

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3251-C

RELAZIONE DELLA XIV COMMISSIONE PERMANENTE

(IGIENE E SANITÀ PUBBLICA)

(RELATORE LATTANZIO)

SUL

DISEGNO DI LEGGE

APPROVATO DALLA CAMERA DEI DEPUTATI

nella seduta del 31 maggio 1967

MODIFICATO DAL SENATO DELLA REPUBBLICA

nella seduta del 22 dicembre 1967 (Stampato n. 2275)

PRESENTATO DAL MINISTRO DELLA SANITÀ
(MARIOTTI)

DI CONCERTO COL MINISTRO DELL'INTERNO
(TAVIANI)

COL MINISTRO DEL BILANCIO
E DELLA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA
(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)

*Trasmesso dal Presidente del Senato della Repubblica alla Presidenza della Camera
il 3 gennaio 1968*

Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera

Presentata alla Presidenza il 29 gennaio 1968

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Il Senato della Repubblica nella seduta del 22 dicembre 1967 ha approvato, salvo alcuni emendamenti, il disegno di legge su « Gli enti ospedalieri e assistenza ospedaliera » già votato dalla Camera, dopo lungo ed appassionato dibattito in Commissione ed in Aula, il 31 maggio dello scorso anno.

A parte la portata, prevalentemente non rilevante, di tali emendamenti — su alcuni dei quali il Relatore doverosamente richiamerà l'attenzione dell'Assemblea — credo si possa affermare, senza tema di discorsi interpretazioni, che, con il suo voto, il Senato ha sostanzialmente approvato l'impostazione della « riforma » così come era emersa dall'approfondito esame della Camera.

La nostra Assemblea aveva infatti licenziato una riforma che, nel solco di una antica e gloriosa tradizione ospedaliera, fosse in grado di rispondere positivamente alle attese ed alle impostazioni nuove, che per lo sviluppo della scienza medica e per l'impulso delle attuali conquiste sociali, si sono venute determinando nella società di oggi.

Era stato infatti intento comune fare in modo che l'ospedale, lungi dal rappresentare il luogo di ricovero per gli indigenti, avesse in sé la forza non solo per diventare un sempre più qualificato istituto per la diagnosi e cura del malato, ma ancor di più, per assolvere alle importanti funzioni preventive, riabilitative e di educazione sanitaria che giustamente, oggi si chiede da un moderno presidio ospedaliero.

Tutto questo nello spirito della Costituzione Repubblicana che, da una parte, sancisce il diritto dei cittadini ad una piena ed integrale tutela della salute e, dall'altra, affida alle Regioni compiti e funzioni specifiche nel campo della promozione legislativa ed amministrativa dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera.

Tali principi erano stati articolati, sotto la effettiva unità di indirizzo del Ministero della sanità, su alcuni punti fondamentali che il Senato ha accolto col suo voto finale e che, solo per indice, pare opportuno a questo punto ricordare.

Fatta salva l'autonomia degli enti ospedalieri si era ritenuto utile determinare una uniforme configurazione giuridico-amministrativa di tutti gli ospedali italiani su-

perando ordinamenti, modi di gestione e sistemi di controlli diversi e, soprattutto, non tutti finalizzati a quei principi di assistenza sanitaria a cui si è fatto cenno.

Su tale base ne era emerso un principio nuovo per la classificazione degli ospedali che non più per la media giornaliera delle presenze ma in relazione alla gamma ed alla importanza delle singole prestazioni sanitarie e sociali ed alle esigenze del programma regionale e nazionale ospedaliero, assumevano compito e funzioni specifiche e particolari.

In questo, al di là dei compiti legislativi, amministrativi e di tutela, le Regioni erano chiamate ad assolvere funzioni di grande rilievo che, organicamente coordinate nell'ambito della programmazione ospedaliera nazionale e delle direttive unitarie dell'Amministrazione sanitaria centrale, potranno porre davvero gli ospedali al centro di quella politica di tutela e di prevenzione della salute lungamente e giustamente invocata nei precedenti dibattiti parlamentari.

Da tale organica impostazione della riforma ne era emersa anche la logica e conseguente necessità di un riordinamento dei servizi e di quanto più direttamente è connesso col problema del personale ospedaliero e ciò non solo in termini di stato giuridico e di trattamento economico, ma anche per quanto concerne l'attività propria del personale sanitario nell'interno dell'ospedale.

A parte perciò altri problemi che dovremo ben presto tornare a sottolineare, è bene ricordare che, soprattutto per quanto riguarda la figura propria del medico ospedaliero, era stato ritenuto doveroso rispettare la posizione di tale professionista tenendo però conto del valore squisitamente pubblico e sociale della sua opera nell'ambito della attività ospedaliera. Infine, per quanto riguarda le case di cura private, nel mentre era stata riordinata tutta la materia riguardante l'autorizzazione, il controllo ed il convenzionamento delle stesse con gli istituti pubblici e previdenziali, si era fatto in modo che, secondo il dettato costituzionale, venisse rispettata la piena libertà di esercizio senza però che l'assistenza ospedaliera pubblica ne venisse minimamente a soffrire.

Tutti questi principi, onorevoli colleghi, il Senato della Repubblica, ha ritenuto pienamente validi sia approvando i cardini del-

la riforma sia confermando l'articolazione specifica che la Camera aveva dato ai vari problemi connessi con tale complesso e fondamentale settore della nostra vita sociale; gli emendamenti apportati riguardano perciò o aspetti di natura squisitamente tecnico-sanitaria o problemi di natura giuridico-amministrativa sui quali, d'altronde, la nostra Assemblea pur dando precise indicazioni aveva, in un certo senso, rimesso il suo giudizio definitivo a ciò che l'altro ramo del Parlamento avrebbe potuto determinare sulla scorta anche del nostro dibattito.

Tralasciando il primo gruppo di emendamenti sui quali la maggioranza della Commissione di merito e quelle chiamate ad esprimere il parere hanno ritenuto di poter senz'altro accogliere l'impostazione formulata dal Senato — anche perché l'esperienza della prima applicazione potrà dire (come nel caso, per esempio, dei reparti di cardioangiopatia negli ospedali provinciali) se le date dalla Camera erano rispondenti alle moderne impostazioni assistenziali — sarà bene soffermarci, in particolare, su un triplice ordine di modifiche apportate al testo da noi approvato il 31 maggio dello scorso anno.

