE

ART. 6.

In ciascuna Regione è costituito, con deliberazione della Giunta regionale un Comitato ospedaliero regionale, presieduto dall'Assessore regionale alla Sanità e composto:

dal direttore regionale del servizio ospedaliero;

dagli assessori alla sanità delle province della Regione o dai consiglieri provinciali appositamente delegati in rappresentanza di ciascuna provincia;

da un funzionario direttivo esperto in ingegneria sanitaria nominato dall'amministrazione regionale dei lavori pubblici;

da tre membri laureati in medicina e chirurgia esperti in questioni ospedaliere designati dalle organizzazioni professionali e sindacali dei medici della Regione;

da cinque membri in rappresentanza dei lavoratori designati dalle organizzazioni regionali dei lavoratori.

ART. 7.

Compiti del comitato ospedaliero regionale sono:

predisporre, per l'approvazione del Consiglio regionale, il bilancio del servizio ospedaliero regionale sulla base dei preventivi proposti dagli ospedali della regione e del consuntivo dell'esercizio precedente;

sovrintendere alla gestione del servizio ospedaliero regionale e proporre a mezzo dell'assessore alla giunta i provvedimenti che ritiene necessari per assicurare il buon andamento della gestione;

ordinare le inchieste e le ispezioni che ritiene necessarie per la migliore conoscenza e per la giusta condotta del servizio;

sovrintendere alla formazione del piano regolatore regionale e al suo adeguamento, proporre la classifica degli ospedali, la qualificazione e l'ampliamento di quelli esistenti e la istituzione dei nuovi secondo il piano regolatore approvato;

provvedere all'esecuzione delle opere; agli acquisti e alle somministrazioni di sua competenza;

approvare i regolamenti e le piante organiche del personale e i regolamenti di gestione degli ospedali;

promuovere le iniziative atte alla qualificazione e all'aggiornamento professionale di tutto il personale del servizio;

predisporre gli atti necessari per l'espletamento dei concorsi regionali per la copertura dei posti che si rendono vacanti o di quelli di nuova istituzione.

ART. 8.

Il Comitato ospedaliero regionale esercita le sue funzioni attraverso una Direzione regionale del servizio ospedaliero che provvede, secondo il regolamento proposto dal Comitato regionale ospedaliero e approvato dal Consiglio regionale, alla direzione tecnico-sanitaria del servizio ospedaliero regionale.

ART. 9.

La Direzione regionale è affidata ad un direttore regionale nominato per concorso pubblico nazionale al quale sono ammessi i direttori degli ospedali, gli addetti alle direzioni ospedaliere regionali con la qualifica di vice-direttore e gli assistenti universitari delle cattedre d'igiene, docenti in igiene, sanità pubblica, igiene e tecnica ospedaliera, medicina sociale.

ART. 10.

I concorsi nazionali per direttore regionale del Servizio ospedaliero sono per titoli, ed esami.

Gli esami debbono accertare la preparazione scientifica e professionale dei candidati nelle materie interessanti il servizio ospedaliero.

ART. 11.

Le Commissioni di concorso, nominate dalla Giunta regionale sono composte:

- a) dall'assessore regionale o da un suo delegato in qualità di presidente;
- b) da un professore ordinario di igiene nelle Università, designato dal comitato ospedaliero regionale;
- c) da un professore della facoltà di ingegneria e di architettura o da un docente ordinario di ingegneria sanitaria;
- d) da 3 esperti di amministrazione sanitaria designati dalle organizzazioni sindacali più rappresentative dei lavoratori;
- e) da un funzionario del Ministero della sanità.

ART. 12.

I posti vacanti di direttore regionale del servizio ospedaliero possono essere ricoperti per chiamata dai direttori regionali in ser-

vizio che ne facciano domanda, sulla base dei titoli scientifici, professionali e di carriera.

La nomina per chiamata del direttore regionale è fatta dalla Giunta regionale sentito il Comitato regionale ospedaliero.

ART. 13.

La Direzione regionale ha un organico approvato dal Consiglio regionale su proposta del Comitato ospedaliero e comprendente vice-direttori e ispettori sanitari nonché i servizi necessari per assicurare il buon funzionamento e la efficienza tecnica di tutto il servizio ospedaliero della Regione, tra cui un servizio tecnico al quale deve essere preposto un funzionario laureato in ingegneria o in architettura specializzato in ingegneria sanitaria o materia affine.

I posti di organico della direzione regionale sono attribuiti per concorso pubblico per titoli ed esami al quale sono ammessi tutti i direttori degli ospedali della Regione, gli assistenti delle cattedre di igiene delle università, provvisti della specializzazione in igiene e sanità pubblica, igiene e tecnica ospedaliera e, per i posti per i quali è richiesto, gli assistenti delle cattedre di ingegneria con specializzazione in ingegneria sanitaria.

TITOLO III.

IL PIANO REGOLATORE OSPEDALIERO REGIONALE

ART. 14.

Tutti gli istituti ospedalieri pubblici compresi nella circoscrizione regionale sono classificati secondo un piano regolatore regionale adottato dal Consiglio regionale su proposta del Comitato ospedaliero regionale.

Alla formazione del piano partecipano i consigli comunali e provinciali, competenti per territorio in ciascun regione.

In base alle indicazioni fornite dalla Regione le giunte provinciali invitano i comuni a formulare le proposte che vengono coordinate e incluse in una bozza di piano provinciale.

La bozza di piano viene sottoposta al parere delle rappresentanze dei consigli comunali interessati, convocate dal Presidente della Giunta provinciale e agli organi sanitari istituiti per legge, nel territorio della provincia.

La bozza di piano così elaborata viene sottoposta al Consiglio provinciale che la approva e la trasmette alla regione.

Le decisioni della Regione, in sede di definitiva adozione del piano devono essere comunicate agli organi locali interessati nella fase di preparazione del piano.