Innanzitutto per quanto riguarda l'articolo 40 si ricorderà che la Commissione sanità della Camera, su analogo parere della Commissione lavoro, aveva già proposto a questa Assemblea di limitare la delega al Governo al solo stato giuridico del personale dipendente da enti ospedalieri demandando tutta la materia riguardante il trattamento economico alla libera contrattazione sindacale.

Su questa materia si sviluppò in Aula un'ampia discussione nella seduta antimeridiana del 30 maggio 1967 giungendo ad una formulazione che la Camera, nell'approvazione finale della legge, su proposta del Presidente della Commissione sanità onorevole De Maria, ritenne contraddittoria con quanto disposto dall'ultimo comma dello stesso articolo riguardante il rapporto di lavoro globalmente inteso e quindi da sopprimere.

Ora, il Senato, avendo precisato che il rapporto di lavoro è stabilito, solo per la parte riguardante il trattamento e gli istituti normativi di carattere economico, da accordi nazionali tra sindacati e associazioni rappresentanti gli enti ospedalieri, ha riproposto ed approvato la delega al Governo per lo stato giuridico.

Non si tratta cioè di una innovazione ma, sostanzialmente, del ripristino di una impostazione che fu propria della Commissione sanità della Camera e che fu votata dall'As-

semblea — su esplicito parere del Governo e del relatore — nella seduta del 30 maggio e successivamente abolita in sede di coordinamento.

La nuova formulazione dell'ultimo comma dell'articolo 40 autorizza perciò — fatte salve le posizioni di principio espresse da alcune organizzazioni sindacali — ad accettare il testo votato dal Senato che, come dianzi detto, delega il Governo ad emanare uno o più decreti aventi forza di legge ordinaria, oltre che per l'ordinamento interno dei servizi ospedalieri e di quello relativo alla assistenza delle cliniche universitarie, anche per lo stato giuridico dei dipendenti.

Per quanto poi riguarda il trattamento e gli istituti normativi di carattere economico pare più che giusto che esso, previ accordi nazionali tra i sindacati e le associazioni rappresentanti gli enti ospedalieri, venga sancito, con delibere soggette ai controlli di legge, dai singoli consigli di amministrazione e ciò in ossequio alla autonomia degli enti ospedalieri così come la riforma ha voluto giustamente riaffermare.

Oltre che questione di doveroso rispetto dei diritti propri degli enti è da notare che nessun accordo sindacale sia pure a carattere nazionale avrebbe valore se esso non venisse fatto proprio dai singoli enti ospedalieri non avendo le associazioni rappresentative degli ospedali potestà giuridico-amministrativa.

Altro emendamento degno di rilievo è quanto previsto dagli articoli 27 e 61 a riguardo del piano nazionale ospedaliero. Come è noto il disegno di legge sancisce che tale piano è elaborato, d'intesa con i ministeri competenti, dal ministro della sanità sulla base dei programmi regionali. A tal fine la Camera aveva stabilito che « il ministro della sanità elabora tale piano recependo " i programmi regionali " mentre il Senato ha ritenuto che tale elaborazione avvenga recependo " le indicazioni " fornite dalle singole Regioni ».

Non vi è dubbio che tale innovazione potrebbe destare qualche preoccupazione se nella relazione presentata al Senato non fosse chiaramente detto che si ritiene « più corretto parlare di indicazioni piuttosto che " di recepiti programmi regionali " in quanto questi sono approvati con legge regionale definitiva dopo l'emanazione del piano nazionale ». Se tale quindi è l'interpretazione dell'emendamento, resta salvo il diritto delle Regioni a determinare loro — secondo lo spirito della Costituzione — il programma regionale ospedaliero.

Infine, degno di rilievo pare quanto emerge dagli articoli 52 e 53 a proposito delle Case di cura private. La Camera al terzo comma del primo dei suddetti articoli aveva introdotto il principio che l'autorizzazione alla casa di cura privata non dovesse violare le finalità e la statuizione del piano di programma regionale non accettando il principio per cui criteri di tal genere dovessero essere tenuti presenti dal Medico provinciale al momento dell'approvazione della convenzione fra casa di cura privata ed enti od istituti mutualistici ed assicurativi.

Si riteneva cioè che solo elementi di natura igienico-sanitaria dovessero ispirare la stipula di dette convenzioni e che l'autorizzazione all'esercizio fosse sufficiente a determinare l'approvazione delle convenzioni. È noto infatti che essendo l'assistenza ospedaliera largamente esercitata — specie in alcune zone del Paese — anche dalle case di cura private una limitazione successiva alla autorizzazione potrebbe finire col coartare quella libertà di iniziativa universalmente riconosciuta e col danneggiare, di fatto, quanti esercitano tale attività.

Tali emendamenti comunque, come è stato dianzi detto, nulla tolgono a quei principi di fondo sanciti dalla riforma ospedaliera a suo tempo approvata dalla Camera ed è anzi motivo di soddisfazione per quanti — primo fra tutti il Ministro proponente senatore Mariotti — operarono alla formulazione della legge e constatare che il Senato abbia fatta propria l'impostazione approvata da questo ramo del Parlamento.

Per questi motivi il relatore nel proporre all'Assemblea di voler approvare il disegno di legge così emendato dal Senato è convinto che il Parlamento svolga opera altamente meritoria nel dare finalmente il via ad una riforma lungamente attesa dalle popolazioni oltre che determinare la fondata speranza che essa sia davvero la prima di una più ampia ed organica riforma di tutte le strutture sanitarie quale la politica della salute giustamente postula come fondamentale ed inderogabile esigenza della società di oggi.

LATTANZIO, *Relatore.*

TESTO

APPROVATO DAL SENATO DELLA REPUBBLICA

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.

L'assistenza ospedaliera è anche svolta secondo quanto previsto dalle disposizioni che li riguardano dagli ospedali psichiatrici e dagli altri istituti di cura per le malattie mentali, dagli 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 dalle case di cura private, previste dal titolo VII della presente legge. Per gli istituti riconosciuti a carattere scientifico si applicano, per la parte assistenziale, le norme della presente legge.