ART. 15.

Il piano regolatore ospedaliero deve prevedere:

a) la ripartizione del territorio regionale in circoscrizioni ospedaliere tenuto conto della distribuzione della popolazione, delle condizioni nosologiche, della caratterizzazione delle attività economiche, dell'orografia e dello sviluppo della rete di comunicazioni

b) la determinazione delle aree di influenza degli istituti ospedalieri e la loro classificazione in base alle norme della presente legge;

c) la indicazione delle trasformazioni ed ampliamenti necessari per adeguare la capacità e la funzione degli ospedali alle indicazioni del piano, nonché degli impianti scientifici e tecnici e delle attrezzature ospedaliere.

d) la indicazione delle località nelle quali costruire i nuovi ospedali;

e) il quantitativo di personale sanitario di assistenza e tecnico sanitario per il funzionamento degli ospedali;

f) il programma finanziario relativo al piano ospedaliero.

ART. 16.

Il piano regolatore regionale di cui all'articolo 15 deve essere comunicato al Ministro della sanità che può rinviarlo alla Regione con le osservazioni del Consiglio superiore di sanità entro trenta giorni dal ricevimento. Il Consiglio regionale, qualora non ritenga di uniformarsi alle osservazioni del Ministro deve adottare entro trenta giorni una nuova deliberazione a maggioranza assoluta di voti. La nuova deliberazione può essere annullata, nelle forme di legge solo per illegittimità; nel termine di trenta giorni dalla sua adozione.

ART. 17.

Entro 5 anni dall'entrata in vigore della presente legge in tutte le Regioni del territorio della Repubblica dovranno essere create unità ospedaliere ed istituiti adeguati posti letto fino a raggiungere gli indici minimi di 5 posti-letto per 1.000 abitanti negli ospedali

generali, 1 posto-letto per 1.000 abitanti negli ospedali specializzati, 3 posti-letto per 1.000 abitanti negli ospedali neuro-psichiatrici, 1 posto-letto per 1.000 abitanti negli ospedali per lungo-degenti.

Con decreto del Ministro della sanità sentito il Consiglio superiore di sanità (sezione per il servizio ospedaliero) sono fissati gli ulteriori indici minimi nazionali dei posti-letto.

ART. 18.

Gli ospedali pubblici inclusi nel piano assolvono alla funzione di centro dirigente del servizio sanitario a livelli ugualmente qualificati in tutto il territorio della Nazione.

Essi provvedono al ricovero e alle cure medico-chirurgiche e specialistiche dei cittadini senza limitazione alcuna di prestazioni e medicinali, contribuiscono alla ricerca scientifica e alla preparazione professionale dei medici ed all'addestramento tecnico del personale addetto ai servizi ospedalieri, provvedono alla educazione igienico sanitaria e promuovono iniziative dirette alla formazione della coscienza sanitaria dei cittadini, provvedono all'attuazione dei programmi ad essi demandati per la difesa attiva della salute pubblica.

ART. 19.

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

ospedali specializzati per la cura degli infermi di malattie comprese in una sola specialità sia di forma acuta che di lunga degenza;

Sono compresi tra questi gli ospedali psichiatrici, gli ospedali pediatrici, gli ospedali per malattie contagiose, gli ospedali sanatoriali e simili, i convalescenziari e gli ospedali geriatrici.

ART. 20.

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

La Regione, secondo la sua competenza fissa i criteri per la organizzazione interna degli ospedali secondo le determinazioni contenute nel piano regolatore ospedaliero in modo da garantire la massima efficienza ed economicità dei servizi e la piena utilizzazione del personale.

ART. 21.

Gli ospedali pubblici generali si classificano in:

- ospedali centrali;
- ospedali circoscrizionali;
- ospedali.

ART. 22.

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

a) non meno di un reparto di medicina, chirurgia, ostetricia e ginecologia, pediatria, oculistica, otorinolaringoiatria, dermosifilopatia, urologia, ortopedia e traumatologia, neurologia, odontoiatria e stomatologia, geriatria, malattie infettive, salvo che ad alcune di dette specialità non provvedano altre istituzioni locali specificamente indicate dal piano;

b) un reparto di accettazione;

c) distinti istituti di radiologia, fisioterapia, ricerche cliniche microbiologiche e virologiche, anatomia patologica, poliambulatorio, pronto soccorso, raccolta e smistamento, recupero ed educazione funzionale, anestesia, rianimazione e trasfusione;

d) distinti servizi di farmacia e di dietetica;

e) scuole per infermieri generici e diplomati e per tecnici.

ART. 23.

Gli ospedali circoscrizionali devono essere dotati delle seguenti attrezzature:

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

b) un reparto di accettazione;

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

d) servizi distinti di farmacia e di dietetica;

e) una scuola per infermieri generici.

ART. 24.

Gli ospedali devono essere dotati delle seguenti attrezzature:

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

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

c) di un reparto di pronto soccorso e accettazione.

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

ART. 25.

Gli ospedali pubblici specializzati si classificano in:

ospedali di 1ª categoria;

ospedali di 2ª categoria.

ART. 26.

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

Essi debbono avere:

a) reparti in numero proporzionato al numero dei letti;

b) distinti Istituti di ricerche cliniche microbiologiche e virologiche, di anatomia patologica, di ambulatorio, di pronto soccorso raccolta e smistamento e, ove occorra, di fisioterapia, di recupero ed educazione funzionale, di anestesia, rianimazione e trasfusione;

c) un reparto di accettazione;

d) servizi distinti di farmacia e di dietetica;

e) scuole distinte per infermieri generici e per tecnici.

ART. 27.

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

a) reparti in numero proporzionato al numero dei letti;

b) distinti istituti di ricerche cliniche microbiologiche e virologiche, di anatomia patologica, di ambulatorio, e ove occorra, di fisioterapia recupero ed educazione funzionale, di anestesia, rianimazione e trasfusione;

c) un reparto di pronto soccorso ed accettazione;

d) servizi distinti di farmacia e di dietetica;

e) scuola per infermieri, generici.