Inoltre l'assistenza ospedaliera è svolta dalle cliniche e dagli istituti universitari di ricovero e cura, per i quali, fermo restando quanto previsto per gli stessi dalle disposizioni particolari, si applicano, limitatamente all'esercizio dell'attività assistenziale, le norme 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.

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.

Gli istituti e gli enti di cui al quinto 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 20 e seguenti anche ai fini dell'applicazione delle disposizioni contenute nel Titolo IV della presente legge.

TESTO

DELLA COMMISSIONE

TITOLO I

L'ENTE OSPEDALIERO

ART. 1.

(Assistenza ospedaliera pubblica).

Identico.

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 generali e specialistiche; partecipano alla difesa attiva della salute in coordinamento con le attività delle altre istituzioni sanitarie locali; contribuiscono alla preparazione professionale del personale sanitario e tecnico; promuovono la educazione igienico-sanitaria del malato e del suo nucleo familiare, 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, centri per il recupero funzionale, e compiere ricerche e indagini scientifiche e medico-sociali in ordine al conseguimento degli scopi istituzionali.

La facoltà prevista dal comma precedente deve essere esercitata nel quadro delle prescrizioni del piano regionale ospedaliero ed in applicazione delle norme di cui al terzo comma dell'articolo 29.

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.

ART. 2.

(Concetto e compiti dell'ente ospedaliero).

Identico.

ART. 3.

(Costituzione degli enti ospedalieri).

Identico.

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 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.

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.

ART. 4.

(Riconoscimento di enti ospedalieri esistenti).

Identico.

ART. 5.

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

Identico.

Il decreto del Presidente della Regione determina il patrimonio del 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.

Se gli ospedali di cui al secondo comma dell'articolo 3 non sono gestiti direttamente dall'ente pubblico, vengono compresi nell'ente al quale è affidata la gestione purché questo abbia i requisiti propri di ente ospedaliero.

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 Regione su conforme deliberazione della Giunta 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, anche se situati in regioni diverse quando si tratti di ospedali climatici specializzati.

Gli ospedali si distinguono secondo la classificazione contenuta nel Titolo III 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. 6.

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

Identico.

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).

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

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) 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.

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

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) 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.

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 due membri in rappresentanza degli originari interessi dell'ente, designati e nominati

ART. 9.

*(Consiglio di amministrazione).**Identico.*

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.

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

Partecipano alle sedute del consiglio di amministrazione con voto consultivo il sovrintendente sanitario e, in mancanza, il direttore sanitario e il direttore amministrativo.

Il direttore amministrativo svolge le funzioni di segretario.

Il consiglio 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.

Il consiglio di amministrazione dura in carica cinque anni.

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, determinata nei modi di legge dalla regione, tenuto conto della classificazione e dell'importanza dell'Ente ospedaliero.

In caso di fusione o concentrazione di più enti ospedalieri, nel consiglio di amministrazione del nuovo ente entrano a far parte un rappresentante degli originari interessi di ciascuno degli enti che vengono a fusione o concentrazione. Ove la fusione o concentrazione avvenga tra tre o più enti ospedalieri, i membri eletti dal consiglio regionale, per gli enti comprendenti ospedali regionali, dal consiglio provinciale, per gli enti comprendenti ospedali provinciali, e dal consiglio comunale del comune ove ha sede l'ente comprendente ospedali di zona, vengono aumentati delle unità necessarie a mantenere inalterato il rapporto tra il numero complessivo dei rappresentanti eletti e quello dei rappresentanti degli originari interessi, stabilito dalle altre disposizioni del presente articolo; se dall'operazione residui una frazione, questa è riportata all'unità superiore. I consigli regionali, provinciali o comunali procedono alla votazio-

ne con schede limitate alla metà più una unità, o, se il numero è dispari, alla metà arrotondata al numero intero immediatamente superiore, del numero dei rappresentanti da eleggere.

ART. 10.

(Funzioni del consiglio di amministrazione).

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

Lo statuto deve prevedere che spetta al consiglio di amministrazione:

- a) deliberare le modifiche dello statuto;
- b) deliberare sugli adempimenti prescritti dal piano regionale ospedaliero;
- c) deliberare il regolamento organico del personale e la relativa pianta organica;
- d) deliberare i regolamenti relativi al servizio sanitario interno ed esterno, al servizio amministrativo, ai servizi generali e gli altri regolamenti similari;
- e) deliberare il bilancio preventivo ed approvare il conto consuntivo, nonché deliberare la destinazione delle nuove e maggiori entrate e lo storno di fondi da capitolo a capitolo;
- f) deliberare la nomina e le assunzioni del personale dell'ente ospedaliero;
- g) deliberare l'alienazione e l'acquisto di immobili, di titoli del debito pubblico, di titoli di credito, di azioni industriali, l'accettazione di donazioni, eredità e legati nonché la stipulazione dei contratti;
- 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 32, 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) deliberare i contratti di locazione e conduzione di immobili di durata superiore a tre anni;
- n) deliberare tutti i provvedimenti demandati al consiglio di amministrazione dalle leggi, dai regolamenti e dallo statuto, nonché i provvedimenti indicati nell'ultimo comma dell'articolo 40.

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

ART. 10.

(Funzioni del consiglio di amministrazione).

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 devolutesi 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. 11.

(Nomina e funzioni del presidente).

Identico.

ART. 12.

(Collegio dei revisori).

Identico.

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, e, nel caso che esso comprenda istituti clinici universitari di ricovero e cura, dai direttori dei medesimi;

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, nonché dagli assistenti di ruolo degli istituti clinici universitari, ove esistano. 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 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) sull'acquisto di attrezzature scientifiche che rivestono particolare importanza diagnostica e terapeutica;

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 e la fissazione

ART. 13.

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

Identico.

ART. 14.

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

Identico.

delle tariffe per le prestazioni medico-chirurgiche.

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 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.

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

Il Ministero della sanità esercita l'alta sorveglianza sugli altri istituti pubblici di ricovero e cura previsti dall'articolo 1, esclusi gli ospedali psichiatrici, 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 sostituito 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 sottoposte al controllo di merito del comitato le deliberazioni dello statuto, quelle previste alle lettere *a)*, *b)*, *c)*, *d)*, *e)*, *g)* ed *i)* del precedente articolo 10 e nell'ultimo comma dell'articolo 40, nonché le deliberazioni relative a contratti di locazione di durata superiore a nove anni.