ART. 28.

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

bono essere istituiti particolari edifici destinati al ricovero dei malati lungodegenti. Tali edifici devono essere in grado di ospitare almeno una divisione di ricoverati.

ART. 29.

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

TITOLO IV

L'AMMINISTRAZIONE DEGLI OSPEDALI

ART. 30.

La vigilanza sull'andamento della gestione e sull'efficienza della assistenza ospedaliera è esercitata dal Comune.

Per gli ospedali la cui area di influenza, determinata secondo la lettera *b*) dell'articolo 15, comprenda più comuni, la vigilanza è esercitata dall'Assemblea del Consorzio dei comuni interessati.

ART. 31.

Ogni ospedale generale o specializzato ha una amministrazione propria esercitata dal Consiglio di amministrazione secondo le norme emanate dalla Regione con apposito regolamento.

I consigli di Amministrazione degli ospedali compresi nella circoscrizione amministrativa della Provincia, sono nominati dal Consiglio provinciale nella seduta immediatamente successiva a quella in cui sono eletti gli organi della provincia dopo ogni consultazione elettorale ed hanno di norma la stessa durata del Consiglio provinciale.

Possono essere rinnovati interamente o parzialmente, prima della scadenza con deliberazione motivata dal Consiglio provinciale. Le deliberazioni concernenti la nomina la sostituzione e la parziale rinnovazione dei Consigli ospedalieri debbono essere comunicate entro 8 giorni al Comitato regionale ospedaliero.

ART. 32.

Fanno parte del Consiglio di Amministrazione:

- a) il direttore sanitario;
- b) un medico ospedaliero designato dal corpo sanitario dell'ospedale;
- c) un dipendente ospedaliero non sanitario designato dal restante personale;
- d) quattro cittadini, in possesso dei requisiti di cui alle leggi elettorali vigenti e iscritti nelle liste elettorali dei comuni della provincia, designati dal consiglio comunale o dall'assemblea del consorzio dei comuni interessati;
- e) tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali più rappresentative dei lavoratori;
- f) il presidente, nominato dal Consiglio provinciale con atto distinto da quello che nomina il Consiglio.

ART. 33.

Il Consiglio di Amministrazione dell'Ente ospedaliero:

- a) propone il regolamento di gestione;
- b) propone il regolamento e la pianta organica del personale ed assume e licenzia il personale salvo quanto disposto dalla presente legge per il personale sanitario;
- c) predispone il bilancio di previsione e approva il bilancio consuntivo;
- d) provvede alla gestione dei fondi;
- e) redige annualmente, entro il 30 settembre di ogni anno i programmi di intervento straordinario per l'adeguamento delle attrezzature, dei locali, della organizzazione e del funzionamento dell'istituto ospedaliero;
- f) dispone le spese straordinarie occorrenti, già previste in bilancio o con la utilizzazione dei fondi disponibili senza apportare variazioni alle risultanze finali del bilancio approvato;
- g) ordina le spese occorrenti al funzionamento dell'istituto ospedaliero;
- h) autorizza il presidente alla firma dei contratti e a stare in giudizio nell'interesse dell'Ente;
- i) promuove la classificazione dell'ospedale e propone i provvedimenti per adeguarne le caratteristiche a quelle volute dalla legge.

ART. 34.

La vigilanza ed il controllo sugli atti delle amministrazioni ospedaliere è esercitata da un apposito comitato ospedaliero provinciale nominato dal consiglio provinciale e presie-

puto dal Presidente della Giunta o da un assessore delegato. Del comitato ospedaliero fanno parte:

1°) il medico provinciale, direttore dell'ufficio sanitario provinciale;

2°) un funzionario direttivo della carriera amministrativa dell'amministrazione provinciale;

3°) due laureati in medicina e chirurgia particolarmente esperti in materia ospedaliera designati dalle associazioni sindacali;

4°) quattro membri esperti designati dalle organizzazioni sindacali più rappresentative dei lavoratori.

Gli atti del Comitato ospedaliero provinciale debbono essere comunicati all'amministrazione ospedaliera interessata e contemporaneamente al Comitato regionale ospedaliero.

ART. 35.

Gli Enti pubblici di qualsiasi natura, qualunque sia il loro ordinamento e l'ambito territoriale nel quale operano da cui dipendono gli istituti di cura di cui all'articolo 14 sono disciolti.

Il patrimonio funzionale, i beni di qualsiasi natura e le rendite di detti Enti passano all'amministrazione regionale che provvede anche alla assunzione di tutte le passività e degli obblighi previsti nelle tavole di fondazione e negli statuti degli Enti disciolti. Le attività e ogni altro provento derivante dall'alienazione dei beni dei disciolti Enti devono essere destinate all'incremento, sviluppo ed efficienza della rete ospedaliera.

TITOLO V.

FINANZIAMENTO

ART. 36.

È istituito un fondo nazionale per il finanziamento della costruzione, ampliamento, ammodernamento degli ospedali e delle relative attrezzature.

Il fondo è alimentato dal gettito delle imposte di cui all'articolo 92 della presente legge e da un contributo annuale dello Stato, stanziato sul bilancio del Ministero della sanità. La gestione del fondo è affidata ad un comitato nominato con decreto del Presidente della Repubblica, e composta da:

un membro nominato dal Ministro per la sanità (presidente);

un membro nominato dal Ministro del bilancio;

un membro nominato dal Ministro delle finanze;

un membro nominato dal Ministro del tesoro;

cinque membri in rappresentanza delle Regioni nominati dai Presidenti delle Giunte regionali appositamente riuniti.

ART. 37.