ART. 15.

(Alta sorveglianza).

Identico.

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.

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.

ART. 18.

(Alta vigilanza sugli istituti ed enti ecclesiastici che esercitano l'assistenza ospedaliera).

Il Ministero della sanità esercita l'alta vigilanza anche sugli istituti ed enti ecclesiastici di cui all'articolo 1, ultimo comma, che abbiano ottenuto la classificazione di uno o più ospedali da essi dipendenti in una delle categorie di cui agli articoli da 20 a 25, in ordine all'osservanza e all'attuazione delle norme stabilite dagli organi della programmazione.

I Comitati della programmazione sono tenuti a consultare un rappresentante degli enti o istituti indicati nel comma precedente, ai fini della redazione dei piani ospedalieri.

TITOLO III

REQUISITI E CLASSIFICAZIONE
DEGLI OSPEDALI

ART. 19.

(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;

ART. 17.

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

Identico.

ART. 18.

(Alta vigilanza sugli istituti ed enti ecclesiastici che esercitano l'assistenza ospedaliera).

Identico.

TITOLO III

REQUISITI E CLASSIFICAZIONE
DEGLI OSPEDALI

ART. 19.

(Requisiti degli ospedali).

Identico.

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) biblioteca e sala di riunione per i sanitari;

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

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

i) 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;

l) servizio di assistenza religiosa;

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

In base agli accertamenti sui requisiti previsti dal presente articolo e dai successivi articoli da 20 a 25, compiuti dal medico provinciale competente per territorio, sentito il consiglio provinciale di sanità, la giunta regionale classifica l'ospedale, attribuendogli la relativa qualifica.

ART. 20.

(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.

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 della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità.

ART. 20.

(Categorie di ospedali).

Identico.

ART. 21.

(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. 22.

(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 microbiologia; anestesia e rianimazione con letti di degenza; farmacia interna.

Possono inoltre avere: servizi di recupero e rieducazione funzionale, servizi di neuropsichiatria infantile, 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.

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

ART. 23.

(Ospedali generali regionali).

Gli ospedali regionali, che devono servire una popolazione di almeno un milione di abitanti, sono quelli che, per l'organizzazio-

ART. 21.

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

ART. 22.

*(Ospedali generali provinciali).**Identico.*

ART. 23.

*(Ospedali generali regionali).**Identico.*

ne 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, di medicina legale e delle assicurazioni sociali; attrezzature idonee a collaborare nella ricerca scientifica ed a 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 lungodegenti 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'ospe-

ART. 24.

(Ospedali specializzati provinciali e regionali).

Identico.

ART. 25.

(Ospedali per lungodegenti e per convalescenti).

Identico.

dale dispone, dell'*hinterland* di servizio, nonché dell'organizzazione tecnica e della dotazione strumentale e diagnostica posseduta.

Gli ospedali per lungodegenti 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 fini della programmazione ospedaliera regionale:

a) il fabbisogno dei nuovi posti-letto per il periodo di durata della legge per gli ospedali nonché per le esigenze didattiche e scientifiche delle università;

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'ammodernamento 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 della sanità di concerto con i Ministri del bilancio e della programmazione economica, del tesoro e della

TITOLO IV

PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA

ART. 26.

(Legge di programma ospedaliero).

Identico.

pubblica istruzione, per la parte di rispettiva competenza. 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 della 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 direttive del piano di coordinamento di cui alla legge 26 giugno 1965, n. 717, recepisce le indicazioni fornite dalle singole Regioni ed elabora d'intesa con i Ministri del bilancio e della programmazione economica, del tesoro, dei lavori pubblici e della pubblica istruzione, per la parte di relativa competenza, 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 della sanità di concerto con il Ministro della pubblica istruzione, per la parte di sua competenza.

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.

Al piano nazionale ospedaliero, con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro della pubblica istruzione, possono essere apportate, nel corso del quinquennio, per riconosciute esigenze sopraggiunte, varianti relativamente al fabbisogno di posti-letto stabilito per le università.

Tali varianti possono comprendere aumenti dei posti-letto in misura non superiore al 15 per cento del fabbisogno stabilito per

ART. 27.

(Piano nazionale ospedaliero).

Identico.

le università. Al finanziamento della spesa occorrente per la realizzazione di tale eccezione, si provvede con i fondi a disposizione del Ministero della pubblica istruzione.

ART. 28.

*(Comitato nazionale
per la programmazione ospedaliera).*

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

a) dagli assessori regionali della sanità;
b) da tre esperti nominati dal Ministro della 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 sei rappresentanti dei medici ospedalieri, di cui quattro designati dalle organizzazioni sindacali più rappresentative e due designati dalla Federazione degli ordini dei medici ed inoltre da un clinico universitario e da un assistente di ruolo universitario, designati dalle rispettive associazioni;

f) da quattro rappresentanti dell'unione delle province d'Italia e da otto rappresentanti dell'associazione nazionale dei comuni d'Italia;

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 e della programmazione economica, 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. 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.

ART. 28.

*(Comitato nazionale
per la programmazione ospedaliera).*

Identico.

ART. 29.

(Piano regionale ospedaliero).

Identico.

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.

Parimenti, nessuna opera di costruzione, ampliamento, trasformazione, salvo adattamenti dovuti ad esigenze di funzionalità, potrà essere realizzata se non sia prevista nella predetta legge.

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 e 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 anche conto dei criteri di economicità di gestione.

Nessun ente pubblico, né alcuno degli enti o istituti ecclesiastici, che abbiano ottenuto la classificazione di propri ospedali ai sensi dell'ultimo comma dell'articolo 1, potrà istituire nuovi stabilimenti di ricovero e cura che non siano previsti nella legge di cui ai commi precedenti, salvo, per le università, quanto previsto dall'articolo 27, ultimo comma.

Parimenti, nessuna opera di costruzione, ampliamento, trasformazione o ammodernamento potrà essere realizzata se non sia prevista nella predetta legge ad eccezione degli istituti e cliniche universitarie di ricovero e cura, per trasformazioni, ammodernamenti e costruzioni, purché non comportino aumenti di posti-letto.

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.

Identico.