I piani regolatori ospedalieri adottati dai Consigli regionali costituiscono il piano regolatore ospedaliero nazionale e sono ammessi al finanziamento del fondo secondo un programma approvato dal Ministro della sanità su parere del Consiglio superiore (sezione per il servizio ospedaliero) e rispettando parametri proporzionali alla differenza tra i posti letto esistenti in ciascuna regione e l'indice minimo nazionale fissato dalla legge.

I finanziamenti del fondo sono disposti annualmente in tempo utile per approntare i programmi di attuazione del piano ospedaliero nelle singole regioni e sono subito accreditati alla amministrazioni regionali.

ART. 38.

In ogni Regione è istituito un fondo per la gestione del servizio ospedaliero nell'ambito della circoscrizione regionale.

Il fondo è alimentato:

dai contributi accreditati dal fondo nazionale per il finanziamento dei programmi di costruzione, ammodernamento e qualificazione degli ospedali e delle relative attrezzature.

dalle rette corrisposte dagli istituti mutualistici in ragione della presenza degli assistiti negli ospedali della regione;

dalle somme stanziare sui bilanci della regione per l'assistenza ospedaliera;

dai fondi integrativi stabiliti dalle leggi regionali.

ART. 39.

Le rette ospedaliere sono determinate annualmente, in ciascuna regione, dal Consiglio regionale su proposta del Comitato ospedaliero regionale all'atto dell'approvazione del bilancio del servizio ospedaliero.

Ai fini della determinazione della retta per ogni singolo ospedale si deve tener conto esclusivamente delle seguenti componenti del

costo di gestione come risultano dai consuntivi approvati per l'anno precedente e quelle cui si riferiscono le rette:

- a) le spese di personale;
- b) le spese di vitto;
- c) le spese per la somministrazione dei farmaci e per i consumi di materiali di medicazione;
- d) una quota delle spese occorrenti per la provvista e il rinnovo del guardaroba;
- e) una quota di spese generali non superiore al 5 per cento delle somme risultanti dalle spese di cui alle lettere a), b) e c).

ART. 40.

La gestione del fondo è affidata ad un comitato nominato con decreto del presidente della Regione, composta da:

- 2 consiglieri regionali designati dal Consiglio regionale;
- 1 funzionario della ragioneria del Consiglio regionale;
- 1 funzionario dell'Ufficio Regionale del Commissario di Governo;
- 1 rappresentante degli ordini e associazioni professionali dei medici della regione;
- 3 rappresentanti delle organizzazioni sindacali più rappresentative dei lavoratori.

Il presidente è nominato tra i consiglieri designati dal Consiglio regionale.

ART. 41.

I fondi a disposizione della Regione per il servizio ospedaliero e per la sua gestione debbono essere accreditati ai singoli enti ospedalieri:

- a) per la costruzione, ammodernamento e qualificazione degli ospedali e per le relative attrezzature al momento dell'approvazione dei progetti e delle perizie di spese;
- b) per la gestione al momento della comunicazione dei bilanci approvati dai comitati provinciali.

La somministrazione può essere disposta con ratei anticipati non inferiori ad un quarto della somma accreditata.

ART. 42.

L'accettazione degli infermi deve effettuarsi secondo le norme di legge e del regolamento interno di ciascuna Amministrazione ospedaliera. Il ricovero è fatto, di regola, dal medico di guardia dell'ospedale territoriale più vicino al domicilio del malato, sotto la

diretta vigilanza e il controllo del direttore sanitario, che risponde alla Autorità sanitaria provinciale nei riguardi tecnici.

ART. 43.

Gli ammalati entrati nell'ospedale territoriale o in qualsiasi altro, se l'ospedale non è attrezzato, debbono essere trasferiti o in ospedale specialistico o in ospedale superiore. Nessun limite deve essere posto alla richiesta di trasferimento promossa dall'ammalato o dal suo rappresentante legale.

ART. 44.

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

Nel caso di dimissione volontaria da parte del malato o del suo rappresentante legale, quando l'ammalato non sia guarito, il primario deve ammonire gli interessati sul pericolo in cui il malato incorre, redigendone apposito verbale ed esigendo che sia firmato dal dimissionario o dal suo rappresentante.

È facoltà del primario disporre che l'attività ospedaliera prosegua con visite domiciliari dei dimessi per seguire le sindrome morbose con tendenze recidive.

ART. 45.

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

Il direttore sanitario presiede il Collegio dei primari.

È facoltà del presidente del Consiglio di amministrazione intervenire alle riunioni. Il Collegio sanitario ha i seguenti compiti:

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

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

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

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

ART. 46.

Il riscontro diagnostico dei deceduti negli ospedali viene eseguito su richiesta del primario o per decisione autonoma del primario anatomo-patologico, ferme restando le altre disposizioni della legge 15 febbraio 1961, n. 83. Il sanitario che procede a detta indagine deve redigere apposita relazione da inviarsi al direttore sanitario, che ne dà comunicazione al primario e deve assicurarsi che la diagnosi anatomica sia trascritta sulla cartella clinica. Quando venga accertata una diagnosi differente da quella fatta in vita e riportata nella scheda di morte, il direttore sanitario deve curare che venga apportata la necessaria rettifica, con nota a parte, della scheda di morte.

TITOLO VI.

PERSONALE

CAPO I.

GENERALITA'

ART. 47.

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

Il personale medico di ruolo si distingue in due gruppi:

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

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

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

degli orari di lavoro, ma non potrà tuttavia stipulare convenzioni di alcun tipo con istituti mutualistici o previdenziali. I medici allievi interni prestano un servizio sussidiario a rotazione biennale.

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

ART. 48.

Il personale dei servizi tecnici e di assistenza è costituito da: assistente sanitaria, ispettore e gradi equiparati, capi sala, capo ostetrica, tecnici di laboratorio e di radiologia e gradi equiparati, infermiere professionali e gradi equiparati, infermieri generici, inservienti.