Qualora la Regione non provveda a quanto disposto dal presente articolo il Ministro della sanità promuove gli atti necessari 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 e da un rappresentante di ogni consiglio di sanitari degli enti ospedalieri operanti nella provincia, oltre che, ove esista, da un rappresentante della facoltà di medicina della 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. 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. 32.

(Retta di degenza).

La retta giornaliera di degenza è determinata con apposita deliberazione del consiglio di amministrazione di ciascun ente ospedaliero.

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

ART. 30.

(Comitato provinciale di coordinamento).

Identico.

ART. 31.

(Finanziamento del piano regionale ospedaliero).

Identico.

TITOLO V

DISPOSIZIONI FINANZIARIE
PER GLI ENTI OSPEDALIERI

ART. 32.

(Retta di degenza).

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 47 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 ospedalità, per l'ammortamento, il rinnovo e l'ammodernamento delle attrezzature ospedaliere per una quota non superiore complessivamente al quattro per cento della retta determinata a norma dei precedenti commi.

Le spese di gestione dei centri per le malattie sociali 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 di massima quelle previste dalla tariffa minima nazionale per le prestazioni medicochirurgiche.

ART. 33.

(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 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 47.

ART. 33.

(Fondo nazionale ospedaliero).

Identico.

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. 5381 iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per i provvedimenti legislativi in corso.

Il Ministro del tesoro è autorizzato a provvedere, con propri decreti, alle occorrenti variazioni di bilancio.

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

Il fondo nazionale ospedaliero viene inoltre annualmente incrementato a partire dal 1968 con somme stanziare con la legge ordinaria di bilancio e destinate alla concessione da parte del Ministero della sanità di contributi diretti a fronteggiare esigenze funzionali degli enti ospedalieri in condizioni di particolari necessità in rapporto alle finalità di cui all'articolo 2.

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 lo 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.

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

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

TITOLO VI

ORDINAMENTO DEI SERVIZI
E DEL PERSONALE

ART. 35.

(Struttura interna degli ospedali).

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

ART. 34.

(Garanzia per l'assunzione dei mutui).

Identico.

TITOLO VI

ORDINAMENTO DEI SERVIZI
E DEL PERSONALE

ART. 35.

(Struttura interna degli ospedali).

Identico.

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.

La divisione è composta da 2 o più sezioni e comprende non meno di 50 e non più di 100 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.

I servizi speciali di diagnosi e cura forniscono prestazioni specializzate e di norma non dispongono di letti di degenza o ne hanno un numero che, comunque, non può essere superiore a quello previsto per le sezioni di specialità.

ART. 37.

(Struttura interna degli ospedali specializzati).

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

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

ART. 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. 36.

(Struttura interna degli ospedali generali).

Identico.

ART. 37.

(Struttura interna degli ospedali specializzati).

Identico.

ART. 38.

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

Identico.

ART. 39.

(Personale degli enti ospedalieri).

Il personale degli enti ospedalieri è costituito dal personale sanitario, amministrativo, tecnico, sanitario 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 sanitario ausiliario è costituito dalle ostetriche, dalle assistenti sanitarie visitatrici, dagli infermieri professionali, dalle vigilatrici dell'infanzia, dalle assistenti sociali, dai terapisti della riabilitazione, dai dietisti, dagli infermieri generici e dalle puericultrici.

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

Il personale esecutivo è costituito dai portantini, dal personale di cucina, pulizia, custodia e degli altri servizi simili.

Possono essere istituiti altri ruoli speciali di personale sanitario e tecnico con compiti rispettivamente 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.

(Norme delegate sull'ordinamento dei servizi degli enti ospedalieri e dei servizi di assistenza negli istituti e cliniche universitarie di ricovero e cura e sullo stato giuridico dei dipendenti 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 della sanità di concerto con il Ministro del tesoro, e, per la parte di sua competenza, con il Ministro della pubblica istruzione, previa consultazione delle associazioni sindacali delle categorie interessate, compresi i rappresentanti dei clinici e degli

ART. 39.

*(Personale degli enti ospedalieri).**Identico.*

ART. 40.

(Norme delegate sull'ordinamento dei servizi degli enti ospedalieri e dei servizi di assistenza negli istituti e cliniche universitarie di ricovero e cura e sullo stato giuridico dei dipendenti degli enti ospedalieri).

Identico.

assistenti universitari, 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) ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura.

3) stato giuridico dei dipendenti degli enti ospedalieri, salvo quanto stabilito nel comma seguente.

Il rapporto di lavoro, per quanto riguarda il trattamento e gli istituti normativi di carattere economico, è stabilito, previ accordi nazionali tra i sindacati e le associazioni rappresentanti gli enti ospedalieri, dai singoli enti ospedalieri con delibere soggette ai controlli di legge.

ART. 41.

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

Le norme delegate di cui all'articolo 40 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 alla necessità di assicurare la direzione, il coordinamento ed il controllo dei servizi e di ogni altra attività ospedaliera.

ART. 42.

(Principi direttivi per lo stato giuridico del personale).

Le norme delegate di cui all'articolo 40 concernenti l'assunzione e lo stato giuridico del personale dipendente degli enti ospedalieri dovranno stabilire la disciplina fondamentale

ART. 41.

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

Identico.

ART. 42.

(Principi direttivi per lo stato giuridico del personale).

Identico.

del rapporto di impiego, ispirandosi ai seguenti principî:

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 l'espletamento di particolari servizi con personale idoneo alle funzioni rispettivamente assegnate;

2) che lo stato giuridico e le attribuzioni siano regolati con criteri di uniformità e in conformità dei principî 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. 43.

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

Le norme delegate di cui all'articolo 40 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 principî:

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 esami consistenti in una relazione scritta su un caso clinico e in prove pratiche; con previsione che gli atti del concorso e le valutazioni, che devono essere motivate, possono essere dati in visione a chiunque ne abbia interesse. Il punteggio a disposizione della commissione esaminatrice sarà assegnato per tre quinti ai titoli e per i rimanenti due quinti alle prove di esame. 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'as-

ART. 43.