ART. 49.

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

ART. 50.

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

ART. 51.

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

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

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

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

4°) la costituzione della Commissione di disciplina per i dipendenti, delle Commissioni giudicatrici per i concorsi e della Com-

missione sulle conferme, i turni di servizio, i trasferimenti di personale, le promozioni, le aspettative, i collocamenti a riposo e le dispense dal servizio, con la partecipazione dei rappresentanti delle Associazioni sindacali più rappresentative del personale;

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

CAPO II.

PERSONALE SANITARIO

ART. 52.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 53.

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

La delibera di dimissione deve essere motivata.

Contro la dimissione può essere presentato ricorso direttamente al Comitato ospedaliero regionale ed in seconda istanza alla Sezione per il servizio ospedaliero del Consiglio superiore di sanità.

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

ART. 54.

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

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

ART. 55.

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

ART. 56.

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

Sovrintendente sanitario	1° grado;
Direttore sanitario	2° grado;
Primario o Vice Direttore- sanitario	3° grado;
Aiuto	4° grado;
Assistente	5° grado.

Ai primari, aiuti e assistenti spetta una indennità di ridotta attività professionale.

Ai medici ospedalieri spettano altre particolari indennità, di camera operatoria, di ricerca scientifica, ecc., che saranno oggetto di trattative sindacali tra le parti interessate.

ART. 57.

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

Il direttore sanitario cura il buon andamento e l'efficienza dell'ospedale sotto l'aspetto igienico-sanitario. Egli è personalmente responsabile del buon funzionamento dell'ospedale e a tal fine ha i necessari poteri per gli eventuali trasferimenti di medici e del personale dall'uno all'altro reparto, qualora lo impongano esigenze funzionali altrimenti irrisolvibili. Il direttore sanitario avrà cura di contemperare al massimo tali esigenze con la necessità di un lavoro preordinato ed affidato del primario e dei suoi collaboratori in ogni singolo reparto. Egli ha inoltre le seguenti attribuzioni:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

n) propone la scelta e l'acquisto di apparecchi e attrezzature ad uso sanitario; l'arredamento ed il corredo dei reparti ospedalieri e controlla qualsiasi provvista necessaria alla gestione ospedaliera;

o) controlla l'applicazione delle diarie e tariffe di degenza, operatorie, ambulatoriali, ecc. stabilite dall'Amministrazione e approvate dal Comitato Ospedaliero Regionale.

p) vigila sull'andamento disciplinare del personale ospedaliero e prende provvedimenti adeguati di sua competenza, vigila sull'andamento igienico di tutti i servizi ospedalieri con speciale riguardo all'efficienza delle attrezzature, informa il medico provinciale e l'ufficio sanitario di tutto ciò che può interessare la tutela della salute pubblica e cura la sollecita trasmissione all'ufficiale sanitario medesimo della denuncia dei casi di malattie infettive diagnosticate, accertate o sospette, riscontrate negli ambulatori e nei malati accolti nell'Ospedale, nonchè di tutte le altre denunce previste dalle vigenti disposizioni;

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

ART. 58.

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

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

ART. 59.

Il limite di età per essere chiamati ad occupare il posto di direttore sanitario di ospedali centrali, circoscrizionali e specializzati di 1ª categoria è di anni 50; tale limite

si applica per i direttori sanitari degli ospedali e degli ospedali specializzati di 2^a categoria e per i vice direttori sanitari di 1^a categoria in servizio.

Il limite di età per essere chiamati ad occupare il posto di direttore sanitario di ospedali e di ospedali specializzati di 2^a categoria o per essere nominati vice direttore sanitario è di anni 45.

ART. 60.

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

Il nuovo rapporto « a pieno tempo » che i primari contraggono con le Amministrazioni ospedaliere esige da essi che sia dato il massimo impulso all'attività lavorativa ospedaliera, intesa sia come direzione del reparto e come soluzione dei problemi diagnostico-terapeutici, sia come attività clinico-scientifica. I primari hanno le seguenti attribuzioni:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 61.

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

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

Informa il primario sull'andamento dei servizi, lo stato dei degenti, cura l'osservanza delle disposizioni stabilite dal primario, vigila sulle ricerche specialistiche e di laboratorio, partecipa al servizio di guardia e a quello del pronto soccorso.

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

ART. 62.

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

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

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

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

ART. 63.

Tutti i laureati in chirurgia e medicina possono, dopo la laurea, frequentare gli ospedali per un periodo di due anni con la qualifica di « medici interni ». I medici interni compiono la loro preparazione sotto la responsabilità del primario, sono alle dipendenze dell'aiuto e degli assistenti, hanno un obbligo di presenza di sei ore giornaliere. I candidati devono presentare domande scritte al Consiglio ospedaliero regionale, indicando chiaramente un elenco degli ospedali della

Regione in ordine preferenziale. Una graduatoria, basata sul voto finale di laurea, sui voti riportati in ogni singolo esame e su altri eventuali titoli già acquisiti, dovrà selezionare la scelta degli ospedali da parte dei vari candidati. Il candidato non deve aver superato il trentaduesimo anno di età, deve avere assolto agli obblighi militari ed aver residenza nella provincia dove ha sede l'ospedale presso il quale desidera compiere il tirocinio. L'iscrizione in tutti gli albi mutualistici è possibile solo dopo un anno di internato negli ospedali ed è resa definitiva alla fine del secondo anno.

ART. 64.

Al medico interno viene assicurato il vitto, l'alloggio e lo stipendio minimo di lire 50.000. Egli ha diritto durante il biennio ad un periodo di congedo annuo ordinario di 30 giorni regolarmente pagato. Egli ha diritto ad una libera attività professionale al di fuori dell'orario di lavoro.

ART. 65.

La domanda di ammissione al tirocinio deve essere presentata al Comitato Ospedaliero Regionale non oltre il 30 novembre di ogni anno.