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

Identico.

sunzione dei sovrintendenti ha luogo esclusivamente per concorso per titoli tra i direttori sanitari. I direttori, i vicedirettori e gli ispettori sanitari, i primari, gli aiuti e gli assistenti in servizio di ruolo al momento dell'entrata in vigore delle norme delegate di cui al presente articolo, possono adire direttamente i concorsi a posti di pari qualifica e specialità presso altri enti ospedalieri della stessa categoria;

b) agli esami di idoneità per direttore e vicedirettore sanitario sono ammessi i medici, dopo un determinato numero di anni di laurea e di carriera come medici negli ospedali o nelle cliniche universitarie o negli istituti universitari d'igiene ovvero in talune amministrazioni dello Stato o di enti pubblici espressamente determinate, 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 di ruolo negli ospedali o nelle cliniche universitarie; 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 di ruolo negli ospedali o nelle cliniche universitarie; agli esami di idoneità per assistente sono ammessi i medici abilitati all'esercizio professionale. L'esame di idoneità è svolto con prova scritta su temi o tesi scelti per sorteggio da un elenco prefissato e pubblicato a cura del Ministero della sanità e comporta un punteggio della prova da valutarsi adeguatamente nei titoli del concorso locale;

c) le commissioni per gli esami di idoneità annuali a direttore, vicedirettore e ispettore sanitario sono nominate annualmente dal Ministro della 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 assistente sono nominate annualmente dal Ministro della sanità e sono costituite da tre primari della materia, di cui uno designato dalla Federazione nazionale dell'ordine dei medici o dall'ordine competente per territorio, mediante sorteggio; 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, vicediretto-

ri ed ispettori sanitari sono nominate dal consiglio di amministrazione e costituite dal presidente dell'ente ospedaliero o da un suo delegato, 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 due primari appartenenti a ospedali di categoria pari o superiore a quella dell'ospedale per cui il concorso è bandito, della materia messa a concorso, di cui uno nominato dall'ordine dei medici competente per territorio, mediante sorteggio provinciale, e da un professore universitario di ruolo o fuori ruolo della materia stessa, o, qualora sia necessario per assicurare una scelta effettiva, di materia affine e di materia che la comprenda, nonché da un funzionario medico del Ministero della sanità.

I primari ospedalieri ed i professori universitari componenti le commissioni di esame saranno prescelti per sorteggio da elenchi prefissati con eguali criteri. Gli elenchi dei primari ospedalieri e dei professori universitari saranno compilati dal Ministero della sanità di concerto, per quanto riguarda i professori universitari, col Ministero della pubblica istruzione: il sorteggio su di essi sarà effettuato presso il Ministero della sanità per gli esami a base nazionale e regionale e presso i consigli di amministrazione dei singoli enti ospedalieri per gli esami a base locale;

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. La amministrazione dell'ente può, su richiesta del medico, consentire il « tempo pieno ». Le medesime norme, comprese quelle riguardanti l'incompatibilità con l'assunzione di altri rapporti d'impiego presso altri enti pubblici

e con l'esercizio professionale presso le case di cura private, valgono per il personale sanitario medico dipendente dagli ospedali clinicizzati o convenzionati.

Le norme limitative dell'esercizio dell'attività professionale nelle case di cura private, di cui al precedente comma, si applicano, fino alla fine dell'anno 1975, solo ove, a giudizio delle amministrazioni interessate, risulti la disponibilità di appositi ambienti qualitativamente idonei per il libero esercizio dell'attività professionale, secondo le norme che saranno stabilite nel decreto delegato di cui all'articolo 40, salvo l'applicazione per tutti i sanitari delle disposizioni di cui all'articolo 3 della legge 10 maggio 1964, n. 336;

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;

f) ai sanitari ospedalieri eletti a cariche pubbliche si applicano le stesse norme che regolano il collocamento in aspettativa dei professori universitari.

ART. 44.

(Scuole ospedaliere di specializzazione).

Negli ospedali regionali può essere svolta, a cura di personale medico ospedaliero particolarmente qualificato, attività didattica di carattere applicativo complementare di quella universitaria nei confronti dei medici iscritti alle scuole di specializzazione delle università, con trattamento economico del personale medico ospedaliero insegnante non inferiore a quello degli altri docenti, osservate le particolari disposizioni degli ordinamenti delle singole università e secondo modalità che saranno stabilite con decreto del Ministro della pubblica istruzione di concerto con il Ministro della sanità, entro un anno dalla entrata in vigore della presente legge.

ART. 45.

(Tirocinio obbligatorio).

Per essere ammessi a sostenere l'esame di Stato di abilitazione all'esercizio professionale, i laureati in medicina e chirurgia devono aver compiuto un anno di tirocinio, in qua-

ART. 44.

(Scuole ospedaliere di specializzazione).

Identico.

ART. 45.

(Tirocinio obbligatorio).

Identico.

lità di interno, presso gli istituti clinici universitari, o presso gli ospedali regionali o presso altri ospedali riconosciuti idonei a tal fine con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro della pubblica istruzione.

Per gli allievi-ufficiali medici che hanno frequentato la scuola di sanità militare di Firenze la durata del tirocinio, limitatamente alla clinica medica ed alla clinica chirurgica, è ridotta rispettivamente di due mesi e di un mese.

ART. 46.

(Posti di internato).

Durante il tirocinio di cui al precedente articolo 45, i laureati in medicina e chirurgia sono autorizzati ad esercitare le attività necessarie per il conseguimento di una adeguata preparazione professionale sotto il controllo dei direttori delle cliniche universitarie o dei primari ospedalieri.

Con decreto dei Ministri della pubblica istruzione e della sanità, i posti di internato saranno ripartiti in ragione del 30 per cento del loro numero complessivo tra le cliniche universitarie e del 70 per cento tra gli ospedali regionali e gli altri ospedali di cui all'articolo 1. Con lo stesso decreto saranno stabilite le modalità circa l'ammissione all'internato e lo svolgimento del tirocinio.

ART. 47.

(Trattamento economico e certificato dell'avvenuto tirocinio).

I laureati ammessi all'internato non hanno alcun rapporto di impiego ed osservano gli orari fissati per gli assistenti.

Essi hanno diritto al vitto gratuito e ad un assegno mensile corrisposto dall'università per quanto riguarda gli istituti clinici universitari, direttamente gestiti dalle stesse, o dall'ente ospedaliero, la cui misura sarà fissata dal decreto delegato previsto dall'articolo 40 e non potrà essere superiore al terzo dello stipendio minimo attribuito all'assistente di ruolo ospedaliero, esclusa ogni altra indennità.

Il tirocinio deve essere svolto per almeno quattro mesi in medicina e per tre mesi ri-

ART. 46.

(Posti di internato).

Identico.

ART. 47.

(Trattamento economico e certificato dell'avvenuto tirocinio).

Identico.

spettivamente in chirurgia e ostetricia e per i rimanenti due mesi in altre specialità mediche.

Il certificato di compiuto tirocinio sarà rilasciato dal rettore dell'università competente, sentiti i direttori degli istituti clinici universitari o dal presidente del consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero presso il cui ospedale viene compiuto il tirocinio, su proposta del direttore sanitario, sentiti i primari competenti.

ART. 48.

(Copertura delle spese).

Non hanno diritto all'assegno previsto dall'articolo 47 i laureati che godono di borse di studio di importo pari o superiore. Se la borsa di studio è di importo inferiore, si farà luogo soltanto al pagamento della differenza.

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, anche se questo è effettuato presso ospedali clinicizzati o cliniche convenzionate con un ente ospedaliero.

Per il pagamento degli assegni agli interni degli istituti clinici, direttamente gestiti dalle università, il Ministro della pubblica istruzione, con suo decreto, provvede annualmente a ripartire tra le università le somme occorrenti alla copertura delle spese non coperte col fondo ospedaliero, prelevandole dal fondo destinato a borse di studio, di cui all'articolo 32 della legge 31 ottobre 1966, n. 942, sino ad un importo massimo del 10 per cento del fondo stesso.

ART. 49.

(Sottocommissioni esami di Stato di abilitazione).

I primari degli ospedali regionali e degli ospedali ritenuti idonei al tirocinio saranno chiamati a far parte delle sottocommissioni di esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo.

ART. 48.

(Copertura delle spese).

Identico.

ART. 49.

(Sottocommissioni esami di Stato di abilitazione).

Identico.

ART. 50.

(Convenzioni tra università ed enti ospedalieri).

Qualora, in ordine alla stipula di convenzioni tra università ed enti ospedalieri, si manifestino contrasti od ostacoli non superabili dalle due parti od anche in sede di approvazione delle convenzioni medesime da parte delle autorità vigilanti, ogni decisione è demandata ai Ministri della pubblica istruzione e della sanità o, a richiesta di essi, al Comitato interministeriale per la programmazione economica.

TITOLO VII

CASE DI CURA PRIVATE

ART. 51.

(Requisiti da determinarsi con decreto del Ministro della sanità).

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

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

a) le norme tecniche costruttive, i requisiti, le attrezzature ed i servizi di cui devono essere dotate le case di cura private in relazione al tipo di attività in esse esercitate;

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

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

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

ART. 52.

(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 do-

ART. 50.

(Convenzioni tra università ed enti ospedalieri).

Identico.

TITOLO VII

CASE DI CURA PRIVATE

ART. 51.

(Requisiti da determinarsi con decreto del Ministro della sanità).

Identico.

ART. 52.

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

Identico.

vrà 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, 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.

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

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 a quando non siano rimosse le cause che hanno determinato il provvedimento.

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. 53.

*(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 quando sia dotata di oltre 150 posti-letto, 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 assi-

ART. 53.

*(Direttore sanitario responsabile -
Convenzioni).*

Identico.

curativi per il ricovero dei propri iscritti è soggetta all'approvazione del medico provinciale, il quale provvederà con decreto, sentito il consiglio provinciale di sanità, dopo avere in ogni caso accertato che, nell'interesse pubblico e nel quadro delle direttive dei piani di programmazione, 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 quarto comma dell'articolo 1 non riconosciute come enti pubblici ospedalieri nonché con gli istituti ed enti indicati nel quinto 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. 54.

(Istituzione, riconoscimento e concentrazione di enti ospedalieri e altre norme transitorie).

Fino a quando non saranno costituite le Regioni a statuto ordinario e nei territori di esse, i provvedimenti di competenza del Presidente della Regione previsti negli articoli 4, 5, 6 e 17 sono adottati dal Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità di concerto col Ministro dell'interno per i provvedimenti di cui agli articoli 4, 5 e 17 e, relativamente ai provvedimenti di cui all'articolo 6, sulla base delle indicazioni contenute nei piani regionali ospedalieri in armonia col piano nazionale ospedaliero transitorio; l'atto di approvazione di cui all'articolo 9, decimo comma, è di competenza del Ministro della sanità; l'atto di classificazione degli ospedali previsto dall'articolo 19 viene adottato dal medico provinciale, sentito il Consiglio provinciale di sanità; e il rappresentante della Regione nel collegio dei revisori previsto dall'articolo 12 è sostituito da un rappresentante della provincia, ove ha sede l'ente ospedaliero.

TITOLO VIII

DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE

ART. 54.

di enti ospedalieri e altre norme transitorie).
(Istituzione, riconoscimento e concentrazione

Identico.

ART. 55.

(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 da dieci deputati e dieci senatori, è delegato 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. 56.

(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 sostituito 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 della provincia eletti nei modi previsti per i rappresentanti degli stessi enti nel Comitato provinciale di assistenza e beneficenza, ed inol-

ART. 55.

(Norme sull'amministrazione degli enti ospedalieri).

Identico.

ART. 56.

(Amministrazione dell'ente ospedaliero).

Identico.

tre da un rappresentante dell'Amministrazione dell'interno, dei lavori pubblici e del lavoro della provincia, designati, rispettivamente, dal prefetto, dall'ingegnere capo del Genio civile e dal direttore dell'Ufficio provinciale del lavoro. Esercita la funzione di segretario un funzionario della carriera direttiva amministrativa del Ministero della sanità.

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. 57.

(Gestione finanziaria delle attività diverse da quella ospedaliera).

Per il periodo intercorrente tra l'entrata in vigore della presente legge e la nomina del commissario per la provvisoria gestione di cui al comma sesto dell'articolo 5, gli enti pubblici contemplati nel secondo comma dell'articolo 3 devono tenere una distinta gestione per le attività diverse da quelle ospedaliere, alla quale non possono essere destinati i mezzi finanziari previsti nel titolo V della presente legge.

ART. 58.

(Finanziamento per le costruzioni ed attrezzature ospedaliere).

Fino a quando non saranno istituite le Regioni a statuto ordinario, il Ministro dei lavori pubblici di concerto con il Ministro della 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. 59.