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

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

Tale documentazione sarà trasmessa direttamente al Comitato Ospedaliero Regionale.

ART. 66.

Il direttore della farmacia ha la direzione della farmacia interna con annesso laboratorio per le preparazioni galeniche negli ospedali Centrali, circoscrizionali e specializzati di 1ª categoria e della sola farmacia negli ospedali e negli ospedali specializzati di 2ª categoria.

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

b) vigila sulle scorte dei medicinali delle divisioni degli ospedali;

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

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

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

ART. 67.

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

Il limite di età per concorrere al posto di direttore di farmacia negli ospedali centrali e specializzati di 1^a categoria è di anni 50; tale limite non si applica per i direttori di farmacia degli altri ospedali per i vice direttori di servizio.

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

ART. 68.

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

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

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

ART. 69.

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

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

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

ART. 70.

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

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

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

ART. 71.

Allo scopo di assicurare l'assistenza ad ogni divisione deve essere assegnata una infermiera professionale con qualifica di caposala per ogni 20 ammalati.

Il capo-sala è coadiuvato dal personale di assistenza il cui numero viene stabilito dal direttore sanitario, sentito il Collegio sanitario.

ART. 72.

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

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

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

I concorsi si suddividono:

a) concorso nazionale per direttori sanitari;

b) concorso nazionale per primari e direttori di Istituto, Centro e Servizio;

c) concorso nazionale per direttori di farmacia;

d) concorso regionale per aiuti di ospedali centrali, circoscrizionali e specializzati di 1^a categoria;

e) concorso regionale per farmacisti aggiunti;

f) concorso provinciale per aiuti di ospedali e di ospedali specializzati di 2ª categoria;

g) concorso provinciale per assistenti

ART. 73.

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

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

ART. 74.

Le norme relative alle Commissioni giudicatrici dei concorsi nazionali, regionali e provinciali previsti dalla presente legge, alla valutazione dei titoli, ai punteggi e alle modalità delle varie prove di esame saranno oggetto di apposito regolamento integrativo redatto dalla Sezione per il Servizio ospedaliero del Consiglio Superiore di sanità.

ART. 75.

L'elenco degli «abilitati» viene pubblicato in ordine alfabetico sulla *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica, senza alcuna indicazione del punteggio riportato.

Agli abilitati viene consegnato un «certificato di abilitazione» che non deve riportare la votazione conseguita nell'esame di abilitazione.

ART. 76.

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

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

ART. 77.

Ogni anno con decreto del Ministro della sanità, con unico bando nazionale, da pubblicarsi nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica, viene indetto un concorso nazionale di abilitazione per primari e direttori di Istituti, Centri e Servizi

Possono partecipare al concorso per abilitazione agli ospedali centrali e ospedali specializzati di 1^a categoria i laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione da almeno 10 anni, che abbiano conseguito l'abilitazione nella stessa specialità, per primari o direttori di ospedali circoscrizionali e ospedali specializzati di 2^a categoria o per aiuti di ospedali centrali od ospedali specializzati di 1^a categoria che non abbiano superato il 50° anno di età, che abbiano prestato servizio come aiuto o assistente effettivo in ospedali centrali o specializzati di 1^a categoria o in cliniche universitarie per almeno 6 anni, in ospedali circoscrizionali o specializzati di 2^a categoria per almeno 8 anni. Possono partecipare al concorso per abilitazione agli ospedali circoscrizionali o specializzati di 2^a categoria i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione da almeno 8 anni che abbiano conseguito l'abilitazione, nella stessa specialità, per aiuti in ospedali circoscrizionali o specializzati di 2^a categoria, che abbiano prestato servizio come assistente effettivo in ospedali o cliniche universitarie per almeno 5 anni, che non abbiano superato il 50° anno di età.

ART. 78.

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

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

ART. 79.

Ogni anno, con decreto del Ministro della sanità, con unico bando nazionale, da pubblicarsi nella *Gazzetta Ufficiale* della Repub-

blica, vengono indetti concorsi provinciali di abilitazione per aiuti di ospedali o di ospedali specializzati di 2ª categoria.

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

ART. 80.

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

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

ART. 81.

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

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

ART. 82.

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

Possono partecipare al concorso i laureati in farmacia o in chimica e farmacia ovvero laureati in chimica con diploma in farmacia, ovvero laureati in chimica e in farmacia, abilitati all'esercizio della professione, che abbiano prestato servizio presso una far-

macia di ospedali o industria farmaceutica o Istituto universitario per almeno 2 anni, che non abbiano superato il 35° anno di età.

ART. 83.

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

ART. 84.

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

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

ART. 85.

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

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

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

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

CAPO III

PERSONALE NON SANITARIO
E AUSILIARIO

ART. 86.

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

La Commissione ha il compito di controllare l'applicazione delle leggi, delle disposi-

zioni e degli accordi sindacali riguardanti il rapporto di lavoro del personale dipendente. Essa ha il compito, inoltre, di vigilare sui reffettori ed i servizi di igiene messi a disposizione dell'Amministrazione per il personale.

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

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

ART. 87.

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

Per la istituzione della scuola sopra indicata le Amministrazioni ospedaliere hanno facoltà di stipulare convenzioni con gli Enti indicati nell'articolo 130 del citato testo unico così pure per quanto riguarda il loro funzionamento.

Gli infermieri generici ai sensi della legge 29 ottobre 1954 n. 1046 previa frequenza di un anno della scuola convitto professionale sono ammessi agli esami per il conseguimento del titolo di infermiere professionale.

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

ART. 88.

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

ART. 89.

Le Amministrazioni degli ospedali generali centrali e degli ospedali specializzati di 1^a categoria debbono provvedere ad istituire annualmente corsi teorico-pratici per aspiranti ai posti di assistenti tecnici o di preparatori.