(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 ospe-

ART. 57.

(Gestione finanziaria delle attività diverse da quella ospedaliera).

Identico.

ART. 58.

(Finanziamento per le costruzioni ed attrezzature ospedaliere).

Identico.

ART. 59.

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

Identico.

daliero e viene inquadrato nei rispettivi ruoli, conservando in ogni caso le posizioni giuridiche ed economiche acquisite al momento del trasferimento.

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

ART. 60.

(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 62.

ART. 61.

(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 della sanità di concerto col Ministro della pubblica istruzione, per la parte di sua competenza.

Il piano nazionale ospedaliero transitorio è elaborato, nel quadro della legge di programma e sulla base delle indicazioni dei singoli Comitati regionali per la programmazione ospedaliera, dal Ministro della sanità, di intesa con i Ministri del bilancio e della programmazione economica, del tesoro, dei lavori pubblici e del Ministro per la pubblica istruzione, per la parte di sua competenza, 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. 60.

(Composizione transitoria del comitato nazionale di programmazione ospedaliera).

Identico.

ART. 61.

(Piano nazionale ospedaliero transitorio).

Identico.

ART. 62.

*(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 la programmazione economica e consultati i comitati provinciali di cui all'articolo 30 della presente legge. Il predetto piano è approvato con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del bilancio e della 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 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, ferme le norme di cui agli articoli 26, 27 e 29 per la costruzione di opere destinate al ricovero e alla cura da parte delle Università e degli Enti e istituti ecclesiastici previsti dall'ultimo comma dell'articolo 1.

ART. 62.

(Comitato regionale per la programmazione ospedaliera).

Identico.

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 un rappresentante degli istituti ed enti di cui al quinto comma dell'articolo 1;

e) da tre rappresentanti designati dalle organizzazioni sindacali dei lavoratori più rappresentative della Regione;

f) da quattro rappresentanti dei medici ospedalieri, di cui tre designati dalle organizzazioni sindacali più rappresentative ed uno designato dalla Federazione degli Ordini dei medici;

g) dai medici provinciali della Regione;

h) dal Provveditore regionale alle opere pubbliche;

i) da un Ispettore medico dell'Ispettorato regionale del lavoro;

l) da tre rappresentanti degli Enti mutualistici;

m) da due rappresentanti delle facoltà di medicina e chirurgia delle Università esistenti nella Regione;

n) 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 dall'entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della sanità e dura in carica 4 anni.

ART. 63.

(Norme transitorie riguardanti il tirocinio).

Sono abrogate le norme relative al tirocinio di pratica semestrale di cui alla tabella XVIII annessa al regio decreto 30 settembre 1938, n. 1652, ed ogni altra disposizione diversa o contraria, salvo quanto previsto dal successivo comma.

Le disposizioni della presente legge non si applicano a coloro che abbiano già compiuto il tirocinio di pratica semestrale in base alle norme della tabella XVIII del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1652, o che conseguiranno la laurea in medicina e chirurgia entro

ART. 63.

(Norme transitorie riguardanti il tirocinio).

Identico.

l'anno accademico 1968-1969. Questi ultimi, per altro, possono essere ammessi, a domanda, a compiere il tirocinio secondo le norme della presente legge.

ART. 64.

*(Norme transitorie
riguardanti i sanitari non di ruolo).*

Le norme delegate di cui agli articoli 40 e 43 dovranno prendere in adeguata considerazione, in base alla loro particolare natura, i servizi prestati dagli aiuti e dagli assistenti non di ruolo, ospedalieri ed universitari, attualmente in servizio sia di ruolo sia straordinario, volontario e incaricato, ai fini della ammissione agli esami di idoneità ed ai fini della valutazione come titolo nei concorsi, che saranno banditi entro tre anni dalla data di entrata in vigore delle norme delegate.

ART. 65.

*(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 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 trasformarli entro otto anni in uno dei tipi di ospedale previsti dalla presente legge.

Gli istituti di ricovero e cura e le infermerie, 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.

Gli enti ospedalieri di cui al presente articolo sono equiparati, ai fini della costituzione del consiglio di amministrazione, agli enti ospedalieri comprendenti ospedali di zona.

ART. 66.

*(Estensione delle disposizioni
sul mantenimento in servizio previsto
dalla legge 10 maggio 1964, n. 336).*

Le disposizioni di cui all'articolo 6 della legge 10 maggio 1964, n. 336, relative al

ART. 64.

*(Norme transitorie
riguardanti i sanitari non di ruolo).*

Identico.

ART. 65.

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

Identico.

ART. 66.

*(Estensione delle disposizioni
sul mantenimento in servizio previsto
dalla legge 10 maggio 1964, n. 336).*

Identico.

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

ART. 67.

(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 programmazione di cui al precedente articolo 26.

ART. 68.

(Durata in carica dei consigli di amministrazione esistenti).

Fino al momento dell'insediamento dei nuovi consigli di amministrazione degli enti ospedalieri, restano in carica i consigli di amministrazione esistenti all'entrata in vigore della presente legge.

ART. 69.

(Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti di Roma).

Al Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti di Roma si applicano tutte le disposizioni previste dalla presente legge. Peraltro, sino alla costituzione delle Regioni a statuto ordinario, continuano ad aver vigore le attuali norme relative agli organi di vigilanza e di tutela, alle modalità di esercizio del controllo e agli atti sottoposti al controllo.

ART. 70.

(Disposizione finanziaria).

Le somme di cui al terzo comma dell'articolo 33 che non siano state impiegate o impegnate nell'esercizio 1967 possono essere impegnate ed utilizzate nei tre esercizi successivi, in deroga al disposto dell'articolo 1 della legge 27 febbraio 1955, n. 64.

Il Ministro del tesoro è autorizzato a provvedere con propri decreti alle occorrenti variazioni di bilancio.

ART. 67.

(Regioni a statuto speciale).

Identico.

ART. 68.

(Durata in carica dei consigli di amministrazione esistenti).

Identico.

ART. 69.

(Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti di Roma).

Identico.

ART. 70.

(Disposizione finanziaria).

Identico.

ART. 71.

(Abrogazione di norme incompatibili).

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

Fino a quando non verranno emanate le norme delegate di cui all'articolo 40 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.

ART. 71.

(Abrogazione di norme incompatibili).

Identico.