La regolamentazione relativa alla durata dei corsi, ai programmi, alle prove, alle Commissioni di esame, è soggetta ad approvazione del Ministero della sanità.

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

ART. 90.

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

ART. 91.

È abolita ogni forma di collegiamento del personale ospedaliero.

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

ART. 92.

All'onere derivante dalla presente legge per le somme da destinare al fondo nazionale di cui all'articolo 36 si provvede con l'aumento dell'aliquota dal 15 al 20 per cento della imposta di cui all'articolo 146 del testo unico delle leggi sulle imposte dirette di cui al decreto del Presidente della Repubblica del 29 gennaio 1958, n. 645, per le società con patrimonio superiore ai 500 milioni, determinato ai sensi dell'articolo 147.

DISPOSIZIONI TRANSITORIE

ART. 93.

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

N. 1483

TITOLO I.

ISTITUTI OSPEDALIERI IN GENERE

CAPO I.

ISTITUTI PER AMMALATI ACUTI
ISTITUTI PER LUNGODEGENTI
E PER CONVALESCENTI

ART. 1.

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

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

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

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

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

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

ART. 2.

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

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

personale e retta da propri organi amministrativi e sanitari.

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

ART. 3.

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

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

ART. 4.

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

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

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

ART. 5.

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

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

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

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

ART. 6.

Gli istituti ospedalieri si articolano in divisioni e servizi speciali.

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

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

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

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

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

ART. 7.

L'organizzazione degli istituti di cura deve essere completata:

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

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

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

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

ART. 8.

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

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

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

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

ART. 9.

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

In esso saranno anche indicati:

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

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

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

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

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

CAPO II.

PIANO REGOLATORE DEGLI ISTITUTI DI CURA E DEI CENTRI SANITARI

ART. 10.

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

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

ART. 11.

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 12.

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

pubblica su proposta del Ministro della sanità e composto:

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

TITOLO II.

PERSONALE SANITARIO ED AUSILIARIO

CAPO I.

DISPOSIZIONI GENERALI

ART. 13.

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

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

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

ART. 14.

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

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

ART. 15.

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

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

La deliberazione di dimissione deve essere motivata.

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

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

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

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

ART. 16.

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

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

ART. 17.

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

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

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

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

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

ART. 18.

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

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

CAPO II.

PERSONALE MEDICO.

ART. 19.

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

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

ART. 20.

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

Al sovrintendente sanitario non è consentito l'esercizio professionale.

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

ART. 21.

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

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

ART. 22.

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

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

ART. 23.

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

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

ART. 24.

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

ART. 25.

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

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

a) sulle conferme e sugli incarichi del personale sanitario;

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

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

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

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

ART. 26.

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

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

ART. 27.

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

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

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

ART. 28.

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

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

ART. 29.

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

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

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

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

ART. 30.

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

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

ART. 31.

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

ART. 32.

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

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

CAPO III.

PERSONALE SANITARIO NON MEDICO.

ART. 33.

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

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

ART. 34.

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

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

ART. 35.

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

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

TITOLO III.

CONCORSI A POSTI DI SANITARI

CAPO I.

DISPOSIZIONI GENERALI.

ART. 36.

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

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

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

ART. 37.

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

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

ART. 38.

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

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

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

Il presidente della commissione giudicatrice è designato dalle amministrazioni interessate.

ART. 39.

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

ART. 40.

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

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

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

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

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

ART. 41.

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

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

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

ART. 42.

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

ART. 43.

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

ART. 44.

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

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

CAPO II.

PERSONALE MEDICO.

ART. 45.

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

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

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

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

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

ART. 46.

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

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

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

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

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

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

ART. 47.

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

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

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

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

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

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

ART. 48.

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

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

Possono partecipare al concorso:

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

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

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

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

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

ART. 49.

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

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

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

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

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

ART. 50.

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

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

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

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

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

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

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

ART. 51.

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

a) svolgimento scritto di un tema;

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

c) una prova teorico-pratica;

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

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

ART. 52.

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

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

b) incarico di primario ospedaliero o di insegnante universitario;

c) servizio di aiuto di ruolo ospedaliero od universitario;

d) servizio di aiuto incaricato presso istituti ospedalieri;

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

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

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

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

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

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

ART. 53.

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

1°) punti 50 per i titoli di carriera;

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

3°) punti 15 per le pubblicazioni.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 54.

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

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

ART. 55.

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

ART. 56.

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

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

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

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

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

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

ART. 57.

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

ART. 58.

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

a) servizio di aiuto ospedaliero o universitario di ruolo;

b) servizio di aiuto incaricato prestato presso istituti ospedalieri;

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

d) servizio di assistente incaricato prestato come sopra;

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

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

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

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

ove trattasi di istituto ospedaliero, alla categoria dello stesso;

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

ART. 59.

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

1°) punti 25 per i titoli di carriera;

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

3°) punti 5 per le pubblicazioni.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 60.

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

1°) punti 20 per la prova scritta;

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

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

4°) punti 5 per la prova orale.

ART. 61.

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

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

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

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

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

ART. 62.

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

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

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

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

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

ART. 63.

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

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

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

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

ART. 64.

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

ART. 65.

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

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

ART. 66.

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

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

CAPO III.

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

ART. 67.

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

ART. 68.

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

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

ART. 69.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 70.

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

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

Detti argomenti dovranno essere indicati nel bando di concorso.

CAPO IV.

PERSONALE SANITARIO NON MEDICO.

ART. 71.

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

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

Il direttore ha le seguenti attribuzioni:

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

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

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

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

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

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

Il vice direttore di farmacia è un coadiutore del direttore in tutti i settori della farmacia e, in caso di assenza di quest'ultimo, lo sostituisce a tutti gli effetti.

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

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

ART. 72.

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

1°) per posti di farmacista-direttore:

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

b) almeno cinque anni di servizio pratico, di cui almeno due in farmacie ospedaliere;

2°) per i posti di farmacisti:

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

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

ART. 73.

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

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

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

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

d) da un farmacista direttore di farmacia di ospedale;

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

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

ART. 74.

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

a) una preparazione galenica con illustrazione scritta;

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

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

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

a) una preparazione galenica ed una spedizione farmaceutica;

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

ART. 75.

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

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

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

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

ART. 76.

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

Per l'ammissione al concorso, oltre ai requisiti generali richiesti per i concorsi a pubblici impieghi, è necessario:

- a) essere in possesso del diploma professionale;
- b) non avere oltrepassato il 35° anno di età, fatta eccezione per le ostetriche in servizio presso altri istituti ospedalieri, cliniche ostetriche-ginecologiche e scuole ostetriche, nominate in seguito a pubblico concorso, per le quali non è stabilito alcun limite di età.

ART. 77.

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

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

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

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

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

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

ART. 78.

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

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

b) esame di una gestante o partoriente;

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

TITOLO IV

FUNZIONAMENTO INTERNO
DEGLI ISTITUTI OSPEDALIERI

ART. 79.

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

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

ART. 80.

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

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

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

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

ART. 81.

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

ART. 82.

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

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

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

ART. 83.

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

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

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

ART. 84.

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

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

ART. 85.

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 86.

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

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

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

ART. 87.

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

Le sale speciali per paganti possono comprendere due categorie:

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

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

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

ART. 88.

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

ART. 89.

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

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

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

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

ART. 90.

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

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

ART. 91.

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

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

ART. 92.

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

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

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

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

ART. 93.

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

ART. 94.

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

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

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

ART. 95.

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

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

ART. 96.

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

DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

ART. 97.

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

ART. 98.

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

ART. 99.

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

N. 2908

TITOLO I

NORME GENERALI

ART. 1.

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

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

ART. 2.

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

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

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

ART. 3.

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

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

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

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

ART. 4.

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

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

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

Il piano regionale ospedaliero ha validità quinquennale.

ART. 5.

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

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

armonia con le norme del piano nazionale di programmazione economica.

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

ART. 6.

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

Il fondo è costituito:

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

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

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

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

Il fondo nazionale ospedaliero è destinato:

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

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

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

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

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

ART. 7.

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

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

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

ART. 8.

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

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

ART. 9.

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

ART. 10.

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

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

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

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

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

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

TITOLO II

DELLA ORGANIZZAZIONE DEGLI OSPEDALI

ART. 11.

Gli ospedali si distinguono in:

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

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

ART. 12.

Gli ospedali si classificano come segue:

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

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

ART. 13.

Sono ospedali centrali regionali quelli dotati dei seguenti servizi:

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

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

3) un servizio di accettazione e smistamento;

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

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

ART. 14.

Sono ospedali principali quelli dotati dei seguenti servizi:

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

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

3) un servizio di accettazione e smistamento;

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

osservazione ed isolamento di malati contagiosi o sospetti, poliambulatorio;

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

ART. 15.

Sono ospedali di base quelli dotati dei seguenti servizi:

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

2) un servizio di pronto soccorso e accettazione;

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

ART. 16.

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

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

ART. 17.

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

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

ART. 18.

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

ART. 19.

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

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

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

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

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

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

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

ART. 20.

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

Il Consiglio di amministrazione dell'Istituto ospedaliero è composto:

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

2) da due membri eletti dal Consiglio provinciale.

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

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

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

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

Il Consiglio di amministrazione dura in carica cinque anni.

ART. 21.

Il Consiglio di amministrazione dell'istituto ospedaliero:

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

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

c) provvede alla gestione dei fondi e del patrimonio;

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

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

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

ART. 22.

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

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

ART. 23.

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

a) dai primari dell'ospedale;

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

c) dal direttore sanitario;

d) dal direttore di farmacia.

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

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

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

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

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

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

b) dal sovrintendente sanitario.

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

ART. 24.

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

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

Il Consiglio dei sanitari ha i seguenti compiti:

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

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

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

ART. 25.

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

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

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

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

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

ART. 26.

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

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

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

ART. 27.

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

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

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

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

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

ART. 23.

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

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

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

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

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

TITOLO III

DEL PERSONALE SANITARIO
ED AUSILIARIO DI ASSISTENZA

ART. 29.

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

Il personale medico si distingue in due gruppi:

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

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

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

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

ART. 30.

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

ART. 31.

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

ART. 32.

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

Il ruolo diagnostico-curativo è così costituito:

- Primario, grado 1°;
- Aiuto, grado 2°;
- Assistente, grado 3°

Il ruolo igienistico-direttivo è così costituito:

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

Vice direttore sanitario e vice direttore farmacia grado 2°;

Ispettore sanitario e farmacista, grado 3°.

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

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

ART. 33.

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

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

ART. 34.

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

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

ART. 35.

Le Amministrazioni ospedaliere hanno facoltà di proporre al dipendente personale medico di una divisione o di un servizio speciale un diverso stato giuridico, in forza del quale i medici riserveranno esclusivamente all'istituto ospedaliero il tempo pieno della loro attività professionale, rinunciando pertanto al-

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

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

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

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

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

ART. 36.

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 37.

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

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

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

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

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

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

ART. 38.

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

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

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

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

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

TITOLO IV

DEI CONCORSI OSPEDALIERI

ART. 39.

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

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

ART. 40.

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

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

ART. 41.

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

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

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

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

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

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

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

La graduatoria finale degli idonei è compilata in ordine alfabetico.

ART. 42.

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

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

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

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

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

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

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

ART. 43.

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

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

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

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

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

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

ART. 44.

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

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

DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

ART. 45.

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

ART. 46.

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

ART. 47.

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

ART. 48.

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

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

ART. 49.

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

ART. 50.

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

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